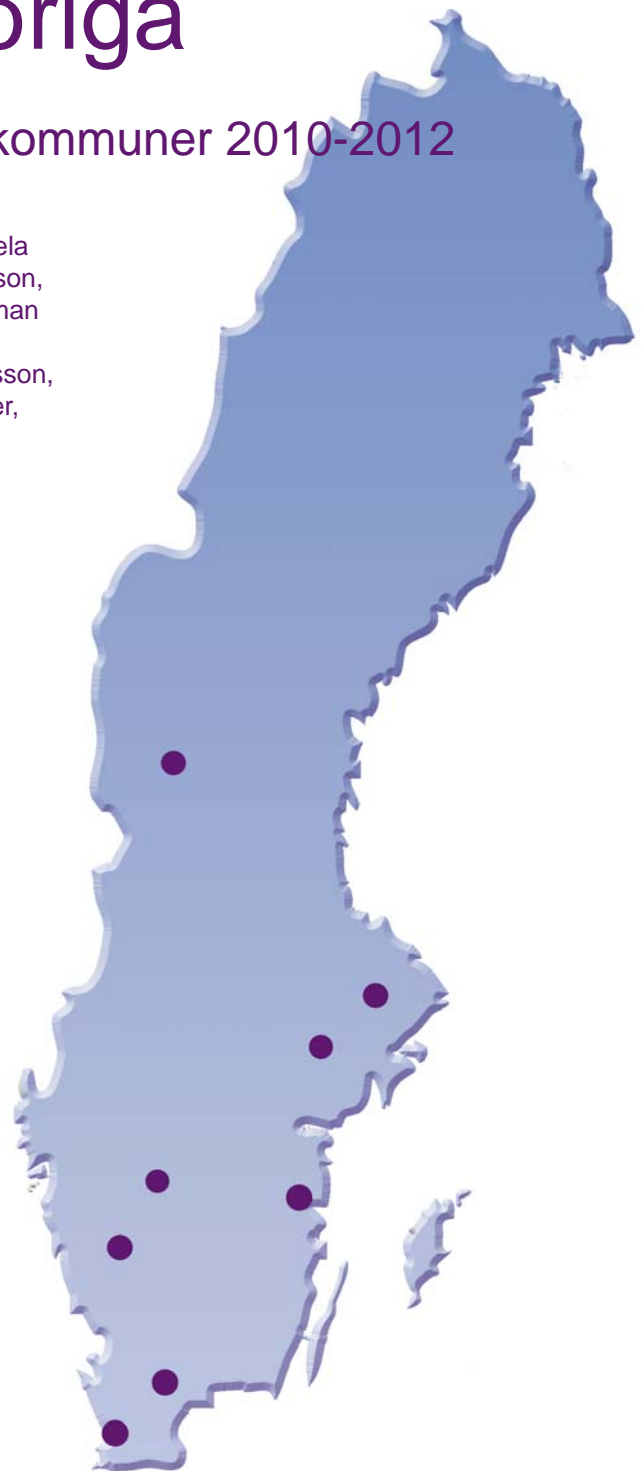


## Stöd till anhöriga

– erfarenheter från åtta kommuner 2010-2012

Marianne Winqvist, Lennart Magnusson, Ingela Bergström, Kerstin Beyhammar, Bengt Eriksson, Annika Föllin, Annica Forsgren, Carina Forsman Björkman, Margareta Göransson, Suzanne Göransson, Eva Höglund, Ann-Christine Larsson, Bo Lerman, Carina Mannefred, Martina Takter, Lena Talman, Dennis Tomazic, Erik Wesser, Elizabeth Hanson.





Stöd till anhöriga

– erfarenheter från åtta kommun 2010/2011

© 2012 Författarna och Nationellt kompetenscentrum anhöriga <sup>TM</sup>

FÖRFATTARE Marianne Winqvist, Lennart Magnusson, Ingela Bergström, Kerstin Beyhammar, Bengt Eriksson, Annika Follin, Annica Forsgren, Carina Forsman Björkman, Margareta Göransson, Suzanne Göransson, Eva Höglund, Ann-Christine Larsson, Bo Lerman, Carina Mannefred, Martina Takter, Lena Talman, Dennis Tomazic, Erik Wesser, Elizabeth Hanson

OMSLAG OCH LAYOUT Agneta Persson

BILD OMSLAG Fredrik Jansson

ISBN 978-91-980341-4-1

WEBB-UPPLAGA

# Förord

Under de senaste 10 åren har ett omfattande arbete genomförts för att utveckla stödet till anhöriga i Sveriges kommuner och samverka med ideella organisationer och landsting kring stöd till anhöriga. Den 13 maj 2009 beslutade riksdagen att från och med den 1 juli ska kommunerna ”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.”

Elizabeth Hanson och Lennart Magnusson FoU Sjuhärad Valfärd, Ritva Gough, Fokus Regionförbundet i Kalmar län och Marianne Winqvist, Enheten välfärd och FoU-stöd, Regionförbundet Uppsala län tog 2009 initiativ till att i samverkan med Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (Nka) kartlägga anhörigstödet och dess utveckling i Sverige. Sveriges övriga FoU-enheter inbjöds att delta.

Designen för studien som utarbetades av Elizabeth Hanson och Lennart Magnusson är en vidareutveckling av den design som de skapade i samverkan med professor Mike Nolan, Universitetet i Sheffield och Lennarth Johansson, Socialstyrelsen för det treåriga implementeringsprojektet av COAT-instrumentet i kommunerna Borås, Jönköping och Härnösand. Studien består av kartläggning av anhörigstödet och fokusgruppsintervjuer med representanter för ideella organisationer, personal och beslutsfattare samt telefonintervjuer och frågeformulär till anhöriga.

Anhörigstödet har kartlagts och fokusgrupper har genomförts av åtta FoU-enheter i kommunerna Borås, Härjedalen, Hässleholm, Malmö, Skara, Strängnäs, Uppsala och Västervik. Ansvariga för respektive kommun är för:

Borås:	Eva Höglund, FoU Sjuhärad Valfärd Carina Mannefred, FoU Sjuhärad Valfärd
Härjedalen:	Ingela Bergström, FoU Jämt Suzanne Göransson, FoU Jämt
Hässleholm:	Kerstin Beyhammar, Hässleholms kommun Annica Forsgren, FoU Skåne
Malmö:	Annika Follin, FoU Malmö, avd VoO Martina Takter, FoU Malmö, avd VoO Erik Wesser, FoU Malmö, avd IoF
Skara:	Bengt Eriksson Skaraborgs kommunalförbund FoU Dennis Tomazic, Skara kommun
Strängnäs:	Lena Talman, FoU Sörmland Carina Forsman Björkman, FoU Sörmland

Uppsala: Bo Lerman, Enheten välfärd och FoU-stöd,  
Regionförbundet Uppsala län  
Marianne Winqvist, Enheten välfärd och FoU-  
stöd, Regionförbundet Uppsala län  
Västervik: Ann-Christine Larsson, Fokus, Kalmar län  
Margareta Göransson, Västerviks kommun

Annica Larsson Skoglund har ansvarat för datainsamlingen av enkätundersökningen och Lennart Magnusson och Elizabeth Hanson har utfört de statistiska bearbetningarna och analyserna av enkätundersökningen. Telefonintervjuerna med anhöriga har genomförts och analyserats av Helena Kästel, utvärderare från företaget Utblick under handledning av projektledningen. De ansvariga för kartläggningen och fokusgruppsintervjuerna i respektive kommun svarar för sakinnehållet i denna rapport för sin respektive del.

Rapporten har sammanställts av Marianne Winqvist. Samtliga medverkande har haft möjligheter att lämna synpunkter på manus och den har presenterats och diskuterats vid två tillfällen med samtliga involverade. Projektledare för studien har varit undertecknade.

Vi vill rikta ett stort tack till de FoU-enheter och kommuner som själva finansierat och genomfört undersökningen, liksom till dem som genomfört undersökningen i respektive kommun. Ett särskilt tack vill vi rikta till de anhöriga, personal och beslutsfattare som deltagit i kartläggning, intervjuer och enkätundersökningar.

Lennart Magnusson  
Verksamhetschef

Elizabeth Hanson  
FoU-ledare

# Innehåll

Förord	2
Sammanfattning	7
1. Inledning	30
1.1 Utveckling av anhörigstöd i Sverige	30
1.1.1 Anhörig 300	31
1.1.2 Efter Anhörig 300	32
1.1.3 Nya stimulansmedel åren 2005 – 2008	33
1.1.4 Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NkA)	35
1.1.5 Ändring i Socialtjänstlagen	36
1.2 Studiens syfte	36
1.3 Genomförande	37
2. Resultat av kartläggningen i de åtta kommunerna	39
2.1 Mål	39
2.2 Handlingsplan för stöd till anhöriga	42
2.3 Former av stöd till anhöriga	44
2.4 Efterlevandestöd	60
2.5 Relationer	62
2.6 Stödplaner	70
2.7. Information, tillgång till stöd och motivationsarbete	74
2.8 Uppsökande verksamhet	79
2.9 Anhörigas synpunkter om eget stöd.	82
2.10 Anhörigas synpunkter om insatser för den närstående	86
2.11 Uppföljning och utvärdering	89
2.12 Organisation och personal	96
2.13 Samverkan med ideella sektorn	116
2.14 Samverkan med landstinget	120
2.15 Utbildning	125
2.16 Budget	131
3. Resultat av fokusgruppsintervjuer	133

3.1 Äldreområdet	134
3.2 Funktionshinderområdet	146
3.3 Individ- och familjeområdet	156
4. Resultat av enkätundersökning till anhöriga	165
4.1 De närståendes hjälpbehov	165
4.2 De anhörigas livskvalitet och hälsa	165
4.3 Information och stöd	166
4.4 Stödets kvalitet	167
5. Resultat av telefonintervjuer med anhöriga	168
5.1 Genomförande	168
5.2 Anhöriga till äldre personer	169
5.3 Anhöriga till personer med funktionsnedsättning	175
5.4 Anhöriga till personer med långvarig sjukdom	179
6. Diskussion	181
6.1 Ordens betydelse	181
6.2 Kartläggningens genomförande	184
6.3 Mål, handlingsplaner och värdegrund	185
6.4 Stödet till anhöriga	186
6.5 Samverkan och information	191
6.6 Slutligen	192
7. Slutsatser	193
Referenser	195

Bilagor, se separat rapport

Bilaga 1. Presentation av de studerade kommunerna

Bilaga 2. Utvecklingen av anhörigstödet i de åtta kommunerna från 2010

Bilaga 3. Kartläggningens frågeställningar

Bilaga 4. Kartläggningsenkät

Bilaga 5. Genomförande av kartläggningen i de åtta kommunerna

Bilaga 6. Enkätundersökning till anhöriga

Bilaga 7. Telefonintervjuer med anhöriga

# Sammanfattning

Ett omfattande arbete har utförts i landets kommuner sedan slutet av 1990-talet för att utveckla stödet till anhöriga<sup>1</sup>. Staten har bidragit med cirka en miljard kronor i stimulansmedel och en förändring har införts i Socialtjänstlagen som innebär att kommunerna har en skyldighet att erbjuda anhöriga stöd.

I denna undersökning kartläggs och följs stödet till anhöriga under tre år i åtta kommuner. De studerade kommunerna är Borås, Härjedalen, Hässleholm, Malmö, Skara, Strängnäs, Uppsala och Västervik. I rapporten presenteras resultatet av kartläggningen för år 2010.

Syftet med studien är att:

- Kartlägga innehållet i stödet till anhöriga, hur stödet organiseras, planeras, följs upp och utvärderas inom äldre-, funktionshinder- och individ- och familjeområdet samt samverkan mellan kommun, lands-ting, ideella organisationer och andra aktörer inom området.
- Undersöka hur de olika huvudintressenterna bedömer kvaliteten på stödet till anhöriga.
- Under tre år följa utvecklingen i de kommuner/kommundelar som ingår i studien.

## Genomförande

Hela undersökningen inleds första året med en kartläggning av stödet till anhöriga i de utvalda kommunerna inom samtliga tre områden; äldreomsorg, verksamheter för personer med funktionsnedsättning samt individ- och familjeomsorg. Ytterligare en kartläggning genomförs år tre. Kartläggningarna görs genom att ta del av tillgängliga dokument, kommunernas hemsida och informationsblad samt intervjuer med och enkätutskick till nyckelpersoner.

Sammanlagt genomfördes i den första kartläggningen 63 individuella intervjuer och 15 gruppintervjuer med nyckelpersoner. Till samma målgrupp sändes 316 enkäter ut och 158 svar inkom att analysera.

Första och sista året genomförs en enkätstudie. Totalt skickades det första året 648 enkäter ut och de besvarades av 373 personer. Det ger en svarsfre-

---

<sup>1</sup> Med *anhörig* avses en familjemedlem, släkting, vän eller annan person som har en relation till och eventuellt hjälper den *närstående* som är äldre, långvarigt sjuk och/eller har en funktionsnedsättning. Med *anhörigstöd* avses de verksamheter eller insatser som har som sitt *huvudsakliga syfte* att vara just ett stöd för anhöriga.

kvens på 58 procent. Enkäten följdes upp genom telefonintervjuer med 68 slumpmässigt utvalda anhöriga i kommunerna.

Årligen genomförs fokusgruppsintervjuer för att följa utvecklingen av anhörigstödet, en inom vardera äldreomsorg, verksamheter för personer med funktionsnedsättning samt individ- och familjeomsorg. Fokusgruppsintervjuerna görs utifrån gemensamma frågeställningar. I varje fokusgrupp ingår personal, beslutsfattare och personer från ideella sektorn.

Nka har via FoU Sjuhärad Valfärd ansökt om och beviljats etiskt tillstånd för studien av Etikprövningsnämnden i Göteborg.

## Resultat av kartläggningen för år 2010 i de åtta kommunerna

### Mål

I fem av de åtta kommunerna fanns inte något övergripande mål formulerat just för stödet till anhöriga inom *äldreområdet*. Anhörigstödet kunde dock (mer eller mindre outtalat) ingå som en del i strategiska planer/äldreplaner/ äldreomsorgsplaner eller finnas formulerat i ansökningar om stimulansmedel.

I sju av kommunerna definierades anhörig inom äldreområdet som den person som inom familjen, släkten, vänkretsen eller som granne vårdar/stödjer närstående som på grund av ålder, sjukdom eller funktionsnedsättning är i behov av hjälp och stöd. I en kommun var det övergripande språkbruket det omvända med avseende på anhörig och närstående, men terminologin användes inte konsekvent.

Det fanns i de flesta kommuner inte heller något övergripande mål formulerat för stöd till anhöriga till *personer med funktionsnedsättning*. I de fall det fanns mål för äldreområdet var de detsamma även för funktionshinderområdet. Motsvarande definitioner av begreppet anhöriga på övergripande nivå gällde på samma sätt som för äldreområdet. Från ett par kommuner rapporterades att det inte var självklart eller etablerat att använda anhörigbegreppet när det gällde barn med funktionsnedsättning. Inom verksamheterna för dessa målgrupper talade berörda istället om föräldrar, syskon eller familjen.

Inom Individ- och familjeområdet fanns i tre kommuner mål formulerade gällande stödet till anhöriga. Begreppet anhörig användes i stort sett inte. Berörda talade istället om makar, barn, föräldrar, familjen, vänner et cetera. Orden klient och brukare används ibland både som begrepp för anhörig och närstående. Ordet anhöriga kunde ändå förekomma till exempel i benämningen anhöriggrupper.



## Handlingsplan för stöd till anhöriga

Endast i en av kommunerna fanns något som kallades för handlingsplan för stöd till anhöriga. I kommuner som arbetade med uppdrag och åtaganden kunde dessa ses som en form av handlingsplaner. Handlingsplaner fanns dock inom individ- och familjeområdet på lägre nivåer i samband med specifika åtgärdsprogram.

## Former av stöd till anhöriga

Inom ramen för projektet kartläggs de insatser som har som sitt huvudsakliga syfte att vara ett stöd för anhöriga, det vill säga det direkta stödet. Kommunerna har själva definierat vad de avser med stöd till anhöriga. I redovisningarna från de olika kommunerna varierar också vad som inkluderats som anhörigstöd.

### Äldreområdet

Det som är gemensamt för samtliga kommuner är att avlösning erbjöds i form av korttidsplats, avlösning i hemmet och dagverksamhet. Avgiftsfri avlösning i hemmet (mellan 10 och 24 timmar per månad) fanns i alla kommuner utom en.

Psykosocialt stöd i form av **samtal** i olika former fanns att tillgå i samtliga kommuner. Exempel på sådana verksamheter var att enskilda samtal för råd, information, hänvisning och stöd kunde ges av specialistfunktioner som anhörigkonsulenter, anhörigsamordnare samt samordnare för frivilligstöd, anhörigstödjare, anhörigombud, demensteam/demenssjuksköterska/ demensvårdsutvecklare, äldreinformatör/seniorguide, kurator inom äldreomsorgen, dietist inom äldreomsorgen och/eller äldreombudsman. En specifik stödperson (oftast anhörigstödjare) erbjöds alltid i delar av en kommun.

Olika slags gruppsamtal arrangerades också i samtliga kommuner. Syftet kunde vara att erbjuda kunskap och information samt möjlighet att utbyta erfarenheter med personer i likartad situation. Möjlighet för anhöriga att kommunicera med personal och andra anhöriga med hjälp av IT-baserat stöd fanns i två kommuner med hjälp av ACTION och i en kommun planerades under 2010 en introduktion av Gapet.

Anhörigcentrum fanns i fyra kommuner. Andra slags träffpunkter/mötesplatser/anhörigkaféer fanns också i sex av kommunerna där anhöriga kunde knyta sociala kontakter.

Hälsofrämjande aktiviteter för anhöriga anordnades i de flesta kommuner. Exempel på sådana aktiviteter är Spa-kvällar, må-bra-dagar, rekreationsresor, föreläsningar, teaterbesök, taktill massage, inspirationsdagar, qigong, vattengymnastik ("dopp med kaffe") och naturgrupper. I en av kommunerna gav

anhöriga och tjänstemän ut en tidskrift ”Anhöringen” som är ett forum för information där anhörigas frågor och synpunkter lyfts fram.

Ekonomiskt stöd i form av hemvårdsbidrag nämndes i tre av kommunerna som befintligt anhörigstöd. Anhöriganställningar förekom i några av kommunerna och framställdes också som anhörigstöd.

Praktiskt stöd kunde också ges i kommunerna för att underlätta anhörigas situation. Hemtjänst med detta syfte nämndes i fyra kommuner och matdistribution i en kommun. Trygghetslarm och kostnadsfri trädgårdsservice angavs som anhörigstöd i två respektive en kommun.

Det viktigaste stödet till anhöriga angavs i en kommun vara det som gavs i relationen med ordinarie äldreomsorgspersonal. I enkäter till chefer inom äldreomsorgen var det, bortsett från dem som bedrev växelvård och dagverksamhet, framför allt enheter som bedrev palliativ och medicinskt avancerad vård som nämnde att de hade ett direkt anhörigstöd. Detta stöd utgjordes främst av samtal i olika former, ibland i gruppform ledda av kurator samt efterlevandestöd. I ett par av kommunerna fanns anhörigombud vars roll var att vara ”ambassadör” och lokal kontaktperson i anhörigfrågor.

Stödet till anhöriga i de olika kommunerna vände sig till de personer som vårdade eller gav omsorg till en närstående. I några av kommunerna påpekades att det var vanligast att make eller maka fick stöd och att syskon, barn och övrig släkt och nätverk inte nåddes i lika stor utsträckning. Det biståndsbedömda stödet nåddes i kommunerna av dem som beviljats insatserna.

När det gäller statistik över hur många anhöriga som har fått de olika stödformerna så gick detta oftast inte att ange. Det biståndsbedömda stödet var det som oftast gick att få fram statistik över, men det var ändå sällan som det fungerade. I statistiken framgick inte alltid om syftet med insatsen var stöd till anhöriga och dessutom kunde olika kategorier av anhöriga klumpas ihop. Det var svårt att särskilja hur många anhöriga som nåddes med stödet eftersom statistiken ofta angav antal besök et cetera och inte antalet anhöriga. Serviceinsatser dokumenterades inte annat än kanske i enskilda anhörigstödjares arbetsanteckningar och anhöriga registrerades inte. Dessutom kunde anhöriga samtala med anhörigkonsulenter och besöka anhörigcentra utan att uppge vare sig namn eller andra uppgifter. Enkel pinnstatistik förekom. Inte heller inom ordinarie vård- och omsorgsverksamheter var det vanligt att statistik fördes över stöd till anhöriga.

### **Funktionshinderområdet**

Det fanns möjlighet att söka biståndsbedömda insatser enligt LSS och SoL. Insatser av detta slag var avlösarservice, korttidsvistelse, dagverksamhet, råd och stöd, kontaktperson, stödfamilj, ledsagare, eftermiddagstillsyn, personlig assistans, stöd i assistansliknande former, hemtjänst, daglig verksamhet, bostad med särskild service och anhöriganställning. I kartläggningarna framgår

inte klart för samtliga kommuner i vilken omfattning anhöriga/den närstående hade dessa insatser. En förklaring till detta är att tillfrågade personer i kommunerna inte tänkt på de biståndsbedömda insatserna som anhörigstöd. En annan förklaring är att det är svårt att få fram statistik då insatserna dokumenteras på den närstående och syftet med insatsen inte alltid framgår.

Övrigt stöd för anhöriga till personer med funktionsnedsättning som fanns (men inte i samtliga kommuner) var stödperson eller stödgrupp, personligt ombud, samtal, hjälpmedel, medicinskt stöd, information, handledning, föreläsningar, trygghetstelefon, IT-baserat stöd, hälsofrämjande aktiviteter, anhörigrträffar, kontaktpersonsträffar, anhörigdag, boenderåd, anhörigrupp/cirkel, träffpunkter, avgiftsfri avlösning och skolhälsovårdspersonal.

### **Individ- och familjeområdet**

Inom de olika kommunerna fanns inom individ- och familjeområdet en del verksamheter som kunde definieras som direkt anhörigstöd. Anhöriga till personer med beroendeproblematik kunde i samtliga kommuner erbjudas samtal och vanligt förekommande var anhörigrupper. För barn fanns också specifikt stöd, bland annat i form av gruppverksamhet. Andra stödformer som förekom var avlösning i form av kontaktfamilj/familjehem, föräldrastödsgrupper, familjerådgivning, boendestöd, anhörigveckor, anhörigkurser/utbildning, familjeterapi, må-bra-aktiviteter och ekonomiskt stöd.

### **Efterlevandestöd**

Det fanns inte några övergripande riktlinjer eller rutiner för efterlevandestöd i någon av kommunerna, men efterlevandestöd förekom inom äldreområdet då det oftast var kopplat till palliativ vård och omsorg. I vissa fall genomfördes efterlevandestöd systematiskt, men oftast var det mer ostrukturerat och individberoende. Den vanligaste formen av efterlevandestöd var att erbjuda samtal efter dödsfallet.

I flera av kommunerna/stadsdelarna fanns inte något efterlevandestöd för anhöriga till personer med funktionsnedsättning. Där det förekom fungerade det på samma sätt som inom äldreområdet.

Det som förekom av specifikt efterlevandestöd inom enstaka kommuner inom individ- och familjeområdet var enskilda samtal för efterlevande, gruppverksamhet för personer som förlorat en nära anhörig i missbruk och meto-diska samtal med barn i svåra livssituationer. En sådan svår livssituation kunde vara förälders död.

## Relationer

TVå av kommunerna hade en specifik värdegrund att arbeta utifrån inom anhörigstödet för anhöriga till äldre. I de övriga kommunerna fanns värdegrund eller etiska riktlinjer formulerade som gällde hela äldreomsorgen och som också inkluderade stödet till anhöriga.

Inom funktionshinderområdet var det endast en kommun som hade en uttalad värdegrund. Det var samma värdegrund som gällde inom äldreområdet. I andra kommuner refererades till formulerade syften avseende stödet till anhöriga, formulerade upplevelsekriterier, värdegrunden i LSS-lagen som säger att det skall vara goda levnadsvillkor för alla och att alla skall vara delaktiga samt till kommunernas övergripande värdegrunder eller etiska koder.

Inom individ- och familjeområdets verksamheter fanns huvudsakligen förhållningssätt beskrivna för enskilda verksamheter.

## Stödplaner

Endast i en kommun upprättades stödplaner på ett systematiskt sätt inom äldreområdet. När anhörigstöd beviljades skulle det upprättas en stödplan för den anhöriga, enligt de riktlinjer för anhörigstöd som fanns. Stödplanen var en överenskommelse mellan den anhörige och stödpersonen och visade vilka åtgärder och insatser som var beviljade. I stödplanen beskrevs vilka insatser som kunde underlätta arbetet för anhöriga.

Svaren på frågan inom äldreområdet om hur anhörigas situation beaktades i samband med vårdplanering kan beskrivas på en skala från att anhöriga troligen kunde påverka planeringen till att det endast var den närståendes situation som var avgörande. Däremellan ligger de mer allmänt hållna utsagor som gick ut på att anhöriga var viktiga och att de hade möjlighet att framföra sina synpunkter. I samma kommun kunde flera av dessa förhållningssätt finnas, beroende på vem som uttalade sig.

Inom funktionshinderområdet upprättades i stort sett inte några stödplaner för anhöriga. Exempel på utsagor om i vilken utsträckning anhöriga var med i planering av omsorgsinsatser var att anhörigas situation beaktades i de fall då den anhörige bodde tillsammans med personen med funktionsnedsättning, att hänsyn togs till anhöriga, men att det inte fanns riktlinjer för det, att planering skedde utifrån anhörigas behov i största möjliga mån, att anhöriga togs med om inte den närstående motsatte sig det, ”Vår prioritet är vår kund” samt att anhöriga togs med om det inte motverkade en strävan att stärka den närstående som vuxen. Anhöriga/föräldrar till barn med funktionsnedsättning var självklara parter i samband med planeringar av olika slag. När närstående var vuxen var det inte lika självklart att anhöriga fick ta del av information.

Det vanligaste inom kommunerna/stadsdelarna var att det inte upprättades några stödplaner för anhöriga inom individ- och familjeområdet. Däremot förekom det i enstaka fall att behandlingsplaner upprättades för anhöriga som sökte stöd. Anhöriga nämndes i en del vårdplaner och genomförandeplaner, men oklart är om detta handlade om stöd till anhöriga eller behandling av den närstående. När det gäller frågan om hur anhörigas situation uppmärksammades i samband med planering av närståendes omsorg/stöd/vård finns det inte mycket information att tillgå från de olika kommunerna/stadsdelarna. En tolkning av detta är att anhörigas situation inte uppmärksammades på något systematiskt sätt och i en kommun förklarades detta av en intervjuperson med att anhöriga inte sågs som en egen målgrupp. Det som framkom i ett fåtal av kommunerna var att anhöriga erbjöds information om stöd, ibland efter samtycke från närstående. Kommentarer som framfördes var att anhörigas delaktighet begränsades på grund av sekretess samt att det var vanligt att de närstående inte hade kontakt med anhöriga eller att anhöriga var svåra att nå.

## Information, tillgång till stöd och motivations-arbete

Information om stöd för *anhöriga till äldre* gavs på många olika sätt och i många olika sammanhang. Vanliga och viktiga informationskanaler var personal i kommunens egen organisation som biståndshandläggare, sjuksköterskor inom den kommunala hemsjukvården, ordinarie omsorgs-/vårdpersonal i hemtjänst, särskilda boenden, träffpunkter och andra verksamheter samt personal inom den uppsökande verksamheten. Anhörigkonsulenter, anhörigstöd-jare, anhörigombud och motsvarande yrkesgrupper informerade och spred kunskap om kommunens anhörigstöd. I en del kommuner fanns ett telefonnummer att ringa för att ställa frågor om äldreomsorg och för att bli lotsad till rätt instans. Information om kommunens anhörigstöd gavs också i samverkan med landstingspersonal, frivilliga, föreningar, kyrkor och församlingar och inte minst med anhöriga själva, mun-till-mun.

Andra sammanhang då information om anhörigstöd gavs var i anslutning till vårdplaneringar, vid inflyttning till särskilt boende eller till och med vid visning av särskilt boende, på anhörigträffar, pensionärsråd, mässor, äldre-vecka/äldredag/ Seniorsdag, anhörigkaféer och i utbildningssammanhang.

Samtliga kommuner hade broschyrer/foldrar som beskrev anhörigstödet. Broschyrerna fanns på stadsdelskontor och kommuninformationsenheter, äldreomsorgens träffpunkter, särskilda boenden, apotek, hälso-/vårdcentraler, sjukhus, bibliotek. I ett par av kommunerna fanns foldern på flera språk. I en kommun gav anhörigstödet ut en tidning och på några boenden gavs ett veckobrev/nyhetsbrev ut. Annonser i dagspress och andra tidningar användes för allmän information eller i samband med specifika aktiviteter och i en

kommun hade en informationskampanj med annonser i TV4, bioreklam och bussannonsering genomförts.

Information spreds även genom affischering och meddelanden på anslags-tavlor/monitorer på strategiska ställen som exempelvis mataffärer, bibliotek, banker, apotek, särskilda boenden, seniorcafé och akutmottagning. På kommunernas hemsidor gick det i olika omfattning att läsa om anhörigstöd.

Eftersom informationsspridningen var omfattande och genomfördes på många olika sätt i kommunerna/stadsdelarna kan anhöriga sägas ha nåtts i vilket skede av anhörigskapet som helst. Vanliga kommentarer var att anhöriga ofta nåddes när något specifikt inträffat, kanske i samband med någon form av kris. Det kunde vara i början när en närstående fått en diagnos eller senare i skedet när den anhöriga börjat känna att hon/han inte orkade längre. En generell ambition var att nå anhöriga tidigt, vilket inte alltid lyckades och i en kommun påtalades särskilt att informationen om anhörigstöd skulle nå ut till hela samhället.

I de fall stödinsatserna var biståndsbedömda fick anhöriga tillgång till dem genom biståndsbeslut. I de fall det rörde sig om serviceinsatser hade alla i behov av stöd rätt att få tillgång till dem och detta skedde ofta efter kontakt med exempelvis anhörigkonsulent.

Informationskanalerna var av olika slag även när det gäller information om stöd för anhöriga till *personer med funktionsnedsättning*, men inte lika många som inom äldreområdet. Inom kommunala verksamheter informerade LSS-handläggare/ biståndshandläggare, sjuksköterska, anhörigkonsulent/anhörigstödjare, personal i gruppboende och övrig personal, kanske speciellt kontaktpersonen, personal genom anhörigträffar och i samband med individuell vårdplanering.

Information om anhörigstöd kunde ges på vårdplaneringar, anhörigdag, möten med habilitering och skola, föräldramöten i skolor och på barnvårdscentraler, hälsocentral, brukar-handikappråd samt olika föreningar.

I de fall det fanns stöd för anhöriga till personer med funktionsnedsättning, presenterades allmän information om detta på samma sätt som inom äldreområdet.

De anhöriga nåddes i olika skeden. Föräldrar till sjuka barn eller barn med funktionsnedsättning kunde nås redan när de låg på BB och det var dags för vårdplanering. I samband med detta gavs information och ansökningar om insatser togs emot. Andra anhöriga nåddes när habiliteringen hade avslutat sin utredning eller när den anhörige ansökte om en insats för sina barn. För anhöriga till barn/ungdomar och övriga familjemedlemmar med förvärvade funktionshinder skedde kontakten när behovet var påkallat. I ett par av kommunerna påtalades att det fanns ett mörkertal och att alla anhöriga inte nåddes.

I ett par kommuner som hade organiserat stöd eller handlingsplan för samtliga anhörigkategorier, skiljde sig inte informationen till anhöriga inom individ- och familjeområdet från informationen som riktade sig till övriga anhöriga.

Information om det anhörigstöd som fanns inom *individ- och familjeomsorgens* verksamhetsområde gavs i samtliga kommuner av socialsekreterare/utredare. Dessutom kunde information förmedlas av familjeteam, beroendeteam, vuxenenhet samt anhörigkonsulent och motsvarande.

Allmän information, men även information om specifika verksamheter fanns på hemsidan, men det var inte säkert att de senare presenterades under rubriken anhörigstöd. Vid sidan av broschyrer om kommunens generella anhörigstöd kunde också specifika verksamheter presenteras i foldrar.

Information om stödet till anhöriga kunde också förmedlas genom annonser, BRIS-kort, information på skolor och arbetsplatser, lapp på anslagstavlor i reception, skolor och familjecentraler, telefonkatalog, föreläsningar och öppet hus.

Biståndsbedömda insatser erhöles efter biståndshandläggning medan anhöriga kunde ta direkt kontakt med öppna insatser som råd och stöd med flera eller genom personal i beroendeteam, anhörigkonsulent och motsvarande samt socialsekreterare.

## Uppsökande verksamhet

Systematiskt genomförd uppsökande verksamhet inom äldreområdet fanns i samtliga kommuner, men tillvägagångssätt och målgrupp varierade. Syftet med uppsökande besök var att informera om kommunens och ibland även primärvårdens verksamheter för äldre och de insatser som äldreomsorgen kunde erbjuda både anhöriga och närstående.

Inom funktionshinderområdet skedde inte någon uppsökande verksamhet på motsvarande sätt som inom äldreområdet. Uppsökande verksamhet kunde ske genom att LSS-handläggare eller personligt ombud tog kontakt och informerade om kommunens insatser om hon/han fått kännedom om att en familj hade behov av detta (kanske via landstinget), information på föräldramöten eller brev till föräldrar till barn med insatser med information om förändringar som skedde i samband med myndighetsåldern.

Uppsökande verksamhet inom individ- och familjeområdet kunde ske genom fältarbete, hembesök och information vid skolor och arbetsplatser. Kommuner kunde också kontakta familjer utifrån rapporter från polisen, anmälningar och ansökningar. För de kommuner som hade organiserat stöd för samtliga målgrupper var informationsvägarna desamma för alla anhörigkategorier.

## Anhörigas synpunkter om eget stöd

### Äldreområdet

Samtliga kommuner och även privata utförare hade centrala system för synpunktshantering med information på hemsidan om hur medborgare kunde lämna synpunkter och klagomål och många hade också färdiga blanketter på nätet att fylla i. Information om synpunktshantering och blanketter kunde även finnas på kommunens olika enheter, på anslagstavlor, överlämnas i samband med biståndshandläggning, inflyttning till boende, som ny kund/brukare i hemtjänst, vid uppsökande hembesök, annonseras i tidningar et cetera. På en del boendeenheter fanns lådor för synpunkter ”ris och ros”.

Synpunkter på det biståndsbedömda anhörigstödet kunde lämnas direkt till berörd verksamhet till exempel enhetschef, sjuksköterska omvårdnadspersonal, kontaktman, anhörigombud och/eller till biståndshandläggare. Klagomål kunde också framföras till demensvårdsutvecklare och anhörigkonsulent/anhörigstödjare. För det icke biståndsbedömda stödet kunde synpunkter riktas direkt till de personer som utförde och ansvarade för detta. Andra instanser som kunde ta emot synpunkter var föreningar, Pensionärsråd samt ”äldreombud”/”äldreombudsman”.

En komplikation var när den närstående mottog omsorg i anslutning till exempelvis korttidsvård och dagverksamhet. Insatsen bedömdes på så sätt inte som till för den anhöriga, även om syftet var avlösning.

De svar som gavs om hur anhörigas synpunkter togs till vara för att utveckla stödet var mycket allmänt hållna. Anhörigas synpunkter diskuterades och togs hänsyn till, anhörigas synpunkter beaktades, synpunkterna sammanställdes med förslag till åtgärd, synpunkterna togs upp i arbetsgrupper eller planeringsgrupper är exempel på sådana utsagor. I en kommun gjordes årliga behovsinventeringar som bland annat grundade sig på systematiska utvärderingar av verksamheter. Dessa inventeringar låg sedan till grund för förbättringsarbete.

### Funktionshinder- /individ- och familjeområdet

Svaren på frågorna inom funktionshinder- och individ-familjeområdet om hur anhöriga kunde föra fram synpunkter på sitt eget stöd, skiljde sig i princip inte från de svar som angivits inom äldreområdet. Kommunernas och utförarnas centrala synpunktshanteringar var desamma. Vid synpunkter om specifika verksamheter kunde anhöriga vända sig direkt till personal, chefer, handläggare, kontaktperson, samordnare, personliga assistenter, anhörigkonsulenter med flera. Synpunkter kunde också lämnas till politiker, Socialstyrelse, handikappombud och till handikappråd. Även inom funktionshinderområdet var de svar som lämnades tämligen övergripande på frågan om hur anhörigas



synpunkter togs tillvara och inom individ- och familjeområdet var intervju- och enkätsvar än mer diffusa till sin karaktär.

## Anhörigas synpunkter om insatser för den närstående

Den centrala synpunktshandtering som fanns i respektive kommun var densamma för synpunkter gällande närståendes vård och omsorg som för synpunkter gällande anhörigas eget stöd. Likaså var det samma personer inom verksamheterna som anhöriga kunde vända sig till med synpunkter. Funktioner som tillkommer och som inte nämndes inom ramen för synpunkter om eget stöd är den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS), äldreinformatör, och distriktssköterskor.

Svaren på frågorna gällande den närståendes omsorg var ofta mer detaljerade än då frågorna gällde synpunkter på anhörigas stöd. Synpunkterna på närståendes omsorg kunde enligt uppgifter dokumenteras och ibland tillvaratas i genomförandeplaner. Ibland ledde de till ändrade rutiner eller vårdplaneringar. Slående i avrapporteringen från flera kommuner är att inte alla enhets-, verksamhetschefer kände till att det fanns rutiner för att ta emot synpunkter från anhöriga.

En skillnad från äldreområdet är att brukarnas självbestämmande poängterades oftare inom funktionshinderområdet och att sekretesslagen betonades inom individ- och familjeområdet.

## Uppföljning och utvärdering

På individnivå följdes det biståndsbedömda anhörigstödet upp och utvärderades av biståndshandläggare i enlighet med rutiner och praxis i respektive kommun. Förmodligen räknade inte alla tillfrågade personer biståndsbedömt anhörigstöd, till exempel avlösningsservice i hemmet, som anhörigstöd eftersom kartläggningen visar att det inte fanns någon uppföljning på individnivå i flera av kommunerna och enligt många av respondenterna i övriga kommuner.

För övrigt var utvärderingar på individnivå sparsamt förekommande. Vanligast var att kontakter med chefer, anhörigkonsulenter och andra anhörigstödjare följdes upp genom ett samtal efter en tid. I vissa fall förekom skriftliga utvärderingar på individnivå. Inom funktionshinderområdet var det främst i de fall ett barn eller ungdom hade insatser som hela familjen eller föräldrarna fanns med i uppföljningar och genomgångar av genomförandeplaner och personliga överenskommelser. Inom individ- och familjeområdet fanns exempel på individuell uppföljning i samband med avslutande av samtalsgrupper. I en kommun uppgavs att genomförandeplaner där anhörigstöd ingår, följdes upp.

Det som särskiljer individ- och familjeområdet från övriga är att sekretessreglerna i ett flertal fall angavs som styrande för i vilken omfattning som anhöriga involverades.

Uppföljningar på gruppnivå i form av siffror och pinnstatistik redovisades centralt i några av kommunerna och kunde också följas upp av ledning och uppdragskontor. Det förekom i en del kommuner att olika former av anhängstöd eller enskilda aktiviteter utvärderades systematiskt. Exempel på sådana aktiviteter var må-bra-aktiviteter, avgiftsfri avlösning, dagverksamhet och anhänggrupper. Oftast användes enkäter för dessa uppföljningar. Uppföljningar gjordes också på anhängträffar, arbetsplatsträffar och ledningsgruppsmöten samt genom Socialstyrelsens återkommande undersökningar. Exempel gavs också på specifika funktioner som systematiskt utvärderades som palliativ vård, öppenvårdsbehandling och myndighetsutövning.

När det gäller frågeställningen hur anhöriga till äldre personer involverades i utvärderingar om vård och stöd till den närstående finns inte beskrivningar att hämta från samtliga kommuner. När de närstående inte själva kunde föra sin talan involverades anhöriga i många fall i utvärdering av vård och stöd. Om den enskilde så önskade kunde anhöriga delta i brukarundersökningar. I någon kommun involverades anhöriga minst en gång per år och i en annan angav enhetschefer samtal vid besök på enhet, telefonkontakter, avslutande samtal, efterlevandesamtal samt vårdplaneringar, uppföljningar och individuell vårdplan som sätt för anhöriga att framföra synpunkter.

Gällande funktionshinderområdet blev svaret i några kommuner att anhöriga oftast var involverade i utformandet av vården och stödet under förutsättning att den närstående godkände det. De anhöriga fick också vara med på utvärderings- och utvecklingssamtal, avstämningsmöten och när genomförandeplanerna reviderades. När verksamheterna riktade sig till barn och ungdomar deltog föräldrar/vårnads-havare.

Det går generellt sett inte att få heltäckande sammanställningar med data om de anhöriga som fick stöd i de olika kommunerna. Dokumentation och statistik fördes inte på ett sådant sätt att detta är möjligt. Gällande specifika biståndsbedömda insatser kunde det vara möjligt, men detta gällde endast de insatser som endast hade som syfte att vara just ett anhängstöd eller där statistik fördes på ett sådant sätt att detta syfte kunde särskiljas. För de kontakter som anhängkonsulenter och motsvarande yrkesgrupper hade måste data hämtas från varje konsulents arbetsanteckningar, under förutsättning att sådana anteckningar fördes samt att anhöriga har velat lämna dessa upplysningar.

## Organisation och personal

Hur anhörigstödet organiserades och bemannades skiljde sig stort mellan de olika kommunerna. Det enda som var gemensamt för samtliga var att det var biståndshandläggare som fattade beslut om det biståndsbedömda stödet medan stöd i form av serviceinsatser var tillgängliga för alla.

Gemensamt för de flesta kommuner var att de flesta som arbetade med anhörigstöd inte hade någon specifik utbildning med inriktning just på detta, mer än det som eventuellt ingick i grundutbildningar som exempelvis sjuksköterskeexamen, social omsorgsexamen med flera. En del hade också gått på internt anordnade utbildningstillfällen och ett fåtal hade högskolepoäng i någon kurs om anhörigstöd.

## Samverkan med ideella sektorn

Samtliga kommuner samverkade på något sätt med ideella sektorn när det gällde stöd för anhöriga till äldre personer. Röda korset, svenska kyrkan och olika intresseföreningar nämndes i samtliga kommuner. Samverkan kunde handla om att representanter från ideella sektorn deltog i anhöriggrupper/träffar/kaféer/programverksamhet/ må-bra-aktiviteter, anhöriga kunde hänvisas för samtal och gemenskap till kyrkor och föreningar, samverkan i pensionärsråd/anhörigråd/brukarråd/arbetsgrupper/referensgrupper/samverkansgrupper samt informationsspridning.

Inom funktionshinderområdet och individ- och familjeområdet var omfattningen av samverkan med ideella sektorn inte lika stor som inom äldreomsorgen. I några av kommunerna där anhörigstödet var väl utvecklat för att nå samtliga målgrupper var skillnaden mindre, men för övriga handlade samverkan huvudsakligen om att i olika former, regelbundet eller mer sporadiskt, ha kontakt med framför allt brukarorganisationer/föreningar/självhjälporganisationer.

## Samverkan med landstinget

Samverkan med landstinget/regionen varierade mellan de olika kommunerna/stadsdelarna från att inte existera till att det fanns olika slags utarbetade rutiner för informationsöverföring och andra aktiviteter. Informationsöverföringen kunde handla om att hälso- vårdcentraler/sjukhus förmedlade kontakter mellan anhöriga och kommunen samt att anhörigstödjare informerades i landstingets verksamheter eller deltog i deras gruppverksamhet för anhöriga.

När frågorna riktades till kommunernas chefer gavs många exempel på samverkan med landstinget, men oklart är hur mycket av detta som handlade om anhöriga. Till exempel svarade många att samverkan ägde rum med slu-

tenvård, habilitering, sjukhuskyrka, specialistkliniker, landstingets kuratorer, barnhälsovård, primärvård och folktandvård. Mycket av denna samverkan skedde förmodligen på individnivå.

## Utbildning

Personalen, generellt sett, hade med en kommun som undantag, i allmänhet inte någon specifik utbildning i anhängstöd. Frågor om anhänga, bemötande och etik fanns dock med en del internutbildningar om demenssjukdomar, palliativ vård, konflikthantering, kommunikation och annat. I några av kommunerna hade stora satsningar gjorts på att utbilda all personal.

I en av kommunerna hade en femdagarsutbildning i anhängstöd anordnats för personal från omsorgs- och socialförvaltningens verksamheter, anhänga, politiker, föreningar och organisationer. Grupperna var blandade med representanter från alla yrkeskategorier vilket beskrevs som en styrka. En tredagarsutbildning riktad till handläggare genomfördes också liksom en workshop för arbetsledare.

I övrigt var det ett fåtal utbildningstillfällen som hade genomförts under 2009–10. Som exempel kan nämnas att personal på växelvårdsenheterna i en kommun hade tre träffar i en cirkel tillsammans med anhängkonsulent då de fått kunskap och diskuterat bemötande av anhänga, i ett rehabiliteringsboende hade all personal en halv dags utbildning kring anhängfrågor med forskare inom området, enstaka föreläsningar med tema anhängstöd hade genomförts på ett par håll, anhänga hade diskuterats på arbetsplatsträffar och inom ramen för handledning och så hade en del personal beviljat konferenser och anhängdagar.

## Budget

Det kan konstateras att då det fanns budgeterade medel för stödet till anhänga år 2010 var summan mycket liten i relation till avsatta medel för Socialtjänsten som helhet.

## Resultat av fokusgruppsintervjuer

Med syftet att stämna av resultatet av kartläggningarna och för att diskutera hur väl kommunens anhängstöd fungerar, genomfördes efter färdigställd kartläggning fokusgruppsintervjuer i alla kommuner/stadsdelar och för samtliga verksamhetsområden. I de flesta fall inleddes gruppsamtalet med att kartläggningen presenterades. Frågeställningarna som sedan diskuterades var:

- Stämmer bilden/kartläggningen?
- Hur fungerar anhörigstödet?
  - Vad fungerar bra? Beskriv!
  - Vad fungerar mindre bra? Beskriv!
  - Finns det några utvecklingsbehov? Vilka?

Samtalen spelades in på band och transkriberades. Tanken var att varje fokusgrupp skulle bestå av personal, beslutsfattare och personer från ideella sektorn. Vissa variationer förekommer i genomförandet av fokusgruppsintervjuerna i de olika kommunerna/stadsdelarna.

### Äldreområdet

I flera av kommunerna konstaterades med glädje och stolthet att utvecklingen av stödet till anhöriga hade kommit en bra bit på väg. Hur anhörigstödet organiserades lyftes fram som betydelsefullt för en framgångsrik utveckling. I fokusgrupperna gavs många exempel på välfungerande lokala verksamheter och på specifika viktiga funktioner som fungerade bra. Samverkan med andra organisationer uppskattades i några av kommunerna och i andra lyftes lyckosamma utbildningsåtgärder fram som positiva. Exempel kunde också ges på verksamheter där förändringar skett som gynnat anhöriga och som bidragit till ett mer medvetet förhållningssätt hos personal. I någon av kommunerna var fokusgruppen nöjd med tillgången på information om befintligt anhörigstöd.

Organisationen var också i fokus när brister och utvecklingsbehov diskuterades. Samtliga led, från beslutsfattare till utförare av insatser, måste ”vara med på tåget” om utvecklingen av anhörigstöd skall gå framåt. I någon kommun saknade fokusgruppen politiskt stöd och politiska riktlinjer för hur anhörigstödet skulle hanteras och förbättras. Bevakningen av att de ekonomiska resurserna för anhörigstödet verkligen kommer anhörigstödet till del måste också fungera. Explicita värdegrunder, etiska koder et cetera fanns i samtliga kommuner, men endast i ett fåtal fall hade de brutits ner och omformats till att specifikt gälla anhörigstödet.

Goda organisatoriska förutsättningar för ett fungerande anhörigstöd som nämdes var att samla verksamheten under en chef och att de som har som uppgift att arbeta med avlösning och dylikt och kombinerar det med andra uppgifter, verkligen erbjuds möjligheter att åta sig anhörigstödsuppgifter. Kontinuiteten bedömdes som viktig. Andra problem som rapporterades var att anhörigstödet i vissa kommuner inte var jämnt fördelat och att flexibiliteten gällande tider och stödformer skulle kunna vara bättre.

I samtliga kommuner påtalades svårigheterna med att nå ut till anhöriga i ett tidigt skede. Det fanns problem med information, såväl internt som externt. Framförallt påtalades svårigheter med att nå ut med information om

anhörigstöd till allmänheten och till enskilda anhöriga om att de hade möjlighet att söka stöd för egen del. Ingången till det kommunala systemet kunde vara svår att hitta och ibland kunde det vara i det närmaste hopplöst för anhöriga att veta vem de skulle vända sig till när de behövde hjälp. Det här var enligt en grupp störst problem för dem som vårdade sina närstående hemma. Anhöriga med utländsk härkomst sågs i en grupp som svår att nå med anhörigstödet.

I olika sammanhang framfördes i gruppdiskussionerna exempel på brister i bemötande gentemot anhöriga och svårigheter att se verksamheter utifrån anhörigas perspektiv. Förståelse för och kunskap om anhörigas situation bland personal kunde saknas. Det förekom också svårigheter att ta emot synpunkter från anhöriga på ett ödmjukt sätt. Vårdplaneringar framfördes från flera håll som viktiga och där anhörigas situation måste uppmärksammas.

I en fokusgrupp framkom att stöd till anhöriga behövde utvecklas specifikt vid övergångar mellan olika vårdformer eller stadier i en sjukdomsprocess exempelvis då den närstående flyttar från hemmet till ett särskilt boende. Ett annat exempel var när närstående kommer hem från sjukhusvård och fortfarande behöver omfattande vård. Biståndshandläggarna bör då kunna göra akuta hembesök, för att snabbt sätta in insatser och även uppmärksamma anhörigas behov av stöd. Efterlevandestöd saknades i flera kommuner. Anhöriga efterfrågade också enligt en gruppdiskussion, enskilda samtal i anslutning till avlösning, flytt till boende och liknande tillfällen.

När det gäller avlösningsverksamhet så framkom i fokusgruppsdiskussionerna flera förslag på förbättringar: en ökad flexibilitet gällande tid och form, nya, enkla metoder för avlösning, direkt tillgång till avlösning, kontinuitet bland personalen som avlöser och avlösarservice på natten samt besök på boendet innan starten, samtal med samordnaren på växelvården för villrådiga anhöriga, studiebesök tillsammans med anhörigkonsulent, möjlighet för par att vistas på korttidsboende tillsammans, slopande av biståndsbedömning för växelvård samt korttidsboende/växelvård med olika inriktningar. När det gäller övriga utvecklingsbehov så efterlystes i enskilda fokusgrupper ett mer individuellt stöd och fler anhörigrupper.

Det fanns utvecklingsbehov även gällande de mer administrativa aspekterna av anhörigstödet. Frågor gällande dokumentation och statistik behandlades i flera fokusgrupper liksom behovet av utbildning.

### **Funktionshinderområdet**

I jämförelse med resultatet från fokusgrupperna inom äldreområdet var diskussionerna mindre konkreta inom funktionshinderområdet. Generellt sett ansågs stödet inte vara lika utvecklat och även om det fanns var det inte alltid säkert att det gick under benämningen stöd till anhöriga.

Anhörigträffar var en verksamhet som enligt flera fokusgruppsdiskussioner uppskattades. Individuella insatser som var uppskattade var att enhetschefer, LSS-handläggare, habiliteringspersonal och anhörigstödjare gav individuellt stöd till anhöriga vid behov, uppföljningsmöten med anhöriga i vissa verksamheter, Anhörigcentrums verksamhet, individuella samtal med föräldrar på korttidsboende och uppföljning av genomförandeplan samt personliga ombud.

I ett par kommuner menade fokusgrupperna att det fanns ett stöd till anhöriga (föräldrar) till barn med funktionsnedsättning, men att stödet avtog när barnen blev äldre (cirka 16 år).

Landstings/regioners och föreningars roll diskuterades i många av fokusgrupperna. Habiliteringen var en viktig samverkanspart. En fråga som kom upp till diskussion var fördelningen av anhörigstöd mellan kommuner och habiliteringen: finns det som behövs redan inom habiliteringen?

En allmän reflektion som gjordes i flera av fokusgrupperna var att det inte fanns så mycket utbyggt stöd till anhöriga inom funktionshinderområdet, kanske speciellt för dem som hade sina närstående i gruppboende. En förklaring kan vara att stödet har en annan tradition inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning där intresseorganisationer och just habilitering har bedrivit mycket arbete.

För att utveckla anhörigstödet gav de olika fokusgrupperna exempel på åtgärder av mer organisatoriskt slag. Ett utvecklingsområde för flera kommuner var att göra anhörigstödet mer jämställt och andra grupper menade att stödinsatserna måste formaliseras med avseende på handlingsplaner, värdegrunder, uppdrag med mera. Förslag som framfördes på nya funktioner för att underlätta för anhöriga var till exempel anhörigsamordnare och anhörigcoacher.

Det är stora skillnader på olika typer av funktionsnedsättningar och anhöriga utgör inte någon homogen grupp människor, de är i olika åldrar och har olika behov. Ett individuellt bemötande av både den anhörige och den närstående efterlystes i en fokusgrupp. Flexibilitet behövdes inom anhörigstödet. I samband med att barn med funktionsnedsättning närmar sig ung vuxenålder är det viktigt att inte låta föräldrars kunskap gå förlorad.

En annan begränsning var då endast föräldrar betraktades som anhöriga. Det fanns vuxna med funktionsnedsättning som levde i förhållanden och deras sambor, make/makar och barn glömdes ofta bort när det talades om anhöriga och anhörigstöd. Samma sak gällde syskon. Barn, tonåringar och unga vuxna som anhöriga upptäcktes inte alltid.

Den ekonomiska situationen kan bli prekär för en del anhöriga och de söker ekonomisk ersättning för att kunna vara hemma och vårda en kanske svårt sjuk närstående. Kan dessa anhöriga hjälpas på något sätt?

Andra stödformer som efterfrågades var samtalsstöd, jourtelefon som skulle vara öppen kväll och helger och anhörigcentral som mötesplats och med

möjlighet till avlösning, förbättrad avlösning inom psykiatrin samt efterlevandestöd, gruppverksamhet som når ut till män, avgiftsfri avlösning efter assistans för att möjliggöra att inte make/makas hela fritid är uppbunden, korttidsvistelse för personer med fysisk funktionsnedsättning (ej tillsammans med personer med utvecklingsstörning), vikarier inom den dagliga verksamheten under sommaren så att verksamheten inte behöver hålla stängt samt möjlighet till juridisk konsultation.

Viktigast för ett fungerande anhörigstöd var enligt en fokusgrupp att personalen är kompetent och har utbildning. Personalen måste bli mer uppmärksam och lyhörd och de skall kunna lyssna in vad det finns för behov av anhörigstöd hos de anhöriga. För att lyckas med detta, och för att öka förståelsen för de anhörigas behov behöver personalen mer utbildning och kunskap. Ett tydligt anhörigperspektiv behövdes i verksamheterna enligt flera fokusgrupper.

Att öka samarbetet med intresseorganisationer, andra delar inom socialtjänsten, Försäkringskassan med flera ansågs viktigt i flera kommuner.

Även inom funktionshinderområdet kom frågan upp om hur kommunerna på bästa sätt skulle arbeta för att nå ut med information om anhörigstödet. I en kommun påpekades vikten av att starta redan i skolan. Likaså betonades behovet av förbättrad statistik och uppföljning.

### **Individ- och familjeområdet**

Inom individ- och familjeområdet var det inte gängse att använda begreppet anhörigstöd. Det finns en lång tradition när det gäller att arbeta med anhöriga för att stärka den som har problem. Att anhörigstöd skulle vara något specifikt vände sig någon grupp i viss mån emot.

Frågan om vem som egentligen är anhörig diskuterades i en grupp. Det är inte en enkel fråga och gruppdeltagarna ansåg att de var dåliga på att hjälpa anhöriga att identifiera sig själva som just anhöriga enligt lagens definition och att de då också har rätt till stöd från kommunen. När det gällde barn talade man mer i termer av familj och föräldrar. Inte heller inom individ- och familjeområdet vuxna tänkte man på anhöriga så som det gjordes inom det specifika anhörigstödet. Med anledning av dessa olikheter att använda begrepp och skilda sätt att betrakta anhöriga på, var det inte alltid enkelt att i gruppdiskussionerna fånga det som i denna studie avses med anhörigstöd.

I flera fokusgrupper framfördes som en fördel att arbetssättet inom individ- och familjeomsorgen var brett och därmed inkluderade anhöriga. Även om det inte kallades för anhörigstöd. Särskilt bra var verksamheterna enligt ett par grupper på att stötta nätverk kring föräldrar och barn. Bra personal och chef utgjorde enligt en fokusgrupp goda förutsättningar för att engagerat vilja arbeta med anhörigstöd. I flera av kommunerna nämndes specifika verksamheter som fungerade bra i sitt arbete med att stödja anhöriga.



Avgörande för hur anhörigstödet utformas är hur anhöriga betraktas. Anhöriga och anhörigstöd som resurs eller belastning diskuterades i flera grupper. Speciellt i ansträngda ekonomiska lägen fanns det en risk för att inte prioritera anhöriga.

Ett mer jämlikt anhörigstöd i kommunen, rutiner, mål, handlingsplaner och kontinuerlig utvärdering efterlystes liksom bättre samordning och tid för reflektion och uppföljning.

Det fanns i de olika kommunerna specifika stödformer som saknades eller som behövde förbättras. Exempel på detta var behov av fler föräldrastödsgrupper, möjlighet att få samtalsstöd nattetid, stöd till barn som lever i utsatthet, möjlighet att få hjälp med att hämta och lämna barn på dagis samt nätverksarbetet där anhöriga tas till hjälp för den person som har problemet.

Det kända problemet med att nå ut och svårigheter med information luftades också i dessa fokusgrupper. Det konstaterades att anhörigstödsverksamheter inte var kända i hela socialtjänsten. I en del kommuner var det svårt att rekrytera till anhöriggrupper och ett känt problem var att anhöriga nåddes i ett sent och onödigt akut läge. Speciellt svårt kunde det vara att nå ut med information till personer som inte behärskade det svenska språket.

I de flesta kommunerna beskrevs i grupperna att personal behövde utbildning och kompetensutveckling. Detta kunde gälla alla områden inom individ- och familjeområdet eller specifika delar som exempelvis de verksamheter som stötte på barn till missbrukande föräldrar.

Samverkan med andra organisationer och offentlig verksamhet, behövdes över i en del kommuner. ”Stuprörstänk” upplevdes som en svårighet.

Sekretessen beskrevs av en del verksamhetsföreträdare som ett hinder i kontakten med anhöriga. En annan reflektion som gjordes var att sekretessen kunde hjälpa till för att fokus i samtalet verkligen skulle ligga på den anhöriga.

I flera av kommunerna efterlystes ett mer omfattande och utvecklat anhörigstöd inom individ- och familjeområdet.

## Resultat av enkätundersökning till anhöriga

I de åtta kommunerna skickades totalt 648 enkäter ut till anhöriga och 373 kom tillbaka besvarade. Svarefrekvensen uppgår till 58 procent. Antalet utsända enkäter varierar mycket mellan olika kommuner.

Den största delen besvarade enkäter kommer från anhöriga till äldre personer (222 stycken). Motsvarande antal från anhöriga till personer med funktionsnedsättning och anhöriga till personer med långvarig sjukdom är 86 respektive 65 stycken. 72 procent av respondenterna är kvinnor och 59 procent är 65 år och äldre. De allra flesta (74 procent) sammanbodde med den närstående och andelen makar/makor/ partners uppgår till 58 procent.

Det som sammantaget kan konstateras utifrån denna enkätundersökning där respondenterna utgörs av anhöriga som på något sätt har tagit emot stöd från kommunerna är att det finns en hel del kvar att arbeta med när det gäller behov av stöd och utformning av stödet till anhöriga. Vissa dimensioner av de anhörigas livskvalitet kanske kan förbättras genom en utveckling av befintligt stöd och helt klart är att de känslomässiga och ekonomiska aspekterna av anhörigskapet kräver ytterligare uppmärksamhet och analys. De gånger det förelåg skillnader i svarsmönster mellan de olika anhöriggrupperna var det med ett undantag anhöriga till personer med funktionsnedsättning som utmärkte sig genom att uppvisa ett större missnöje än övriga. Det kanske finns anledning att i framtiden rikta uppmärksamheten lite extra på dessa anhörigas behov av stöd och det som nu erbjuds.

## Resultat av telefonintervjuer med anhöriga

Som ett komplement till enkäterna har telefonintervjuer genomförts med ett urval personer som i enkäterna inte tackat nej till att bli kontaktade via telefon för en intervju. Frågorna handlar om vilket stöd och hjälp de anhöriga får från kommunen idag, hur det fungerar och vad som kan förbättras. Sammanlagt har 68 intervjuer genomförts.

I denna sammanfattning presenteras de förslag och idéer om utveckling av stödet som framkom i intervjuerna.

### Anhöriga till äldre personer

- Förlängd anhöriganställning t ex från 6 månader till ett år
- Höjt anhörigbidrag
- Fler avlösningstimmar
- Möjlighet till avlösning med kort varsel
- Möjlighet att ”spara” avlösningstimmar för att ta ut längre tid vid senare tillfälle
- Möjlighet att i god tid kunna planera avlösning
- Mer stimulans på korttidsboende
- Boende även för yngre personer med demenssjukdom
- Ökad närvaro av läkare på korttidsboendet
- Tydlighet kring rollfördelningen god man, vårdboende och den anhörige
- Hembesök av läkare
- Tätare kontakt och kommunikation mellan sjuksköterskor och hemtjänstpersonal
- Ökade medicinska kunskaper hos personalen inom hemtjänsten

- Anpassning av hemtjänsten till personer med demenssjukdom t ex genom låg personalomsättning
- Ökad flexibilitet för specifika önskemål vid hemtjänst såsom t.ex. endast kvinnlig personal
- Regelbundna träffar mellan berörd personal och anhöriga, t ex möte mellan anhörig, kontaktperson inom hemtjänsten, hemtjänstpersonal, medicinskt ansvarig sjuksköterska samt biståndshandläggaren.
- Kontaktperson på kommunen
- Färdtjänst även för anhöriga när de reser tillsammans med sin närstående
- Trygghetslarm i fritidshus
- Stöd som underlättar för anhöriga över kommungränser
- Bättre samlad information till anhöriga t ex angående vilket stöd och vilken hjälp man kan få som äldre.
- Uppsökande verksamhet från kommunen istället för information i brevlådan
- Anhöriggrupper för vuxna barn

#### Anhöriga till personer med funktionsnedsättning

- Ökat antal timmar vid anhörganställning
- Höjd lön för anhörganställning
- Pensionsgrundande anhörigbidrag
- Möjlighet till avlösning på natten
- Framförhållning gällande avlösningsplats
- Korttidsboende som är öppet på sommaren
- Riktade insatser till yngre personer med demenssjukdom
- Information om vilket stöd som finns för anhöriga
- Samlat informationsmaterial (med t ex viktiga datum och brytpunkter) riktat till anhöriga som är ”nya” inför ett funktionshinder.
- Skyddsnet när barn med funktionsnedsättning blir vuxna.
- Ökad dialog mellan personal och anhöriga, även efter att barnen fyllt 18 år
- Ökad kunskap om funktionshinder hos ledsagare
- Ökad förståelse hos myndigheter för vad det innebär att ha en diagnos
- Ökad kunskap hos politiker angående hur det är att ha Alzheimers som ung och hur det är för anhöriga
- Anhöriggrupper
- Noggrannare sammansatta anhöriggrupper

- Ökad kompetens hos samtalsledare i anhöriggrupper
- Kommunalt stöd till företag som anställer funktionshindrade personer t ex i form av utbildning.

#### Anhöriga till personer med långvarig sjukdom

- Möjlighet till ekonomisk ersättning vid ledighet från arbetet för att hjälpa och stötta sitt barn
- Mer uppmuntran från kommunen till anhöriga som orkar ställa upp
- Respektfullt bemötande
- Ökad förståelse för familjehems situation

## Slutsatser

Utifrån en diskussion av resultaten från kartläggning samt enkäter och intervjuer med anhöriga dras i studien följande slutsatser:

- Genom att studera stöd till anhöriga blir det tydligt att de olika delarna av socialtjänsten skiljer sig åt när det gäller synsätt och förhållnings-sätt. Dessa kulturella skillnader har påvisats i samtliga undersökta kommuner.
- I samtliga kommuner pågår arbete med att utveckla stödet inom framför allt funktionshinder- och individ- och familjeområdet. För att kunna använda de erfarenheter av stöd till anhöriga som finns i kommunen krävs diskussioner över verksamhetsgränserna om synen på anhöriga, vilket ansvar olika verksamheter har för anhörigas välbefinnande, vad stöd kan vara och inte minst hur använda begrepp definieras och används. Genom sådana möten skulle också det stöd som faktiskt ges till andra anhöriga än anhöriga till äldre, synliggöras.
- Genom samverkan över verksamhetsgränserna inom respektive kommun skulle också resurser kunna samordnas, handlingsplaner utarbetas, etiska riktlinjer och värdegrunder brytas ner och förstås i relation till anhöriga och inte minst skulle information spridas om det stöd som finns idag.
- Inom äldreomsorgen ligger tonvikten på det så kallade specifika anhörigstödet, inom funktionshinderområdet dominerar det biståndsbedömda stödet och inom individ- och familjeområdet kan det befintliga stödet huvudsakligen härröras till pågående verksamhet där anhöriga kan erbjudas stöd för egen del i anslutning till närståendes behandling. Dessa hårdragna skillnader skulle kunna ligga till grund för en fortsatt analys av dimensioner som skulle kunna tjäna på att lyftas fram inom olika verksamheter.

- För att kunna följa utvecklingen av omfattningen av anhörigstödet måste statistiken förbättras. För det biståndsbedömda stödet borde det kunna framgå om insatserna haft stöd till anhöriga som syfte. Pinnstatistiken för serviceinsatser skulle i många fall kunna göras mer omfattande och ”beskrivande” och när det gäller stödet till anhöriga inom ordinarie vård- och omsorgsverksamheter skulle det vara ett värde om de stödinsatser som förekommer beskrivs i termer av omfattning, innehåll med mera.
- Utvärderingar och uppföljningar är sparsamt förekommande. För att kunna arbeta med kvalitetsutveckling av stödet behövs kunskap om vilket stöd som är bra för vilka anhöriga, vilka anhöriga som nås av olika stödinsatser med mera. Erfarenhetsutbyte mellan kommunerna är av värde i detta sammanhang.
- I det fortsatta utvecklingsarbetet är det av största vikt att involvera anhöriga i arbetet då de besitter stor kunskap och har många förslag på förbättringar.
- Om utvecklingsarbete skall lyckas är det väsentligt att alla nivåer i organisationen är delaktiga och ”på spåret”. Politikerns och cheferns betydelse kan inte underskattas.
- Frågor gällande sekretess och dokumentation var aktuella i många kommuner. Kunskap om hur dessa frågor kan hanteras och metodutveckling efterlyses.
- Utbildningsnivån bland personal och nyckelpersoner gällande anhörigskap och stöd till anhöriga kan förbättras, både inom ordinarie utbildningar och i form av fortbildning, kompetenshöjning.
- När det gäller anhörigas upplevelser är det speciellt de ekonomiska och känslomässiga aspekterna som skiljer sig från övriga. Ekonomiskt stöd bör diskuteras i kommunerna och ytterligare stödinsatser behöver utvecklas för att hjälpa de anhöriga att hantera känslomässiga svårigheter. Stöd i form av samtal kan erbjudas (åtminstone för anhöriga till äldre personer) i samtliga kommuner, men kan utvecklas ytterligare samt erbjudas fler.
- I resultatet från enkätstudien utmärkte sig, då det förekom skillnader mellan grupperna, anhöriga till personer med funktionsnedsättning som en utsatt grupp med avseende på nöjdhet med stöd med mera. Denna anhöriggrupp förtjänar därför ett stort intresse när den fortsatta utvecklingen av anhörigstödet planeras i kommunerna.
- En förutsättning för hur utvecklingen av stödet kommer att se ut är hur det på ett övergripande plan beskrivs i mål, riktlinjer, uppdrag med mera. Stödet till anhöriga måste finnas med i de dokument som styr innehållet i de olika verksamheterna.

# 1. Inledning

I landets kommuner har sedan slutet av 1990-talet ett omfattande arbete utförts för att utveckla stödet till anhöriga. Staten har bidragit med cirka en miljard kronor i stimulansmedel och en förändring har införts i Socialtjänstlagen som innebär att kommunerna har en skyldighet att erbjuda anhöriga stöd.

För att dra lärdom av det utvecklingsarbete som har genomförts och fortfarande pågår har Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) tagit initiativ till denna undersökning för att i samverkan med åtta av landets FoU-enheter kartlägga och följa utvecklingen av stödet till anhöriga under tre år i åtta kommuner.<sup>2</sup> De studerade kommunerna, som presenteras i bilaga 1, är olika stora till yta och befolkningensmängd och är spridda från Härjedalen i norr till Malmö i söder.

I denna rapport presenteras resultatet av kartläggningen för år 2010. Inledningsvis ges en kort översikt av hur anhörigstödet har utvecklats i Sverige. I texten avses generellt med begreppet *anhörig* en familjemedlem, släkting, vän eller annan person som har en relation till och eventuellt hjälper den *närstående* som är äldre, långvarigt sjuk och/eller har en funktionsnedsättning. Med anhörigstöd avses de verksamheter eller insatser som har som sitt *huvudsakliga syfte* att vara just ett stöd för anhöriga.

## 1.1 Utveckling av anhörigstöd i Sverige

I mitten av 1990-talet i samband med uppföljningen av Ädelreformen, uppmärksammades behovet av att förbättra och utveckla stöd till anhöriga som vårdar en närstående. De första statsbidragen på 7,5 miljoner kronor resulterade bland annat i förslag på att inrätta anhörigkonsulenttjänster och att anhörigstöd skulle ske i samverkan mellan kommuner, anhörig/frivilligorganisationer och landsting (Almberg 2002, Socialstyrelsen 2000).

År 1998 tillfördes § 5 i Socialtjänstlagen ett nytt stycke om stöd till anhöriga: ”Socialnämnden bör genom stöd och avlösning underlätta för dem som vårdar närstående som är långvarigt sjuka eller äldre eller som har funktionshinder”. I en beskrivning av utvecklingsläget våren 1999 konstaterade Socialstyrelsen (2000) att 1998 års ändring av socialtjänstlagen hade fungerat som drivkraft för flertalet kommuner att ta initiativ på anhörigstödsområdet.

---

<sup>2</sup> Medverkande FoU-enheter: FoU Sjuhärad Valfärd, FoU Jämt, FoU Skåne, FoU Malmö, Skaraborgs Kommunalförbund FoU, FoU Sörmland, Enheten för välfärd och FoU-stöd Regionförbundet Uppsala län samt Fokus Kalmar län. Kommuner som kartläggs: Borås, Härjedalen, Hässleholm, Malmö, Skara, Strängnäs, Uppsala och Västervik.

### 1.1.1 Anhörig 300

Inom ramen för den nationella planen för äldrepolitiken föreslogs ett särskilt stimulansbidrag för år 1999 och tre år framåt med 100 miljoner kronor årligen för att kommunerna i samverkan med frivilligorganisationer skulle utveckla stödet till anhöriga som vårdar äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka (Anhörig 300). I december 1998 anslög regeringen dessa medel som fördelades till kommunerna utifrån antalet invånare som var 65 år och äldre (Almberg, Hellqvist 2002, Socialstyrelsen 2000).

Syftet med Anhörig 300 var att utveckla varaktiga stödformer som på olika sätt skulle underlätta och bidra till en ökad livskvalitet för dem som vårdar anförvanter. Treåriga handlingsplaner togs fram i kommunerna och länsamordnare tillsattes (Almberg 2002, Socialstyrelsen op. cit.).

Socialstyrelsen fick i uppdrag att följa utvecklingen i kommunerna. Första året (1999) utgjordes främst av planeringsarbete. I hälften av kommunerna genomfördes någon form av behovsinventering eller kartläggning. Kommunerna fortsatte i stor utsträckning att arbeta med tidigare etablerade former av stödverksamhet som exempelvis dagverksamhet och korttids/växelvård. Det som framträdde som nytt var att många kommuner ville anpassa stödet bättre till enskilda individers aktuella situation. Som exempel på mer flexibla åtgärder kan nämnas kostnadsfri avlösning i hemmet utan tak för antal timmar, avlösning upp till tre veckor utan biståndsbedömning, tillgång till trygghetsplats meddetsamma, avlösning tillsammans med den sjuke vid behov/önskemål, bokning av avlösningssplats direkt med personalen, semestervistelser och så kallade må-bra-vistelser samt helgöppen dagverksamhet. Nytt var också att kommuner ville starta träffpunkter eller ”anhörigcentraler där anhöriga skulle kunna få information och träffa andra i liknande situation. Allt fler kommuner hade också startat studiecirkel och anhörigrupper.

En uppföljning gällande år 2000 visade att antalet anhörigkonsulenter eller motsvarande samt anhörigcentraler/träffpunkter hade ökat. Många av de senare drevs tillsammans med anhörig- och frivilligorganisationer. Vid slutet av år 2001 erbjöd de flesta kommunerna avlösning i hemmet. Ekonomisk ersättning kunde ges i form av bidrag/hemvårdsbidrag till den som vårdades eller i form av anhöriganställning. Det senare var vanligast bland yngre anhöriga och bland invandrare. En mycket kraftig utökning ägde under året rum gällande undervisning för anhöriga. Den vanligaste undervisningsformen var studiecirkel med inslag av information och utbildning (Almberg, Hellqvist, 2002).

I november 2001 gjordes den tredje uppföljningen av stimulansmedlen. Intressanta trender som kunde observeras var att målgruppen för satsningen hade förändrats. I början var det framför allt anhöriga till äldre som inkluderades, men efter hand kom stöd till anhöriga som hjälpte personer med funktionsnedsättning eller sjuka personer i lägre åldersgrupper att inkluderas. En

annan trend var att anhängstöd riktat till anhäng till personer som bodde på särskilt boende utvecklades från att ha funnits i fyra kommuner till att det kom att finnas i tre av fyra kommuner. Riktat anhängstöd till invandrare förekom endast i cirka tio procent av kommunerna (Almberg 2002).

I Socialstyrelsens (2002, s. 37) slutrapport om Anhäng 300 framgår också att kommuner ofta påpekat ”behovet av enkla, smidiga sätt att erbjuda anhäng avlösningar på, även akut, nattetid och utan biståndsprövning”. Trygghetsplatser efterfrågades liksom speciell avlösning för yngre anhängvårdare samt träffpunkter för äldre invandrare. Genom Anhäng 300 synliggjordes anhängs vård- och omsorgsinsatser för äldre, sjuka och funktionshindrade personer och stödet byggdes ut i kommunerna. Socialstyrelsen drog slutsatsen att anhängstödet hade en helt annan bredd och variationsrikedom efter Anhäng 300 än tidigare, men att det återstod att utveckla kvaliteten i de olika stödinsatserna. Likaså efterlystes system för att följa upp effekterna av de hjälpinsatser som gjordes.

### 1.1.2 Efter Anhäng 300

I enlighet med handlingsplanen för utveckling av hälso- sjukvården 2001 tillfördes landsting och kommuner ett resurstillskott under åren 2001-2004. Bland områden som framhölls fanns anhäng som vårdar svårt sjuka, äldre eller funktionshindrade personer. I ett utvecklingsavtal mellan Regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet skulle satsningen för att stödja anhäng pågå under dessa år och ansvaret låg hos kommunerna. Pengar öronmärktes dock inte för denna satsning. Socialstyrelsen fick i uppdrag att följa upp arbetet.

Ett år efter Anhäng 300 beskrev Socialstyrelsen (2003) att många kommuner fortfarande befann sig i en etableringsfas. I nio av tio kommuner svarade man att arbetet med att utveckla stödet till anhäng hade fortgått under 2002. Detta utvecklingsarbete syntes dock inte vara kopplat till insatser med anledning av det tecknade utvecklingsavtalet mellan stat och Svenska Kommunförbundet.

I vissa kommuner kunde en process konstateras där försök gjorts att integrera stöd till anhäng i kommunernas ordinarie vård och omsorg. Det låg inom ramen för redan befintliga yrkesgrupper i många kommuner att också driva utvecklingen av anhängstöd till exempel bland biståndsbedömare, medicinskt ansvariga sjuksköterskor eller demenssköterskor. Traditionella stödverksamheter som dagvård, korttidsvård, avlösning i hemmet samt enskilda samtal låg kvar på en hög nivå medan några av de ”nya” stödformerna som till exempel anhängkonsulent, anhängcentrum och utbildning av vårdpersonal minskat något. Något systematiskt uppföljningsarbete bedrevs inte heller i två tredjedelar av kommunerna. Slutsatser som Socialstyrelsen (op. cit.) drog



ett år efter Anhörig 300 är att det engagemang och den utveckling som skett tidigare, levde kvar i kommunerna. Det var dock fortfarande oklart i vilken utsträckning stödet hade nått ut till dem som var i behov av det och mycket kvalitetsarbete återstod att göra. Utifrån resultaten av Anhörig 300 drog Socialstyrelsen också slutsatsen att stödinsatser måste vara individ- och situationsanpassade och stödet till den som vårdar måste också medföra något positivt för den sjuke. Mycket återstod efter år 2002 att göra innan utbudet av stöd till anhöriga skulle motsvara behoven och grundläggande kunskaper saknades också om hur ett ”flexibelt, situationsanpassat och ”skräddarsytt” stöd till anhöriga skulle kunna uppnås (op. cit. s. 37).

Andelen kommuner som arbetat med att utveckla anhörigstöd sjönk under åren 2002–2004 från cirka 90 procent till cirka 75 procent. De tre stödformerna korttidsvård/korttidsboende, dagvård/verksamhet och avlösning i hemmet fanns i över 90 procent av landets kommuner. Andra typer av stödverksamhet hade däremot blivit mindre vanliga. Bredden i utbudet av stöd hade minskat. Frågor som Socialstyrelsen (2005) ställde i sammanfattningen av sin uppföljning var om anhörigstödet var på väg att bli synonymt med avlösning och vad det betydde för kvaliteten på anhörigstödet. Utvecklingen av anhörigstödet var bland annat på grund av avsaknad av statistik svår att följa.

### 1.1.3 Nya stimulansmedel åren 2005–2008

År 2005 anslog regeringen 25 miljoner kronor per år till kommunerna för att stimulera till en varaktig utveckling av kommunernas stöd till de anhöriga. Kommunerna fick möjlighet att söka dessa pengar från respektive länsstyrelse. Vid årsskiftet 2005/2006 beslutade regeringen att avsätta ytterligare 100 miljoner kronor årligen till anhörigområdet. Socialstyrelsen fick i uppdrag att årligen följa upp utvecklingen (Socialstyrelsen 2006).

De flesta kommuner hade år 2005 ett ganska traditionellt utbud av insatser. Oftast riktade sig stödinsatserna till sammanboende eller äkta makar. Socialstyrelsen (op. cit.) påpekade att kommunerna brast i kunskap om anhörigas behov och hur väl man nått ut med sina anhörigstödsinsatser.

De nya stimulansmedlen söktes av 75 procent av kommunerna. I hälften av landets län beviljades pengar till projekt som hade yngre anhöriga som målgrupp. Syftet med projektmedlen var att utveckla ett varaktigt anhörigstöd, att förbättra infrastrukturen samt att utveckla kvaliteten i anhörigstödet. Socialstyrelsen efterlyste efter genomgång av 2005 års anhörigstöd, utvecklingsarbete med syftet att få en bild av anhörigstödet kvaliteten och effekter. För detta skulle det behövas en utveckling av socialtjänststatistiken, befolkningsbaserade anhörigstudier, urvalsstudier och utveckling av system för egenuppföljning av anhörigstödet i kommunerna.

Under år 2006 arbetade 90 procent av kommunerna med att utveckla stödet till anhöriga (Socialstyrelsen 2007). Den vanligaste inriktningen var att bygga upp anhörigcentraler, det vill säga infrastrukturen för stöd till anhöriga. Det var också vanligt att inrätta tjänster som ansvarade för eller samordnade stödet och arbetade för att insatserna skulle nå ut bättre. Cirka var tredje kommun avsåg att bygga ut eller öka tillgängligheten till olika former av avlösning, bygga ut eller öka tillgängligheten till andra former av stöd än avlösning samt bättre utreda och planera anhörigas individuella behov av stöd.

Socialstyrelsen (op. cit.) konstaterade även detta år att stödet till de anhöriga i Sverige huvudsakligen utgjordes av stöd till sammanboende make, maka eller partner. Stöd till närboende existerade praktiskt taget inte alls år 2006 och för anhöriga boende på ett längre geografiskt avstånd var det obefintligt. Socialstyrelsen sammanfattade att aktiviteterna med stöd till anhöriga tycktes öka i kommunerna, men att det inte gick att avgöra om stödet nått de anhöriga som hade behov av det. Inte heller fanns det några större möjligheter att följa hur många eller vilka som erhållit stöd eller vilken kvalitet som stödet haft.

Åren 2007 och 2008 angav 95 procent av landets kommuner/kommundelar/stadsdelar att de arbetade med att utveckla stödet till anhöriga. Detta var den högsta siffran sedan år 2002 då Socialstyrelsen började med uppföljningar av kommunernas arbete med anhörigstöd (Socialstyrelsen 2008, 2009). I 90 procent eller mer av kommunerna fanns år 2008 korttidsplats som avlösning, dagverksamhet, avlösning i hemmet, enskilda samtal, anhörigcirkel/anhöriggrupp och anhörigcentral/träffpunkt för anhöriga. I 78 procent av kommunerna genomfördes utbildningar av anhörigvårdare och 57 procent erbjöd må-bra-aktiviteter.

Drygt hälften av kommunerna riktade sitt anhörigstöd endast till anhöriga som var maka eller make till en äldre person. Åtta procent uppgav att de riktade sitt stöd till alla som var anhöriga. När det gäller utvecklingen av stöd mot nya målgrupper så angav Länsstyrelserna att det främst var anhöriga till personer med psykiska funktionshinder som man börjat vända sig till, men även anhöriga till äldre invandrare, yrkesverksamma personer, syskon eller andra anhöriga till barn och ungdomar med funktionsnedsättningar, anhöriga som bodde på annan ort samt anhöriga till personer på särskilt boende (Socialstyrelsen 2009).

### 1.1.4 Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka)

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) startade sin verksamhet i januari 2008.<sup>3</sup> Verksamheten bedrivs på uppdrag av regeringen och innefattar anhöriga till äldre personer. Direktiven är att:

- skapa nationell överblick inom verksamhetsområdet
- samla in, strukturera och sprida kunskaper och erfarenheter på anhängsområdet
- stimulera och stödja utvecklingsarbete och implementering av kunskaper rörande anhörigas situation
- bidra till högre kvalitet och produktivitet i vården och omsorgen
- ta del av internationella erfarenheter och forskningsresultat.

Nka:s verksamhetsidé är att skapa och ”bygga på” möten mellan olika kunskaps- och erfarenhetsformer som:

- förstahandserfarenheter hos anhängsvårdare, brukare och deras organisationer
- praktisk erfarenhet hos personal inom anhängstöd och äldreomsorg
- organisatorisk- och policyerfarenhet hos beslutsfattare
- vetenskaplig kunskap och metodkunskap hos forskare.

För att förverkliga direktiv och verksamhetsidé arbetar Nka med att leda och samordna blandade lärande nätverk, ge ut kunskapsöversikter och nyhetsbrev, administrera en informativ hemsida samt samla referenser och litteratur inom området i databas och bibliotek. En annan viktig uppgift för Nka är att anordna regionala mötesdagar och andra konferenser. Nka samverkar med en internationell rådgivningsgrupp och är medlem i och deltar i den internationella intresseorganisationen Eurocarers (Fokus Regionförbundet i Kalmar län, m.fl. 2007).

Nka har sedan starten arbetat med de prioriterade områdena: ”Individualisering, utvärdering och utveckling av anhängstöd”, ”Samverkan och partnerskap i stöd och hjälp för anhöriga”, ”Kombinera förvärvsarbete och anhängsomsorg”, ”E-tjänster och ny teknik för anhängsvårdare”, ”Bibehålla hälsa och förbygga ohälsa”, ”Palliativ anhängsvårdare, sluta vårdandet, särskilt boende och efterlevandestöd” samt ”Social delaktighet, kön och mångkulturella frågor”.

---

<sup>3</sup> Parter i Nka är Fokus Kalmar län som samordnande huvudman, FoU Sjukhärad Valfärd, Anhörigas Riksförbund, Hjälpmedelsinstitutet, Länssamordnarna för anhängstöd i Norrland, Linnéuniversitetet och Landstinget i Kalmar län.

### 1.1.5 Ändring i Socialtjänstlagen

Redan år 1999 förslogs i Socialutredningens slutbetänkande (SOU 1999:97) att lagtexten borde skärpas så att stöd till anhöriga blev en reglerad skyldighet för socialtjänsten. En förändrad lagtext med denna innebörd kom att träda i kraft 1 juli 2009 och lyder:

*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 (5 kap. 10 § Socialtjänstlagen).*

Socialstyrelsen (op. cit.) sammanfattade i sin slutrapport om kommunernas anhörigstöd bland annat att kommunerna var väl rustade att kunna fylla den nya bestämmelsen i socialtjänstlagen gällande stöd till anhöriga till äldre, men att det krävdes fortsatt utvecklingsarbete när det gällde övriga målgrupper och samarbetet med hälso- sjukvården. Vidare gällde det att lösa problem som rörde möjligheter och skyldigheter att dokumentera stödinsatser till anhöriga.

Det som kan konstateras efter genomgången av anhörigstödet utveckling är att statens satsningar har varit stora och att anhörigstödet har utvecklats starkt. Det som också framkommer är att det förekommer stora variationer mellan olika kommuner och att det fortfarande finns mycket kvar att göra inom området. I bilaga 2 redovisas hur anhörigstödet har utvecklats fram till år 2010 i de åtta kommuner som ingår i denna undersökning.

## 1.2 Studiens syfte

Mot bakgrund av ovan beskrivning är det av största intresse att studera hur anhörigstödet gestaltar sig i några kommuner med skiftande karakteristika och framför allt hur stödet kommer att utvecklas framöver. Syftet med föreliggande studie är därför att:

- Kartlägga innehållet i stödet till anhöriga, hur stödet organiseras, planeras, följs upp och utvärderas inom äldre-, funktionshinder- och individ- och familjeområdet samt samverkan mellan kommun, landsting, ideella organisationer och andra aktörer inom området.
- Undersöka hur de olika huvudintressenterna bedömer kvaliteten på stödet till anhöriga.
- Under tre år följa utvecklingen i de kommuner/kommundelar som ingår i studien.

## 1.3 Genomförande<sup>4</sup>

Hela undersökningen inleds med en kartläggning av stödet till anhöriga i de utvalda kommunerna inom samtliga tre områden; äldreomsorg, verksamheter för personer med funktionsnedsättning samt individ- och familjeomsorg. Ytterligare en kartläggning genomförs år tre. Kartläggningarna görs genom att ta del av tillgängliga dokument, kommunernas hemsida och informationsblad samt intervjuer med och enkätutskick till nyckelpersoner.<sup>5</sup>

Tillvägagångssätten i kartläggningarna varierar något mellan kommunerna beroende på deras olikheter med avseende på organisation, storlek, utformning av anhörigstöd med mera. I bilaga 5 redovisas tillvägagångssätten mer detaljerat för respektive kommun. Sammanlagt genomfördes i kartläggningen 63 individuella intervjuer och 15 gruppintervjuer med nyckelpersoner. Till samma målgrupp sändes 316 enkäter ut och 158 svar inkom att analysera.

Första och sista året genomförs en enkätstudie som inledningsvis beräknades rikta sig till sammanlagt 150 anhöriga/kommun inom de tre verksamhetsområdena. Totalt skickades 648 enkäter ut och de besvarades av 373 personer. Det ger en svarsfrekvens på 58 procent. Svarsfrekvensen varierar mellan de medverkande kommunerna.<sup>6</sup> Enkäten följdes upp genom telefonintervjuer med 68 slumpmässigt utvalda anhöriga i kommunerna. Resultaten av enkät- och intervjuundersökningen presenteras i kapitel 4 respektive 5.

Årligen genomförs fokusgruppsintervjuer, en inom vardera äldreomsorg, verksamheter för personer med funktionsnedsättning samt individ- och familjeomsorg. Fokusgruppsintervjuerna görs utifrån gemensamma frågeställningar. Första året görs fokusgruppsintervjun för att validera bilden av det stöd som vuxit fram i kartläggningen och för att beskriva hur väl deltagarna tycker att stödet fungerar. Som underlag för fokusgruppen används den sammanställning som är resultatet av kartläggningen av kommunens anhörigstöd. Andra och tredje året görs fokusgruppsintervjuer för att kartlägga vilka förändringar som skett avseende anhörigstödet och hur väl deltagarna tycker det fungerar. I varje fokusgrupp ingår personal, beslutsfattare och personer från ideella sektorn.

Nka har via FoU Sjuhärad Valfärd ansökt om och beviljats etiskt tillstånd för studien av Etikprövningsnämnden i Göteborg.

Projektet avrapporteras årligen av respektive FoU-enhet i samverkan med Nka och en gemensam rapport skrivs av Nka i samverkan med FoU-

---

<sup>4</sup> Undersökningens design bygger på den design som skapades i samverkan med professor Mike Nolan och Lennarth Johansson för ett treårigt implementeringsprojekt av COAT-instrumentet i Borås, Jönköping och Härnösand.

<sup>5</sup> De frågeställningar som utgjort grunden för kartläggningen i samtliga kommuner och den kartläggningsenkät som använts i många kommuner återfinns i bilaga 3 respektive 4.

<sup>6</sup> Se bilaga 6.

enheterna. Resultaten presenteras även regionalt på konferenser eller seminarier av de medverkande FoU-enheterna och av Nka i samband med Nka:s fyra årliga regionala mötesdagar.

## Begreppsförtydliganden

Det förekommer vissa skillnader mellan kommunerna med avseende på hur en del begrepp används. I det geografiska området Västra Götaland, där Borås Stad är belägen, samt i Skåne benämns landstinget för region.

- Beteckningarna på olika slags chefer varierar mellan kommunerna.
- Individ- och familjeomsorgen förkortas IoF i Malmö stad, övriga kommuner använder i rapporten förkortningen IFO.
- I föreliggande rapport används i beskrivningarna av de enskilda kommunernas verksamheter de beteckningar och begrepp som respektive kommun använder.

## 2. Resultat av kartläggningen i de åtta kommunerna

I det följande presenteras en sammanfattande sammanställning av de åtta kommunernas kartläggningar. Resultaten för de olika frågeställningarna som har studerats presenteras under rubrikerna äldre-, funktionshinder- respektive individ- och familjeområdet. Vi inleder med frågeställningen om huruvida kommunerna hade<sup>7</sup> några formulerade mål för stödet till anhöriga.

### 2.1 Mål

- a. Har kommunen något formulerat mål för stödet till anhöriga? Vilket är målet och när formulerades det?
- b. Hur definieras begreppet anhöriga?

### Äldreområdet

I de flesta kommuner fanns inte något övergripande mål formulerat just för stödet till anhöriga. Anhörigstödet kunde dock (mer eller mindre outtalat) ingå som en del i strategiska planer/äldreplaner/äldreomsorgsplaner (Strängnäs, Västervik) eller nämnas specifikt i dem (Borås, Härjedalen). I *Borås stad* till exempel lydde texten i äldreomsorgsplanen:

*Släktingar och vänner gör idag en stor insats och det är viktigt att kommunen ger det stöd som kan komma att behövas. Detta kräver en flexibilitet av stödsatser för att kunna erbjuda information, utbildning, avlösning, dagnård och ekonomisk ersättning. (Borås kommun, 2002)*

I Äldreomsorgsplanen beskrevs vidare att anhörig som vårdar en närstående ska ha möjlighet att få stöd och hjälp på flera sätt och att det är viktigt att individanpassa insatserna efter individuella behov. Ansvaret för anhörigstödet hade personal inom kommundelarna<sup>8</sup>, som skulle informera om stödet, erbjuda stödperson samt anordna utbildning och regelbundna träffar för anhöriga och närstående (Borås kommun 2002).

---

<sup>7</sup> Eftersom denna kartläggning avser år 2010 används imperfekt som tempus, även om beskrivna verksamheter fortfarande existerar.

<sup>8</sup> När kommundelar anges åsyftas den tidigare organisationen som upphörde den 31/12 2010. Borås stad är sedan dess uppdelad i tre stadsdelar.

I *Skara* fanns målen för anhörigstödet allmänt beskrivna i kommunens ansökningar om stimulansmedel. Där framgick bland annat att anhöriga skall nås tidigare i processen och att de skall känna sig trygga, uppmärksammade och behövda, att anhörigstödet skall bli känt, accepterat och använt, att fler män nås, att stödet skall utvecklas vidare samt att samverkan med hälso- och sjukvård samt frivilliga och ideella krafter stärks (Skara kommun 2008).

Kommuner som hade specifika mål formulerade var Hässleholm, Malmö och Uppsala. I Hässleholm var målen att:

- Uppmärksamma anhöriga som samarbetspartner
- Skapa en organisation avseende anhörigstöd
- Utveckla samarbetet med intresse- och frivilligorganisationer

Med partnerskap menas att samarbetsparterna arbetar på lika och jämbördiga villkor, för att tillsammans skapa de bästa förutsättningarna för anhöriga och närstående. Samarbetet ska utveckla en dialog och relation mellan anhöriga, kommun, region, föreningar, ideella och frivilligorganisationer (Hässleholms kommun, 2010).

I ett program för äldrepolitiken i Uppsala kommun (2009a) framgår att stödet till anhöriga och närstående skall utvecklas och i Äldrenämndens uppdragsplan 2010 går att läsa att ”Anhörigstödet skall komma fler till del” och ett effektmål lyder: ”Anhöriga och närstående känner att det stöd som tillhandahålls är anpassat till deras behov.” Indikatorn för att stämna av detta är det antal anhöriga och närstående som under året använder sig av anhörigstöd och målsättningen är att antalet skall öka (Uppsala kommun 2009b).

Även i Malmö stad återfanns anhöriga inom ramen för ett effektmål. Där beskrivs att anhöriga ska vara tryggt förvissade om den hjälp och det stöd som de kan erbjudas. Likaså ska anhöriga ges efterlevandestöd under sorgearbetet vid dödsfall och verksamheterna skall regelbundet ordna brukar- och anhörigträffar (Malmö stad 2004).

## Definitioner av anhöriga

I sju av kommunerna definierades anhörig som den person som inom familjen, släkten, vänkretsen eller som granne vårdar/stödjer närstående som på grund av ålder, sjukdom eller funktionsnedsättning är i behov av hjälp och stöd.

I *Uppsala* var det övergripande språkbruket det omvända nämligen att det är den anhöriga som är den person som är äldre, långvarigt sjuk eller har en funktionsnedsättning det vill säga ”hjälp-mottagaren” och närstående är den person som hjälper den anhöriga. Inom kommunen används dock inte terminologin konsekvent.

Det fanns även andra exempel som visar att det inte var helt enkelt med begreppsanvändningen. I *Borås* användes fortfarande begreppet närstående-



stöd under flera rubriker på Borås stads hemsida och i den broschyr som framtagits om anhörigstöd, trots att BASIS (projektet Borås anhörigstöd i samverkan) gått ut med att ordet anhörigstöd skulle gälla. I *Härjedalen* uppdagades det under kartläggningen att begreppen hade förväxlats i Äldreplanen för åren 2011–2018 där en mening lyder ”*utveckla stödet för närstående som vårdar anhöriga*” (Härjedalens kommun 2010).

## Funktionshinderområdet

Det fanns i de flesta kommuner inte heller något övergripande mål formulerat för stöd till anhöriga till personer med funktionsnedsättning. I *Borås* hänvisades till det mål som formulerats inom Enheten för anhörigvårdare och anhörigstöd inom funktionshinderverksamheten:

*Vårt mål är att ge ett långsiktigt och kontinuerligt stöd till den anhörige för att underlätta dennes och den enskildes situation. Varje anhörig och dess närstående har sin unika situation och därför bör det finnas möjlighet till individuellt anpassat stöd för att tillgodose behoven (Borås stad 2012).*

I *Hässleholm* var målet detsamma som för äldreområdet. Detta gällde även *Uppsala* när den närstående var 21 år och äldre. I Uppdragsplanen 2010 – 2013 (Uppsala kommun 2009c), står också att Nämnden vuxna med funktionshinder kommer att fortsätta utvecklingen av Anhörigcentrum tillsammans med Äldrenämnden. När det gällde personer med funktionsnedsättning som var under 21 år så framgår i IVE (Inriktning, verksamhet, ekonomi, Kommunfullmäktiges flerårsbudget) under rubriken ”Vård och omsorg” att barn och ungdomar med funktionsnedsättning ska få möjlighet att växa upp i sina föräldrahem och att en förutsättning för det är att ett starkt stöd och avlastning utvecklas för föräldrarna (Uppsala kommun 2009d). I barn- och ungdomsnämndens uppdragsplan för 2010–2013 står som effektmål under rubriken Vård och omsorg att ”Minst 90 procent av familjer med barn och ungdomar med funktionsnedsättning som ansöker om insatser ska vara nöjda med myndighetsenhetens bemötande och servicenivå” samt ”Minst 80 procent av dem som vänder sig till myndighetsenheten ska vid första kontakten få en tydlig information om samhällets insatser till personer med funktionsnedsättning” (Uppsala kommun 2009e).

I *Västervik* fanns, enligt muntlig information i fokusgrupp, en policy i verksamheterna inom funktionshinderområdet som innebar att anhöriga skulle vara delaktiga och ges möjlighet till information.

## Definition av begreppet anhöriga

Motsvarande definitioner av begreppet anhöriga på övergripande nivå gällde på samma sätt som för äldreområdet. Från *Uppsala* och *Skara* rapporterades

att det inte var självklart eller etablerat att använda anhörigbegreppet när det gällde barn med funktionsnedsättning. Inom verksamheterna för dessa målgrupper talade berörda istället om föräldrar, syskon eller familjen. I Härjedalen framfördes ett behov av att diskutera definitionen av begreppet anhörig.

## Individ- och familjeområdet

Inom Individ- och familjeområdet fanns i de flesta fall inte några mål formulerade gällande stödet till anhöriga (Borås, Härjedalen, Hässleholm, Skara, Strängnäs, Västervik).

Inom Individ- och familjeomsorgen (IoF) i *Malmö* finns dokumentet ”Plan för individ- och familjeomsorgen i Malmö stad” (2010) där anhöriga omnämns på följande sätt. ”Stöd ska även ges till anhöriga och närstående till personer som är långvarigt sjuka eller har en funktionsnedsättning.” Läggs också märke till begreppsanvändningen i detta citat.

För Anhörigcentrums verksamhet i *Uppsala* gällde det mål som formulerats i Äldrenämndens uppdragsplan för anhöriga till personer i lagstiftningens alla målgrupper där den närstående är 21 år och äldre. I kommunens flerårsbudget IVE 2010–2013 finns när det gäller beroende/missbruk ett inriktningsmål som kan sägas röra barn som anhöriga ”Det alkohol- och drogförebyggande arbetet med speciellt barnfokus i familjer med missbruksproblem skall fördjupas” (Uppsala kommun 2009c s. 42). I uppdragsplanen för Socialnämnden för barn och unga står också gällande barnavårdsutredningar att satsningar skall göras på öppenvårdsinsatser ”förenat med rådgivning till föräldrar och ett utvecklat familjestöd.” (Uppsala kommun 2009f).

## Definition av begreppet anhöriga

Inom individ- och familjeområdet användes inte begreppet anhörig. Berörda talade istället om makar, barn, föräldrar, familjen, vänner et cetera. När en klient aktualiseras berörs ofta hela familjesystemet eller nätverket. Det kan ibland vara svårt att avgöra vem som är anhörig och vem som är klient. Orden klient och brukare används ibland både som begrepp för anhörig och närstående. Ordet anhöriga kan ändå förekomma till exempel i benämningen anhöriggrupper.

## 2.2 Handlingsplan för stöd till anhöriga

- a. Har kommunen någon handlingsplan för stödet till anhöriga?
- b. Vad innehåller den och när formulerades den?

## Äldreområdet

*Hässleholm* var den enda kommunen i studien där det fanns något som kallades för handlingsplan för stöd till anhöriga. Handlingsplanen har utarbetats inom omsorgsförvaltningen i samarbete med anhöriga, representanter från intresse- och frivilligorganisationer, omvårdnadsutbildning, kyrka, äldreomsorg, stödet till personer med funktionsnedsättning, handläggarkontor, rehabilitering, uppsökande verksamhet, psykiatri/slutenvård, sjukvård samt politiker från omsorgsnämnden, kommunfullmäktige och Region Skåne. Nyckelord och begrepp framtagna i kompetens- och kvalitetsutvecklingsprogrammet användes och processades av deltagarna till en grundtext för handlingsplan. Grundtexten bearbetades sedan av en skrivargrupp och ännu en gång av deltagarna i kompetens- och kvalitetsutvecklingsprogrammet.

Handlingsplanen antogs av Vård- och omsorgsnämnden 13 april 2010. Den övergripande målsättningen för anhörigstödet uppnås genom att:

- Anhöriga erbjuds enskilda strukturerade anhörigsamtal
- Anhöriga erbjuds information om stödinsatser
- Stöd till anhöriga ges i partnerskap i tidigt skede
- Anhörigombud tillsätts och utbildas inom omsorgsförvaltningens verksamheter
- Enhetschefer och biståndshandläggare utbildas i anhörigstöd
- Lokala arbetsplaner utformas
- Samverka med interna och externa parter (Hässleholms kommun 2010).

I *Uppsala* skulle enligt verksamhetsrepresentanter uppdrag och åtaganden kunna ses som en form av handlingsplaner. Formuleringarna i uppdrag och åtagande kan variera med tiden, men som exempel kan ges ett förfrågningsunderlag avseende drift av ett vård- och omsorgsboende där det står att: ”Samverka med närstående (läs anhöriga) och andra, för den enskilde viktiga personer, ska ske utifrån den enskildes önskemål och medgivande.” ”Brukarråd/anhörigträffar ska genomföras minst två gånger per år.” ”Stöd och handledning ska ges till närstående (läs anhöriga) i syfte att skapa förståelse för det rehabiliterande arbetssättet” ”Utföraren ska ge stöd till närstående (läs anhöriga) och ha beredskap för att möta närstående (läs anhöriga) i kris och vid behov hänvisa till annan kompetens.” (Uppsala kommun 2010a). I exempel av förfrågningsunderlag gällande godkännande av utförare för hemvård står att ”Utförare ska utifrån brukarens önskemål samverka med närstående (läs anhöriga) och andra, för brukaren viktiga personer.” (Uppsala kommun 2010b).

Inte heller i *Västervik* fanns någon skriftlig handlingsplan, men det fanns, enligt muntliga uppgifter, ett uppdrag till anhörigkonsulten och anhörig-

stödjaren att fungera som kontaktperson gentemot den anhöriga och att kunna lotsa vidare till rätt person om de själva inte kunde hjälpa till. Uppdraget innebar att ge råd om stöd, information, kontaktuppgifter till frivilligorganisationer samt att erbjuda besök för ett samtal.

## Funktionshinderområdet

I *Hässleholm* gällde samma handlingsplan inom funktionshinderområdet som för äldreområdet. I *Uppsala* skulle på motsvarande sätt som inom äldreområdet uppdrag och åtaganden kunna ses som en form av handlingsplaner. I förfrågningsunderlag år 2010 till verksamheter bedrivna av Nämnden för vård och bildning för personer 21 år och äldre står angående stöd till anhöriga att producenten i alla sammanhang förutsätts arbeta för att anhörigas situation skall underlättas (Uppsala kommun 2009g). Inom affärsområdet ”Boende vuxna” står i ett ska-krav i uppdraget att anhöriginformation skall ske minst fyra gånger per år.

## Individ- och familjeområdet

Med undantag från *Hässleholm* fanns inte någon övergripande handlingsplan för anhöriga inom individ- och familjeområdet. Handlingsplaner kunde dock finnas på lägre nivåer i samband med specifika åtgärdsprogram. I *Härjedalen* nämndes sådana handlings- och genomförandeplaner i samband med anhörigrupper och föräldrastöd.

## 2.3 Former av stöd till anhöriga

- a. Vilka olika former av stöd till anhöriga erbjuds av kommunen?
- b. Vilka vänder sig stödet till?
- c. Vilka anhöriga nås med stödet?
- d. Hur många anhöriga fanns det som användare av respektive stödform under första halvåret 2010?

I kartläggningen av vilka former av stöd till anhöriga som fanns i respektive kommun är definitionerna av begreppet ”stöd” av betydelse. Inom ramen för projektet kartläggs de insatser som har som sitt huvudsakliga syfte att vara ett stöd för anhöriga, det vill säga det direkta stödet. Vid sidan av det direkta stödet finns de insatser som kan vara bra för anhöriga, men som inte har detta som huvudsakligt syfte, ett så kallat indirekt stöd. Exempel på sådana insatser

är då den närstående har hemtjänst eller vistas i korttidsboende för att få rehabilitering. För en del verksamheter gäller att de både kan beskrivas som direkt och indirekt stöd för de anhöriga och det går inte alltid att särskilja detta från varandra. Om en person är med i dagverksamhet kan syftet både vara avlösning för den anhöriga och att den närstående skall få stimulans. Inför starten av projektet kom deltagarna överens om att kommunerna själva måste få definiera vad de avser med stöd till anhöriga. I redovisningarna från de olika kommunerna varierar också vad som inkluderats som anhörigstöd.

## **Äldreområdet**

Det som är gemensamt för samtliga kommuner är att avlösning i någon form kunde erbjudas. I tabell 1 framgår förutsättningarna för de olika avlösningssformerna.

Tabell 1. Avlösningssformer i de åtta kommunerna				
	Korttidsplats/ växelvärd	Avlösning i hemmet	Dagverksamhet	Annan avlösning
Borås <sup>9</sup>	Rätt till avgiftsfri korttidsplats 4 veckor/år Biståndsbeslut Antal användare 2010: 168 (med syftet att avlösa anhöriga) Biståndsbeslut Antal användare 2010: 18	Avgiftsfritt 12 tim/månad Biståndsbeslut Utförs av hemtjänsten Antal användare 2010: 72	Biståndsbeslut Antal användare 2010: 41 (med syftet att avlösa anhöriga)	
Härjedalen	Biståndsbeslut Antal användare 2010: 18	Biståndsbeslut Utförs av hemtjänsten till hemtjänst-taxa Antal användare 2010: 5	Ej biståndsbeslut för personer med demens Antal användare 2010: 4	
Hässleholm <sup>10</sup>	Vid enstaka tillfällen eller i intervall. Boenden med inriktningar för personer med demenssjukdom resp. somatisk sjukdom. Biståndsbeslut	Avgiftsfritt upp till 20 tim/månad. Vid behov av fler antal timmar utgår hemvårdstaxa. Biståndsbeslut Kommunala utförare	Dagverksamhet för personer med demenssjukdom, där dagsform och önskemål styr verksamheten. Biståndsbeslut	
Hyllie	Syftet med insatsen ej definierat. Statistik går ej att ta fram med syfte stöd anhöriga. Biståndsbeslut	Avgiftsfritt 12 tim/månad. Kommunala utförare. Biståndsbeslut 48 SoL-avlösningar i snitt.	Syftet med insatsen ej definierat. Statistik går ej att ta fram med syfte stöd anhöriga. Biståndsbeslut	
Södra Innerstaden	Syftet med insatsen ej definierat. Statistik går ej att ta fram med syfte stöd anhöriga. Biståndsbeslut	Avgiftsfritt 12 tim/månad. Kommunala utförare. Biståndsbeslut. 3 st. SoL-avlösningar i snitt.	Syftet med insatsen ej definierat. Statistik går ej att ta fram med syfte stöd anhöriga. Biståndsbeslut	
Skara	Biståndsbeslut Korttidsplats användes 85 gånger under 2010 och växelvärd 100. I majoriteten av fallen var syftet att stödja anhöriga.	Avgiftsfritt 15 tim/ månad där anhörigombud/hemvårdspersonal löser av. Under 2010 var ca 65 anhöriga beviljade kostnadsfri avlösning i	Dagverksamhet finns på fem platser samt träffpunkt Seniorkafeet. Ej biståndsbeslut	Drop-in avlösning på dagcentraler samt träff-

<sup>9</sup> Även anhöriga till personer med funktionsnedsättning ingår i antalet användare.

<sup>10</sup> Statistik går ej att ta fram i dagsläget.

		hemmet. 25 anhöriga använde sig regelbundet av sin beviljade avlösning. Biståndsbeslut			punkt seniorkaféet
Strängnäs <sup>11</sup>	Biståndsbeslut	Avgiftsfri avlösning finns då anhörig deltar i Anhörigcentrums aktiviteter samt avösning i enlighet med biståndsbeslut. Utförs av hemtjänsten	Biståndsbeslut	Biståndsbeslut	
Uppsala	Biståndsbeslut <sup>12</sup>	Avgiftsfritt 24 tim/månad för anhörig som vårdar närstående i hemmet och inte har annat bistånd. Avlösning sker i hemmet eller i grupp. Speciella anhörigstödjare utför avlösningen. Ej biståndsbeslut Ca 80 familjer hade avgiftsfri avlösning. I snitt användes ca 10 timmar avlösning per månad 2010.	Biståndsbeslut <sup>13</sup>	För personer med demens och personer med stora fysiska omvårdnadsbehov. Biståndsbeslut (undantag finns) <sup>13</sup>	
Västervik	Biståndsbeslut 38 personer utnyttjade korttid/växelvård under 2010.	Avgiftsfri avlösarservice upp till 10 tim/månad Biståndsbeslut Antalet användare första halvåret 2010 var 43 personer. Personal inom hemtjänst utför avlösningen.	Biståndsbeslut	92 personer besökte dagverksamheter första halvåret 2010. Syftet kan vara avlösning av anhöriga, men även annan aktivitet.	

<sup>11</sup> Ej möjligt att ta fram statistik.

<sup>12</sup> Svårt att ta fram statistik då syftet med korttidsvinstelsen endast framgår i den enskildes journal. I Uppsala kommuns uppdrag för första halvan 2010 ingick 178 platser på korttids-, växelvård.

<sup>13</sup> Svårt att ta fram statistik då syftet med dagverksamheten endast framgår i den enskildes journal. I Uppsala kommuns uppdrag för första halvan 2010 ingick tio enheter för dagverksamhet.

Psykosocialt stöd i form av **samtal** i olika former fanns att tillgå i samtliga kommuner. Enskilda samtal för råd, information, hänvisning och stöd kunde ges av specialistfunktioner som anhängkonsulenter (Borås<sup>14</sup>, Härjedalen, Hässleholm, Hyllie, Södra Innerstaden, Strängnäs, Uppsala, Västervik) anhängsamordnare samt samordnare för frivilligstöd (Skara), anhängstödjare (Borås, Strängnäs, Uppsala), anhängombud (Hässleholm, Hyllie, Skara), dementeam/demenssjuksköterska/demens-vårdsutvecklare (Borås, Hässleholm, Hyllie, Södra Innerstaden, Strängnäs, Uppsala), äldreinformatör/seniorguide (Borås), kurator inom äldreomsorgen (Skara), dietist inom äldreomsorgen (Skara) och äldreombudsman (Skara, Uppsala). En specifik stödperson (oftast anhängstödjare) erbjöds alltid i *Borås* i åtta av tio kommuner (Borås kommun 2009).

Olika slags gruppsamtal arrangerades också i samtliga kommuner. Syftet kunde vara att erbjuda kunskap och information samt möjlighet att utbyta erfarenheter med personer i likartad situation. I *Skara* har tretton anhängcirkular genomförts under nio år med cirka sex till tio deltagare/cirkel. Cirkularna övergick till att bli så kallade anhänggrupper och i slutet av 2010 fanns tio aktiva anhänggrupper i kommunen med sammanlagt 70–80 personer engagerade, antingen regelbundet på varje träff eller sporadiskt. Antalet anhänggrupper i *Strängnäs* uppgick till sex stycken, varav en med inriktning på demenssjukdomar. I *Uppsala* startade i Anhängcentrums regi under år 2010 fem nya anhänggrupper (varav en grupp med inriktning på neuropsykiatri). Under året pågick därutöver 17 grupper som träffades tillsammans med frivilliga som fortsättning på tidigare cirkular. Antalet deltagare per grupp varierade mellan sex till tio personer. I *Västervik* fanns nio grupper under 2010, varav åtta för anhäng till personer med demenssjukdomar och en grupp för anhäng till strokedrabbade personer. Antalet personer i varje grupp varierade mellan sextio. I övriga kommuner har inte statistik kunnat presenteras för gruppverksamheterna.

Möjlighet för anhäng att kommunicera med personal och andra anhäng med hjälp av IT-baserat stöd fanns i *Borås* (64 användare) och *Härjedalen* (fyra användare) med hjälp av ACTION och i *Södra Innerstaden* planerades under 2010 en introduktion av Gapet.

Anhängcentra fanns i *Hässleholm*, *Strängnäs*, *Uppsala* och *Västervik*. Statistik för Uppsala visar att det under år 2010 var 725 personer som tog kontakt med Anhängcentrum. Av dessa var 445 anhäng, varav 338 personer var anhäng till närstående som var 65 år och äldre. Av de 445 kontakterna med anhäng ledde 112 till samtal med anhängkonsulent. Statistik finns även för Anhäng-

---

<sup>14</sup> I Borås började benämningen anhängkonsulent att användas först år 2012 på de tjänster som tidigare benämns projektledare.



centrum i *Hässleholm*, men centrat riktar sig både till pensionärer och anhöriga och i statistiken särskiljs ej dessa båda grupper. I snitt per månad var genomströmningen på Anhörigcentrum cirka 2000 personer.

Andra slags träffpunkter/mötesplatser/anhörigkaféer fanns också där anhöriga kunde knyta sociala kontakter (Borås, Härjedalen, Södra Innerstaden, Skara, Uppsala, Västervik). I *Skara* hade träffpunkt Senior kaféet under år 2010 cirka 7000 besökare. Hur stor del av dessa som var anhöriga är oklart. Motsvarande siffra för de sociala träffpunkterna i *Västervik* är 925 personer.

Hälsofrämjande aktiviteter för anhöriga anordnades också. I *Borås* gavs Spa-kvällar, rekreationsresor och föreläsningar (företrädesvis för anhöriga med anställning som anhörigvårdare eller med hemvårdsbidrag). År 2010 deltog 78 anhöriga på en rekreationsresa. En anhörigdag arrangeras också årligen. I *Södra Innerstaden* kunde anhöriga gå en kväll på Victoriateatern, en teater där stadsdelen anordnade filmkväll eller likande aktiviteter för äldre, eller erbjöds aktivitet eller utbildning på någon träffpunkt eller mötesplats. I *Skara* anordnades rekreationsvistelser (90 personer deltog i olika vistelser under 2010) och må-bra-dagar. Anhöriga kunde låna en trehjulig cykel och kunde få taktill massage (25 personer fick under år 2010 fem massagetimmar/termin). Dessutom anordnades olika slags föreläsningar, seminarier och inspirationsdagar. På Anhörigcentrum i *Uppsala* ordnades programverksamhet som skulle ge kunskap, information och samvaro. Må-bra-aktiviteter, till exempel qigong, vattengymnastik ("dopp med kaffe") och naturgrupper genomfördes regelbundet och rekreationsdagar arrangerades under ett par sommarveckor (40 övernattande gäster och 18 daggäster 2010). I *Hässleholms* kommun gav anhöriga och tjänstemän ut en tidskrift "Anhöringen" som är ett forum för information där anhörigas frågor och synpunkter lyfts fram.

Ekonomiskt stöd i form av hemvårdsbidrag nämndes i en del kommuner som anhörigstöd. I *Borås* gavs detta bidrag när den närstående hade behov av vård och tillsyn under minst 30 timmar/vecka och då vårdbehovet väntades bestå under minst sex månader. Bidraget var fem procent av prisbasbeloppet/månad. Under 2010 hade 333 personer hemvårdsbidrag (inklusive anhöriga till personer med funktionsnedsättning). I *Härjedalen* togs det så kallade anhörigbidraget bort år 2006, men sju personer uppbar det fortfarande eftersom det beviljades före 2006. I *Västervik* hade 68 personer anhörigbidrag under första halvåret år 2010.

Anhöriganställningar förekom i några av kommunerna och framställdes också som anhörigstöd, även om det inte alltid är självklart att det skall definieras så. I *Borås* fanns år 2010 15 anställda anhörigvårdare (inklusive anhöriga till personer med funktionsnedsättning), i *Härjedalen* nio personer och i *Uppsala* uppgick antalet anhöriganställningar under första halvåret 2010 till 68 stycken.

Praktiskt stöd kunde också ges i kommunerna för att underlätta anhörigas situation. Hemtjänst med detta syfte nämndes i *Borås* (135 anhöriga inklusive anhöriga till personer med funktionsnedsättning samt anhöriganställda, hade detta), *Härjedalen*, *Uppsala* och *Västervik*. Elva anhöriga hade matdistribution i *Borås* och 70 anhöriga hade trygghetslarm. Det senare förekom också i *Hälsleholm*. I *Skara* beviljades 15 personer kostnadsfri trädgårdsservice som anhörigstöd under 2010.

I *Strängnäs* sades att det viktigaste stödet till anhöriga är det som ges i relationen med ordinarie äldreomsorgspersonal. I de två stadsdelarna *Hyllie* och *Södra Innerstaden* i Malmö svarade en majoritet av sektionscheferna inom äldreomsorgen och särskilda nyckelpersoner att anhörigstöd erbjöds inom deras verksamheter. De stödformer som nämndes var samtal och information, avlösning, anhörigmöten, boenderåd, anhörigförening (som inte tillhandahölls av kommunen) och i enstaka fall sjuksköterske- och läkarkonsultation. Under en fokusgruppsdiskussion i *Hyllie* framkom att man inom verksamheterna gav mer stöd till anhöriga än vad man var medveten om (outtalat, odefinierat stöd). I fokusgruppsdiskussionen i *Södra Innerstaden* framkom att stödformerna skiljde sig åt beroende på var den närstående bodde. Inom ordinärt boende handlade stödet mest om att ta emot anhörigas synpunkter angående de närståendes vård samt att informera om annat stöd som fanns att få för anhöriga. I särskilda boenden bestod anhörigstödet mest av känslomässiga stödsamtal samt information. Inom både ordinärt och särskilt boende erbjöds anhöriga individuella anhörigstödsformer.

En minoritet av enhets-/verksamhetscheferna inom affärsområdena ”Hemvård & boende” och ”Boende äldre” i *Uppsala* uppgav att de hade anhörigstöd i sina verksamheter. Bortsett från utförarna som bedrev växelvård och dagverksamhet var det framför allt enheter som bedrev palliativ och medicinskt avancerad vård som nämnde i enkäterna att de hade ett direkt anhörigstöd. Detta stöd utgjordes främst av samtal i olika former, ibland i gruppform ledda av kurator samt efterlevandestöd. Ett flertal verksamhetschefer uppgav att de hänvisade till Anhörigcentrum när de mötte anhöriga i behov av stöd. Avgörande var om och hur det stod formulerat i uppdragen att stöd skulle erbjudas.

I *Skara* fanns anhörigombud inom hemvård/dagvård samt sjuksköterskeverksamhet. Ombudets roll var att vara ”ambassadör” och lokal kontaktperson i anhörigfrågor. Anhörigombudet kunde erbjuda strukturerade stödsamtal utifrån en samtalsmall och arrangera olika aktiviteter och informationsträffar. Dessutom skulle de utbilda och informera sina kollegor om vad som var på gång inom anhörigstödet samt sprida ett anhörigperspektiv. Vid 2010 års slut fanns det totalt 25 anhörigombud i kommunen fördelade på cirka 15 arbetsplatser.

Stödet till anhöriga i de olika kommunerna vände sig till de personer som vårdade eller gav omsorg till en närstående. I *Hässleholm* vände sig stödet till alla kommuninnevånare som hade behov av stöd. I *Härjedalen*, *Skara* och på Anhörigcentrum i *Uppsala* påpekades att det var vanligast att make eller maka fick stöd och att syskon, barn och övrig släkt och nätverk inte nåddes i lika stor utsträckning. Anhörigcentrums verksamhet i Uppsala riktade sig till anhöriga som hjälpte och vårdade äldre personer och/eller personer med funktionsnedsättning som var över 21 år och bodde i ordinärt boende. I *Strängnäs* nåddes de anhöriga som enligt uppgift var berörda av och i behov av stödet. I *Västervik* var det övervägande makor/makar som tog hand om sin närstående som använde sig av kommunens anhörigstöd. På anhörigkaféerna kom även par över 65 år samt äldre ensamboende.

Det biståndsbedömda stödet nåddes i kommunerna av dem som beviljats insatserna. I *Uppsala* var många av de anhöriganställda vuxna barn och vanligt var att den närstående hade utländsk bakgrund.

När det gäller statistik över hur många anhöriga som har fått de olika stödformerna så går detta oftast inte att ange. Det biståndsbedömda stödet kan vara lättast att få fram statistik över, men det är ändå inte säkert att det går. I statistiken framgår inte alltid om syftet med insatsen är stöd till anhöriga och dessutom kan olika kategorier av anhöriga klumpas ihop. Det är svårt att särskilja hur många anhöriga som nås med stödet eftersom statistiken ofta anger antal besök et cetera och inte antalet anhöriga. Samma anhöriga kan göra fler besök och använda fler stödinsatser. Serviceinsatser dokumenteras inte annat än kanske i enskilda anhörigstödjares arbetsanteckningar och anhöriga registreras inte. Dessutom kan anhöriga samtala med anhörigkonsulenter och besöka anhörigcentra utan att uppge vare sig namn eller andra uppgifter. Enkel pinnstatistik kan finnas. Inte heller inom ordinarie vård- och omsorgsverksamheter är det vanligt att statistik förs över stöd till anhöriga.

## Funktionshinderområdet

På motsvarande sätt som för äldreområdet kan det också vara svårt att skilja mellan direkt och indirekt stöd för anhöriga till personer med funktionsnedsättning. Det finns möjlighet att söka biståndsbedömda insatser enligt LSS och SoL. Insatser av detta slag är avlösarservice, korttidsvistelse, dagverksamhet, råd och stöd, kontaktperson, stödfamilj, ledsagare, eftermiddagstillsyn, personlig assistans, stöd i assistansliknande former, hemtjänst, daglig verksamhet, bostad med särskild service och anhöriganställning. I kartläggningarna framgår inte klart för samtliga kommuner i vilken omfattning anhöriga/den närstående har dessa insatser. En förklaring till detta är att tillfrågade personer i kommunerna inte tänkt på de biståndsbedömda insatserna som anhörigstöd. I *Södra Innerstaden* utspann sig till exempel en diskussion i en fo-

kusgrupp om vad som är anhängstöd och det visade sig att inte ens för dem som arbetade med avlösarservice var det tydligt att syftet med avlösarservice är att vara ett stöd för anhöriga. En annan förklaring är att det är svårt att få fram statistik då insatserna dokumenteras på den närstående och syftet med insatsen inte alltid framgår.

I *Borås* går siffrorna för funktionshinderområdet inte att särskilja från helheten (se äldreområdet). 70 personer var anställda som anhängvårdare<sup>15</sup> år 2011 och av dessa var 51 anställda som personlig assistent via LASS/LSS, 15 utförde hemtjänst istället för ordinarie personal och fyra var anhänganställda i enlighet med ett frivilligt kommunalt åtagande. Enligt enhetschef skiljer sig siffrorna inte mycket åt mellan åren 2010 och 2011.

I *Härjedalen* hade under första halvåret 2010 fyra anhöriga Råd och stöd, en person hade avlösning i hemmet och 23 personer använde sig av korttidsvistelse.

Socialpsykiatrin i *Skara* hade första halvåret 2010 cirka 60 pågående ärenden och i minst hälften av dessa förekom kontakt- och stödsamtal med anhöriga. Två-tre avgiftsfria avlösningar i hemmet genomfördes och ungefär 15 personer var på korttidsstillsyn eller korttidsvistelse. Barn- och ungdomsverk-samheterna Bumerangen och Grottan nådde mellan 40 till 50 anhöriga med sitt stöd. Ytterligare elva anhöriga fick stöd på gruppboendena inom handi-kappomsorgen.

Den enda insats där statistik för anhängstöd går att särskilja från andra insatser i *Uppsala* är avlösarservice i hemmet. På myndighetssidan på barn- och ungdomsenheten var det i augusti 2010, 110 personer som hade avlösning enligt LSS och åtta enligt SoL. För de insatser där syftet ofta var att stödja anhöriga, men inte alltid, är siffrorna för augusti 2010: korttidshelg 50 personer, korttidsboende 100 personer, lägervistelse (på sportlov och sommarlov) 43 personer, korttidsstillsyn/eftermiddagstillsyn 117 personer, ledsagning enligt LSS 111 personer och enligt SoL sex personer, kontaktperson enligt LSS 68 och enligt SoL 16 personer, stödfamilj 40 personer och kontaktfamilj enligt SoL nio personer. På ungdomsfritids gick 76 ungdomar och på ungdomshelg 76 ungdomar. De anhänganställda till vuxna personer med funktionsnedsättning uppgick till 25 personer. Enhets-/verk-samhetschefen för familjehemmen svarade i enkät att hon hade ett åttiotal familjer som fungerade som avlastningsfamiljer. Enligt enkätsvar använde sig 30 familjer under första halvåret 2010 av ett korttidshem som gav avlösning för anhöriga till vuxna

---

<sup>15</sup> Förutsättningen för en förälder att bli anställd som anhängvårdare är att hon/han delvis avstår från förvärsarbete och att samhällets barn- ungdomsomsorg inte kan tillgodose barnets behov. Anhörig som vårdar vuxen närstående skall vara minst 18 år, vara arbetsför och inte ha pension. Anhöriganställning skall i jämförelse med ordinarie hemtjänst ge en kvalitetshöjning. Anhörig skall vara lämplig för arbetet och ha språkkunskaper, kulturkänedom och personkänedom.

personer med utvecklingsstörning. Sektionschefen för LSS och socialpsykiatri nämnde att barnkonventionen får genomslagskraft i handläggningen av semestervistelser och korttidsvistelser. Bistånden är generösare om det finns minderåriga barn, till exempel syskon till person med utvecklingsstörning, i hemmet. Syskonen är i detta avseende anhöriga som kan behöva egen tid med föräldrar eller lugn och ro i hemmet.

För *Hässleholms* och *Strängnäs* del har inte omfattningen av några biståndsbedömda insatser angivits och gällande *Hyllie*, *Södra Innerstaden*, och *Västervik* har dessa insatser överhuvudtaget inte nämnts i enkäter eller fokusgrupper.

Övrigt stöd för anhöriga till personer med funktionsnedsättning som fanns är stödperson eller stödgrupp (Borås), personligt ombud (Västervik), samtal (Borås, Hyllie, Södra Innerstaden, Sociala resursförvaltningen Malmö, Skara, Uppsala), hjälpmedel, medicinskt stöd (Borås), information, handledning, föreläsningar (Borås, Hyllie, Södra Innerstaden, Sociala resursförvaltningen Malmö, Uppsala, Västervik), trygghetstelefon (Borås), IT-baserat stöd (ACTION i Borås) hälsofrämjande aktiviteter (Sociala resursförvaltningen Malmö, Borås<sup>16</sup>, Skara, Uppsala), anhörigträffar (Borås<sup>17</sup>, Hyllie, Uppsala, Västervik), kontaktpersonsträffar (Hyllie), anhörigdag (Borås, Uppsala), boenderåd (Hyllie), anhängiggrupp/cirkel (Skara, Uppsala), träffpunkter (Skara, Uppsala), avgiftsfri avlösning (Borås<sup>18</sup>, Skara<sup>19</sup>, Uppsala<sup>20</sup>) och skolhälsovårdspersonal (Särskolans resursteam, sociala resursförvaltningen).

Andra kommentarer som rör former av anhörigstöd, omfattning och målgruppen är att man i *Härjedalen* hänvisade till biståndsenheten för SoL-beslut om exempelvis enskilda samtal och icke biståndsbedömd ledsagning. Enligt avdelningschef inom ”Arbete och aktivitet” fungerade också mycket av den verksamhet som erbjöds inom denna enhet som ett indirekt anhörigstöd.

I *Hässleholm* fanns inom psykiatrien en träffpunkt som hade öppet 24 timmer/dygn för stöd, telefonsamtal och övernattnings. Något stöd i föräldrarollen fanns inte att tillgå i kommunen. Ett vanligt problem för äldre föräldrar till barn med funktionsnedsättning är oro för vad som skall hända när föräldrarna är borta. Det är enligt erfarenheter i Hässleholm viktigt att stödja anhöriga så att de kan släppa taget.

I *Södra Innerstaden* kommenterades i fokusgrupp att det var svårt att nå ut till anhöriga då de ofta är gamla och har fallit bort eller att klienten har brutit kontakten med anhöriga. Uppslutning kring arrangerade föreläsningar om exempelvis psykisk ohälsa har varit dålig. Samtal med anhöriga handlade ofta om den närståendes diagnos. Endast en sektionschef inom *Sociala resursförvalt-*

---

<sup>16</sup> Främst för anhöriga som har anställning som anhörigvårdare eller har hemvårdsbidrag.

<sup>17</sup> För anhörigvårdare/personliga assistenter med PAN-avtal. Anordnas en gång/månad.

<sup>18</sup> 12 timmar/månad eller korttidsplats 4 veckor/år, för dem som har hemvårdsbidrag.

<sup>19</sup> 15 timmar/månad.

<sup>20</sup> 24 timmar/månad

*ningen* (Malmö) uppgav att anhöriga erbjudits stöd i form av anhörigträffar, möten kring den närstående och anhörig, enskilda samtal samt praktiskt stöd.

Enkät svar från chefer i *Skara* visar att samtliga verksamheter utom en, på ett eller annat sätt erbjöd anhöriga till personer med funktionsnedsättning stöd. Stödet som gavs är likt det som fanns inom äldreomsorgen, men med ett mindre utbud. Anhörigstöd som erbjöds vände sig framför allt till anhöriga till barn och ungdom med neuropsykiatriska sjukdomar eller funktionsnedsättning, anhöriga till yngre som drabbats av långvariga och/eller kroniska sjukdomar eller förvärvade hjärnskador och föräldrar som sökt korttidsvistelse/tillsyn. I huvudsak nåddes de personer som själva på ett aktivt sätt sökt upp och efterfrågat ett anhörigstöd. Anhöriga till barn och ungdomar som omfattades av LSS-insatser nåddes i något högre grad. Inom socialpsykiatrien måste den närstående uttryckligen godkänna att personalen tog kontakt med anhöriga. Om den närstående motsatte sig att kontakt togs med anhöriga kunde de anhöriga istället hänvisas till anhörigföreningar eller till primärvårdens service för psykisk hälsa.

Den viktigaste stödformen i *Strängnäs* var enligt verksamhetschefen den som erbjöds mellan personal och anhörig. En enhetschef menade att personal hade i sitt uppdrag att stötta anhöriga i deras kontakter med brukare. Ett kritiskt moment för anhöriga är då brukarna flyttar till gruppboende/korttidsboende.

Bland utförarna inom affärsområdena ”Boende vuxna”, ”Assistans, stöd & service” och ”Socialpsykiatri & beroende” i *Uppsala* utfördes enligt affärsområdescheferna inte något direkt anhörigstöd. Anhöriga skulle enligt avtalen informeras om verksamheterna och vid speciella behov hänvisades till Anhörigcentrums verksamheter. Ett dilemma var att det var den närstående (kunden) som var huvudman och omsorgen var uteslutande utformad på den funktionshindrade personens villkor. I möjligaste mån beaktades anhörigas situation i genomförandeplaner. Inom affärsområdet ”Barn, ungdom & familj” bedrevs korttidshem, avlösningsservice, ledsagning med mera. I en intervju påtalades att anhörigas behov av stöd skiljde sig åt beroende på om funktionsnedsättningen var medfödd eller om den hade inträtt senare i livet. Det kunde vara svårt att nå anhöriga till personer med psykisk funktionsnedsättning eftersom detta fortfarande var förknippat med skuld och skam. Många hade också ”bränt” sina kontakter med anhöriga eller ville inte ha denna kontakt. Det pågick enligt en affärsområdeschef ett generationsskifte inom psykiatrien. Det fanns fortfarande kvar personer i verksamheterna som inte hade anhöriga på grund av att de gjorde debut i psykisk sjukdom under den tidsperiod då de blev bortlämnade och har vuxit upp på institutioner. Unga personer med Aspergers syndrom och andra neuropsykiatriska diagnoser, liksom de som fått sin schizofrenidiagnos vid 18–19 års ålder, bodde fort-

farande kvar hemma och hade ett helt annat nätverk när de fick kontakt med kommunen.

För anhöriga inom funktionshinderverksamheten i *Västervik* fanns inte något formaliserat stöd. Det fanns inte någon särskild person som arbetade enbart med anhörigstöd, men det fanns en policy i verksamheterna som angav att anhöriga skulle vara delaktiga och ges möjlighet till information.

## Individ- och familjeområdet

Inom de olika kommunerna fanns inom individ- och familjeområdet en del verksamheter som kunde definieras som direkt anhörigstöd.

I *Borås* fanns i boenden inom socialpsykiatrin boendestödjare med ansvar för anhörigstöd. De skulle bland annat ordna träffar för anhöriga som ägde rum cirka en gång/år samt vara med och ordna en årlig anhörigdag. Anhöriga kunde ta kontakt med Yxhammarsmottagningen som var specialiserad på missbruksfrågor. Även föräldrar som hade barn med missbruk kunde söka stöd. På mottagningen gavs rådgivande samtal, samtalsbehandling (10–15 samtal, 43 anhöriga deltog 2010) eller gruppverksamhet (metod från Ersta vändpunkt). Grupperna träffades tolv gånger utifrån specifikt tema. Sex anhöriga deltog 2010). Hoppturnen var en gruppverksamhet som vände sig till barn och ungdomar där föräldrarna hade missbruk, psykisk sjukdom eller konflikter i samband med separation (35 barn deltog 2010). Cedern erbjöd föräldrastöd när ungdomar missbrukade alkohol, narkotika eller andra droger. Föräldrastödjande samtal erbjöds också föräldrar som hade barn placerade vid ungdomsboende. Anhöriga har också erbjudits hälsofrämjande aktiviteter via BASIS.

*Härjedalen* erbjöd föräldrar till barn/ungdom och anhöriga till personer med missbruksproblematik följande former av stöd:

- Anhöriggrupper två gånger per år (sex personer deltog första halvåret 2010)
- Stöd till anhöriga utifrån utredningen kring klienten till exempel avlösning i form av kontaktfamilj/familjehem, samtalsstöd, insatser i form av exempelvis Familjeteamet eller Beroendeenheten samt anhöriggrupper.
- Stöd av familjeteamet som gav samtalsbehandling, hemterapeutinsatser samt råd och stöd till föräldrar och barn/ungdom.
- ”Fem-samtal” som föräldrar kunde ta initiativ till utan ansökan. Samtalen fungerade som stöd, råd och hjälp i situationer som kunde vara svåra att hantera.
- Fjärilsgrupper, gruppbehandling för barn till missbrukande föräldrar.
- Trappan-samtal för barn som har bevittnat våld i nära relationer

- Föräldrastödsgrupper
- Familjerådgivning

Under första halvåret 2010 deltog sju personer i fjärilsgrupp och tio personer fick anhörigsamtal i grupp.

Det stöd till anhöriga som fanns inom individ- och familjeverksamheterna i *Hässleholm* var boendestöd, Kvarngården (ett drogfritt boende) enskilda samtal, familjebehandling till föräldrar med barn med funktionsnedsättning som ej omfattades av LSS, stöd till missbrukares barn och tolvstegsbehandling riktad till anhöriga inklusive anhörigdag. De enskilda samtalen var biståndsbedömda, men det finns inte någon statistik att tillgå gällande antalet anhöriga som har fått denna insats.

I stadsdelen *Hyllie* kunde extern behandling, till exempel anhörigvecka och familjebehandling på behandlingshem, ges till barn och föräldrar till personer med missbruksproblematik. Andra insatser som skulle kunna klassas som anhörigstöd är beviljandet av kontaktfamilj, anhörigveckor där ungdomar till missbrukande föräldrar reste bort tillsammans och barngrupper med liknande problematik. På frågan om anhöriga sågs som en egen målgrupp inom verksamheten, blev svaret i intervju med socialsekreterare, nej. Samma respondent menade också att det inte fanns någon definition på anhörigstöd i verksamheten och att det därför var svårt att besvara frågan om vilka insatser som rymdes i detta begrepp. Kontaktfamilj, anhörigveckor och grupper för barn till missbrukande föräldrar skulle kunna klassas som anhörigstöd.

I *Södra Innerstaden* erbjöds anhöriga till personer med missbruksproblematik individuellt öppenvårdsstöd som riktade sig både till barn och vuxna, till exempel stödsamtal via telefon, anhörigveckor inom 12-stegsprogrammet och CAP-grupper (Children are People). Under första halvan av 2010 fanns det 6–7 barn i CAP-gruppen.

Öppenvårdshuset Gustav (Sociala resursförvaltningen Malmö) erbjöd anhörigkurser eller grupper samt ”mindfulness”. Under första halvåret 2010 fick 77 anhöriga någon av dessa insatser.

Samtliga som besvarat enkäter och/eller intervjuats i *Skara* menade att de erbjöd anhörigstöd i någon form inom den verksamhet de ansvarade för. I möjligaste mån försökte de engagera den anhöriga i olika gruppverksamheter, men någon särskild rutin för hur de skulle göra detta fanns inte nerskriven. Inom ramen för BBIC (barnets behov i centrum) fanns det rutiner nerskrivna för hur personalen skulle ge stöd till anhöriga.

Anhörigstöd som erbjöds var:

- Samtalsstöd enskilt och i grupp. Grupperna sattes samman utifrån antal intresserade och också den tid som fanns tillgänglig hos handläggare samt anhörigrådgivaren.



- Kontaktfamiljer
- Handledning
- Nätverkslag där man sökte nätverken kring brukaren i syfte att stärka helheten.
- ”De otroliga åren” (en manualbaserad föräldrautbildning)
- Funktionell familjeterapi (FFT)

Stödet vände sig generellt till alla, både ung som gammal, släkt, vänner och andra till familjen närstående personer. Alla som ville och kunde motiveras att delta i nätverket kring brukaren var välkomna att delta. De anhöriga som nåddes var de som själva aktivt efterfrågade stöd.

Specifika målgrupper var anhöriga till personer med psykisk funktionsnedsättning och dubbeldiagnoser som ej omfattades av LSS. Anhöriga till personer med missbruk och beroende samt övriga nätverkslag utifrån brukarens behov. En svårighet som rapporterades var att anhöriga ofta inte ville identifieras och synas i det offentliga som just anhörig till någon med missbruk eller beroendeproblem.

Inte någon av de tillfrågade enhetscheferna har kunnat besvara frågan om hur många anhöriga som nåtts med stödet. Den statistik som finns tillgänglig för enskilda stödsamtal med anhörigrådgivare visar att 24 vuxna (+18) år deltog i enskilda stödsamtal under 2011 samt 7 personer i målgruppen barn och ungdomar (13–18 år).

I *Strängnäs* uppgav två enhetschefer att de erbjöd:

- Samtalsstöd
- Ekonomiskt stöd
- Kontaktpersoner/familjer
- Föräldrastöd i olika former i grupp samt individuellt
- Trappansamtal med barn som bevittnat våld
- Stöd till anhöriga i familjer med missbruk

De anhöriga som nåddes av stödet var ”alla som bedömdes nåbara”. Statistik fördes inte på hur många anhöriga som hade använt stödet, men en uppskattning var att 25–30 personer hade fått föräldrastöd, fem personer hade fått trappansamtal och tio anhöriga till personer med missbruk hade fått stöd.

Verksamheten vid Anhörigcentrum i *Uppsala* riktade sig även till anhöriga inom individ- och familjeområdet. Det betyder att anhöriga bland annat kunde få stödjande samtal, anhöriggrupper, avgiftsfri avlösning, programverksamhet, samvaro, må-bra-aktiviteter, information och vägledning.

I uppdragsplanen för utbildnings- och arbetsmarknadsnämnden nämns inte något som direkt eller indirekt kan tolkas som stöd till anhöriga med undantag från att nämnden i samarbete med Socialnämnden för barn och unga

och Nämnden för vuxna med funktionshinder ska fördjupa det alkohol- och drogförebyggande arbetet med speciellt barnfokus i familjer med missbruksproblem (Uppsala kommun 2009h).

”Öppenvårdsbehandling – beroende” vände sig till personer med alkohol- och/eller narkotikamissbruk eller beroendeproblematik samt anhöriga till missbrukare. ”Råd- och behandlingsenheten” bedrev stöd till anhöriga enskilt och i grupp. Anhörigruppen träffades 2,5 timmar en kväll per vecka vid åtta tillfällen. Innehållet var KBT-baserat och handlade om hur anhöriga hade påverkats av att leva nära en person med missbruk och hur den egna situationen kunde förbättras (en grupp under vårterminen 2010). Gruppverksamhet bedrevs också med vuxna barn med erfarenhet av missbruk i uppväxtfamiljen. Grupperna träffades 2,5 timmar per vecka i tio veckor. Inriktningen var att formulera och hitta strategier för problemlösning för att må bättre i vardagen (en grupp under hösten 2010). Ungefär 60 personer har fått enskilda samtal under första halvåret 2010.

I Uppsalas fyra *familjeenheter* bedrevs föräldrastöd och stöd till andra i barnets/ungdomens närhet samt stöd till barn och ungdomar mellan 0–20 år. De metoder som användes kunde variera mellan olika enheter, men i stadsdelen Gottsunda var de: samtal, barnsamtal (inkluderat metoden Tejpning), ”Metodiska samtal med barn i svåra livssituationer”, barnorienterad familjeterapi, föräldrastöd genom miljöterapeutiskt arbete, råd och stöd -familjebehandling, funktionell familjeterapi, gruppverksamhet för barn ”Skilda världar” (för barn till separerade föräldrar med samarbetssvårigheter), enskilda samtal med ungdomar, ungdomsmottagning, föräldrarådslag, nätverksmöten, föräldrautbildning Cope, lokalt områdesarbete/ungdomsförebyggande arbete, samverkan skola socialtjänst polis, Gottsunda områdesgrupp, kommunal samverkansgrupp, tidigt förebyggande arbete (besök i förskolor, skolor m.m.), familjecentrerat arbete (samarbete med landstingets mödra- barnavård för barn mellan 0–5 år, föräldragrupper) samt Snorkel (samarbetsprojekt med landstinget). Arbetet bedrevs utifrån ett systemteoretiskt synsätt vilket för familjeenheten innebar att ”varje människa formar och är formad av det som händer omkring henne och i relation till andra människor.” (Uppsala kommun 2011a, s 3).

I kommunen fanns också fem *familjecentraler* som skulle fungera som mötesplats för familjer i bostadsområdet. Målet för verksamheten var att utifrån hela familjens livssituation främja en god hälsa hos barn och föräldrar. Verksamheten riktade sig till familjer med barn i åldern 0–5 år. Dessutom fanns funktionell familjeterapi som vände sig till familjer med ungdomar 11–18 år som löpte risk att skada sin hälsa och utveckling genom kriminalitet, missbruk och/eller våldsbänagenhet, hemterapeuter som riktade sig till barnfamiljer och kunde ge ett praktiskt/pedagogiskt stöd eller behandlingsinriktat stöd samt familjebehandlare, då en familjeterapeut bedrev förändringsarbete i familjer,

rådgivning och vägledning. Det är dock oklart i vilken utsträckning dessa verksamheter skall betraktas som anhörigstöd. Kontaktfamiljer och kontaktpersoner kunde avlösa anhöriga. Kontaktpersoninsatser kunde utökas genom Miniperrongen som riktade sig till barn upp till 12 år och deras föräldrar. I insatsen ingick även kontakt med Familjeteamet och nätverksmöten. Perrongen vände sig till ungdomar 13–20 år och bygger på en kvalificerad kontaktperson som har en lägenhet till förfogande (Uppsala kommun 2010c).

I Socialnämnden för barn och ungas verksamhetsberättelse för år 2010 framgår omfattningen av Råd- och stödverksamheternas föräldrastöd: 112 personer fick enskilt stöd och 278 personer deltog i gruppverksamhet.

Trappan är en verksamhet som vände sig till barn och ungdomar i ålder 5–20 år och deras föräldrar. De syften med Trappans verksamhet som är av intresse i detta sammanhang var att ge stöd och hjälp till barn och unga i egenskap av anhöriga till föräldrar med alkohol/drogproblem, psykisk ohälsa, konfliktfyllda separationer eller upplevt våld samt att erbjuda stöd till barn och ungdomar till föräldrar med utvecklingsstörning eller andra intellektuella begränsningar. I gruppverksamhet delade barn och ungdomar tankar och känslor med andra, fick ökad kunskap och förståelse av hur effekter av föräldrars problem kunde påverka alla i familjen och en medvetenhet om sina egna behov och hur de kunde arbeta med att bryta ohälsosamma mönster. Grupperna bestod av 6–10 barn/ungdomar som träffades vid 10–12 tillfällen. Trappan genomförde 16–20 grupper per år.

I samband med biståndshandläggning vid missbruksproblematik fick klienter information om att det fanns möjligheter för deras anhöriga att få vissa insatser som till exempel anhörigvecka som kunde ges i anslutning till tolvstegsbehandling. Anhörigveckan var avgiftsfri och ingick i klientens behandling. Det har förekommit att kommunen bidragit med resekostnader och först då har det blivit ett myndighetsbeslut i den delen. För övrigt går statistik endast att få fram via klienternas akter.

I riktlinjerna för vård och behandlingsinsatser från 21 år har barn/anhöriga till personer med missbruksproblem en egen rubrik. Det framgår att Socialtjänsten i betydligt större utsträckning än tidigare måste erbjuda hjälp till anhöriga till personer med missbruksproblem. Speciellt barnen lyfts fram. Anhöriga skall erbjudas hjälp oavsett om personen med missbruksproblem genomgår behandling eller ej (Uppsala kommun, 2004).

Enligt diskussionen i fokusgruppen i *Västervik* erbjöds anhöriga information efter samtycke från klient (närstående) om vad som skedde i behandlingen inom vuxenheten, men det fanns inte något direkt systematiskt stöd för anhöriga. Anhöriga erbjöds samtal om de själva tog kontakt, men det gick inte att få ihop grupper på grund av risken att identifieras som anhörig i den lilla orten. En idé som funnits, men som inte blivit verklighet, har varit att bilda någon form av föräldraförening där medlemmarna av egen kraft skulle kunna

stödja varandra. Ett mer utvecklat stöd till anhöriga skulle enligt fokusgruppen gynna socialtjänstens arbete. Anhöriga är ofta medberoende och även efter avslutat missbruk kan det finnas obehandlade ”problem” kvar i familjen. Vuxenheten arbetade med att ge råd och stöd och behövde därför inte dokumentera sitt arbete. Erfarenheten är att det kan ”avskräcka” om möten blir journalförda. Vid hembesök berättade personalen om att det finns möjlighet att ta kontakt för samtal också för anhöriga. Många, även inom kommunen, kände inte till vuxenhetens verksamhet. Kartläggningen i Västerviks kommun omfattar enbart stöd till vuxna anhöriga och följaktligen finns inte en beskrivning av hur kommunen arbetar med barn och deras familjer inom individ- och familjeomsorg.

## 2.4 Efterlevandestöd

- a. Finns det något efterlevandestöd?
- b. Beskriv efterlevandestödet (innehåll, arbetsformer, målgrupp, ålder).

### Äldreområdet

Det fanns inte några övergripande riktlinjer eller rutiner för efterlevandestöd i någon av kommunerna, men efterlevandestöd förekom. I vissa fall genomfördes efterlevandestöd systematiskt, men oftast var det mer ostrukturerat och individberoende.

De exempel som fanns på systematiskt efterlevandestöd var oftast kopplade till palliativ vård och omsorg. I *Borås* fanns en kommunövergripande palliativ korttidsenhet som utarbetat rutiner för hur de skulle ge anhöriga stöd både under vårdtiden och efter dödsfallet. Anhöriga som behövde professionellt samtalsstöd identifierades via en manual för sårbarhetskriterier, utifrån en evidensbaserad modell från Stockholms sjukhem, och lotsades vid behov vidare till exempelvis diakon, Röda korset, kurator eller psykolog. Efter dödsfall inbjöds anhöriga till eftersamtal på enheten. I *Uppsala* hade sjuksköterskor eller kontaktmän på boenden med palliativ inriktning som rutin att ringa upp anhöriga (som så önskade) en viss tid efter dödsfallet. I sjukvårdsteamet fanns en utarbetad lathund för hur efterlevandestödet skulle gå till. Bland annat erbjöds anhöriga besök av någon i sjukvårdsteamet en respektive tre månader efter dödsfallet.

Att kontakt togs med anhöriga efter dödsfall förekom också på andra särskilda boenden och i hemvård, men oftast inte som rutin (Borås, Hässleholm, Hyllie, Strängnäs, Uppsala, Västervik). I *Härjedalen* brukade kommunens sjuksköterskor ha ett stödsamtal med framför allt den person som varit samman-

boende med den avlidne. I *Skara* fanns möjlighet till samtalsstöd med äldreomsorgens kurator och med anhörigombuden som fanns i äldreomsorgens samtliga verksamheter.

Efterlevandestöd kunde också ges inom ramen för kommuners specifika anhörigstöd. En policy inom anhörigstödet i *Skara* var att anhöriga erbjöds stödformer även efter den närståendes bortgång. Anhöriga kunde beviljas taktill massage sex månader efter dödsfallet och de hade möjlighet att delta i rekreativsvistelser och må-bra-dagar. Detta kan jämföras med *Uppsala* där efterlevandestöd inte ingick i Anhörigcentrums uppdrag. I de flesta av kommunerna nämndes att anhöriga efter den närståendes dödsfall kunde fortsätta att vara med i anhöriggrupper (Borås, Hyllie, Södra Innerstaden, Skara, Uppsala, Västervik) och att upprättade kontakter med anhörigkonsulenter, anhörigstödjare och motsvarande inte bröts direkt utan kunde fortsätta utifrån behov (Borås, Härjedalen, Skara, Uppsala). Hänvisningar gjordes också till kyrka, föreningar, landsting eller andra instanser för efterlevandestöd i form av sorgegrupper eller enskilda samtal (Borås, Södra Innerstaden, Skara, Uppsala). I flera av kommunerna nämndes också att efterlevande kunde besöka och engagera sig i dagverksamhet eller träffpunkter av olika slag (Härjedalen, Västervik) eller i kommunens frivilligverksamhet (Skara). I Borås fick anhöriga som hade ACTION som ett biståndsbedömt anhörigstöd behålla tjänsten efter den närståendes dödsfall. I *Södra Innerstaden* fanns det en rutin utarbetad som innebar att stadsdelens sjuksköterskor skulle erbjuda stödsamtal. I Hyllie påpekades att det inte fanns några former av efterlevandestöd för de anhöriga som inte varit i kontakt med någon grupp eller någon anhörigstödjare tidigare. Detta gällde förmodligen i fler av kommunerna.

## Funktionshinderområdet

I flera av kommunerna/stadsdelarna fanns inte något efterlevandestöd för anhöriga till personer med funktionsnedsättning (Härjedalen, Hyllie, Södra Innerstaden). I *Skara* fick anhöriga till personer med funktionsnedsättning tillgång till samma efterlevandestöd som anhöriga inom äldreområdet. Inom den palliativa vården gavs anhörigstöd på samma sätt som till anhöriga till äldre personer (Borås, Uppsala). Inom en del verksamheter för personer med funktionsnedsättning förekom stöd till efterlevande, men inte systematiskt eller rutinmässigt. Det kunde, om behov fanns, handla om att ringa upp eller hålla kontakten kort efter dödsfallet (Hässleholm, Strängnäs, Uppsala). På ett korttidsboende för barn och ungdomar med multifunktionshinder i *Uppsala* fanns ett systematiskt efterlevandestöd då personalen träffade föräldrarna efter ett barns dödsfall. Samverkan skedde med habiliteringen gällande detta. Inom området personlig assistans hade kommunen samverkan med barnsjukhuset när det gäller efterlevandestöd. Det fanns inte någon utarbetad modell

för detta utan insatserna utformades utifrån varje enskilt fall. Inom habiliteringens verksamhet inom *Sociala resursförvaltningen* i Malmö diskuterade de vid tiden för intervjun hur ett efterlevandestöd skulle kunna se ut och inom vilket verksamhetsansvar som det skulle kunna ligga. Frågan var om det skulle höra till Sociala resursförvaltningen eller stadsdelarnas befintliga verksamheter.

Anhöriga som deltagit i anhöriggrupper och/eller haft kontakt med anhörigkonsulenter/anhörigstödjare kunde behålla kontakterna efter dödsfallet och/eller hänvisas till andra instanser för stöd (Borås, Uppsala). I Borås fick också anhöriga som haft ACTION som biståndsbedömt anhörigstöd behålla tjänsten efter dödsfallet.

## Individ- och familjeområdet

Det var inte vanligt med efterlevandestöd inom individ- och familjeomsorgen. I de flesta kommuner erbjöds inte något specifikt stöd (Borås, Hässleholm, Hyllie, Skara, Strängnäs, Västervik). I *Härjedalen* arbetade beroendeenheten med enskilda samtal för efterlevande. Öppenvårdshuset Gustav (Sociala resursförvaltningen Malmö) bedrev gruppverksamhet för personer som förlorat en nära anhörig i missbruk och i *Uppsala* bedrevs åtminstone på en familjeenhet något som kallades för metodiska samtal med barn i svåra livssituationer. En sådan svår livssituation kunde vara förälders död. I stadsdelen *Södra Innerstaden* angav två chefer att efterlevandestöd fanns vid behov och i *Strängnäs* och *Hässleholm* nämndes handläggningen av dödsbo och att personal som handhar detta ibland kunde få en kurativ roll i kontakten med anhöriga.

## 2.5 Relationer

- a. Finns det någon uttalad värdegrund att arbeta utifrån när det gäller stöd till anhöriga?
- b. Försök att beskriva det förhållningssätt som de som arbetar med stöd till anhöriga arbetar utifrån.

## Äldreområdet

*Hässleholm* och *Västervik* är de enda kommunerna som hade en specifik värdegrund att arbeta utifrån inom anhörigstödet för anhöriga till äldre. I *Hässleholm* finns värdegrunden i handlingsplanen och utgår från omsorgsförvaltningens ”Värdegrund och etiska riktlinjer”. Anhörigstödet skall:

- Ingå i en positiv och levande gemenskap som ger anhöriga trygghet och glädje i vardagen
- Skapa delaktighet genom att ge möjlighet för anhöriga till inflytande och påverkan
- Möta varje anhörig med respekt genom att den anhörige blir bekräftad i sina olika val av vardag, blir lyssnad på och ingår i en positiv dialog
- Formas av omtanke genom att anhöriga blir sedda och deras olikheter tas tillvara.

I värdegrunden för anhängstødet i *Västervik* framhølls vikten av att bemøta andra som man sjølv vill bli bemøtt, visa respekt og opptrøda korrekt. Anhängstødjarna skulle ”førsøka gå i den anhänges skor” og dermed få en økad forståelse for hur den anhänga opplevde sin situation. Værdegrunden for anhängstødet har arbejats fram av anhängkonsulent. I kommunens værdegrund for ældreomsorgen betonades menneskosyn, bemøtande og ett professionellt forhøllningssatt.

I de øvrige kommunerna fanns værdegrund eller etiske rektlinjer formulera-de som gællde hela ældreomsorgen og som også inkluderade stødet till anhänga. I *Uppsala* uttrycktes ældrenæmndens værdegrund genom begreppen: trygghet, inflytande, tillgænglighet, øberoende, respekt og bemøtande (TITORB) (Uppsala 2007). Bland de punkter som fortydligar vad TITORB innebær og som særskilt lyfter fram anhänga mærks:

- Nærstøende (læs anhänga)ges ett gott stød vid behov.
- Værdragaren og/eller de nærstøende (læs de anhänga) ges medinflytande i værdplaneringen.
- Værdragare og/eller de nærstøende (læs anhänga) får god information om hælsostillstand, værdinsatser og behandling.
- Værdragare og/eller de nærstøende (læs anhänga) får god information om personalen og deres funktion og hur man når dem på bæsta satt.
- All personal har ett vænligt og empatiskt bemøtande mot værdtagare og nærstøende (læs anhänga).

Uppsala Produktion Værd & bildning hade også en etisk kod som gællde for all verksamhet. Det anhängstød som utgick från Anhängcentrum beskrevs i termer av att vara individanpassat, værdigt, flexibel og att øppna dørrar istället for att stænga dem. De samtaler som bedrevs karakteriserades som medmænskliga där syftet var att støtta anhänga att finna løsninger på sine problem eller hur de kunde forhølla sig till dem. Stødet skulle vara lættillgængligt; anhänga kunde bara titta in på Anhängcentrum og behøvde bara kænna till ett telefonnummer for att få hjælp.

I *Borås* fanns inte någon lokal värdegrund för äldreomsorgen, men enligt Äldreomsorgsplanen var utgångspunkten för alla verksamheter inom äldreomsorgen alla människors lika värde. Det grundläggande förhållningssättet var självbestämmande och respekt för individens önskemål och behov. De äldres möjlighet att bo kvar i sin ursprungliga miljö hade stärkts.

Värdegrunden i *Härjedalens* äldreplan lydde:

- Socialnämndens arbete ska präglas av helhetssyn, respekt och samverkan.
- Alla kontakter mellan socialtjänstens personal och invånare i Härjedalen ska präglas av ett gott bemötande och en god tillgänglighet
- Tjänsterna ska vara trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen
- Insatserna ska utformas med respekt för den enskildes integritet

De som arbetade med stöd till anhöriga arbetade enligt ett intervjuvar utifrån ett lyssnande, ödmjukt och stödjande förhållningssätt.

I *Malmö* stads värdegrund beskrevs grundläggande och gemensamma värderingar med ord som hög kompetens, arbetsglädje, serviceanda, tydliga mål, respekt och lyhördhet samt en positiv människosyn. I en fokusgrupp i *Hyllie* framfördes synpunkten att det skulle vara en poäng att bryta ner och omforma värdegrunden till att passa den verksamhet man befann sig i.

Samtlig personal i *Skara* kommun hade under åren erbjudits möjlighet att gå utbildningar i bemötande och värdegrund. Kommunens värdegrundarbete var djupt förankrad i verksamheten och frågorna diskuterades fortlöpande. Anhöriga som vårdade skulle stöttas så långt det var möjligt genom flexibla och individuellt anpassade stödformer av varaktig natur. Alla människor har lika värde och skall behandlas lika och med respekt. De anhöriga sågs som en värdefull hjälp i vården av de sjuka. I likhet med övriga omsorger sågs den anhöriga som en värdefull samarbetspartner. De anhörigas behov skiljer sig kraftigt åt och av denna anledning lade kommunen särskilt fokus på att utveckla flexibla, individuellt anpassade stödformer som skulle passa alla.

Enligt verksamhetschefen i *Strängnäs* arbetade man i kommunen mycket med etikfrågor, skattningsskalor för personal och värdegrund. Arbetet med stödet till anhöriga bedrevs utifrån kommunens gemensamma värdegrund.

I en del kommuner nämndes också de ordinarie vård- omsorgsverksamheterna och bemötandet av anhöriga där. I *Borås* svarade en enhetschef för ett särskilt boende att de hade arbetat fram en specifik vårdfilosofi som utgick från en humanistisk människosyn. Personalen betonade vikten av att bygga en relation med de anhöriga. I Södra Innerstaden arbetade personalen i ett demensboende utifrån ett ”jag-stödjande” förhållningssätt. All ”demenspersonal”, inklusive vikarier, ingick i en studiegrupp som träffades vid åtta tillfällen



och där en gemensam värdegrund diskuterades, speciellt när det gällde bemötandet av anhöriga. I Uppsala beskrev enhets-/verksamhetschefer förhållningssättet till anhöriga i termer av empati, medkänsla, respekt, lyhördhet för de specifika behov enskilda anhöriga har, helhetssyn, människors lika värde, ett professionellt förhållningssätt, lyssnande och att arbeta utifrån mottot ”så här skulle jag vilja ha det själv”. En verksamhetschef i palliativ vård skrev att de anhöriga var lika viktiga som vårdtagaren. Om inställningen till anhöriga inom affärsområdet ”Boende äldre” sade affärsområdeschefen:

*Jag vet första gången när jag sa till personalen att anhöriga är lika viktiga som dom som bor här. Dom tittade på mig och frågade; Hur kan du säga det, vi är ju till för dom som bor här? Ja, sa jag.*

Biståndshandläggningen kom upp till diskussion i *Västervik* och att förhållningssättet måste vara individuellt och anpassat till de olika personer handläggarna möter. Grundtanken var att anhöriga ska avlastas för att orka, då de tar ett stort ansvar och inte sparar på sig själva.

## Funktionshinderområdet

Inom funktionshinderområdet var det endast *Hässleholm* som hade en värdegrund inom anhörigstödet att arbeta ifrån. Det var samma värdegrund som gällde inom äldreområdet (se ovan).

Inom funktionshinderverksamheten i *Borås* fanns inte någon uttalad värdegrund att arbeta utifrån, men inom enheten för anhörigvårdare och anhörigstöd hade följande syfte formulerats avseende stödet till anhöriga:

- Anhöriga skall känna sig som en viktig resurs och samarbetspartner.
- Anhöriga skall erbjudas enskilda stödsamtal och möjlighet att delta i samtalsgrupp.
- Nätverk anhöriga emellan skall utvecklas.
- Informationsträffar och utbildningar skall anordnas, med syfte att ge inspiration till anhörigvårdare.
- Organisera möjligheter till avlösning med hjälp av anhörigstödare.
- Kartlägga behovet av vidareutbildning för att kunna utföra omsorgsarbetet och förslag på arbetsmiljöåtgärder.

I *Härjedalen* hänvisades till värdegrunden i LSS-lagen som säger att det skall vara goda levnadsvillkor för alla och att alla skall vara delaktiga.

Intervjuad vårdare i *Hyllie* refererade till Malmö stads värdegrund och det framkom att värdegrunden gicks igenom två gånger om året då verksamheten hade planeringsdagar. I ett enkätsvar angav en chef att de arbetade utifrån en specifik värdegrund gentemot anhöriga, det vill säga att de erbjöd en individu-

ell service av hög kvalitet och innehade ett professionellt förhållningssätt utifrån en positiv människosyn samt att personalen hade hög kompetens. I Södra Innerstaden var fokusgruppsdeltagarna överens om att de arbetade utifrån Södra Innerstadens övergripande värdegrund och att denna inte hade reviderats med inriktning på specifika verksamheter. Även inom Sociala resursförvaltningen i Malmö menade en intervjuperson att det var Malmös stads värdegrund som gällde och att nyckelbegrepp var kompetens, positiv människosyn och jämställdhet. Särskolans resursteam i Malmö hade värdegrunden ”alltid eleven i centrum”.

I *Skara* svarade hälften av de tillfrågade att det fanns en uttalad värdegrund och den andra hälften att det inte fanns. När de tillfrågade ombads utveckla bilden av relationerna till de anhöriga och det förhållningssätt som personalen i verksamheterna arbetade utifrån svarade de att målet var att ge föräldrar avlastning för att de skulle få tid för resten av familjen och för sig själva. De flesta tillfrågade tyckte att det var en prioritering att anhöriga skulle känna sig delaktiga i planeringen kring brukaren. De tillfrågade använde beskrivningen att de arbetade utifrån devisen ”Alla människor har lika värde”. De anhöriga är de allra viktigaste personerna för den närstående och av den anledningen också den viktigaste samarbetspartnern i verksamheterna. Hälften av de tillfrågade svarade att de saknade en värdegrundspolicy att arbeta efter.

Verksamhetschefen i *Strängnäs* uppgav att de i kommunen arbetade mycket med etikfrågor, skattningsskalor för personal och värdegrund. En enhetschef svarade i enkäten att den värdegrund som fanns i kommunen skulle gälla all verksamhet och alla kontakter. När det gällde att beskriva det förhållningssätt som de som arbetade med stöd till anhöriga, arbetade utifrån så menade verksamhetschefen att förhållningssättet framgick i kommunens värdegrund. Enhetschef svarade:

*Vi utgår i första hand ifrån brukarens behov och önskemål, vi pratar dock om vikten av en god relation och förståelse för anhörigas situation. Vi har också hänvisat anhöriga till Anhörigcentrum.*

Äldrenämndens värdegrund i Uppsala inkluderade också Anhörigcentrums verksamhet (se ovan). Nämnden för vuxna med funktionshinder hade antagit fyra upplevelsekriterier som skulle prägla all av nämnden finansierad verksamhet, den enskildes och dennes eventuella anhörigas upplevelser av den tillhandahållna tjänsten. Kriterierna var: trygghet, ett respektfullt bemötande, delaktighet/inflytande och oberoende. Nämndens ledord för oberoende var; utveckling för den enskilde, tillgänglighet (fysisk, informativ, kommunikativ och psykosocial) samt valmöjlighet.

För samtliga Vård- och bildningsutförare och medarbetare gällde den gemensamma etiska koden: Vi som arbetar inom vård & bildning...

1. respekterar alla människor höga och lika värde.
2. upprätthåller och utvecklar vår kompetens och eftersträvar god självinsikt.
3. är medvetna om och följer lagstiftning och andra regelverk för arbetet samt är lojala med V&B:s affärsidé.
4. bemöter kunder med respekt, uppmärksamhet och vänlighet.
5. har en öppen och tillmötesgående hållning och söker kreativa lösningar.
6. medverkar till att verksamheten håller god kvalitet och utvecklas för att svara mot kundernas behov och förändrade samhällsförhållanden.
7. är goda marknadsförare för V&B:s verksamhet.
8. vidtar åtgärder om det förekommer kränkningar eller andra missförhållanden i organisationen.
9. verkar för en effektiv och långsiktig hållbar hushållning med organisationens resurser.
10. tar ansvar för att arbetsplatsen är en konstruktiv och generös miljö, där vi möter varandra med respekt och prestigelöshet, tillit och förväntan.

När det gäller förhållningssättet för dem som arbetade med anhöriga så gällde för anhängcentrums verksamhet samma sak som gällande anhöriga till äldre personer. Affärsområdeschefen för ”Socialpsykiatri & beroende” menade att anhöriga var mycket viktiga för verksamheterna och de närstående och hon uppmanade personalen att ”se” dem. Ett exempel på detta var områdeschefens inställning till att verksamheten skulle kunna ha kontakt med anhöriga även om inte den närstående ville ha kontakt med dem:

*Ibland säger dom att dom inte vill ha någon kontakt (med anhöriga). Nej, så kan det vara, men det är så att vi kan ha kontakt med personen. Mamman, pappa, farmor, om hon vill ha kontakt så kan vi ha den kontakten. Ja, men vi har sekretessen. Ja, men vi behöver inte prata om Kalle eller Pelle. Det behövs inte. Det kan vara så att vi har den kontakten och träffar dom och berättar om hur vi har det i verksamheterna och vad vi gör på totalen. Vi ser dom här personerna och så blir dom lugna och trygga med det. Och då gagnar det Kalle och Pelle, så behöver dom inte betsa i någon annan ände. Jag tror att vi måste få in det tänket och synsättet mycket mer. För vi jobbar med vuxna människor och dom har all sin rätt att inte vilja ha kontakt och så vidare och det ska vi respektera, men jag tror ändå att dom (anhöriga) finns här och skvalpar runt på något konstigt vis. /.../ Vi måste få, även om vi jobbar med vuxna människor och dom kan säga nej, så måste vi få det här synsättet att vi ser varje person utifrån vad den är. Den är anhörig, den heter Eva, är syrra till Kalle som bor hos oss. Då måste vi se Eva. Vi skall vara så jäv-*

*la tacksamma för varje gång som det finns anhöriga som bryr sig och orkar. Då måste vi se dom. Sedan om Kalle inte orkar det jämt och ständigt, men vi måste orka.*

Två enhets/verksamhetschefer inom ”Boende vuxna” skrev i enkätsvaren att förhållningssättet var att bemöta med respekt respektive att det var av nöden att personalen utvecklade och bibehöll en bra relation med kundens nätverk, men att det var kundens önskemål och behov som fick styra.

*Västerviks kommun* hade inte något formaliserat stöd till anhöriga inom funktionshinderverksamheten. Däremot fanns det en policy i verksamheterna som innebar att anhöriga skulle vara delaktiga och ges möjlighet till information. De olika enheterna för personer med funktionsnedsättning hade anhörigträffar, som gav möjlighet att träffa andra anhöriga och anhöriga gavs också möjlighet att få träffa personal eller enhetschef enskilt om de så önskade.

## Individ- och familjeområdet

Inom individ- och familjeområdets verksamheter och inom socialpsykiatri i *Borås* fanns inte någon uttalad värdegrund avseende anhörigstöd. Socialpsykiatri hade en värdegrund för hela sin verksamhet, men anhöriga nämndes inte i det dokumentet. Yxhammarsmottagningen hade ett systemteoretiskt förhållningssätt. Deras gruppverksamhet var influerad av Minnesotamodellen, som har samma förhållningssätt. Hopptornets förhållningssätt var att sätta barnet i centrum och att barn som deltog i gruppverksamheten skulle få känna sig viktiga och unika. Genom att träffa barn i samma situation upptäcker barnet att han/hon inte är ensam. Via samtalen fick barnet hjälp att förstå att det inte var hennes fel att föräldern var upptagen av egna problem och att det aldrig är barnets fel att den vuxne mår dåligt. De ville också förmedla att barn har rätt att må bra och göra bra val utifrån det.

Verksamheten i *Härjedalen* utgick från värdegrunden i portalparagrafen (SoL), om alla människors lika värde, i övrigt fanns inte någon uttalad värdegrund. Det förhållningssätt som IFO arbetade utifrån var att verksamheten skulle ge hjälp till självhjälp och stärka individen

*Hässleholm* hade som tidigare nämnts en utarbetad värdegrund inom anhörigstödet att arbeta utifrån. Dessutom går att läsa i Socialnämndens värdegrund:

- Vi har personal med rätt kompetens och lämplighet
- Vi arbetar tillsammans för klientens bästa
- Vi litar på varandra och visar varandra respekt
- Vi stödjer klienten i att ta eget ansvar
- Vi har bra bemötande och god tillgänglighet
- Vi bedömer och redovisar alltid barnens bästa

I *Hyllie* fanns inte någon uttalad värdegrund kring anhängstödet inom individ- och familjeområdet och det kan bero på att verksamheten inte prioriterade dessa frågor. Dock fanns det en önskan om en uttryckt värdegrund då intervjupersonens uppfattning var att inte all personal visste vilka stödinsatser som kunde erbjudas eller ens var medvetna om den aktuella lagändringen. I *Södra Innerstaden* individ- och familjeomsorg framgår i enkätsvar att Cap-grupperna arbetade efter en manual med fokus på risk- och skyddsfaktorer och att Socialtjänsten generellt arbetade efter beprövade metoder som skulle vara gynnsamma för barns hälsa och utveckling samt efter socialtjänstlagen. Öppen-vårdshuset Gustavs förhållningssätt var att arbeta lösningsfokuserat med hjälp av specifika metoder; KBT, familjeterapi och mindfulness. Sofia behandlingshem verksamhet utgick från kvinnans behov (Sociala resursförvaltningen Malmö).

Samtliga svarande i *Skara* menade att det inte fanns någon uttalad värdegrund att arbeta utifrån. Två av fem enhetschefer i *Strängnäs* svarade att det fanns en uttalad värdegrund att arbeta utifrån. Verksamhetschefen menade att det vid sidan av Strängnäs kommuns värdegrund också fanns policydokument. Oklart är i vilken omfattning dessa avsåg anhängiga. I mötet med anhängiga var förhållningssättet enligt verksamhetschefen att se anhängiga som en resurs. En enhetschef relaterade till ett systemteoretiskt tänkande medan en annan svarade att stöd till anhängiga endast förekom som biprodukt och därmed var ovanligt.

I *Uppsala* gällde på Anhängicentrum samma värdegrund som för övriga målgrupper. Utförarna av vård- och omsorg omfattades av ”Vård och bildning” etiska kod och de som arbetade under Nämnden för vuxna med funktionshinder av denna nämnds värdegrund (se ovan). Kommunen hade också en kvalitetspolicy som omfattade alla och där visionen var att ”Uppsalaborna har förtroende för sin kommun och är nöjda med de tjänster som erbjuds.” Den enskilde brukare som tar emot en tjänst ska uppleva att:

*tjänsten präglas av tillgänglighet i utlovad omfattning, på tider, platser och i former som är anpassade till behoven.*

*tjänsten utvecklas i dialog med brukaren för att kunna svara upp mot nuvarande och framtida behov. (Uppsala kommun 2001a s. 1).*

I Program för individ- och familjeomsorgen i Uppsala kommun står att ”Förhållningssättet inom socialtjänstens verksamheter skall präglas av helhetssyn, respekt för den enskildes självbestämmande och tilltro till och stimulans av den enskildes egen förmåga” (Uppsala kommun 2001b s. 2).

Den verksamhetsidé/värdegrund som beskrevs för Gottsunda familjeenhet lyder: ”Familjen är den grundläggande enheten och den naturliga miljön för dess medlemmar och särskilt betydelsefull för barnens utveckling och välfärd.

Föräldrarna är de som i första hand har ansvaret för barnets uppfostran och utveckling. Samhällets roll är att på olika sätt stödja föräldrarna i deras föräldraskap.” Det går vidare att läsa att grunden i familjeenheternas arbete utgörs av samtal vilket kräver en tillitsfull relation. Arbetet bedrivs utifrån ett systemteoretiskt synsätt och verksamheten genomsyras av det salutogena synsättet. (Uppsala kommun 2011a s. 2).

Affärsidén som formulerats inom affärsområdet ”Socialpsykiatri & beroende” och där råd- och behandlingsenheten bedrev anhörigstöd lyder: ”Med stort engagemang, bred kunskap och med hög kvalité, ger vi stöd genom livet. Vi tar väl vara på människors egna förmågor till förändring och vi erbjuder verksamhet med spetskompetens.” (<http://vardochbildning.uppsala.se/vard/socialpsykiatri--beroende>)

Fokusgruppen i *Västervik* menade att det skulle gynna deras arbete om det fanns ett utvecklat stöd till anhöriga, då de ofta är medberoende. Vuxenenheten hade inte något upparbetat upplägg för anhörigstöd, utan arbetade med problemen som dyker upp och försökte lösa dem på bästa sätt.

## 2.6 Stödplaner

- a. Upprättas det några stödplaner för anhöriga?
- b. Hur beaktas anhörigas situation i samband med planering av omsorg/stöd/vård?
- c. Hur många anhöriga hade stödplan upprättad under första halvåret 2010?

### Äldreområdet

Den enda kommun där stödplaner för anhöriga upprättades på ett systematiskt sätt var *Borås*. När anhörigstöd beviljades skulle det upprättas en stödplan för anhörigvårdaren, enligt de riktlinjer för anhörigstöd som fanns i Borås Stad. Stödplanen skulle vara en överenskommelse mellan den anhörige och stödpersonen och skulle visa vilka åtgärder och insatser som var beviljade. I stödplanen beskrevs vilka insatser som kunde underlätta arbetet för anhöriga. I uppföljningen av Äldreomsorgsplanen (2009) rapporterades att fyra av tio kommundelar alltid erbjöd anhöriga att upprätta en stödplan vid beslut om anhörigstöd. Ytterligare tre kommundelar erbjöd stödplan i minst 50 procent av fallen.

I *Hyllie* uppgav en enkätrespondent att de upprättade anhörigstödsplaner och att detta hade skett för två anhöriga under första halvåret 2010.

För övriga kommuner gäller att de inte arbetade med stödplaner. I *Uppsala* gjordes i samband med den avgiftsfria avlösningen en skriftlig överenskommelse med den anhörige om avlösningens innehåll och utformning.

Övriga kommentarer som rör stödplaner handlar om möjligheten att dokumentera anhörigstödet. I *Hässelholm* hade biståndshandläggarna fått tre dagars utbildning och intentionen var att anhöriga skulle omfattas av dokumentationen utifrån vad de ville och vilken typ av hjälp de behövde. I fokusgruppen i *Hyllie* diskuterades problematiken att vissa yrkesgrupper hade dokumentationsplikt och andra inte. Gränserna mellan vad som skulle dokumenteras var oklara och överlag dokumenterades endast det som rörde den närstående i dennes (patient)journal. När det gäller den anhöriges stöd så hände det att detta dokumenterades via daganteckningar. I *Södra Innerstaden* diskuterades anhörigkonsulenternas behörighet att dokumentera och frågan ställdes om vem som blir dokumentationsskyldig när utförarna är privata aktörer.

Svaren på frågan om hur anhörigas situation beaktades i samband med vårdplanering kan beskrivas på en skala från att anhöriga troligen kunde påverka planeringen till att det endast var den närståendes situation som var avgörande. Däremellan ligger de mer allmänt hållna utsagor som går ut på att anhöriga är viktiga och att de har möjlighet att framföra sina synpunkter. I samma kommun kunde flera av dessa förhållningssätt finnas, beroende på vem som uttalade sig. Exempel på utsagor av det mer generella och vaga slaget är att anhörigas situation oftast beaktas vid vårdplaneringar då deras åsikter och behov efterfrågas (Borås), man tar hänsyn till den anhörige och denne ges möjlighet att uttrycka sina önskemål (Härjedalen), anhöriga görs delaktiga och det sker en regelbunden dialog (Hyllie), anhörigas situation beaktas genom att de görs delaktiga på olika sätt (Södra Innerstaden), vi tar oss alltid tid att lyssna på anhöriga (Strängnäs), anhörigas medverkan är viktig och stor (Uppsala) och anhörigas situation beaktas i största möjliga mån (Västervik).

Exempel finns också på beskrivningar som tydligt illustrerar att det var den närståendes behov som skulle tillgodoses: brukaren är fokus för uppdragen (Södra Innerstaden), anhörigas situation finns med som en del i beslutsunderlaget, men det är den närståendes behov som skall tillgodoses vid beslut om insats (Strängnäs), ”det är kunden som är vårt främsta uppdrag inte de anhöriga, men så klart ser vi till helheten” (Uppsala), vårdplanering sker ofta tillsammans med den anhörige, men biståndsbeslut tas enbart med hänsyn till den närstående (Västervik). I *Uppsala* och *Västervik* hände det också att anhöriga bad anhörigkonsulenter att vara med som stöd vid vårdplaneringar för att de anhörigas synpunkter skulle komma fram.

Slutligen finns också exempel som visar på stor förståelse för anhörigas situation och där anhörigas delaktighet betonades. I *Västervik* illustreras detta genom beskrivningen av att mycket förändras när en närstående exempelvis får en stroke och att anhöriga behöver få en egen startsträcka. Handläggarna

väntade därför in anhöriga då de oftast inte hunnit tänka igenom hela situationen vid tillfället för vårdplaneringen. Sektionschefen för enheten som handlägger bistånden för hemvård och boenden i *Uppsala* menade att anhöriga spelade en mycket viktig roll vid vårdplaneringar, speciellt om den enskilde inte kunde föra sin egen talan. Erfarenheterna av anhörigas delaktighet var goda. Det var endast i sällsynta fall som anhörigas delaktighet inte upplevdes som konstruktiv för planeringen och den närstående. Inom växelvård och dagverksamhet är anhörigas situation central och planering skedde utifrån denna eftersom syftet ofta var att avlösa anhöriga. Sjukvårdsteamets arbete byggde på anhörigas delaktighet i vården. Från ett par chefer betonades att anhöriga skulle ha en känsla av att ingå i teamet.

I det hittills skrivna om huruvida anhörigas situation beaktades i samband med vårdplanering har det främst handlat om den omsorg/vård som den närstående skulle få. I några kommuner har det också framförts tankar om hur anhörigas behov av eget stöd har beaktats i samband med vårdplaneringar. I *Härjedalen* informerades den anhöriga om vilket stöd som hon/han kunde söka, men ansvaret att påtala sina behov låg på den anhöriga. I *Skara* talade biståndshandläggare med de anhöriga om deras situation i samband med hembesök. Om stöd önskades kontaktades samordnaren för anhörigstöd och stöd organiserades. Enhets/verksamhetschefer i *Uppsala* informerade om och hänvisade till det stöd som gavs av Anhörigcentrum.

## Funktionshinderområdet

Inom funktionshinderområdet kan sammanfattas att det i stort sett inte upprättades några stödplaner för anhöriga. I *Borås* skulle det enligt riktlinjer för anhörigstöd upprättas stödplan när anhörigstöd beviljades, men det gjordes inte regelmässigt för denna målgrupp. Stödplaner hade upprättats för de anhöriga vars närstående hade insatser såsom hemvårdsbidrag och anställd anhörigvårdare/personlig assistent enligt PAN-avtalet. Under 2010 var det 17 anhöriga som hade en stödplan. Som verktyg vid upprättande av stödplan hade COAT-metoden använts. Det närmaste stödplan som fanns för anhöriga i *Uppsala* var den plan som utarbetades tillsammans med föräldrarna vid avlösningsservice i hemmet, ungdomsfritids/helg och avlösning med hjälp av kontaktfamilj, stödfamilj och familjehem. I *Härjedalen* påpekades att den närstående kunde begära en individuell plan och i den kunde anhörigas behov av avlösning beaktas. I *Skara* följdes enskilda föräldrars situation upp vid individuella planeringsmöten samt vid föräldraträffar och uppföljningsträffar.

I *Borås* beaktades de anhörigas situation vid vårdplaneringar i de fall då den anhörige bodde tillsammans med personen med funktionsnedsättning. I *Härjedalen* utgick man från personen med funktionsnedsättning. Organisationen tog hänsyn till den anhörige, men hade inte någon riktad insats för detta. An-



höriga fanns med vid vårdplaneringar i *Hässleholm*, men det fanns inte några riktlinjer för detta. I *Strängnäs* ansåg verksamhetschefen att de anhöriga fanns med i stor utsträckning medan de tre enhetscheferna svarade att planeringen skedde utifrån anhörigas behov i största möjliga mån, att det var handläggaren som fattade beslut och styrde i vilken omfattning anhöriga var involverade respektive att anhörigas situation beaktades om den närstående bodde tillsammans med anhörig. Myndighetschefen på Sektionen för LSS och socialpsykiatri i *Uppsala* sade att anhöriga togs med om den närstående inte motsatte sig det, men en strävan var att stärka den närstående som vuxen vilket ibland motverkades när anhöriga var med. Anhöriga/föräldrar till barn med funktionsnedsättning var självklara parter i samband med planeringar av olika slag. Enligt *affärsområdeschefen* för "Barn, Ungdom & familj" var det mer frågan om hur barnperspektivet skulle komma in i planeringen som var aktuell. *Affärsområdeschefen* för "Assistans, stöd och service" sade att anhöriga oftast var med på planeringar av olika slag och att anhöriga ofta hade väldigt mycket synpunkter på vilka personliga assistenter som skulle anställas. Inom affärsområdet "Boende vuxna" betonades i hälften av enkätsvaren att det var kundens behov som gick främst: "Allt beror på kundens önskemål", "Vår prioritet är vår kund". Ett par personer skrev att det var biståndshandläggarnas beslut som styrde och lika många påpekade att det kunde se mycket olika ut från fall till fall. En av enhets/verksamhetscheferna skrev att "stor hänsyn tas alltid till anhöriga." I *Västervik* fanns det en policy i verksamheterna att anhöriga skulle vara delaktiga och ges möjlighet till information. I de olika enheterna för personer med funktionsnedsättning gavs också möjlighet att få träffa personal eller enhetschef enskilt om man så önskade. I fokusgruppen berättade anhöriga att problem uppstod när den närstående var vuxen och insjuknade. Då var det inte lika självklart att anhöriga fick ta del av information.

## Individ- och familjeområdet

Det vanligaste inom kommunerna/stadsdelarna var att det inte upprättades några stödplaner för anhöriga inom individ- och familjeområdet. Däremot förekom det att behandlingsplaner upprättades för anhöriga som sökte stöd. Detta skedde vid Yxhammarsmottagningen i *Borås*. För övrigt upprättades en del vårdplaner och genomförandeplaner där anhöriga nämndes, men frågan är om dessa gjordes utifrån ett anhörigperspektiv, för anhörigas skull eller för att anhöriga inkluderades i behandlingen av den närstående. I Öppenvårdshuset Gustav (Sociala resursförvaltningen Malmö) fördes arbetsanteckningar över anhörigas stöd. Intervjupersonen i *Södra Innerstaden* påtalade att brukarna kunde vara myndiga och att det rädde sekretess. Många hade dessutom brutit med sina anhöriga och de anhöriga var då svåra att nå.

När det gäller frågan om hur anhörigas situation uppmärksammades i samband med planering av närståendes omsorg/stöd/vård finns det inte mycket information att tillgå från de olika kommunerna/stadsdelarna. En tolkning av detta är att anhörigas situation inte uppmärksammades på något systematiskt sätt och i *Hyllie* förklarades detta av en intervjuperson med att anhöriga inte sågs som en egen målgrupp. I *Härjedalen* informerades anhöriga om den hjälp som fanns att få, i *Västervik* erbjöds anhöriga information efter samtycke från den närstående, de anhöriga i *Skara* som önskade och aktivt efterfrågar stöd kunde erbjudas det och i *Hässleholm* var slutsatsen att anhörigas situation i samband med vårdplaneringar var något som man behövde arbeta med.

Från fokusgruppen i *Södra Innerstaden* och från hälften av de tillfrågade enhets-/ verksamhetscheferna inom individ- och familjeområdet i *Uppsala* påpekades att när den närstående var myndig så avgjorde hon/han i vilken utsträckning som anhöriga kunde vara delaktiga. Sekretess rådde. En annan kommentar var att många missbrukare inte längre hade kontakt med några anhöriga. På ett par av enheterna i Uppsala erbjöds anhöriga, om den närstående så önskade, att vara med när personliga överenskommelser skrevs. På en annan enhet informerades anhöriga i den mån de var berörda vid förändringar av stöd. Även i *Strängnäs* hänvisades till sekretess för de klienter som var myndiga.

## 2.7 Information, tillgång till stöd och motivations arbete

- a. Hur sker informationen om det stöd till anhöriga som finns?
- b. I vilket skede nås anhöriga?
- c. Hur får anhöriga tillgång till de olika stödformerna?
- d. Hur försöker kommunen nå ut till dem som inte redan är kända?

### Äldreområdet

Information om stöd för anhöriga till äldre gavs på många olika sätt och i många olika sammanhang. Vanliga och viktiga informationskanaler var personal i kommunens egen organisation. Biståndshandläggare kunde informera i samband med ansökan om insats (Borås, Härjedalen, Hyllie, Skara, Strängnäs, Uppsala, Västervik) och sjuksköterskor inom den kommunala hemsjukvården kunde vid förfrågan informera i anslutning till hembesök (Borås). I den uppsökande verksamheten till äldre informerades också om anhörigstöd (Skara, Uppsala, Västervik). Ordinarie omsorgs-/vårdpersonal i hemtjänst, särskilda

boenden, träffpunkter och andra verksamheter mötte många anhöriga och skulle kunna lämna information (Borås, Hässleholm, Hyllie, Södra Innerstaden, Strängnäs, Uppsala, Västervik). I *Skara* fanns bland ordinarie personal 25 anhörigombud som hade som uppgift att föra fram information till anhöriga och personal. I en del kommuner fanns ett telefonnummer att ringa för att ställa frågor om äldreomsorg och för att bli lotsad till rätt instans ("en väg in"). I *Borås* kallades tjänsten Seniorguiden (men de fick sällan frågor om anhörigstöd) i *Härjedalen* fanns en servicetelefon som bemannades av personal på dagverksamhet. Anhörigkonsulenter, anhörigstödjare och motsvarande yrkesgrupper informerade och spred kunskap om kommunens anhörigstöd (Borås, Härjedalen, Uppsala, Västervik). Detta kunde ske via aktiviteter i kommunernas anhörigcentrum till exempel vid studiebesök och genom utskick (Strängnäs, Uppsala). Anhörigkonsulenten i *Västervik* fanns tillgänglig 1–2 gånger/år på Västerviks sjukhus för att sprida information om anhörigstöd.

Information om kommunens anhörigstöd kunde också ges i samverkan med landstingspersonal. I *Härjedalen* skedde detta på Hälsocentralen. På vårdcentraler och sjukhus i *Skara* och *Uppsala* fanns kontaktkort som anhöriga kunde fylla i för att nå kommunens anhörigstödjare. I Uppsala fanns på en del enheter på Akademiska sjukhuset en blankett som personalen skulle fylla i och sända till Anhörigcentrum när de träffat en patient som ville ha kontakt med anhörigstödjare. Andra informatörer utgjordes av frivilliga (Skara, Strängnäs), föreningar (Härjedalen, Hässleholm, Skara), kyrkor och församlingar (Skara), allmänheten (Skara) och inte minst av anhöriga själva, mun-till-mun (Härjedalen).

Andra sammanhang då information om anhörigstöd gavs var i anslutning till vårdplaneringar (Borås, Hässleholm, Skara, Strängnäs, Uppsala), vid inflyttning till särskilt boende (Borås, Hyllie, Södra Innerstaden, Strängnäs, Uppsala) eller till och med vid visning av särskilt boende (Södra Innerstaden) på anhörigträffar (Borås, Uppsala), pensionärsråd (Strängnäs), andra möten (Strängnäs), mässor (Uppsala), Äldreveckla/äldredag (Hässleholm, Västervik), Seniordag (Västervik), anhörigkaféer (Härjedalen) och i utbildningssammanhang (Uppsala).

Material att läsa fanns också i olika former. Samtliga kommuner hade broschyrer/foldrar som beskrev anhörigstödet. Broschyrerna fanns på stadsdelskontor och kommuninformationsenheter (Borås, Uppsala), äldreomsorgens träffpunkter (Borås), särskilda boenden (Uppsala, Västervik), apotek (Härjedalen, Hässleholm), hälso-/vårdcentraler, sjukhus (Härjedalen, Hässleholm, Uppsala, Västervik), bibliotek (Hässleholm, Uppsala). I *Borås* och *Uppsala* fanns foldern på flera språk. I *Hässleholm* gav anhörigstödet ut tidningen "Anhöringen" och på några boenden i *Borås* och Södra Innerstaden gavs ett veckobrev/nyhetsbrev ut. Annonser i dagspress och andra tidningar användes för allmän information eller i samband med specifika aktiviteter (Borås, Häss-

leholm, Malmö, Skara, Strängnäs, Uppsala). *Uppsala* hade en informationskampanj med annonser i TV4 Uppland, bioreklam och bussannonsering.

Information spreds även genom affischering (Skara, Uppsala) och meddelanden på anslagstavlor på strategiska ställen som exempelvis mataffärer, bibliotek, banker, apotek, särskilda boenden (Malmö, Skara, Uppsala). I *Skara* fanns en digital anslagstavla på Seniorkaféet och på akutmottagningen, Akademiska sjukhuset i *Uppsala* presenterade länets anhörigstöd i en monitor i väntrummet.

På kommunernas hemsidor gick att läsa om anhörigstöd och en del särskilda boenden i *Borås* hade egna webbsidor och Facebook-grupper med information till anhöriga om vad som hände och skedde på boendet. I *Uppsala* fanns en ordlista på webben "A–Ö för anhöriga" där anhöriga kunde hitta mycket av den information som de behövde.

Under 2010–2011 genomfördes en informationskampanj i *Uppsala*. Informationen skulle spridas så att den nådde medborgarna och skulle tydliggöra att anhörigstöd fanns, att olika insatser kunde efterfrågas, att alla insatser var utan kostnad för den enskilde och att anhöriga för egen del kunde få tillgång till avlösning och hälsofrämjande aktiviteter som ett stöd och erkännande för det arbete de utförde.

Eftersom informationsspridningen var omfattande och genomfördes på många olika sätt i kommunerna/stadsdelarna kan anhöriga sägas ha nåtts i vilket skede av anhörigskapet som helst. Personal på Anhörigcentrum i *Uppsala* sade sig möta anhöriga i alla skeden, men framför allt när något specifikt inträffat, kanske i samband med någon form av kris. Det kunde till exempel vara i början när en närstående fått en diagnos eller senare i skedet när den anhöriga börjat känna att hon/han inte orkade längre. En ambition var att nå anhöriga tidigt och för att uppnå detta var sjukvårdspersonals och biståndshandläggares insatser viktiga. En ambition i *Hässleholm* var att nå ut till hela samhället.

En reflektion från *Hässleholm* var att det för anhöriga ofta blev aktuellt att ta kontakt med anhörigstödet när det krisade, blev för tungt eller när man tappat alla sociala kontakter. I *Strängnäs* menade en enhetschef att anhöriga nåddes i "alla skeden där behov finns" och i *Skara* var uppfattningen att anhöriga ofta nåddes sent i den vårdande processen och i samband med en akut händelse. Ett skäl till att inte få kontakt i ett tidigare skede var enligt fokusgruppen i *Hyllie* att många anhöriga inte identifierade sig som anhöriga och därmed inte heller sökte stöd. Som en lösning på detta problem föreslogs uppsökande verksamhet som skulle röra stora målgrupper, till exempel pensionärsorganisationer. Anhörigstöd var dessutom ett relativt nytt fenomen och var därför fortfarande okänt för många.

Det kan i detta sammanhang vara av intresse att reflektera kring relationen mellan att nå ut med information och att bli nådd som anhörig. Anhörigkon-

sulenter kan ha nått anhöriga med information, men den anhöriga är inte nådd i den meningen att hon/han har tillgodogjort sig informationen för egen del.

I de fall stödinsatserna var biståndsbedömda fick anhörig tillgång till dem genom biståndsbeslut. I de fall det rörde sig om serviceinsatser hade alla i behov av stöd rätt att få tillgång till dem och detta skedde ofta efter kontakt med exempelvis anhörigkonsulent.

## Funktionshinderområdet

Informationskanalerna var av olika slag även när det gäller information om stöd för anhöriga till personer med funktionsnedsättning, men inte lika många som inom äldreområdet. Inom kommunala verksamheter informerade LSS-handläggare/biståndshandläggare (Borås, Hyllie, Sociala resursförvaltningen i Malmö, Strängnäs, Uppsala), sjuksköterska (Hyllie), anhörigkonsulent/anhörigstödare (Borås, Hyllie, Strängnäs, Uppsala), personal i gruppboende och övrig personal (Skara, Strängnäs, Uppsala) kanske speciellt kontaktpersonen som skall bära informationen till anhöriga (Hyllie), personal genom anhörigträffar (Borås, Sociala resursförvaltningen i Malmö, Skara, Västervik, Uppsala) och i samband med individuell vårdplanering (Skara).

Information om anhörigstöd kunde vid förfrågan ges på vårdplaneringar (Borås), anhörigdag (Hässleholm), möten med habilitering och skola (Skara), föräldramöten i skolor och på barnavårdscentraler (Uppsala) och på hälsocentral (Härjedalen). På akutmottagningen, Akademiska sjukhuset i Uppsala presenterades länets anhörigstöd i en monitor i väntrummet och i vårdcentraler och sjukhus i Skara och Uppsala fanns kontaktkort som anhöriga kunde fylla i för att nå kommunens anhörigstödare. I Uppsala fanns på en del enheter på Akademiska sjukhuset en blankett som personalen kunde fylla i och sända till Anhörigcentrum när de träffat en anhörig som ville ha kontakt med anhörigstödare.

I de fall det fanns stöd för anhöriga till personer med funktionsnedsättning presenterades information om detta på kommunernas hemsidor.

I många kommuner fanns någon broschyr om anhörigstöd som inkluderade stöd för anhöriga till personer med funktionsnedsättning (Borås, Hässleholm, Uppsala, Södra Innerstaden). I Borås och Uppsala var den översatt till flera språk. Broschyrer fanns bland annat på stadsdelskontoren och kommuninformationsenheter (Borås, Uppsala), vårdcentraler (Hässleholm, Uppsala), barnavårdscentraler (Uppsala), bibliotek (Hässleholm, Uppsala), kommunala arbetsplatser (Skara). Allmän information liksom information om specifika tilldragelser publicerades i annonser i dagspress och andra tidningar (Borås, Hässleholm, Uppsala). Affischering ägde rum på olika platser (Borås, Uppsala). I Härjedalen hade skriftlig information om LSS skickats till skoluratorer

och annan skolpersonal. I *Hässleholm* gav anhörigstödet ut tidningen "Anhöringen". Hela samhället var målet för Hässleholms information. *Uppsala* hade en informationskampanj med annonser i TV4 Uppland, bioreklam och bussannonsering. I *Uppsala* fanns också en ordlista på webben "A-Ö för anhöriga" där anhöriga kunde hitta mycket av den information som de behövde.

Informations-spridning skedde också via brukarråd (Härjedalen), handikappråd (Strängnäs) samt olika föreningar (Hässleholm, Uppsala).

Socialpsykiatri i *Skara* gjorde regelbundna kartläggningar av nätverken kring brukaren/klienten för att bättre nå ut med information till anhöriga och andra som kunde delta och bidra i behandlingen av klienten/brukaren.

De anhöriga nåddes i olika skeden. Föräldrar till sjuka barn eller barn med funktionsnedsättning kunde nås redan när de låg på BB och det var dags för vårdplanering. I samband med detta gavs information och ansökningar om insatser togs emot. Andra anhöriga nåddes när habiliteringen hade avslutat sin utredning eller när den anhörige ansökte om en insats för sina barn. För anhöriga till barn/ungdomar och övriga familjemedlemmar med förvärvade funktionshinder skedde kontakten när behovet var påkallat. I *Skara* kommenterades att föräldrarna framförallt nåddes när de själva gjorde ett aktivt val och konkret efterfrågade ett stöd för egen del och att det framförallt var de engagerade, aktiva och drivna föräldrarna som nåddes av informationen. I *Uppsala* befarade *sektionschefen* för LSS och socialpsykiatri att det var många som vårdade hemma utan att kommunen visste om det och en strateg på Sociala enheten trodde att det kunde vara svårt att nå ut till en del invandrarfamiljer.

Affärsområdeschefer i *Uppsala* förde på tal att det kunde behövas en del motivationsarbete eftersom det kan vara svårt för föräldrar att lämna sina barn (både som små och vuxna) ifrån sig för att få avlösning. Ett sätt var att introducera exempelvis korttidsboende genom att barnet till en början var där en dag i månaden.

Tillgång till anhörigstödet gavs genom biståndsbeslut i de fall insatserna var biståndsbedömda. I de fall det rörde sig om serviceinsatser hade alla i behov av stöd rätt att få tillgång till dem och detta skedde ofta efter kontakt med exempelvis anhörigkonsulent.

## Individ- och familjeomsorgen

I *Hässleholm* som hade en gemensam handlingsplan för alla anhöriga och i *Uppsala* där Anhörigcentrum också riktade sig till samtliga målgrupper skiljde sig inte informationen till anhöriga inom individ- och familjeområdet från informationen som riktade sig till övriga anhöriga.

Information om det anhörigstöd som fanns inom individ- och familjeomsorgens verksamhetsområde gavs i samtliga kommuner av socialsekreterarna.

re/utredare. Dessutom förmedlades information av familjeteam (Härjedalen), beroendeteam (Härjedalen), Vuxenenheten (Västervik) samt anhörigkonsulent och motsvarande (Hässleholm, Uppsala).

Allmän information om kommunens anhörigstöd fanns på hemsidorna. I många fall fanns också information på hemsidorna gällande specifika verksamheter som Yxhammarsmottagningen och Hopptornet i Borås, Trappan (Uppsala), via intranätet Komin (Hyllie, Södra Innerstaden) med flera. Det var inte säkert att dessa verksamheter presenterades under rubriken anhörigstöd.

Vid sidan av broschyrer om kommunens generella anhörigstöd kunde också specifika verksamheter presenteras i foldrar (Härjedalen, Sociala resursförvaltningen Malmö, Skara). Detta gällde till exempel Yxhammarsmottagningen och Hopptornet i Borås, Cap-grupperna i Södra Innerstaden, Socialnämnden för barn och ungdom i Uppsala.

Information om stödet till anhöriga kunde också förmedlas genom annonser (Härjedalen, Uppsala), BRIS-kort (Härjedalen), information på skolor och arbetsplatser (Härjedalen), lapp på anslagstavlor i reception, skolor och familjecentraler (Hyllie, Skara), telefonkatalog (Uppsala). Verksamheten Trappan i Uppsala gav föreläsningar, informerade inom psykiatrin och hade öppet hus. Samverkan skedde med olika organisationer i *Strängnäs* och kontaktmän inom behandlingsenheter och boenden förmedlade inbjudan till anhörigträffar i *Borås*.

Biståndsbedömda insatser erhöles efter biståndshandläggning medan anhöriga kunde ta direkt kontakt med öppna insatser som råd och stöd med flera eller genom personal i beroendeteam, anhörigkonsulent och motsvarande samt socialsekreterare. I *Skara* påpekades att de anhöriga som själva tog kontakt var mycket aktiva och bra på att uttrycka egna önskemål och behov medan det var svårare att nå mer passiva personer. I *Hässleholm* var meningen att anhöriga ofta nåddes för sent.

## 2.8 Uppsökande verksamhet

- a. Finns det någon uppsökande verksamhet?
- b. Beskriv den uppsökande verksamheten (målgrupp, ålder, arbetsformer).

### Äldreområdet

Uppsökande verksamhet inom äldreområdet fanns i samtliga kommuner. I Malmö har frågan ej undersökts. Syftet med uppsökande besök var att informera om kommunens och ibland även primärvårdens verksamheter för äldre

och de insatser som äldreomsorgen kunde erbjuda både anhöriga och närstående. Målgrupper och tillvägagångssätt framgår i tabell 2.

<b>Tabell 2. Beskrivning av kommunernas uppsökande verksamhet</b>				
	<b>Målgrupp</b>	<b>Uppsökare</b>	<b>Genomförande</b>	<b>Resultat</b>
<b>Borås</b>	80-åringar utan hemtjänst, hemsjukvård	Äldreinformatör	I brev erbjöds besök el. telefonsamtal	2010: 31 % av målgruppen tackade ja till ett telefonsamtal eller besök.
<b>Härjedalen</b>	75-åringar	Sjuksköterska	De som i en enkät tackat ja besöktes.	Få tackade ja. Nya anhörigvårdare identifierades ej.
<b>Hässleholm</b>	81- och 84-åringar	Spec. anställd person i centrala Hässleholm o anställda i enheterna i kommundelarna.		Få anhöriga i behov av stöd identifierades.
<b>Skara</b>	80-åringar	Enhetschefer, vårdpersonal	Erbjudande om hembesök till alla 80-åringar via telefon och utskick. 2010: 129 personer födda 1930. Alla som tackade ja till besök fick det.	2010: 56 hembesök
<b>Strängnäs</b>	Personer över 80 år utan insatser från kommunen (undantag färdtjänst, trygghetslarm).	"Uppsökare"	Erbjudande om hembesök.	1 feb–18 juni 2010: 75 hembesök
<b>Uppsala</b>	80-åringar utan hemtjänst.	Uppsökande handläggare	Erbjudande om årliga hembesök.	2010: etablerad kontakt med 90 % av de personer som under året fyllde 80 år. Andel hembesök 39 procent (279 personer)
<b>Västervik</b>	Alla över 80 år som inte hade någon insats sedan tidigare av kommunen.	Anhörigkonsulent, anhörigstödjare	Brev som följdes upp med telefonsamtal. Erbjudande om hembesök.	Första halvåret 2010: 34 hushåll (oftast par) hade tackat ja till hembesök.



## Funktionshinderområdet

Inom funktionshinderområdet skedde inte någon uppsökande verksamhet på motsvarande sätt som inom äldreområdet.

I *Härjedalen* tog LSS-handläggare kontakt och informerade om kommunens insatser om hon/han fått kännedom om att en familj hade behov av detta. Landstinget var också bra på att förmedla kontakter med kommunen när de hade kontakt med personer som omfattades av LSS-lagstiftningen.

I *Hässleholm* signalerade vid behov det personliga ombudet till verksamheten. Uppföljning fanns även inom skolverksamheten, handläggare och daglig verksamhet. Det fanns inte någon systematiskt genomförd uppsökande verksamhet.

Inte heller i *Skara* fanns någon uppsökande verksamhet på ett organiserat och rutinmässigt sätt. Inom daglig verksamhet och i ungdomsverksamheten var ett svar att en viss uppsökande verksamhet skedde då de var med på föräldramöten för att ge information.

Från myndighetskontoret barn och ungdom i *Uppsala* bedrevs uppsökande verksamhet genom att brev sändes till föräldrar till barn med insatser med information om förändringar som sker i samband med myndighetsåldern.

## Individ- och familjeområdet

Uppsökande verksamhet inom individ- och familjeområdet kunde i *Härjedalen* ske genom fältarbete, hembesök och information vid skolor och arbetsplatser. Kommunen kontaktade också familjer utifrån rapporter från polisen, anmälningar och ansökningar. I Malmö stad fanns uppsökande verksamhet gällande missbruk och hemlöshet, men syftet var inte stöd till anhöriga utan hade mer karaktären av allmän samhällsinformation.

I *Skara* framgår att uppsökande verksamhet till viss del skedde genom öppna ingångar till exempelvis ”*de otroliga åren*” som är en föräldrastödsutbildning samt ”*Funktionell familjeterapi*”. Man försökte aktivera den anhöriga så mycket som möjligt i vården/behandlingen av klienten.

Enligt Program för Individ- och familjeomsorgen i *Uppsala* kommun har råd- och stödverksamheten och myndighetsfunktionen ett informationsansvar och ansvar för uppsökande verksamhet enligt 3 kap. 4§ Socialtjänstlagen:

*4 § Socialnämnden skall i den uppsökande verksamheten upplysa om socialtjänsten och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp. När det är lämpligt skall nämnden härvid samverka med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.*

## 2.9 Anhörigas synpunkter om eget stöd

- a. Vart vänder sig anhöriga om de har synpunkter på sitt eget stöd?
- b. Finns det någon etablerad rutin för hur det kan göras?
- c. Hur får anhöriga information om det?
- d. Hur tas de synpunkter som framkommer till vara i utvecklingen av stödet till anhöriga?

### Äldreområdet

Samtliga kommuner och även privata utförare hade centrala system för synpunktshantering med information på hemsidan om hur medborgare kunde lämna synpunkter och klagomål och många hade också färdiga blanketter på nätet att fylla i. Information om synpunktshantering och blanketter kunde även finnas på kommunens olika enheter, på anslagstavlor, överlämnas i samband med biståndshandläggning, inflyttning till boende, som ny kund/brukare i hemtjänst, vid uppsökande hembesök, annonseras i tidningar et cetera. På boendeenheter i *Uppsala* fanns lådor för synpunkter ”ris och ros”.

Som exempel på synpunktshantering kan *Hässelholm* nämnas där processen gick till på följande sätt:

När handlingen inkom till förvaltningen registrerades den i diariet av nämndsekreteraren. Bekräftelse skickades att handlingen var inkommen, samt att den var överlämnad till kvalitetscontroller för utredning. Kvalitetscontroller utredde ärendet med hjälp av till exempel enhetschef, distriktschef, handläggare et cetera. Personlig kontakt med den som lämnat synpunkter/klagomålet togs vid behov. Analys, bearbetning och vilka åtgärder som ärendet ledde till, dokumenterades i ett avvikelssystem i ProCapita. Ärendet avslutades med ett skriftligt svar till den som lämnat in synpunkten/klagomålet. I svaret beskrevs vilka åtgärder som vidtagits. I genomsnitt tog ett ärende två veckor. Vid större utredningar tog det längre tid och då informerades den enskilde. I de ärenden som var anonyma var gången likadan, förutom att svaret endast lades i diariet. I förekommande fall skedde en uppföljning av kvalitetscontroller efter cirka tre månader.

Inom äldreomsorgen i *Borås* inkom cirka 250 ärenden per år, men inte något hade handlat om anhörigstöd. Inte heller handläggarna i *Västervik* eller enhetschefen för Anhörigcentrum i *Uppsala* hade fått in klagomål på stödet.

Synpunkter på det biståndsbedömda anhörigstödet kunde lämnas direkt till berörd verksamhet till exempel enhetschef, sjuksköterska omvårdnadspersonal, kontaktman, anhörigombud (som fanns i Skara) och/eller till biståndshandläggare. Klagomål kunde också framföras till demensvårdsutvecklare och

anhörigkonsulent/anhörigstödjare. För det icke biståndsbedömda stödet kunde synpunkter riktas direkt till de personer som utförde och ansvarade för detta. Andra instanser som kunde ta emot synpunkter var föreningar (Hässleholm, Skara), Pensionärsrådet (Strängnäs) samt äldrekontoret (Uppsala).

I Skara fanns ett "äldreombud" och i Uppsala en "äldreombudsman". Dessa funktioner hade bland annat som uppgift att ta emot synpunkter, frågor och önskemål från allmänheten. Uppgiften som äldreombud i Skara låg på samordnaren för anhörigstöd.

I de enkätutskick som riktade sig till enhets- verksamhetschefer i olika kommuner, rådde gällande frågan om huruvida det fanns rutiner för att ta emot anhörigas synpunkter på sitt eget stöd oenighet i svaren. Det förekom att cheferna hänvisade till kommunens synpunktshantering samt nämnde att de anhöriga kunde vända sig till chefer med flera, men många har också svarat att det inte fanns några rutiner för att ta emot synpunkterna. Detta kan som i *Hyllie* tolkas som att cheferna inte betraktade anhöriga som en målgrupp för den kommunala verksamheten. En komplikation är att det var den närstående som mottog omsorg i anslutning till exempelvis korttidsvård och dagverksamhet. Insatsen bedömdes på så sätt inte som till för den anhöriga, även om syftet var avlösning. Ett svar från Strängnäs som illustrerar detta är att anhöriga vände sig till vård-/omsorgsverksamheterna om det var den närstående som hade beslut på insatsen och till Anhörigcentrum om det var **anhörigstöd**.

Det finns inte svar från samtliga kommuner om hur anhörigas synpunkter togs till vara för att utveckla stödet och de svar som gavs är mycket allmänt hållna. Från *Borås stad* framfördes att de olika enheterna inom äldreomsorgen diskuterade anhörigas synpunkter. Alla anhöriga som har deltagit i rekreationsresor eller Spa-kvällar har fått en enkät där det funnits möjlighet att lämna synpunkter. Inom projektet BASIS fanns en arbetsgrupp, med anhörigstödjare inom äldreomsorgen, som arbetade med att ta fram praktiska riktlinjer för anhörigstöd och i det arbetet beaktades de anhörigas synpunkter avseende eget stöd. I *Hässleholm* återfördes de synpunkter som framkommit till den verksamhet som stödet fanns i och sammanställdes med förslag till åtgärd. Alla synpunkter och förslag till åtgärder följdes upp av omsorgsnämnden. I *Skara* tog de stor hänsyn, och på många sätt, till anhörigas synpunkter på sitt stöd. Flexibilitet eftersträvades. Den kostnadsfria avlösningen i hemmet skedde till exempel helt på anhörigas villkor och önskemål. Samordnarna för anhörigstöd, samt dietist och kurator som arbetade med sociala frågor inom äldreomsorgen diskuterade fortlöpande synpunkter och önskemål från anhöriga samt de olika verksamheterna. Viktiga diskussionsföremål för anhörigas och allmänhetens synpunkter och behov var också de olika samverkansgrupperna, de ideella organisationerna och Röda Korset. Verksamhetschefen i *Strängnäs* svarade att anhörigas synpunkter oftast handlade om väldigt specifi-

ka individuella fall och att de då togs upp i respektive arbetsgrupp. Om det handlade om större frågor så togs de upp i planeringen av arbetet och i olika arbetsgrupper. De synpunkter som kom fram i *Västervik* togs på allvar. I kommunen fanns en kvalitetssamordnare som arbetade vidare och utredde klagomål.

På Anhörigcentrum i *Uppsala* gjordes årliga behovsinventeringar som bland annat grundade sig på systematiska utvärderingar av verksamheter. I behovsinventeringen ingick också att anhörigkonsulenterna dokumenterade sådant som kom fram i mötet med anhöriga om sådant de saknade, sådant som föll mellan stolarna eller synpunkter om sådant som inte anhörigkonsulenterna kunde ta hand om direkt. Denna kontinuerligt insamlade kunskap sammanställdes sedan i behovsinventeringen. Behovsinventeringen låg till grund för det interna utvecklingsarbetet. Ett exempel utgör anhörigas synpunkter på vad som fungerade bra och mindre bra inom växelvården. Vid analys av läget framkom ett kunskapsbehov bland personalen inom växelvården om anhörigas situation och Anhörigcentrum anordnade därför utbildningar för personalen. I den ordinarie vården/omsorgen svarade enhetschefer att de försökte tillmötesgå önskemål så långt som möjligt, personalgruppen samtalade och försökte rätta till, de lyssnade och lärde samt att synpunkter som fördes fram genom kommunens synpunktsblankett fördes vidare till verksamhetschef eller affärsområdeschef. Uppdragskontoren efterfrågade vid olika avstämningstillfällen inkomna synpunkter. Resultaten kunde mynna ut i uppföljningsbesök och/eller åtgärds- handlingsplan. Resultaten togs också tillvara i kommande uppdrag/upphandlingar

I *Södra Innerstaden* ledde diskussion i fokusgrupp fram till konstaterandet att det inte gick att göra avvikelserapporteringar på det anhörigstöd som var serviceinsatser det vill säga inte var biståndsbedömt och i *Västervik* konstaterades att för de anhöriga som avbröt insatser av olika slag skedde inte någon uppföljning.

## Funktionshinderområdet

Svaren på frågorna hur anhöriga till personer med funktionsnedsättning kan föra fram synpunkter på sitt eget stöd, skiljer sig i princip inte från de svar som angivits inom äldreområdet. Kommunernas och utförarnas centrala synpunktshanteringar var desamma. Vid synpunkter om specifika verksamheter kunde anhöriga vända sig direkt till personal, chefer, LSS-handläggare, personliga assistenter, anhörigkonsulenter med flera. Synpunkter kunde också lämnas till politiker (Härjedalen), handkappombud (Skara) och till handikappråd (Strängnäs).

Myndighetschefen barn och ungdom, *Uppsala*, trodde inte att föräldrar fick information om kommunens synpunktshantering i samband med att de an-

sökte om insatser, men att de tillfrågades om de ville lämna in ett klagomål (på blankett) i samband med att de vände sig till kontoret och var missnöjda med något. På myndighetskontoret fick besökarna en enkät där de kunde uttrycka hur besöket hade varit. Svaret lämnades anonymt i en låda.

Även inom funktionshinderområdet var de svar som lämnades tämligen övergripande på frågan om hur anhörigas synpunkter tas tillvara. I *Borås* diskuterades utveckling av anhörigstödet inom de olika enheterna inom funktionshinderverksamheten utifrån synpunkter som inkommit. De anhöriga som under året deltagit i rekreationsresor eller SPA-kvällar hade via en enkät fått möjlighet att lämna synpunkter. I *Härjedalen* beaktades synpunkterna och eventuella problem åtgärdades. De synpunkter som framkom i *Hässleholm* återfördes till den verksamhet som stödet fanns i och sammanställdes med förslag till åtgärd. Alla synpunkter och förslag till åtgärder följdes upp av omsorgsnämnden. Intervjupersoner i *Sociala resursförvaltningen* i Malmö poängterade att anhöriga inte ingick i deras uppdrag och att det därmed inte fanns någon rutin för att ta emot anhörigas synpunkter på eget stöd. I *Skara* försökte de så långt som möjligt ta till vara synpunkterna utifrån verksamhetens möjligheter. Särskilda och komplicerade ärenden och synpunkter som kom fram diskuterades specifikt i detalj på arbetsplatsträffar och i ledningsgruppsmöten. Där fattades även beslut om huruvida särskilda och riktade insatser behövdes och hur de skulle utformas. I *Strängnäs* togs de synpunkter som framkom tillvara genom diskussioner i arbetsgrupper och i planeringen av det fortsatta arbetet. På uppdragssidan i *Uppsala* gjordes uppföljningar på motsvarande sätt som inom äldreområdet. Enligt myndighetschefen barn och ungdom berodde åtgärderna på klagomålets art och två enhets/verksamhetschefer inom ”Barn, ungdom & familj” skrev i enkätsvar att de gjorde sitt bästa för att ta tillvara synpunkter från anhöriga respektive att insatsen skedde i dialog med den som fått insatsen.

*Västerviks kommun* hade enligt uppgift inte något formaliserat stöd till anhöriga inom funktionshinderverksamheten och har inte besvarat frågan om synpunktshantering.

## Individ- och familjeområdet

Klagomålshanteringen inom Individ- och familjeområdet går i stort sett till på samma sätt som tidigare beskrivits för övriga områden, men intervju- och enkätsvar är mer diffusa till sin karaktär.

I *Hässleholm* fanns en policy för positiva synpunkter och klagomålshantering avseende tjänstemannautövning. Alla synpunkter såväl positiva som negativa, skulle ses som ett utvecklings- och förbättringsverktyg och som ett led i socialförvaltningens kvalitetsarbete. Klagomålen hanterades utifrån ett flödeschema. Det fanns inte någon rutin utarbetad på hur anhöriga informerades.

I *Hyllie* och *Södra Innerstaden* framkom i intervjuvar att anhöriga kunde vända sig med synpunkter till sektionschef eller Socialstyrelsen. Vid uppföljning av insatser togs enligt en respondent anhörigas synpunkter på eget stöd upp. I enkätsvar från Sociala resursförvaltningen i Malmö framkom att synpunkter på anhörigstödet kunde lämnas till sektionschef, kontaktperson, samordnare och handläggare. I *Strängnäs* fanns brukarenkäter tillgängliga i socialkontorets reception och samtliga brukare, men ej anhöriga, tillfrågades specifikt i en enkät en gång om året.

När det gäller frågan hur anhörigas synpunkter togs till vara är kommentarerna fåtaliga. I *Härjedalen* togs eventuella synpunkter upp till diskussion och åtgärdades. I *Hässleholm* var rutiner under uppbyggnad. De synpunkter som kom in via synpunktshandlingen i *Skara* togs alltid tillvara i personliga samtal, uppföljningssamtal med de anhöriga samt i kontakten med anhörigrådgivaren och socialsekreterare och i *Strängnäs* ”vägs de in som en del bland andra, exempelvis kravet på evidensbaserade metoder”.

## 2.10 Anhörigas synpunkter om insatser för den närstående

- a. Vart vänder sig anhöriga om de har synpunkter på deras närståendes vård och omsorg?
- b. Finns det någon etablerad rutin för hur det kan göras?
- c. Hur får anhöriga information om det?
- d. Hur tas de synpunkter som framkommer till vara i utvecklingen av omsorgen?

### Äldreområdet

Den centrala synpunktshandling som fanns i respektive kommun var densamma för synpunkter gällande närståendes vård och omsorg som för synpunkter gällande anhörigas eget stöd. Likaså var det samma personer inom verksamheterna som anhöriga kunde vända sig till med synpunkter. Funktioner som tillkommer och som inte nämndes inom ramen för synpunkter om eget stöd är den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) och distriktssköterskor.

I *Strängnäs* konkretiserades svaren gällande denna fråga på ett helt annat sätt än då frågan gällde anhöriga eget stöd. På frågan om hur anhöriga får information om synpunktshandling blev svaren:

- Muntligt genom biståndshandläggare

- Blankett ”Säg vad du tycker”. Avvikelseblankett, kvalitetsråd.
- Vid möten och via telefon.
- Information vid inflyttning
- Anhörigträffar, informationsmaterial, i den dagliga verksamheten, vårdplaneringar,
- Synpunktshantering. Chef informerar vid fråga och blanketterna finns tillgängliga i allmänna utrymmen. På anslagstavla finns en förslagslåda för alla.
- Information i välkomstbroschyr samt information från omvårdnadspersonal.

I *Borås* fick äldreinformatören information om alla synpunkter och klagomål som rörde äldreomsorgens verksamheter, vilket var cirka 250 ärenden/år. Det var stor spännvidd i klagomålsärendena, men synpunkterna rörde oftast bemötandet. En kommentar från *Härjedalen* är att vid utformningen av beslutad insats var anhöriga och gode män ofta tillsammans med den närstående.

När det kom in en synpunkt på det biståndsbedömda stödet i *Uppsala* gjorde sektionschefen för biståndshandläggarna en bedömning om det var en biståndshandläggningssynpunkt eller en verksamhetsfråga. Om det var en verksamhetsfråga inkrävdes ett svar från verksamheten. Skäligheten i svaret bedömdes och om andra skulle kopplas in i ärendet. Händelseanmälningarna registrerades på utförarnivå. Detta var ett sätt att följa hur bra verksamheterna var på att följa sina avtal. En händelseanmälan kunde inte göras via hemsidan. Samtliga tjänstemän på kontoret hade uppdraget att ta emot händelseanmälningar och skulle efterhöra om personen i fråga ville göra en sådan. Om det var en synpunkt som rörde myndighetsutövningen tog sektionschefen hand om det och frågade om personen ville göra en händelseanmälan eller vad hon/han ville uppnå. Önskemål om att byta handläggare tillgodosågs.

Slående i avrapporteringen från flera kommuner är att inte alla enhets-, verksamhetschefer kände till att det fanns rutiner för att ta emot synpunkter från anhöriga.

Synpunkter på insatser för den närstående togs i *Borås* upp för diskussion i arbetsgruppen, vid arbetsplatsträffar, omvårdnadsmöten och andra former där personal samlades. I *Hyllie* dokumenterades synpunkterna, togs tillvara i genomförandeplanen och/eller togs upp på arbetsplatsträffar. I planeringen beaktades enligt respondenterna de anhörigas situation genom att de gjordes delaktiga. Även i Södra Innerstaden angav cheferna som besvarat enkäten att synpunkterna togs tillvara i genomförandeplanen eller dokumenterades på annat sätt. Anhörigsamordnaren i *Skara* kunde i egenskap av äldreombud förmedla synpunkter till rätt person i organisationen och hjälpte till när det behövdes.

I *Strängnäs* tog synpunkter som framkom till vara i utvecklingen av äldreomsorgen på en rad olika sätt enligt de enhetschefer som besvarade frågan; kvalitetsråd, avdelningsmöte, vårdplaneringar, APT, veckomöten, nätverksmöte, och i genomförandeplanen om den enskilde så önskade. En enhetschef nyanserade bilden och skrev:

*Vi lyssnar alltid på synpunkter från anhöriga. Sedan är det väldigt olika hur det kan användas. Är det gynnsamt för den enskilde och bidrar till en bättre vård kan det tas med i uppföljningen av genomförandeplan. Men synpunkterna kan också handla mer om anhörigas egenintresse och inte alltid vara utvecklande i vården av den enskilde. Är det synpunkter av generell karaktär som berör verksamheten tas detta upp för diskussion i ex kvalitetsråd.*

Synpunkter som i *Uppsala* kom till biståndshandläggarna och som rörde verksamhetsfrågor återkopplades till berörd verksamhet. Verksamheten fick besvara frågor på hur de såg på vad som hänt och vad de skulle göra för att det inte skulle upprepas. Om det till biståndshandläggarna kom in anmälningar om upprepade händelser så lyftes det till strateginivå vilket kunde leda till avtalsuppföljning eftersom verksamheten inte följde de författningar, förordningar och rutiner som fanns enligt förfrågningsunderlaget i avtalet. De 20 enhets/verksamhetschefer inom vård och omsorg som besvarade denna fråga menade att synpunkterna togs tillvara på något sätt. De kunde behandlas direkt med kontaktmannen, annan berörd personal eller diskuteras på teamträffar, arbetsplatsträffar, reflektionsstunder, med mera. En del synpunkter kunde innebära att lokala rutiner ändrades eller ledde till vårdplanering. Uppföljningsmöten och återkoppling nämndes som viktigt av några av cheferna. Allvarliga klagomål kunde behandlas av verksamhetschef och/eller MAS. På en enhet angavs att synpunkterna dokumenterades i SoL, HSL. En verksamhetschef nämnde att den boende var i centrum och att deras synpunkter gick först.

I *Västervik* fördes alltid de frågor fram till ledningen som anhöriga ville gå vidare med.

## Funktionshinderområdet

I stort visar kartläggningen att synpunkter från anhöriga till personer med funktionsnedsättning behandlades på likartat sätt som synpunkter från anhöriga till äldre personer och som anhörigas synpunkter på eget stöd.

En skillnad från äldreområdet är att brukarnas självbestämmande poängterades oftare. Anhörigas synpunkter togs till vara i de fall brukarna godkände att anhöriga var delaktiga (Hyllie, Sociala resursförvaltningen Malmö, Skara, Uppsala). Den närståendes önskemål och behov prioriterades i verksamheten. I *Sociala resursförvaltningen* (Malmö) påtalades i en intervju att anhöriga inbjöds



till att delta i den närståendes genomförandeplan cirka var tredje månad. Anhöriga sågs inte som en egen målgrupp ”Det är brukarna som ligger i vårt uppdrag, sen får man det andra på köpet.” En annan utsaga gällande huruvida anhörigas situation beaktades i planeringen av den närståendes omsorg var att man utgick från ett helhetsperspektiv. I *Skara* togs de anhörigas synpunkter till vara i anslutning till de planerings- och uppföljningssamtal som genomfördes med anhöriga och närstående.

I *Uppsala* kunde anhöriga av biståndshandläggare få frågan om de funderat på att byta utförare vid missnöje. På boenden genomfördes regelbundna anhörigräffor där anhöriga uppmanades att komma med synpunkter och information gavs om synpunktshanteringen. Ett exempel på hur anhörigas synpunkter kommit till användning i praktiken utgörs av det så kallade ”Bollaprojektet” som vände sig till familjer med barn och ungdom med autism med beslut om avlösarservice och ledsagning. Vid en medborgardialog där föräldrar till barn med funktionsnedsättning var inbjudna framkom synpunkter på att föräldrarna exempelvis hade svårt att få stöd på sommaren då mycket var stängt, att det tog lång tid att lära upp personer som avlöste i hemmet och arbetade med ledsagning vilket slukade många insatstimmar samt att kontinuiteten bland avlösare/ledsagare kunde bli bättre. Förändringar infördes som innebar att avlösar- och ledsagartimmarna kunde läggas ihop i en pott där huvuddelen utgjordes av fasta återkommande tider, men med möjlighet att undanta viss del av tiden för flexibelt användande. Antalet avlösare/ledsagare kunde på så sätt begränsas till ett mindre antal personer.

*Västerviks kommun* hade enligt uppgift inte något formaliserat stöd till anhöriga inom funktionshinderverksamheten. Hur anhörigas synpunkter samlades in och togs till vara framkommer inte i kartläggningen.

## Individ- och familjeområdet

När det gäller synpunktshanteringen från anhöriga inom individ- och familjeområdet framträder inte några större skillnader i jämförelse med tidigare redovisningar. Sekretesslagen betonades i Hyllie och Södra Innerstaden när anhörigas delaktighet kom på tal. I Sofia behandlingshem (Sociala resursförvaltningen Malmö) togs inte hänsyn till några andra anhörigas situationer än barnens.

### 2.11 Uppföljning och utvärdering

- a. Görs uppföljning av stödet till anhöriga på individnivå?
- b. Görs utvärdering av de olika anhörigstödsformerna?

- c. Involveras anhöriga i utvärderingen av stödet till anhöriga?
- d. Involveras anhöriga i utvärderingen av vård/omsorg?
- e. Går det att få en sammanställning över dem som har tillgång till anhörigstöd med avseende på variabler som ålder, kön, relation till den vårdade, den vårdades vårdbehov och tid som anhörigvårdare?

## Äldreområdet

På individnivå följdes det biståndsbedömda anhörigstödet upp och utvärderades av biståndshandläggare i enlighet med rutiner och praxis i respektive kommun. I kartläggningen framgår inte hur detta gick till i samtliga kommuner, men i *Borås* följdes bistånd upp en gång i halvåret och beslut omprövades vartannat år. I *Uppsala* följdes exempelvis växelvård och hemtjänst upp efter 14 dagar. Alla beslut följdes upp efter ett år om det inte skett förändringar där emellan. Samtliga ärenden i *Västervik* följdes upp en gång per år eller oftare.

För övrigt var utvärderingar på individnivå sparsamt förekommande. I *Härjedalen* gjordes en uppföljning genom enkäter respektive intervjuer med anhöriga och närstående ett halvår efter starten av en dagverksamhet. I enkät-svaren i *Hyllie* svarade flera chefer att stödet till anhöriga följdes upp på individnivå. I fokusgruppen framkom att samtalsstöd följdes upp genom att höra efter hur det gick för den anhöriga och om det fanns behov av mer stöd. I *Södra Innerstaden* framgår av enkätsvar att skriftliga utvärderingar på individnivå gjordes. I fokusgruppen berättade också en deltagare att kontinuerliga uppföljningar per telefon gjordes med de anhöriga som man varit i kontakt med. I den mån det gjordes uppföljningar på individnivå i Strängnäs skedde detta via den närståendes genomförandeplan. Anhörigcentrums verksamhet i *Uppsala* följdes kontinuerligt upp av anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare i samtal med anhöriga. Uppföljningen var inte standardiserad, men anhörigkonsulenterna ringde upp anhöriga och följde upp hur de hade det efter kanske en vecka eller tre månader efter senaste kontakten, beroende på situation. Anhörigkonsulenterna hade kontinuerlig kontakt med anhörigstödjarna som avlöste i familjerna för att få signaler om det var något som inte var bra eller om det var dags för en ny kontakt. Uppföljande eller avslutande samtal nämndes av några enhets-/verksamhetschefer inom palliativ vård. Anhörigkonsulent eller anhörigstödjare i *Västervik* följde upp varje hembesök, om anhöriga så önskade, med ett telefonsamtal.

Uppföljningar på gruppnivå i form av siffror och pinnstatistik redovisades centralt i några av kommunerna. I *Borås* följdes äldreomsorgsplanen upp årligen och där redovisades hur många som beviljats hemvårdsbidrag, avgiftsfri hemtjänst, avgiftsfri korttidsplacering, om stödplan upprättats för anhöriga, om stödperson erbjudits samt om de anhöriga erbjudits att delta i stödgrupp.

I omsorgsnämnden i *Skara* redovisades varje år en sammanfattning av anhängstöd inom äldreomsorgen. Resultat av uppföljningarna av biståndsbeslut delgavs på ackumulerad nivå kontinuerligt i äldrekontorets ledningsgrupp i *Uppsala*. Uppdragskontoren frågade i tertiäl-, screening- och på-plats-uppföljning efter de olika stödformerna och volymerna.

Det förekom att olika former av anhängstöd eller enskilda aktiviteter utvärderades systematiskt. De aktiviteter i *Borås* där föransmälan krävdes, till exempel rekreationsresor och Spa-kvällar, har utvärderats genom enkäter och BASIS arbetsgrupp tog till vara synpunkterna vid planering av framtida aktiviteter avseende anhängstöd. På ett korttidsboende i *Härjedalen* följdes varje vistelse upp i form av en enkät som besvarades anonymt. I *Hässleholm* utvärderades dagverksamheten och korttid/växelvård. Anhänggrupperna utvärderades vid varje terminsslut i *Hyllie*. En respondent berättade i fokusgrupp i *Södra Innerstaden* att utvärdering av biståndsbedömda insatser gjordes genom en telefonintervju en gång per år som dokumenterades och låg till grund för statistik. Intervjufrågorna rörde både den anhängige och den närstående. I *Skara* skedde uppföljningar och utvärderingar kontinuerligt på varje arbetsplats via arbetsplatsträffar och dialogdagar där man gemensamt arbetade med frågor som berörde anhängiga och äldre överlag. Socialstyrelsens uppföljningar nämndes också liksom samverkan med pensionärsföreningar, Röda Korset samt kyrkor och församlingar där man gemensamt diskuterade anhängfrågor. Uppdragskontoren i *Uppsala* frågade i tertiäl-, screening- och på-plats-uppföljning efter de olika stödformerna och volymerna. Den avgiftsfria avlösungsverksamheten och anhänggrupper utvärderades genom årliga enkäter respektive efter varje genomförd grupp. Det senare gällde även enstaka evenemang som må-bra-vecka, semestervistelse och liknande. Kommunen hade under året också deltagit i lärande nätverk (Individualisering, utvärdering och utveckling av anhängstöd samt Förvärvsarbetande anhängiga) som arrangerats av Nka. Ett syfte med dem för kommunens del var att identifiera utvecklingsområden och förbättringar för anhängiga. Stödet inom de palliativa enheterna utvärderades kontinuerligt i samverkan med Palliativt kompetenscentrum och anhängiga som berördes av sjukvårdsteamets arbete besvarade enkäter och intervjuades. Anhänggrupperna för strokedrabbade och demenssjuka personer i *Västervik* har utvärderats med avseende på vad som efterfrågades och vad som borde förbättras vid dessa träffar. Vid enskilda projekt tillfrågades anhängiga och en kommentar som lämnades var att det är viktigt för ledningen att lyssna på vad anhängiga behöver för att kunna ge den närstående stöd.

Frågan om anhängigas involvering i utvärderingar av sitt stöd har framkommit i beskrivningen ovan. När det gäller frågeställningen hur anhängiga involverades i utvärderingar om vård och stöd till den närstående finns inte beskrivningar att hämta från samtliga kommuner. I gruppintervjun i *Södra Innerstaden* påpekades att anhängiga alltid är involverade i utvärderingen av när-

stående omsorg/vård då vårdtagaren inte själv kan föra sin talan. Inom hemtjänsten gjordes uppföljningssamtal med vårdtagare som kunde föra sin talan och en reflektion om detta var att anhöriga ofta kände sig förbisedda då de många gånger inte ansåg att biståndet blev som de önskade. I *Strängnäs* svarade en enhetschef i enkäten att anhöriga involverades ” vid behov och minst en gång per år”. Uppdragsstrateg i *Uppsala* angav att om den enskilde så önskade kunde den anhöriga delta i brukarundersökningar och i enkätsvar från enhets/verksamhetschefer nämndes samtal vid besök på enhet, telefonkontakter, avslutande samtal, efterlevandesamtal samt vårdplaneringar, uppföljningar och individuell vårdplan som sätt för anhöriga att framföra synpunkter. I en enhet gjordes uppföljningar i form av enkäter.

Det går generellt sett inte att få heltäckande sammanställningar med data om de anhöriga som fick stöd i de olika kommunerna. Dokumentation och statistik fördes inte på ett sådant sätt att detta är möjligt. Gällande specifika biståndsbedömda insatser kan det vara möjligt, men detta gäller endast de insatser som endast hade som syfte att vara just ett anhörigstöd eller där statistik fördes på ett sådant sätt att detta syfte kan särskiljas. För de kontakter som anhörigkonsulenter och motsvarande yrkesgrupper hade måste data hämtas från varje konsulents arbetsanteckningar, under förutsättning att sådana anteckningar fördes samt att anhöriga har velat lämna dessa upplysningar.

## Funktionshinderområdet

Det biståndsbedömda anhörigstödet följdes upp och utvärderades enligt samma rutiner och praxis som för övriga biståndsbedömda insatser. I *Borås* följdes beslut upp av LSS-handläggaren via samtal med den anhörige varje halvår och beslut omprövades minst en gång per år. Avlösning omprövades varje halvår. Vid uppföljningen tog biståndshandläggare kontakt med anhörig och närstående och frågade efter hur det fungerade i hemmet, om de önskade mer/mindre insatser eller om de var i behov av annat anhörigstöd. Anhöriganställningarna följdes upp löpande av enhetschefer för anhörigvårdare och anhörigstöd. På myndighetskontoret barn och unga i *Uppsala* var det svårt att särskilja anhörigstöd från andra insatser, men nätverksmöten ordnades där brukares insatser planerades och följdes upp. Biståndsbesluten var oftast bara på ett år.

Förmodligen räknade inte alla tillfrågade personer biståndsbedömt anhörigstöd, till exempel avlösningsservice i hemmet, som anhörigstöd eftersom kartläggningen visar att det inte fanns någon uppföljning på individnivå i flera av kommunerna (*Strängnäs*, *Västervik*) och enligt många av respondenterna i övriga kommuner. En alternativ tolkning är att det biståndsbedömda stödet inte följdes upp.

Stödet till anhöriga följdes inte upp på något systematiskt sätt på individnivå i *Härjedalen*, men det fanns en kontinuerlig och tät kontakt med de familjer som hade insatser från kommunen och biståndsbeslut följdes upp. Även de privata utförarna som erbjöd korttidsvistelse var måna om uppföljningarna. En enkätrespondent i *Hyllie* uppgav att anhörigkonsulenter utförde uppföljningssamtal med anhöriga som fått stöd. De som svarade att individuella uppföljningar genomfördes i *Skara* angav att uppföljningar och utvärderingar skedde inom ramen för den regelbundna och rutinmässiga uppföljningen som genomfördes varje år med brukaren och de anhöriga. Varje vår hade man inom ungdomsverksamheten träffar med föräldrarna individuellt. På dessa träffar hade föräldrarna möjlighet att ventiler sina åsikter och följa upp sin närståendes vård eller stöd. Man angav också att uppföljning skedde regelbundet i samband med att man reviderade sina genomförandeplaner. Verksamheten på Anhörigcentrum i *Uppsala* följdes upp på samma sätt för anhöriga till personer med funktionsnedsättning som för anhöriga till äldre personer. Enhets/verksamhetscheferna inom affärsområdet ”Barn, ungdom & familj” som ansvarade för eftermiddagstillsyn/helgverksam, ledsagar/avlösarservice och familjehem uppgav att det gjordes uppföljningar. Bland annat följdes den personliga överenskommelsen som upprättades i inskrivningssamtalet upp, en gång om året. Enhets/verksamhetschef inom ”Boende vuxna” som ansvarade för korttidshem för vuxna personer med utvecklingsstörning nämnde också att den personliga överenskommelsen följdes upp. En enhets/verksamhetschef inom affärsområde ”Assistans, stöd & service” svarade att uppföljningar gjordes med anhöriga per telefon och i möten. En utvärdering genomfördes år 2010 av myndighetsutövningen avseende bistånd till barn och unga med funktionsnedsättning. 293 brukare (huvudsakligen föräldrar) av 522 tillfrågade, besvarade en enkät om bemötande och andra dimensioner av handläggningen (Eliasson, Gunvik-Grönblad 2010).

En kommentar från en intervjuperson i *Sociala resursförvaltningen* i Malmö var att personal i gruppboendena inte dokumenterade de samtal de haft med anhöriga och att detta borde göras eftersom det då skulle framgå att de har haft ett anhörigstöd utan att veta om det. Inom habiliteringen antecknades erbjudandet om stöd till anhöriga i den närståendes patientjournal. Detta gjordes inte i stadsdelarna varför det var svårt att ta fram statistik över hur många anhöriga som hade erbjudits stöd.

År 2007 gjordes i *Skara* en större utvärdering och kartläggning inom Bumerangens korttidsverksamhet för barn och ungdomar. En huvudfråga rörde anhöriga, i det här fallet föräldrar, och löd: Får föräldrar med funktionshindrade barn/ungdomar avlastning och stöd genom verksamheten på Bumerangen?

Andra uppföljningar av stödformer som avrapporteras i de olika kommunerna är *Södra Innerstaden* där ett enkätsvar beskriver att stödformerna utvär-

derades på arbetsplatsträffar (APT) och anhörigmöten. En person i *Skara* menade att utvärdering skedde vid individuella träffar med föräldrar. Till detta kan läggas att handikappomsorgen hade ett handikappombud som kontinuerligt utvärderade det stöd som erbjudits i samverkan med bland andra samordnaren för anhörigstöd inom äldreomsorgen. Dessutom hade man arbetsplatsträffar och ledningsgruppsmöten där anhörigfrågor diskuterades kontinuerligt. En särskild arbetsgrupp för anhörigstöd bestående av enhetschefer, handikappombud och boendeassistenter hade också träffats under ett antal år med den uttryckliga uppgiften att arbeta med anhörigfrågor på en generell nivå. Uppdragskontoren i *Uppsala* frågade i tertial-, screening- och på-plats-uppföljning efter de olika stödformerna och volymerna. Den avgiftsfria avlösungsverksamheten och anhöriggrupper utvärderades genom årliga enkäter respektive efter varje genomförd grupp. Det senare gäller även enstaka evenemang som må-bra-vecka, semestervistelse och liknande. Myndighetskontoret barn och ungdom sände ut enkäter vart tredje år till en del av sina brukare med syftet att utvärdera biståndshandläggjarrollen. Utifrån resultatet gjordes handlingsplaner och åtgärdsscheman. Insatser för anhöriga särskiljdes inte från andra i detta material. Myndighetschefen menade att avlösarservicen i hemmet är en fungerande insats för föräldrarna eftersom många utökade timantalet och klagomål sällan förekom. Inom affärsområdet ”Barn, unga & familj” anordnades föräldraträffar bland annat på korttidsboenden där föräldrarna fick tillfälle att framföra synpunkter på hur verksamheten fungerade. Verksamheterna hade också kontakter med intresseorganisationer och fick genom detta synpunkter och uppdragsgivarna genomförde medborgardialoger.

Anhöriga involverades i utvärderingar av det egna stödet genom att i aktuella fall vara med i diskussioner, besvara enkäter med mer enligt beskrivningen ovan. Det finns inte mycket information att hämta från kommunerna gällande anhörigas involvering i utvärderingar av den närståendes vård/omsorg. I *Borås* gjordes det generella uttalandet att anhöriga oftast var involverade i de närståendes insatser inom funktionshinderverksamheten och att de därmed kunde påverka utvecklingen av verksamheten. Ett likartat svar erhöles från *Skara* där det framhölls att anhöriga alltid involverades i utformandet av vården och stödet under förutsättning att den närstående godkände det. De anhöriga fick också vara med på utvärderings- och utvecklingssamtal. Anhöriga involverades också vid avstämningsmötena och när genomförandeplanerna reviderades. I *Strängnäs* svarade två enhetschefer att anhöriga involverades genom att de bjöds in att delta i uppföljning av beslut, påkallade möten samt den årliga uppföljningen av genomförandeplanerna. Uppdragsstrateg i *Uppsala* för Nämnden för vuxna med funktionshinder angav att om den enskilde så önskade kunde anhöriga delta i brukarundersökningar. Enligt affärsområdeschefen för ”Barn, ungdom och familj” följdes alla personliga överenskommel-

ser upp. Genomförandeplanen följdes upp med avseende på vad som fungerat bra och mindre bra. Eftersom verksamheterna riktade sig till barn och ungdomar deltog föräldrar/vårdnadshavare. Inom affärsområdet ”Assistans, stöd & service” hade de möten hemma hos kunden varje år. Då var ofta anhöriga med, om kunden ville. Enhets/verksamhetschef inom ”Assistans, stöd & service” skrev att anhöriga involverades i utvärderingen i brukarmöten, samtal med mera.

Det är vanligt att frågorna gällande anhörigas delaktighet är obesvarad i kommunernas enkäter.

*Västerviks kommun* hade enligt uppgift inte något formaliserat stöd till anhöriga inom funktionshinderverksamheten och därmed inte heller några uppföljningar.

## Individ- och familjeområdet

De former av anhörigstöd som har utvärderats i *Borås* är Yxhammarsmottagningens gruppverksamhet som utvärderades kontinuerligt med hjälp av enkäter då samtalsgrupper avslutats. Hopptornets verksamhet utvärderades på ett individuellt plan genom att det deltagande barnet hade ett avslutningssamtal tillsammans med förälder och behandlare.

*Härjedalen* utvärderade stödgrupperna varje år liksom familjeteamet och 5-samtalen (stödsamtal för föräldrar i situationer som kan vara svåra att hantera). Sekretessreglerna styrde i vilken omfattning som anhöriga involverades. Anhöriggrupper utvärderades i *Skara* vid varje gruppavslut med hjälp av ett speciellt utvärderingsformulär. Två av enhetscheferna i *Strängnäs* svarade att uppföljning gjordes och då via brukarenkäter. På Öppenvårdsbehandling i *Uppsala* testades vid tiden för kartläggningen ett sätt att utvärdera verksamheten på. Sedan år 2006 har Trappan tillsammans med forskare från Socialhögskolan, Stockholm arbetat på att utveckla en fungerande utvärderingsmodell för gruppverksamheten för att kunna ta reda på vilken betydelse det har för barn/ungdom att gå i grupp. Tre utvärderingsinstrument har använts: KASAM för att mäta begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, Livsstegen som mäter hoppfullhet och SDQ – Styrkor och svårigheter som visar allmänt psykiskt välbefinnande. Gruppdeltagarna, och för de yngre barnen, även deras föräldrar har fått fylla i formulär innan de började i grupp, efter gruppens slut och en sista uppföljning efter sex månader. Utvecklingen av utvärderingsmodellen pågick under 2010 för att den sedan skulle kunna vara en del av den ordinarie verksamheten. Första utvärderingsresultat visar för 298 barn och ungdomar att för hela gruppen hade samtliga problem (emotionella problem, uppförandeproblem, hyperaktivitet/uppmärksamhetsstörningar) minskat signifikant vid uppföljning sex månader efter gruppdeltagandet. Värderingen av livskvalitet hade ökat signifikant och känslan av sammanhang visade förbätt-

rade resultat för 70 procent av de ungdomar som deltagit vid alla mättillfällen (Uppsala kommun 2011b, Skerfving 2009, Skerfving 2012, se även Källström 2009). En brukarundersökning genomfördes på verksamheten ”Råd & stöd” för åldersgruppen 0–20 år. Verksamheter som berördes är de fyra familjeenheterna, Ungdomscentrum och Trappan. 540 personer av 567 personer som fick en enkät besvarade den. Av dessa var 57 procent föräldrar vilka i detta sammanhang är att betrakta som de anhöriga. Det framgår inte vilka verksamheter som föräldrarna har deltagit i, men enkätsvaren är mycket positiva med 90–95 procent nöjda personer på varje dimension som studerats.

På individnivå utformades sista samtalet i en samtalsserie till ett uppföljningsamtal inom Öppenvårdshuset Gustavs verksamhet (Sociala resursförvaltningen Malmö). Samtliga tillfrågade i *Skara* svarade ja på frågan om huruvida uppföljningar och utvärderingar gjordes på individnivå. De gjorde uppföljningar i vuxengrupperna där de hade regelbundna träffar och återträffar och i samband med avslutning av samtalsgrupperna skedde uppföljning genom ett särskilt utvärderingsformulär. I *Strängnäs* svarade verksamhetschefen att genomförandeplaner där anhörigstöd kan ingå följdes upp.

Hur anhöriga involverats i utvärderingar av det egna stödet framgår ovan. På frågan om anhöriga involveras i utvärderingen av den närståendes vård/omsorg var svaret i *Skara* att anhöriga involverades i processen kring den närstående om det var okay och godkänt av den närstående själv. Det skedde då i regelbundna samtal med anhörigrådgivaren och/eller socialsekreterarna.

## 2.12 Organisation och personal<sup>21</sup>

- a. Beskriv hur stödet till anhöriga är organiserat.
- b. Finns det någon/några person/er som uttalat har som uppgift att arbeta med stöd till anhöriga?
- c. Finns det någon person som har uttalat ansvar att i sitt arbete utveckla stödet till anhöriga?
- d. Finns det någon person som har uttalat ansvar för verksamheten, stöd till anhöriga?
- e. Vad har den ansvariga personen för position i organisationen?
- f. Vad har den personen för befogenheter?

---

<sup>21</sup> Frågeställningarna gällande anhörigstödet organisation respektive personal presenteras här under samma rubrik.



- g. Vem fattar beslut om vem som ska få anhörigstöd?
- h. Hur många personer arbetar med stöd till anhöriga (har avsatt tid) inom er verksamhet i kommunen?
- i. Hur många årsarbetare finns det totalt?
- j. Vad har denna personal för befattningar?
- k. Vad har de för grundutbildning?
- l. Vad har den personal som arbetar med stöd till anhöriga för utbildning i anhörigstöd?
- m. Vad har de för yrkesbakgrund?

## Äldreområdet

Svaren på delfråga g är desamma i samtliga kommuner. Det är biståndshandläggare som fattar beslut om det biståndsbedömda stödet medan stöd i form av serviceinsatser är tillgängliga för alla. I det följande presenteras vilka personalkategorier som arbetade med anhörigstöd och hur verksamheterna organiserades i respektive kommun/stadsdel.

### Borås

<b>Tabell 3. Anställda och deras yrkes- och utbildningsbakgrund i Borås kommun</b>					
<b>Befattningar</b>	<b>Antal</b>	<b>Sysselsättningsgrad (%)</b>	<b>Grundutbildning</b>	<b>Yrkesbakgrund</b>	<b>Utb. i anhörigstöd</b>
Anhörigkonsulent (anställda fr.o.m. 2012, tidigare projektledare i BASIS. Arbetar med samtliga målgrupper).	2	100 resp. 75	Usk <sup>22</sup> resp. ek. gymn.utb. + proj.ledarutb.	Enhetschef i äldreomsorg resp. handläggare inom soc.tjänst	
Anhörigstödjare	12	Varierar. Ej renodlade tjänster	Omvårdnad-sutb.	Usk, omv.pers. med lång yrkeserfarenhet	Internutb.

Stödet till anhöriga inom äldreomsorgen i *Borås* var främst organiserat under stadsdelsnämndernas verksamhet. Det fanns personal inom varje kommunal, som hade ett uppdrag som anhörigstödjare. Anhörigstödarna hade ansvar för anhörigstödverksamheten inom sitt geografiska område det vill säga lokalt i kommundelen eller stadsdelen. De samverkade med BASIS (Borås anhörigstöd i samverkan) i övergripande frågor avseende anhörigstöd. Anhörigstöd-

<sup>22</sup> Usk = undersköterska

jarna hade enhetschefen inom verksamheten som sin närmaste chef. De hade befogenhet att utveckla den öppna verksamheten.

Inom varje kommundel fanns träffpunkter eller kaféverksamhet i äldreomsorgens lokaler. Anhörigstödarna bjöd in till öppen verksamhet, studiecirkel eller anhörigrupper. Denna typ av verksamhet såg inte likadan ut i alla kommundelarna, utan har utformats av de anhörigstödare som fanns lokalt. Hälsofrämjande aktiviteter erbjöds dels via BASIS och dels genom att anhörigstödarna inom varje kommundel hade personlig kännedom om anhörigvårdare som besökte träffpunkterna, och informerade om dessa aktiviteter.

BASIS och anhörigkonsulenterna hade ett uttalat uppdrag att arbeta med utveckling av anhörigstödet i Borås Stad. Inom BASIS styrgrupp fanns områdeschefer, enhetschefer, biståndshandläggare/ LSS-handläggare samt verksamhetsutvecklare inom IFO. Anhörigkonsulenterna arbetade på uppdrag av BASIS. Anhörigkonsulenterna hade enhetschef inom äldreomsorgen respektive socialpsykiatri, som sin närmaste chef.

## Härjedalen

<b>Tabell 4. Anställda och deras yrkes- och utbildningsbakgrund i Härjedalens kommun</b>					
<b>Befattningar</b>	<b>Antal</b>	<b>Sysselsättningsgrad (%)</b>	<b>Grundutbildning</b>	<b>Yrkesbakgrund</b>	<b>Utb. i anhörigstöd</b>
Anhörigkonsulent	1	100	Grundl.- och påbyggnadskurs psykisk utvecklingsstörning, utb. till personlig assistent	25 år inom LSS-verksamhet. Projektledare inom äldreomsorgen.	"Att leda anhörigrupper", kurs 3 dgr, 5 utb.dgr. inom Actionprojektet, 3 dgr internutbildning inför lärande nätverk
Anställda på dagverksamhet	4	Delvis anhörigstöd	Usk	Undersköterska inom hemtjänst, särskilt boende, LSS-verksamhet resp. sysselsättningshandledare	3 är Silviasyst-rar

Äldreomsorgschefen och ytterst socialnämnden hade ansvaret för verksamhetens stöd till anhöriga. Anhörigkonsulenten hade som uppgift att arbeta med stöd till anhöriga inom äldreomsorgens verksamhetsområde och var direkt underställd äldreomsorgschef. Den sistnämnda ansvarade för utveckling av anhörigstödet i samarbete med övriga i organisationen.

## Hässleholm

Befattningar	Antal	Sysselsättningsgrad (%)	Grundutbildning	Yrkesbakgrund	Utb. i anhörigstöd
Anhörigkonsulent	1	100	pedagogik	Förskolelärare	5 dagar med G. Matheny
Demens ssk.	1	100	Ssk <sup>23</sup>	Ssk	5 dagar med G. Matheny
Silviasystrar	6	100	Omv.progr.	Usk	5 dagar med G. Matheny
Anhörigombud	200	Varierande sysselsättningsgrad 50–100	Varierande	Varierande	5 dagar med G. Matheny

Stödet till anhöriga i Hässleholms kommun var organiserat på följande sätt:

Högst upp i organisationen fanns alla **anhöriga** inom omsorgens verksamhet och anhöriga utan kommunala insatser.

**Anhörigombud** var rekryterade från alla tre verksamheterna (funktionshinder, socialförvaltning och äldreomsorg) och från berörda anhörigföreningar. Anhörigombuden har utbildats för att anhörigstöd ska ingå som en del i den övriga verksamheten. Rollen innebar att:

- Initiera anhörigstödsutveckling i partnerskap med anhöriga
- Sprida ”anhörigglasögon” entusiasmera och skapa intresse för anhörigfrågor
- Samordna, utveckla och leda det lokala anhörigstödsarbetet
- Tillvarata och sprida kunskap
- Delta i lärande nätverk som främjar samverkan och utveckling

I en **arbetsgrupp** ingick anhöriga, föreningar, anhörigkonsulent, enhetschefer från äldre- funktionsnedsättning, psykiatri och socialförvaltning, omsorgspersonal, biståndshandläggare och psykiatrisamordnare. Gruppens arbete innebar att:

- Bereda utvecklingsfrågor såväl till styrgrupp som till anhörigombuden
- Värdegrundsarbete skall prioriteras
- Bedriva omvärldsbevakning
- Utgöra stöd till anhörigombuden
- Dokumentera utvecklingsarbetet

---

<sup>23</sup> Ssk = sjuksköterska

**Styrgruppen** utgjordes av förvaltningsledning, distriktschefer äldre-funktionshinder myndighet, politiker, förening, anhörigkonsulent och enhetschef äldre. Gruppens arbete innebar att:

- Ansvara för det övergripande utvecklingsarbetet
- Initiera utveckling
- Följa upp att verksamheterna utvecklas i den riktning som man har kommit överens om i handlingsplanen
- Fatta beslut

**Anhörigkonsulten** hade som uppgift att arbeta med stöd till anhöriga. Hon hade ett uttalat ansvar i sitt arbete för att utveckla stödet till anhöriga och ansvarade också för verksamheten – stöd till anhöriga. Hon fanns inte med i förvaltningens ledningsgrupp utan hade en stabsfunktion. I anhörigkonsulentens arbetsbeskrivning fanns följande ansvarsområden:

- Utarbeta strategier och organisera det framtida anhörigstödet
- Stimulera och stödja utvecklingsarbetet samt implementera anhörigperspektivet
- Skapa nätverk lokalt och nationellt
- Identifiera och synliggöra anhörigas behov samt erbjuda individuellt stöd
- Informera om de stödinsatser kommunen har att erbjuda
- Förmedla kunskap om anhörigas situation

Anhörigkonsulten i Hässleholm ansåg att hon hade stor handlingsfrihet och fria händer inom uppdragets ramar. Hon kände även att hon hade ett stort stöd i ute i verksamheten, hos chefer och hos politikerna. Det fanns en stor kunnighet hos politikerna när det gäller anhörigfrågor.

Det totala antalet årsarbetare inom äldreomsorgen uppgick till 935 och i denna summa ingick även timanställda vars löneutbetalda timmar är omräknade till årsarbetare. Befattningar inom äldreomsorgen var undersköterskor, vårdbiträden, sjuksköterskor, biståndshandläggare, chefer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och Silviasystrar. Grundutbildningar för dessa befattningar var: Omvårdnadsprogram, sjuksköterskeutbildning, arbetsterapeututbildning, sjukgymnastutbildning, socionomutbildning och socialt omsorgsprogram.

## Malmö: Hyllie och Södra Innerstaden

I Malmö fördelades de statliga implementeringsmedlen<sup>24</sup> till samtliga tio stadsdelar. Likaså avsattes delar av medlen för kommungemensamma utvecklingsområden och en kommungemensam styrgrupp tillsattes för att verka för likställighet i implementeringen av stödet till anhöriga i Malmö stad. Styrgruppen bestod av chefsrepresentanter från stadsdelarnas verksamhetschefsnätverk inom vård och omsorg (VoO), individ- och familjeomsorgen (IoF) samt barn- och ungdomsverksamheten (BoU). Även avdelningscheferna från stadskontorets tre avdelningar inom nyss nämnda områden ingick. Som sekreterare i gruppen verkade närståendekoordinatorn, en tjänst inrättad sedan 2008 för stöd till stadsdelarnas verksamheter och utveckling av stöd till anhöriga i Malmö stad.

## Hyllie

Befattningar	Antal	Sysselsättningsgrad (%)	Grundutbildning	Yrkesbakgrund	Utb. i anhörigstöd
Anhörigkonsulent	1	100	Glapp i tjänsten under kartläggningstiden. Vikarie: vik. usk		–
Demens ssk	1	100	Ssk samt Silviassk	Ssk	–
Anhörigombud	4	Ingår som del i annan tjänstgöring	Omvårdnadsutbildning, högskoleutbildning	Usk	–

I oktober 2008 inrättade stadsdelen en anhörigkonsulenttjänst. Tjänsten var placerad på avdelning vård och omsorg, enhet äldre, funktionshindrade och rehabilitering. Uppdraget omfattade hela målgruppen inom SoL 5:10. Anhörigkonsulenten skulle erbjuda stödsamtal, anhörigcirklar, utbildning till anhöriga och personal, handleda anhörigombud, informera om anhörigstöd i externa och interna verksamheter samt kartlägga och inventera anhörigstödet i verksamheterna (Benediktsson 2010). I stadsdelen fanns en demenssjuksköterska som aktivt arbetade med stöd till anhöriga till personer med demenssjukdom. Under år 2010 fanns det en arbetsgrupp som stöd för utvecklingen av anhörigstöd i stadsdelen. Ansvaret för implementeringen av stödet till anhöriga inom stadsdelen har till största del varit fokuserat till anhörigkonsulentens uppdrag.

<sup>24</sup> Malmö stad tilldelades sammanlagt 14, 59 Mkr för implementering av ändringen i SoL 5:10. 11 Mkr av dessa fördelades till stadsdelarna och 3, 59 Mkr avsattes för kommungemensam implementering.

I enkäten till sektionscheferna och i fokusgruppen framkom okunskap om anhörigstödet organisation. Rent konkret svarade två personer att anhörigstöd förmedlades via kontaktperson till någon med särskild befattning som anhörigkonsulent, biståndshandläggare eller chef. Många kände inte till att det fanns person med särskilt ansvar för anhörigstödet och dess utveckling: anhörigkonsulenten. Anhörigstödet organisation var otydlig.

### Södra Innerstaden

<b>Tabell 6. Anställda och deras yrkes- och utbildningsbakgrund i Södra Innerstaden</b>					
<b>Befattningar</b>	<b>Antal</b>	<b>Sysselsättningsgrad (%)</b>	<b>Grundutbildning</b>	<b>Yrkesbakgrund</b>	<b>Utb. i anhörigstöd</b>
Anhörigsamordnare	1	100	Beteendevetare	–	–
Demens ssk	1	100	Ssk	Ssk	–

I stadsdel Södra Innerstaden hade man sedan flera år arbetat inom vård- och omsorgsverksamheten med stöd till anhöriga med stöd av stimulansmedel. I handlingsplanen 2010 anges att stödet till övriga grupper inom socialtjänstens område ska analyseras som steg ett. Stadsdelen hade en ambition att utöver plattformen i Malmö stad, arbeta med självhjälpgrupper och aktiviteter på en mötesplats. Stadsdelen hade också en ambition att utveckla volontärverksamhet i anslutning till mötesplatsen. På grund av ekonomiska skäl såg man inte någon möjlighet att utveckla avlösning som stöd till anhöriga utan tvärtom hoppades man på att kunna minska behovet genom att anhöriga skulle få stöd av volontärer. Vidare såg stadsdelen att det fanns ett gott samarbete med Primärvården. Detta arbete skulle fortsätta att utvecklas. Man hade för avsikt att anställa en person för att bygga upp volontärverksamheten (Södra Innerstaden 2010). Stadsdelen hade en anhörigsamordnare som bland annat hade ansvar för de administrativa delarna av anhörigstödet i sitt uppdrag.

På frågan i enkät och fokusgrupp om hur anhörigstödet var organiserat svarade några att det inte fanns något organiserat stöd och andra nämnde de stödformer som fanns och den broschyr som anhöriga fick om anhörigstöd. Hur verksamheten var organiserad framkom inte i svaren.

## Skara

<b>Tabell 7. Anställda och deras yrkes- och utbildningsbakgrund i Skara</b>					
<b>Befattningar</b>	<b>Antal</b>	<b>Sysselsättningsgrad (%)</b>	<b>Grundutbildning</b>	<b>Yrkesbakgrund</b>	<b>Utb. i anhörigstöd</b>
Samordnare anhörigstöd	1	100	Fil. kand. samhällsbeteendevet., språk och medie/kommunikationsvet.	Försäljning, marknadsföring	Anhörigombud-utb.
Samordnare frivilligstöd	1	100	Fil. kand. socialpsykologi	Kultursektorn	–
Anhörigombud	Ca 25	Varierar, ej renodlade tjänster	Omvårdnadsutb. Sjuksköterskeprogram	Usk, ssk	Anhörigombud-utb. 2007
Kurator	1	100	Fil. kand. psykologi + beteendevetenskap	Utredare Försäkringskassan undersköterska	–
Dietist	1	100	Dietistprogrammet 120p	Dietist, köksbiträde	–

Samordnaren för anhörigstöd ansvarade för administration och utveckling av alla de stödformer som kommunen erbjöd dem som vårdade, stötte eller hjälpte en närstående i hemmet. I huvudsak riktades verksamheten mot målgruppen äldre. I viss mån arbetade samordnaren även mot målgrupper inom handikappomsorgen. I huvudsak genom arbetsgruppen för anhörigstöd inom handikappomsorgen som funnits i ett antal år i kommunen. Samordnaren för anhörigstöd drev projekt, planerade och ledde olika arbetsgrupper samt referensgrupp som utvecklade anhörigstödet. Tillsammans med samordnaren för frivilligstöd samordnade han verksamheten och aktiviteterna på Träffpunkt Seniorkaféet.

Inom äldreomsorgen fanns en omfattande organisation med anhörigombud på samtliga arbetsplatser. Anhörigombudets roll var att informera om anhörigstöd och vara en lokal kontaktperson på arbetsplatsen för anhöriga. De hade också en viktig roll att informera och sprida kunskap om anhörigstöd bland sina kollegor på arbetsplatsen. De anordnade också lokala informationsmöten, tematräffar. De kunde erbjuda kvalificerade stödsamtal med anhöriga som hade behov av att prata. Anhörigombuden hade inte någon formell, avsatt tid för arbete med anhörigstöd mer än deltagandet i de möten som anordnades för idéutbyte och samverkan internt. Det skiljde sig mellan de olika arbetsplatserna hur mycket tid som avsattes att utföra specifika upp-

gifter och anhörigombudens möjligheter var avhängiga den lokala enhetschefens engagemang i frågor som rörde anhörigstöd samt verksamhetens beskaffenhet. Av dessa anledningar är det svårt att uppskatta antalet årsarbetare som hade särskild tid avsatt för anhörigstöd. Vid 2010 års slut fanns det totalt cirka 25 anhörigombud fördelade på cirka 15 arbetsplatser.

Formellt sett gick de flesta förfrågningar om anhörigstöd genom samordnaren som förmedlade kontakter och såg till att anhöriga fick tillgång till de stödformer som önskades. I de fall då biståndshandläggare behövde involveras kunde kontakt ske direkt via hemvårdsgrupperna eller dagcentraler som själva förmedlade kontakt med biståndshandläggare. Beslut om stödformer som avlösning, korttidsplats/växelvård fattades av biståndshandläggare och enhetschefer med beslutsfattare. Övriga stödformer beslutades av samordnaren för anhörigstöd och var oftast tillgängliga direkt efter önskemål.

## Strängnäs

Befattningar	Antal	Sysselsättningsgrad (%)	Grundutbildning	Yrkesbakgrund	Utb. i anhörigstöd
Anhörigkonsulent	1	100 i resursteamet	Naturbruk, omv.progr., demensvårdsutv. KY 80p.	Usk, vårdutv., egenföretagare, projektledare	Anhörigstöd (bl.a. 10 p. som del i KY-utb.)
Anhörigstödjare	1	100 anhörigstöd	Ssk (hälso-sjukvårdslinje 80p.)	Boendestödjare inom psykiatri/LSS	Högskolekurs 7,5 hp.
Demens ssk	1	100 i resursteamet	Ssk	Omvårdnadsansv. ssk	Ingår i utb. till ssk
Ansv. f. uppsök. verksamhet	1	50	Usk Silvia-systerutb. 60 p.	Usk på boenden, hemtjänst	7,5 p. i Silviautb.
Silviasyster	1	50 i resursteamet			

Från och med år 2010 var de insatser som fanns i Strängnäs för att stödja anhöriga; hemtjänst, växelboende, avgiftsfri avlösning, anhöriganställning och anhörigcentrum (med filial i Åkers Styckebruk).

Anhörigkonsumenten skulle utveckla och bedriva Anhörigcentrum och dess filial, medverka i utvecklingen av kommunens växelvård tillsammans med berörd enhetschef och medarbetare samt delta i arbetet med att utveckla demensvården.

Samtliga fyra årsarbetare arbetade på Anhörigcentrum. Anhörigkonsulent och demenssjuksköterska hade fasta tjänster. Anhörigstödjare och uppsökare/silviasyster var projektanställda tack vare projektet Resursteamet. Anhörig-



centrum hade även en enhetschef som förutom Anhörigcentrum ansvarade för resursteamet.

Svar från verksamhetschefen och en av de två enhetschefer som besvarat enkätfrågan om anhörigstödet organisation kan tolkas som att det inte fanns någon specifik organisation för hur stödet till anhöriga till äldre personer skulle vara; stödet till anhöriga var en naturlig del av personalens arbetsuppgifter. Bland enhetscheferna rådde okunskap om anhörigkonsulentens ansvar för att utveckla stödet till anhöriga. På frågan om vilka befogenheter som den ansvarige personen hade svarade verksamhetschefen att hon hade delat ansvar tillsammans med enhetschef för Anhörigcentrum som låg direkt under verksamhetschef.

När verksamhetschefen och enhetscheferna besvarade frågan om hur många personer som arbetade med stöd till anhöriga (hade avsatt tid) uppgav verksamhetschefen 3,5 årsarbetare (anhörigkonsulent, uppsökare 80+, demenssjuusköterska och silviasyster). Två enhetschefer besvarade frågan och det ena svaret var cirka 20 personer med befattningar som undersköterska, sjuksköterska, enhetschef, kontaktperson eller omvårdnadspersonal. Det andra svaret var att inte någon hade avsatt tid. Den utbildning som personalen hade varierade och kunde vara sjuksköterskeutbildning, omvårdnadsutbildning, mentalsköterska, gruppleddare, silviasyster eller demensvårdsutvecklare. Personalen på anhörigcentrums specifika utbildning i anhörigstöd är enligt verksamhetschefen 7,5 rep 10 högskolepoäng i anhörigstöd.

## Uppsala

<b>Tabell 9. Anställda och deras yrkes- och utbildningsbakgrund i Uppsala</b>					
<b>Befattningar</b>	<b>Antal</b>	<b>Sysselsättningsgrad (%)</b>	<b>Grundutbildning</b>	<b>Yrkesbakgrund</b>	<b>Utb. i anhörigstöd</b>
Anhörigkonsulent	6	50–100	Sskutbildning, socionomutb., socialt omsorgsprogram, arbetsterapeututb., gymnasieutb.	Distrikts ssk, socionom, social omsorgsexamen (2), arbetsterapeut, föreningssadm.	Det som ingår i ordinarie utb. Enskilda föreläsningar och konferenser.
Anhörigstödjare	Ca 20	Varierande, 3,6 fasta tjänster + 15 timanställda	Omvårdnadsutb.	Usk, rehabsassistent	Intern
Demensvårdsutv.	4	3,75 tjänster	Sskutbildning, socionomutb., demensvårdsutv.utb.	Ssk, demens ssk, socionom, demensvårdsutv.	Det som ingår i ordinarie utb. Enskilda föreläsningar och konferenser.
Verksamhetssamordnare	1	100	Folkhälsovetenskap	Folkhälsovetare	Enskilda föreläsningar och konferenser.
Enhetschefer	3				
Sjukgymnaster	2	Ca 10			

Äldrenämnden gav uppdrag och var avtalspart för det anhörigstöd som bedrevs i Anhörigcentrum. Ansvaret för Anhörigcentrums verksamhet låg under 2010 i två affärsområden och med tre olika enhetschefer. I affärsområdet ”Assistans, stöd & service” hade en enhets/verksamhetschef ansvaret för anhörganställningar och Anhörigcentrum (inklusive två anhörigkonsulenter med inriktning på anhöriga till yngre personer, 21–65 år). I affärsområdet ”Hemvård och kvarboende” ansvarade en enhets/verksamhetschef för demensvårdsutvecklarna och en annan enhets/verksamhetschef för de anhörigkonsulenter som arbetade för anhöriga till äldre personer.

På anhörigcentrum hade tre anhörigkonsulenter och en samordnare sina arbetsrum. De stod också för bemanningen av Anhörigcentrum och tog emot inkommande samtal och besök. Tre andra anhörigkonsulenter var placerade ute i olika bostadsområden. De tre anhörigkonsulenterna som var placerade på Anhörigcentrum hade anhöriga till yngre personer (21–64 år) som sitt arbetsområde medan de övriga tre konsulenter var inriktade på anhöriga till äldre (65+ år). Anhörigkonsulenterna samverkade med demensvårdsutvecklarna, som var spridda geografiskt i kommunen, och de bedrev bland annat

anhöriggrupper tillsammans. Anhörigkonsulenterna ansvarade för den avgiftsfria avlösningen och såg till att berörda familjer fick en (eller i vissa fall, flera) lämplig/a anhörigstödjare. Anhörigkonsulenterna hade återkommande möten med anhörigstödjarna och stöttade dem i deras arbete.

Uppdragskontoren hade enligt strateg ansvar för att utveckla stödet till anhöriga. Till dessa kom enhetscheferna för Anhörigcentrums verksamhet som hade ansvaret att utifrån uppdraget driva och utveckla verksamheten. Ett annat svar på denna fråga om utvecklingsansvaret är att samtliga personer som arbetade inom anhörigstödet hade detta ansvar. Endast enhets/verksamhetschefer inom palliativa verksamheter uppgav att det fanns särskilda personer som hade anhörigstöd som sin uppgift samtidigt som det ingick i allas uppgift. Inom övriga boenden fanns det inte någon som hade i sin tjänst som specifik uppgift att inrikta sig på anhöriga. Svaret från affärsområdeschefen för ”Hemvård & kvarboende” på frågan om hur många personer det var som hade som uttalad uppgift att arbeta med anhörigstöd blev:

*I någon mening har alla det. I en annan mening kan man säga att det är fem anhörigkonsulenter och fyra demensvårdsutvecklare. Jag tycker att det är väldigt svårt att sätta några skiljelinjer mellan det ena och det andra. Dom anhöriga är med i alla sammanhang där vi springer på dom, men avtalsmässigt finns dom bara hos chefen för anhörig- och närståendestöd.*

Uppdragsstrategen angav affärsområdeschefer inom Vård & bildning som de personer som hade uttalat ansvar för verksamheten. Affärsområdeschefer skulle enligt uppdragsstrategen ha detta uppdrags alla delar i sin verksamhet med ansvar, mandat att besluta, samverka med uppdragskontoren. Ledarna skulle vara fristående från biståndsbedömda verksamheter. Anhörigcentrums båda enhetschefer ansvarade för verksamheten som bedrevs där.

## Västervik

<b>Tabell 9. Anställda och deras yrkes- och utbildningsbakgrund i Västervik</b>					
<b>Befattningar</b>	<b>Antal</b>	<b>Sysselsättningsgrad (%)</b>	<b>Grundutbildning</b>	<b>Yrkesbakgrund</b>	<b>Utb. i anhörigstöd</b>
Anhörigkonsulent	1	100	Omvårdnadsutb. + högskoleutb. demensvård	Usk	
Anhörigstödjare	1	50	Mentalskötarutb. + högskoleutb. demensvård	mentalskötare	

I Västervik fanns anhörigcenter Rosavilla där anhörigkonsulent och anhörigstödare var verksamma. Frivilligorganisationer såsom Röda Korset och Demensföreningen arbetade även aktivt med stöd till anhöriga.

När det gäller utveckling av stödet till anhöriga tillhörde detta främst anhörigkonsulentens uppdrag. Ansvar för verksamheten hade enhetschefen på Rosavilla samt anhörigkonsulent och anhörigstödare. Enhetschefen var underställd verksamhetschefen för äldreomsorgen och skulle arbeta enligt det uppdrag som fanns via Anhörig 300 och Socialnämndens inriktningsmål och beslut.

## Funktionshinderområdet

### Borås

Det stöd till anhöriga som fanns inom funktionshinderverksamheten var främst det som fanns för kommunens anställda anhörigvårdare. Två enhetschefer (en för anställda anhörigvårdare och som arbetade med detta på heltid och en för anhörigstöd som arbetade med detta på halvtid) var arbetsgivare för anhörigvårdare/ personliga assistenter och de fungerade även som stödpersoner och upprättade stödplaner för anhörigvårdarna samt ansvarade för arbetsplatsträffar och arbetsmiljön. Enhetscheferna bjöd även in till anhörigträffar. Enhetscheferna för anhörigvårdare respektive anhörigstöd hade olika utbildningsbakgrund. En av cheferna hade treårig högskoleutbildning inom vård- och omsorgsinformatik och den andra chefen var undersköterska med internutbildning i ledarskap samt inom handikappvetenskap.

Hälsofrämjande aktiviteter erbjöds dels via BASIS och dels genom enhetschefen för anhörigstöd, som hade personlig kännedom om anhörigvårdare.

Det fanns ytterligare två personer, inom funktionshinderverksamheten, som hade uppdrag som anhörigstödare. Uppdraget för anhörigstödarna var dock inte klart formulerat utan ”hänger lite i luften”. De hade inte renodlade tjänster eller specifika timmar avsatta för uppdraget, utan det ingick i deras ordinarie arbetsuppgifter. Anhörigstödarna hade enhetschefen inom sin ordinarie verksamhet som sin närmaste chef. De ingick i en arbetsgrupp i BASIS regi, där de ansvarade för utveckling av anhörigstödet samt för att anordna en årlig anhörigdag. Anhörigstödarna inom verksamheten hade utbildning till personlig assistent och/eller undersköterska. De hade båda arbetat länge inom funktionshinderverksamheten, men hade inte någon vidareutbildning i anhörigstöd.

BASIS och de två anhörigkonsulenterna (en på heltid och en på 75 procent) hade ett uttalat uppdrag att arbeta med utveckling av anhörigstödet i Borås Stad. Anhörigkonsulenterna arbetade med alla målgrupperna, därför går det inte att urskilja hur mycket tid som avsatts enbart för anhörigstöd inom

funktionshinderverksamheten. Mer om anhörigkonsulenterna går att läsa i texten gällande stöd till anhöriga inom äldreområdet.

### **Härjedalen**

I Härjedalen var tolkningen av direkt anhörigstöd att det endast inkluderade insatser som söktes i den anhöriges namn och inte i den närståendes. Insatser, till exempel avlösningsservice, i enlighet med LSS-lagstiftningen ansöks av den närstående. LSS-handläggarna hade inte delegation på att besluta om insatser enligt SoL och anhöriga hänvisades därför till SoL-handläggare. Därmed fanns enligt respondenterna inte någon organisation för anhörigstöd inom LSS-verksamheten. Däremot innebar några av de insatser som den närstående kunde söka, avlösning för den anhörige.

I förekommande fall hade äldreomsorgens anhörigkonsulent även kontakter med anhöriga till personer med funktionsnedsättning.

I och med att LSS-lagstiftningen enligt kommunens tolkning inte omfattar direkt anhörigstöd var det svårt att säga att någon person hade tid avsatt för att arbeta med anhörigstöd.

### **Hässleholm**

Organisationen av anhörigstödet för anhöriga till personer med funktionsnedsättning är i Hässleholms kommun densamma som för stödet till anhöriga inom äldreområdet.

### **Hyllie**

När det gäller funktionshinderområdet i stadsdel Hyllie var det främst de verksamheter som arbetade utifrån LSS-insatser som beskrevs i enkätsvaren. Avgränsningarna mellan olika verksamhetsområden inom vård och omsorg, var svåra att utläsa utöver det som var specificerat inom LSS. Det fanns inte något särskilt uttalat stöd för de anhöriga till den specifika målgruppen förutom angivna stödinsatser enligt LSS.

En enkätrespondent beskrev att stödet till anhöriga var organiserat utifrån den ledningsgrupp som var ansvarig inom vård- och omsorgsverksamheten och som bestod av enhetschef, sektionschefer, planeringssekreterare, anhörigkonsulent samt demenssköterska. Dessa hade ansvar för den övergripande informationen och utvecklingen av anhörigstödet. Enligt ett enkätsvar fanns det två anställda som arbetade med anhörigfrågor; en anhörigkonsulent på heltid och en demenssjuksköterska på halvtid. I den genomförda intervjun refererade respondenten till anhörigkonsulenten och kontaktpersonerna ute på boendet när det gäller organiseringen av anhörigstödet. På boendet fanns inte någon tid avsatt för arbetet med anhöriga.

## Södra Innerstaden

Inom funktionshinderområdet i Södra Innerstaden ingick verksamheter såsom LSS-boende, ledsagar/avlösarservice och personlig assistans.

Inte någon av enkätrespondenterna besvarade frågan om hur stödet till anhöriga är organiserat. En person angav att det fanns någon som hade anhörigstöd som arbetsuppgift, och även någon som hade ansvar för utvecklingen av anhörigstödet samt ansvar för själva verksamheten anhörigstöd. Kanske avsågs anhängsamordnaren vars uppdrag även omfattade funktionshinderområdet. I fokusgruppen togs frågan inte upp, men det framkom tydligt att stöd till anhöriga inte uppfattades som en del av verksamheternas uppdrag.

## Skara

I kartläggningsenkäten ställdes olika frågor om det fanns någon/några personer som uttalat hade som uppgift att arbeta med anhörigstöd i verksamheten samt att utveckla stödformer till anhöriga? Frågan ställdes också om det fanns någon person med uttalat ansvar för verksamheten anhörigstöd? På samtliga frågor svarade majoriteten, sex personer, att det fanns en sådan person. I dessa fall syftade man på enhetschefer, LSS handläggare och handikappombudet.

De tillfrågade hade svårt att ange hur många personer som inom den egna verksamheten arbetade, och hade avsatt tid för att arbeta med stöd till anhöriga. Tre av de tillfrågade angav att samtlig personal inom verksamheten hade ett generellt ansvar för att arbeta med anhörigstöd. Inställningen att samtlig personal skulle ha ett anhörigperspektiv och kunna erbjuda stöd till de som önskade gällde sedan många år. Omsorgschefen gav motsvarande svar i den intervju som genomfördes.

De som arbetade inom funktionshinderverksamheten hade generellt sett omsorgsutbildning, handledar- och gruppleddarutbildning samt utbildning i samtalsmetodik och konflikthantering. De hade inte någon särskild utbildning i anhörigstöd.

## Strängnäs

Verksamhetschefen uppgav att det inte fanns någon specifik organisation för stödet till anhörig utan att det var en naturlig del av personalens arbetsuppgifter. Den enhetschef som besvarade frågan uppgav att de hänvisade till Anhörigcentrum och två chefer uppgav att det inte fanns någon person som uttalat hade som uppgift att arbeta med stöd till anhöriga i den egna verksamheten. När det gäller frågan om det fanns person som hade som uppgift att arbeta med stöd till anhöriga och att ansvara för utvecklingen så var svaret från verksamhetschefen att anhörigkonsulenten hade denna uppgift. Ansvaret för detta delades med enhetschefen för Anhörigcentrum. För en beskrivning av de personer som arbetade på Anhörigcentrum hänvisas till texten gällande anhöriga till äldre personer.

## Uppsala

Anhörigcentrums verksamhet inkluderade även anhöriga till personer med funktionsnedsättning. För en beskrivning av denna hänvisas till texten gällande anhöriga till äldre personer.

Det biståndsbedömda anhörigstödet till personer med funktionsnedsättning låg under två nämnder. Barn – och ungdomsnämnden var ansvarig för åldersgruppen 0–20 år (Kontoret för barn, ungdom och arbetsmarknad) samt Nämnden för vuxna med funktionshinder för personer som är 21 år och äldre (Kontoret för hälsa, vård och omsorg). På myndighetsidan fanns det inte några särskilda personer som hade anhöriga som sin specifika uppgift. Det berörde alla handläggare i samma utsträckning.

Det biståndsbedömda anhörigstödet utfördes av Vård och bildning och affärsområdena ”Assistans, stöd & service”, ”Boende vuxna”, Socialpsykiatri och beroende” samt ”Barn, ungdom och familj”. Inom affärsområdet ”Assistans, stöd & service” belyste affärsområdeschefen vikten av att anhörigstöd fanns med i uppdragen och ekonomins betydelse. I uppdragen ingick inte stöd till anhöriga och verksamheten fick endast ersättning för de timmar de var hemma hos kunden vilket inte motiverade till andra insatser, till exempel att tala med anhöriga som inte fanns i den närståendes bostad.

Uppdragskontoret Hälsa, vård och omsorg hade, enligt strateg, ansvar för att utveckla stödet till anhöriga. Till detta kom enhetscheferna för Anhörigcentrums verksamhet som hade ansvaret att utifrån uppdraget driva och utveckla verksamheten på Anhörigcentrum. Uppdragsstrateger uppgav också att affärsområdeschefer inom Vård och bildning var de personer som hade ett uttalat ansvar för verksamheten. Enhets/verksamhetschef inom ”Boende vuxna” som ansvarade för korttidshem för vuxna personer med utvecklingsstörning som avlösning för anhöriga svarade att enhetschef och boendeassistenter hade ansvar för den verksamheten av stöd till anhöriga.

Inom affärsområdet ”Barn, ungdom & familj” var det tre enhets/verksamhetschefer som arbetade med avlösningssärenden. Antalet avlösare och ledsagare uppgick till hundratals.

Inom affärsområdet ”Boende vuxna” var det korttidshem för personer med utvecklingsstörning som bedrev avlösning av anhöriga. Tjugo personer hade avsatt tid för detta och antalet årsarbetare uppgick till cirka 16. De befattningar det handlade om var boendeassistenter som hade omvårdnadsutbildning och enhetschef.

## Västervik

Västerviks kommun hade inte något formaliserat stöd till anhöriga inom funktionshinderverksamheten. Det fanns inte någon särskild person som enbart arbetade med anhörigstöd. Däremot fanns det en policy i verksamheterna som innebar att anhöriga skulle vara delaktiga och ges möjlighet till informa-

tion. Några av de olika enheterna bjöd in anhöriga till gemensamma träffar där de kunde träffa andra anhöriga och anhöriga gavs också möjlighet att träffa personal eller enhetschef enskilt om de så önskade. I fokusgruppen efterlystes en person att vända sig till för att kunna få råd och stöd. Både för personlig del, men också för att få veta vart man kan vända sig när det gäller offentliga aktörer. Att kunna träffa en person fysiskt och inte bara via telefon och kunna bolla de tankar som finns ansågs också vara viktigt.

## Individ- och familjeområdet

### Borås

Det fanns som tidigare nämnts två anhängkonsulenter i Borås Stad som arbetade med alla målgrupperna. Det går inte att urskilja hur mycket tid som avsattes enbart för anhängstöd inom individ- och familjeområdets verksamhet eller socialpsykiatrin. För mer information om anhängkonsulenterna och BASIS hänvisas till texten om stöd för anhöriga till äldre personer.

Det stöd till anhöriga som fanns inom individ- och familjeomsorgens verksamhetsområden och inom socialpsykiatrin var organiserat under respektive enhetschef på boendet där de arbetade. De två anhängstödjarna inom socialpsykiatrin kallades för boendestödare och var omvårdnadspersonal/undersköterska. De hade båda arbetat länge inom verksamheten, men hade inte någon vidareutbildning i anhängstöd.

Det fanns två verksamhetsutvecklare inom Individ- och familjeomsorgen som i sina tjänster delvis hade som uppdrag att utveckla anhängstödet.

### Härjedalen

Särskilt utbildade personer arbetade med gruppverksamhet för vuxna och för barn. Ansvar för anhängstöd samt ansvar för utveckling av stödet låg på IFO-chef.

Det är svårt att avgöra hur många i verksamheten som arbetade med stöd till anhöriga, men det handlade om minst en heltid av de totalt 17,5 årsarbetarna. Personalen inom individ- och familjeomsorgen utgjordes av socialsekreterare, behandlingsassistenter, assistenter, familjebehandlare, beroendeterapeut och drogsamordnare. Grundutbildningen hos de anställda var gymnasium och högskoleutbildning

Den personal som arbetade med stöd till anhöriga hade särskild utbildning i anhängstöd, exempelvis utbildning för att driva anhänggrupp, internutbildning för anhängbehandling samt Fjärilsgruppsutbildning. Deras yrkesbakgrund var inom socialt arbete.



## Hässleholm

Det fanns ännu inte något organiserat stöd till anhöriga inom individ och familjeområdet i Hässleholm och det fanns inte någon person som hade uttalat ansvar att i sitt arbete utveckla stödet till anhöriga.

Öppenvården för missbrukare hade anhöriggrupper. De hade ett uttalat ansvar för anhöriga till missbrukare där även enskilda samtal ingick. De som arbetade med stöd till anhöriga hade inte någon specifik utbildning i anhörigstöd men två personer hade gått den utbildning som Hässleholms kommun anordnade. Deras yrkesbakgrund var behandlingsassistenter.

Vid sidan av samtalen inom öppenvården hade inte någon anställd speciell tid avsedd för anhörigstöd och det stöd som skedde registrerades inte.

Totalt fanns det 130 årsarbetare i verksamheten. De flesta var socionomer och behandlingsassistenter.

## Hyllie

Det fanns inte någon tydlig organisation av anhörigstödet inom individ och familjeområdet. En person i fokusgruppen efterlyste tydliga riktlinjer att utgå från för att strukturera stödet samt hjälp med implementeringen av stödet till anhöriga i verksamheten.

## Södra Innerstaden

I ett enkätsvar nämndes att det fanns en person som hade som uppgift att arbeta med stöd till anhöriga i samband med Cap-grupperna. Denna person hade en speciell, men ospecificerad utbildning. I nuläget fanns enligt intervjupersonen inte någon person som var ansvarig för anhörigstödet, men det fanns ett sådant behov och en person var tilltänkt för uppgiften.

## Sociala resursförvaltningen

Sociala resursförvaltningens verksamhet kring missbruksfrågor hade en tydlig struktur och organisering för arbetet med stöd till anhöriga på verksamheten Öppenvårdshuset Gustav. I övrigt angav inte någon verksamhet att det fanns organisering kring eller uttalad strategi för, hur arbetet med stöd till anhöriga skulle läggas upp och utföras.

## Skara

Inom IFO/IFAM fanns det en anhörigrådgivare/konsulent anställd. Hon arbetade i huvudsak mot målgruppen anhöriga till någon med ett kemiskt beroende, barn 7–12 år, tonår 13–18 år samt vuxna över 18 år. Anhörigrådgivaren, som inte arbetade heltid med anhörigstöd, erbjöd stödsamtal enskilt och/eller i grupp. Det fanns enligt enkätsvaren (med ett undantag) inte någon person som hade ett uttalat ansvar att utveckla stödet till anhöriga.

På frågan om det fanns någon som hade ett uttalat ansvar för verksamheten stöd till anhöriga svarade samtliga ja. De som utpekades som ansvariga var enhetschefer samt socialsekreterare/handläggare samt anhörigkonsulenten.

Personalen som arbetade med anhörigstöd hade grundutbildning från Ersta Sköndal. De hade genomgått diverse handledar- och gruppledarutbildningar samt utbildningar i samtalsmetodik och konflikthantering. Någon särskild utbildning i anhörigstöd hade de inte.

## Strängnäs

När det gäller hur anhörigstödet var organiserat beskrev verksamhetschefen organisationen enligt följande:

- Föräldrastöd-familjeverkstad är ett generellt stöd till föräldrar med barn 3–12 år. Ligger under IFO som ligger under socialkontoret. Gruppledaren är socionom och förskolelärare.
- Föräldrastöd-tonårskomet, organisation och grupp enligt Föräldrastöd-familjeverkstad
- Anhörigstöd på Vårnäs. Organisation Sörmlands vårdsförbund. I förbundet ingår flera sörmländska kommuner bland annat Strängnäs. Förbundet driver behandlingshemmet Vårnäs, där 12-stegsprogrammet används och i den modellen ingår stöd till anhöriga. Anhöriga kan bestå den själva eller ansöka om bistånd
- Övrigt stöd i enskilda ärenden ansvarar socialsekreteraren för.

En av enhetscheferna svarade i enkäten att stödet till anhöriga inte var organiserat på något särskilt sätt eftersom ”omfattningen är väldigt liten och stödet mer är en biprodukt”.

Det rådde oenighet bland dem som besvarade enkäten och verksamhetschefen om det fanns någon person som uttalat hade som uppgift att arbeta med stöd till anhöriga och om det fanns någon som hade uttalat ansvar för verksamheten. Däremot framfördes ett samstämt nej på frågan om det fanns någon person som hade ansvar för att utveckla stödet till anhöriga.

När det gäller hur många personer som arbetade med stöd till anhöriga inom verksamheten svarade verksamhetschefen att det ingick i vissa av socialsekreterarnas ordinarie uppdrag. En av enhetscheferna svarade att det ingick som en del av samtliga socialsekreterares uppdrag inom sektionen och en annan svarade att inte någon arbetade med det. På frågan om hur många årsarbetare det fanns svarade verksamhetschefen 60 stycken. Den befattning som denna personal hade var socialsekreterare och deras grundutbildning var socionom, beteendevetare, socialpedagoger eller annan högskoleutbildning. När det gäller yrkesbakgrunden besvarade endast verksamhetschefen frågan och uppgav att den var blandad.

Frågan om hur utbildningen i anhörigstöd såg ut för personalen besvarades av två av enhetscheferna där den ena svarade ”ingen” och den andra ”Samtliga har olika former av systemteoretisk utbildning och lång erfarenhet av att se att familjer och nätverk är del i systemet och påverkar varandra”.

## Uppsala

Anhörigcentrums verksamhet i Uppsala var även avsedd för personer med beroendeproblematik och missbruk. För information om verksamheten hänvisas till texten gällande stöd för anhöriga till äldre personer.

Inom öppenvårdsbehandlingen ingick anhörigstöd som en del i verksamheten. Psykolog och socionom arbetade med detta.

Trappan hade sju årsarbetare: tre socionomer, en socialpedagog, en beteendevetare, en skötare samt enhetschef. På verksamheten fanns ytterligare en socionom på 100 procent som var anställd av psykiatridivisionen Uppsala läns landsting. Tre personer hade grundläggande psykoterapiutbildning och en person hade psykoterapiutbildning. Sex personer hade tvåårig vidareutbildning i systemteori. En medarbetare var utbildad i Barnorienterad familjeterapi, en annan var utbildad i Beardslees familjeintervention. Hela personalgruppen hade deltagit i olika barngruppsutbildningar samt MI (motiverande intervju). Fem medarbetare hade gått utbildning i ”Krissamtal med barn som bevittnat våld i sina familjer” samt Tejpning (en metod där man arbetar med trädockor för att rekonstruera krissituationer). Flera i personalgruppen hade gått fortbildning i mäns våld mot kvinnor. Hela arbetsgruppen hade regelbunden extern handledning av handledarutbildad psykoterapeut (Uppsala kommun 2011b).

I Gottsunda familjeenhet arbetade socionomer och familjebehandlare med olika ämnesbakgrund och varierande utbildningslängd. De flesta inom personalgruppen hade påbyggnadsutbildningar i psykosocialt arbete med inriktning familjearbete motsvarande steg ett (Uppsala kommun 2011a).

## Västervik

Anhörigstödet inom individ och familjeområdet var inte formaliserat på samma sätt som inom äldreomsorgen. Vuxenenheten Vågen var en öppenvårdsmottagning för personer med missbruksproblem. Anhöriga erbjöds samtal om de själva tog kontakt. Många anhöriga hörde av sig till vuxenenheten och kom även dit för att ha samtal både enskilt och tillsammans med sin närstående. Vuxenenheten hade inte något utarbetat upplägg för anhörigstöd, utan arbetade med problemen som dök upp och försökte lösa dem på bästa sätt.

## 2.13 Samverkan med ideella sektorn

- a. Sker det någon samverkan med ideella sektorn?
- b. Med vilka organisationer sker samverkan?
- c. Beskriv hur samverkan går till?

### Äldreområdet

Samtliga kommuner samverkade på något sätt med ideella sektorn när det gäller stöd för anhöriga till äldre personer.

På lokal nivå i stadsdelarna i *Borås* samverkade anhängstödarna bland annat med Röda korset och Svenska kyrkan, som i vissa kommunal delar deltog i anhängsträffar och annan gruppverksamhet. Personal slussade också anhöriga vidare till diakon inom Svenska kyrkan för individuella samtal eller till kyrkans och Röda korsets grupper för efterlevande. Borås stad samverkade också med pensionärsorganisationerna genom ett centralt och flera lokala pensionärsråd. Pensionärsråden har till syfte att vara organ för ömsesidig information mellan pensionärernas organisationer och Borås Stad samt förstärka inflytandet i alla frågor som gäller pensionärer.

*Härjedalens* kommun samverkade med Svenska kyrkan och Röda Korset kring anhängkaféer och viss samverkan skedde även med pensionärsorganisationer. Kommunen förmedlade kontakt när det gäller Röda Korsets väntjänst och det fanns en ömsesidig samverkan när det gäller att sprida broschyrer och annan information.

Samverkan med den ideella sektorn var mycket viktig och fungerade mycket bra i *Hässleholm*. Föreningarna fungerade som ett komplement till kommunen. Samverkan skedde med följande organisationer: Afasiföreningen, Attention, Anhängsföreningen, Demensföreningen, Epilepsiföreningen, FUB, Hjärt- och lungsjukas förening, Svenska kyrkan, NHR, Parkinsonföreningen, Röda Korset och Strokeföreningen. Föreningarna fanns med i anhängrådet vars syfte var att utveckla samarbetet mellan föreningar, kommun och politiker, diskutera utvecklingsfrågor, skapa delaktighet och inhämta anhörigas synpunkter.

I *Hyllie* samverkade de enligt några av cheferna med Svenska kyrkan och Röda korset. Samarbetet med Röda Korset skedde bland annat i form av anhängcirklar som riktade sig till äldre änkor/änklingar. Ett problem var att antalet frivilliga inom Röda korset minskade och frågan var om kommunen kanske borde gå in och kompensera för detta.

I *Södra Innerstaden* framkom svårigheter med att definiera vad som är samverkan. Man hänvisade till aktiviteter som var för anhöriga såsom, Victoriatea-

tern, kurser genom ABF, qigong och samtals- och självhjälpgrupper genom Röda Korset.

Inom äldreomsorgen i *Skara* fanns en stark tradition av samverkan med den ideella sektorn. Sammanlagt fanns ett 40-tal frivilliga engagerade i de olika arbetsgrupper som arbetade med frågor om anhörigstöd, frivilligstöd och stöd till äldre generellt. Flertalet hade varit medlemmar i de olika samverkansgrupperna sedan starten av verksamheten år 1999.

De samverkansgrupper som fanns är bland andra: Skara Senior som var ett forum för samverkan mellan alla pensionärsorganisationer i kommunen och inom äldreomsorgen. Referensgruppen för anhörigstöd som var en samverkansgrupp bestående av representanter från kommunens olika pensionärsföreningar, Röda Korset samt de olika kyrkor och församlingar som fanns i kommunen. Referensgruppen diskuterade i huvudsak frågor gällande anhörigstöd och dess utveckling. Husrådet ansvarade för planeringen av aktiviteter på Träffpunkt Seniorkaféet. Husrådets representanter utgjordes i de flesta fall av frivilliga från Röda Korset samt pensionärsorganisationerna. Utöver de formella samverkansgrupperna fanns en stor mängd frivilliga som arbetade inom väntjänst samt stod för öppethållandet på träffpunkt Seniorkaféet (cirka 70 frivilliga).

I *Strängnäs* skedde samverkan med den ideella sektorn kontinuerligt, enligt verksamhetschefen. Av de fyra enhetschefer som besvarade frågan i enkäten svarade en av dem att samverkan skedde medan de tre övriga svarar att det inte var så. De parter som samverkan skulle äga rum med är de olika brukarråd som fanns i kommunen, frivilligorganisationer, föreningar, väntjänst, pensionärsrådet och Diakonia. Samverkan skedde genom att äldreomsorgen erbjöd kontakt, men det är oklart om samverkan rörde anhörigfrågor.

I *Uppsala* hade Anhörigcentrum omfattande samverkan med organisationer som Röda korset, Anhörigföreningen i Uppsala (Anhörigas riksförbund), Uppsala demensförening, Alzheimerföreningen, Johanniterhjälpen (Ideell förening som bedriver hjälpverksamhet), Strokeföreningen, Parkinsonföreningen, Föreningen Balans, SeSam (Se lärande organisationer i Samverkan), Attention (intresseorganisation för neuropsykiatriska funktionshinder), Npf-portalerna (neuropsykiatriska funktionshinder) och Ananke (stödförening för personer med tvångssyndrom och deras anhöriga). På Anhörigcentrum fanns ett utvecklingsråd eller samverkansgrupp som hade regelbundna möten, cirka 6–8 per år. Röda korset deltog i anhöriggrupperna och tog över dem efter anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare. Volontärer hjälpte till i programverksamhet och evenemang. Johanniterhjälpen drev ett Alzheimerkafé. Anhörigcentrum samverkade också med Studieförbundet Vuxenskolan när det gäller anordnande av konferenser, utbildningar med mera. Anhörigcentrum hade ett nätverk tillsammans med Äldrepsykiatri. Tillsammans med Anhörigföreningen i Uppsala bedrev Anhörigcentrum rekreativsdagar i Jär-

läsa under ett par sommarveckor. Anhöriga kunde där umgås med andra, ta promenader, delta i olika aktiviteter eller bara vara. Anhörigkonsulenter på Anhörigcentrum anordnade anhöriggrupper i samverkan med Npf-portalen.

De fem enhets/verksamhetschefer inom äldreomsorgen som svarat att de samverkade med ideella sektorn nämnde Diakonicentrum, kyrkan, Vänsam och Röda korset. Cheferna angav att verksamheterna kunde få hjälp med ledsagning, promenader, stödsamtal, sällskap, musik och sång det vill säga inte alltid direkt anhörigstöd.

I *Västervik* fanns ett samarbete mellan kommunen, Demensföreningen och Röda Korset i anhöriggrupperna. Vårdinnor från frivilligorganisationerna tog över anhöriggrupperna och hade även besöksverksamhet på kommunens äldreboenden. De medverkade även vid kaféträffar.

## Funktionshinderområdet

Inom funktionshindersområdet var omfattningen av samverkan med ideella sektorn inte lika stor som inom äldreomsorgen. I *Borås* träffade områdeschef inom funktionshinderverksamheter brukarorganisationerna årligen för att ta tillvara kunskap och delge information.

I *Härjedalen* fanns inte några lokala föreningar att samverka med. Däremot deltog LSS-verksamheten i länsnätverket för socialpsykiatri, där en brukarorganisation på länsnivå fanns representerad.

Samverkan med den ideella sektorn i *Hässleholm* var mycket viktig och samverkan fungerade enligt uppgift mycket bra. De föreningar som kommunen samverkade med var: FUB (intresseorganisation som arbetar för att barn, ungdomar och vuxna med utvecklingsstörning ska kunna leva ett gott liv), RSMH (Riksförbundet för Social och Mental Hälsa), NHR (intresse-, service- och kamratororganisation för personer med neurologiska sjukdomar) samt Anhörigföreningen.

Stroke- och Diabetesföreningen nämndes i *Hyllie* som samverkanspartners, dock utan att närmare specificeras. Särskolans resursteam (Södra Innerstaden) samverkade med ideella sektorn genom till exempel fritids- och idrottsföreningar och även en del diagnosföreningar. Inom *Sociala resursförvaltningen* i Malmö ägde samverkan rum med Hjärnkraft som lånade lokaler för kurser/föreläsningar eller studiecirkel som anhöriga var välkomna till. Inom habiliteringen fanns en viss samverkan med Föreningen idrott för handikappade.

Samverkan med diverse ideella organisationer och föreningar skedde på olika vis i *Skara*. De tillfrågade svarade att de i huvudsak samverkade med RSMH och FUB och flera andra handikappföreningar. Viss samverkan fanns även med Röda Korset och Vuxenskolan. Samverkan skedde oftast genom så kallade brukarråd där de diskuterade aktuella frågor och förde en kontinuerlig

dialog. En av de tillfrågade svarade i enkäten att hon/han inte visste om det fanns någon samverkan med den ideella sektorn.

När det handlar om samverkan med den ideella sektorn i *Strängnäs* svarade verksamhetschefen och en av enhetscheferna att så skedde. Samverkan ägde rum med de olika råden, väntjänst, frivilligorganisationer och föreningar bland annat med FUB och FA (Föreningen Autism). Samverkan skedde via organiserade möten ett par gånger om året.

Anhörigcentrum i *Uppsala* hade omfattande samverkan med olika föreningar som framgått i texten gällande stöd för anhöriga till äldre personer. Myn-dighetskontoret Barn och ungdom hade regelbundet informationsutbyte med Attention, RBU (Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar) och FUB. Sektionen för LSS och socialpsykiatri för vuxna personer med funktionsnedsättning hänvisade till och informerade om föreningar som FUB och föreningen Autism. Affärsområdescheferna hade regelbundna träffar med föreningar som exempelvis FUB och en enhets/verksamhetschef inom ”Barn, ungdom & familj” skrev att de samverkade med föreningar när det gäller föreläsningar som ibland vände sig även till anhöriga.

I *Västervik* fanns samverkan med den ideella sektorn i form av FUB, Föreningen Autism och Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH). Representanter från kommunen och föreningarna träffades i samverkansgrupper.

## Individ- och familjeområdet

Det skedde inte någon samverkan med ideella organisationer avseende anhörigstöd inom individ- och familjeområdets verksamheter eller inom socialpsykiatri i *Borås*. Personalen inom IFO Vuxen samverkade dock med ideella organisationer vid behov, dock inte specifikt avseende anhörigstöd. Personalen på Yxhammarsmottagningen träffade regelbundet Länkarna, AA Anonyma Alkoholister och NA Anonyma Narkomaner för att informera om sin verksamhet.

I *Härjedalen* förmedlade och underlättade individ- och familjeomsorgen kontakt med anonyma alkoholister samt bedrev fältarbete tillsammans med Svenska kyrkan och Röda korset.

*Hässleholms* individ- och familjeomsorg samverkade med organisationerna AL-ANON en gemenskap av anhöriga och vänner till alkoholister, som delar sina erfarenheter sin styrka och sitt hopp med varandra för att lösa sina gemensamma problem, FMN, föräldraföreningen mot narkotika och NARA-NON, stöd för anhöriga till drogberoende. I första hand hänvisades anhöriga till de olika föreningarna.

De flesta tillfrågade i *Skara* svarade att det fanns en viss samverkan med den ideella sektorn i stödet till anhöriga. I huvudsak skedde samverkan med så

kallade självhjälsorganisationer som ”Anonyma alkoholister” samt olika behandlingshem. Samverkan skedde vid besök eller telefonkontakt.

Verksamhetschefen och två av enhetscheferna uppgav att de samverkade med Brottsofferjouren, kvinnojour, mansjour, hjälp mot beroende RSMH och Kyrkan. När det gäller hur denna samverkan gick till svarade verksamhetschefen att Brottsofferjouren, kvinnojour, mansjour, hjälp mot beroende RSMH hade ansökt och beviljats föreningsbidrag av socialnämnden. De verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser som föreningarna gjorde följdes också upp en gång per år av en tjänsteman inom IFO. Den enhetschef som svarade att de samverkade uppgav att samverkan skedde genom gemensamma möten och telefonkontakter utifrån ett individperspektiv.

Anhörigcentrum i *Uppsalas* samverkan med ideella sektorn framgår av texten gällande stöd för anhöriga till äldre personer. Trappan hade en referensgrupp för barn till psykiskt sjuka och barn till alkoholberoende föräldrar där bland andra representanter från KRIS (kriminellas revansch i samhället) och Frälsningsarméns sociala arbete ingick. Gruppen träffades två gånger per termin. Trappan medverkade också i en arbetsgrupp med personer från socialtjänsten och frivilligsektorn i Uppsala läns olika kommuner. Gruppen hade ansvaret för utvecklingsfrågor och temadagar med fokus på barn i dysfunktionella familjer. VVV, vara vettig vuxen, var en studiecirkel där Trappan tillsammans med frivilligorganisationer utbildade vuxna i att bättre kunna se och möta utsatta barn (Uppsala kommun 2011b). Öppenvårdsbehandling samverkade enligt enkätsvar från enhets/verksamhetschef med Föräldraföreningen mot narkotika (FMN) och Al-Anon genom att hänvisa till dessa föreningar.

I *Västervik* hade öppenvårdsenheten Vägen ett samarbete med Al-anon.

## 2.14 Samverkan med landstinget

- a. Sker det någon samverkan med landstinget.
- b. Med vilka verksamheter sker samverkan?
- c. Beskriv hur samverkan går till.

### Äldreområdet

Samverkan med landstinget/regionen varierade mellan de olika kommunerna/stadsdelarna från att inte existera alls (Borås<sup>25</sup>, Hässleholm, Hyllie<sup>26</sup>, Södra Innerstaden) till att det fanns olika slags utarbetade rutiner för informations-

---

<sup>25</sup> På individnivå kan samverkan ske vid exempelvis vårdplaneringar.

<sup>26</sup> Samverkan sker inom den palliativa hemsjukvården.



överföring och andra aktiviteter (Härjedalen, Skara, Strängnäs, Uppsala, Västerвик).

I *Härjedalen* fanns en samverkansrutin som innebar att Hälsocentralen förmedlade kontakter mellan anhöriga och kommunen. Rutinen hade resulterat i att anhängkonsultenten hade fått kontakt med anhängvårdare som tidigare inte var kända i kommunen.

I *Skaraborg* hade representanter från de 15 kommunerna besökt sjukhusen, informerat om anhängstöd på olika avdelningar och delat ut särskilda anhängstödspärmar. Affischer med kontaktkort till kommunernas samordnare för anhängstöd sattes upp på sjukhusen och på vårdcentraler runt om i regionen. Särskilt fokus lades i projektet på medicin- och akutsjukvårdsavdelningar där de har störst chans att nå de anhöriga i ett tidigt skede.

Lokalt i *Skara* hade samordnaren för anhängstöd informerat på Vårdcentralen och under åren 2009 och 2010 tog samordnaren initiativ till ett särskilt hälso- friskvårdsprojekt för anhöriga som genomfördes i samverkan med Vårdcentralen. Målet för projektet var att erbjuda större fokus på hälsoaspekten hos de anhöriga samt att utveckla nya samarbetsformer med Vårdcentralen. Samarbetet har dock ej levt vidare efter projektet.

På frågan om huruvida samverkan skedde med landstinget svarade både verksamhetschefen och fyra av de fem enhetschefer som besvarade enkätfrågan i *Strängnäs* att samverkan ägde rum. De verksamheter inom landstinget som samverkan skedde med var slutenvården, habiliteringen, närvårdskonceptet, länsstyrgruppen, vårdcentralerna och sjukhuskyrkan. På frågan om hur samverkan skedde så svarade verksamhetschefen att det fanns olika arbetsgrupper som träffades där rutiner, handlingsplaner togs fram och utvärderades för att förbättra samverkan. Det framgår inte i vilken omfattning som samverkan rörde anhängfrågor. Enhetscheferna svarade att de erbjöd kontakt och att det var viktig med samverkan samt att landstinget erbjöd samtal med efterlevande när den närstående avlidit.

Anhängcentrum i *Uppsala* hade inte någon samverkan med primärvården. I uppdraget står att sådan samverkan skall ske, men det hade inte gått att etablera detta trots upprepade informationsinsatser och andra kontaktförsök från Anhängcentrums sida. Informationsbroschyrer om kommunens anhängstöd fanns på vissa primärvårdsmottagningar.

I Uppsala län pågick en länsövergripande samverkan med anhängsamordnaren på akutmottagningen vid Akademiska sjukhuset. Länets anhängkonsulenter hade skapat ett vykort som placerats på strategiska ställen som exempelvis sjukhus och vårdcentraler. På detta vykort kunde anhöriga kryssa i att de ville ha kontakt med anhängstödet och fylla i sina kontaktuppgifter. Vykortet som var portofritt för avsändaren gick till Anhängcentrum i Uppsala för vidare distribution till berörd kommuns anhängstöd. På Akademiska sjukhuset användes på en del avdelningar också en blankett där personalen

kunde fylla i kontaktuppgifter på anhöriga som de mötte och som önskade att anhörigstödets kontaktade dem. Denna blankett gick också till Anhörigcentrum för vidare distribution till berörd kommun. Anhörigsamordnaren på Akademiska sjukhuset arbetade för att blankett och vykort skulle användas av personalen och att anhöriga fick tillgång till dem. I akutmottagningens väntrum fanns en monitor som visade information om kommunernas anhörigstöd. I samverkan med Akademiska sjukhuset anordnade länets anhörigstöd-jare en utbildningsdag om anhöriga med speciell betoning på samverkan mellan kommuner och landsting. Under 2010 var ambitionen att starta ett lärande nätverk om samverkan som skulle bestå av representanter för anhörigstödet i länet samt politiker och tjänstemän inom landstingsvärlden. Det var dock svårt att samla deltagarna och endast två träffar genomfördes.

Anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare samverkade med äldrepsykiatrin, minnesmottagningen och NPF-portalen. Samverkan skedde också med anhörigsamordnaren på Akademiska sjukhuset. Anhörigkonsulenter deltog också i studiecirkel för anhöriga inom landstingets psykiatriska verksamhet.

Samverkan med landstinget bland utförarna av äldreomsorg byggde enligt affärsområdeschef mycket på enskilda medarbetare och deras eget nätverk. En av de två enhets/verksamhetschefer inom vård- och omsorgsverksamheterna som svarade ja på enkätfrågan hade kontakt med palliativa rådgivningsteamet, psykiatrin, geriatriken samt Akademiska sjukhuset. Den andra verksamhetschefen uppgav att de hade kontakt med kurator inom landstinget. Det är oklart i vilken omfattning denna samverkan rörde anhöriga. Biståndshandläggarna samarbetade mycket med landstinget i samband med vårdplaneringar och hembesök och för att få specifik information och bedömningar av enskilda individer.

I *Västervik* fanns en kontakt mellan kommunen och landstinget när de gällde anhöriga till personer som drabbats av stroke. Det fanns även en kontakt med den psykiatriska vården. De verksamheter på Landstinget som samverkade med var demensteamet, medicin- och psykiatriavdelningar samt folktandvården. Det framgår inte hur mycket av denna samverkan som rörde anhöriga. Anhörigkonsulenter blev inbjuden till dagrehabiliteringen för att träffa anhöriga, som där fick inbjudan att delta i anhöriggrupper. Anhörigkonsulenter fanns även tillgängliga vid några tillfällen på sjukhuset för att sprida information.

## Funktionshinder

Även inom funktionshindersverksamheten såg samverkan med landstinget olika ut i olika kommuner. I *Borås* fanns inte någon samverkan med VG-regionen avseende anhörigstöd. På individnivå kunde dock viss samverkan

ske. Även i *Härjedalen* skedde samverkan på individnivå genom att barn- och vuxenhabiliteringen, primärvården, psykiatrien och kommunen förmedlade kontakter sinsemellan och upprättade individuella planer för den närstående där båda huvudmännen var aktörer.

När det gäller *Hässleholms* samverkan med regionen skedde det inom psykiatrien genom arbetssättet Case management vilket var ett program som var utformat så att patienten själv styrde över sin behandling. Viktiga personer i patientens sociala nätverk deltog aktivt. Samverkan mellan landsting och kommun skedde också i Lotsmodellen som vände sig till barn och unga i behov av särskilt stöd. Innebörden var att allt arbete måste ske tillsammans med familjen och med barnet i centrum.

Samverkan med regionen i *Hyllie* och *Södra Innerstaden* begränsades till vissa kontakter med habiliteringen och psykosmottagningen. Oklart är i vilken utsträckning dessa kontakter handlade om anhöriga. Särskolans resursteam samverkade med habiliteringen och med regionen i övrigt genom teamledarträffar, behandlingskonferenser, elevvårdskonferenser, LSS-möten individuella planer med mera. Sociala resursförvaltningen i Malmö hade enligt intervju-person ett samarbete med en hjärnskadekoordinator på Orup inom Region Skåne dit anhöriga ofta hänvisades.

I *Skara* svarade några chefer att de samverkade med habiliteringen.

I *Strängnäs* uppgav verksamhetschefen att samverkan skedde med landstinget och då med primärvården, slutenvården, habiliteringen och länsstyrgruppen där det fanns olika arbetsgrupper som träffades för att ta fram rutiner och handlingsplaner som sedan utvärderades för att förbättra samverkan mellan kommunen och landstinget. Det är dock oklart i vilken omfattning denna samverkan rörde anhöriga.

För Anhörigcentrums verksamheter i *Uppsala* gäller samma sak som för anhöriga till äldre personer. Gällande barn och ungdomar i behov av särskilt stöd fanns riktlinjer gällande samverkan mellan Landstinget i Uppsala län och Uppsala kommun. Målet för samverkan var bland annat att ”alla barn och unga ges ett sådant stöd att de i möjligaste mån kan fostras, bo och leva i sin familj och vara kvar i sin förskolegrupp/skolklass som de tillhör”. Om föräldrarna står det att ”föräldrarna har huvudansvar för sina barn och ska i alla skeden ansvara för och vara delaktiga i överläggningar och beslut som rör deras barn.”. Samordnade individuella genomförandeplaner ska upprättas för att få struktur på samarbetet ”och en kontaktperson för barnet/ungdomen ska utses för att föra arbetet framåt, samordna resurserna och se till att den samordnade genomförandeplanen följs och överlämna ansvaret när det blir aktuellt.” (Uppsala kommun & Uppsala läns landsting 2009). Nämnden för Barn och ungdom hade också tillsammans med Socialnämnden för barn och unga tecknat avtal med Landstinget om gemensamma insatser för barn, speciellt flickor, med psykisk funktionsnedsättning i kombination med självska-

dande beteende. I vilken utsträckning stöd till anhöriga finns med i denna verksamhet är oklart (Uppsala kommun 2009e).

Myndighetskontoret barn och ungdom träffade landstingets kuratorer, barnhabiliteringen och barnsjukhuset en gång per termin. Samverkan skedde ofta i samband med vårdplaneringar. Myndighetschefen nämnde att de ibland hänvisade till barnhabiliteringens anhörigstöd där det bland annat fanns möjligheter till kuratorskontakter. Sektionen för LSS och socialpsykiatri för vuxna med funktionsnedsättning hänvisade också till habiliteringen.

Inom affärsområdet ”Barn, unga & familj” var samverkan stor med habiliteringen, barnsjukhuset och barn- och ungdomspsykiatri, men även med psykiatriska verksamheter som riktade sig till unga vuxna. Frågan är i vilken omfattning samverkan rörde anhörigfrågor. En enhets/verksamhetschef för korttidshem för vuxna personer med utvecklingsstörning svarade i enkäten att samverkan skedde i form av möten med vuxenhabiliteringen och daglig verksamhet.

I *Västervik* fanns en uppbyggd samverkan med landstinget, framförallt med psykiatri. Möten skedde ett antal gånger per år och man hade också vissa gemensamma utbildningar vid behov. Det är oklart i vilken omfattning som samverkan handlade om anhörigfrågor. Personal på korttidsboende deltog i möten med barnhabiliteringens personal tillsammans med föräldrar.

## Individ- och familjeområdet

Det förekom i *Malmö* och *Skara* inte någon samverkan med landstingets verksamheter avseende anhörigstöd inom individ- och familjeomsorgens verksamhetsområde. Möjligen kunde hänvisningar göras och samverkan ske på individnivå. I *Västervik* fanns tidigare samverkan med landstingets alkoholmottagning, men det hade upphört.

I *Borås* hade de olika psykiatriska öppenvårdsmottagningarna, som tillhörde regionen, patient- och anhörigutbildning utifrån olika diagnosgrupper och vid ett tillfälle medverkade personal från socialpsykiatri och de föreläste utifrån temat ”Vad kan Borås stad erbjuda?”.

*Härjedalen* samverkade med landstingets primärvård och psykiatri inom satsningen Kunskap till praktik. Det upparbetades lokala riktlinjer för samverkan för att tydliggöra respektive huvudmans ansvarsområden. I vilken mån anhörigfrågor kom in i detta arbete är oklart.

Samverkan med regionen skedde i *Hälsjöholm* när det gällde HSL-insatser till barn samt psykiatri och beroendevård. Samverkan skedde utifrån den anhöriges behov, men var inte systematiskt upparbetat. Samverkan kunde också ske genom de gemensamma föreningarna.

De verksamheter i landstinget som *Strängnäs* kommun samverkade med var enligt en verksamhetschef; barnhälsovården, barn och ungdomspsykiatriska

kliniken och primärvård. Det framgår inte om denna samverkan rörde anhöriga. På Familjecentrum fanns en socialsekreterare anställd som dagligen samverkade med landstingets personal. Här bedrevs föräldrastödsprogram, råd och stöd till föräldrar. I övrigt skedde samverkan med BUP strukturellt samt med vuxenpsykiatrien individuellt. Det fanns en arbetsgrupp för att utveckla föräldrastödet till föräldrar med barn 0–18 år.

För Anhörigcentrum i *Uppsala* såg samverkan gällande individ- och familjeomsorgen ut på samma sätt som för de övriga målgrupperna.

Uppsala kommun genom Socialnämnden för barn och unga, Barn- och ungdomsnämnden och Utbildnings- och arbetsmarknadsnämnden hade, som tidigare nämnts, utarbetat gemensamma riktlinjer tillsammans med landstinget när det gällde arbetet med barn och ungdomar i behov av särskilt stöd. Socialnämnden för barn och unga, Barn- och ungdomsnämnden och landstingets mödra- och barnhälsovård hade samverkansavtal kring familjecentrerat arbete om tidigt stöd till barn 0–5 år och deras familjer (Uppsala kommun 2009f).

Trappan som gav stöd till barn och ungdomar i familjer där det fanns problem med alkohol, droger, våld, psykisk ohälsa och konfliktfyllda separationer, samverkade med landstingets vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt habiliteringen för barn och unga. Representanter från vuxenpsykiatrien och BUP ingick i referensgruppen för barn till psykiskt sjuka och barn till alkohol/drogberoende föräldrar. En samverkansgrupp med chefer från IFO samt psykiatridivisionen hade övergripande ansvar för det gemensamma arbetet som kommun och landsting bedrev med barn till psykiskt sjuka föräldrar. Trappan medverkade till att man inom vuxenpsykiatrien uppmärksammade om patienten hade barn i sina familjer. För att underlätta för personalen att prata om barnen och den situation de lever i utsågs på alla vuxenpsykiatriens avdelningar och mottagningar en person som kallades ”barnambassadör”. Dessa ambassadörer fick genom Trappans personal regelbunden information och fortbildning. Trappans personal inbjöd också personal från habiliteringen samt familjeenheterna till planering av arbetet med att starta grupper för barn till föräldrar med utvecklingsstörning eller andra kognitiva begränsningar. På Trappan arbetade också en socionom på heltid som var anställd av psykiatridivisionen Uppsala läns landsting (Uppsala kommun 2011b).

## 2.15. Utbildning

- a. Vad har personalen i allmänhet för utbildning i anhörigstöd?
- b. Bedrevs det någon utbildning i stöd till anhöriga i kommunen under 2009 och 2010?

Vilken utbildning?

Vilka deltog i den utbildning som bedrevs under 2009 och 2010? (ange utbildning, antal individer och befattningar).

### Äldreområdet

Personalen inom äldreomsorgen i *Borås* hade inte någon specifik vidareutbildning i anhörigstöd, men anhörigfrågor samt bemötande av och stöd till anhöriga hade funnits med vid olika internutbildningar under åren såsom utbildning i palliativ vård som getts av läkare, sjuksköterskor och kurator vid Palliativa resursteamet vid stadens sjukhus. Personalen vid Palliativa korttidsenheten hade också utbildats i hur de skall bemöta och stödja barn som anhöriga, samt vilka konsekvenser närståendes sjukdom och död har för minderåriga barn.

Personalen i *Härjedalen* hade i allmänhet inte någon specifik utbildning i anhörigstöd. Silviasystrarna startade under år 2010 med att utbilda all personal i bland annat bemötande och värdegrund. Utbildningen har utformats av Silviahemmet och all vårdpersonal skall ha gått den senast år 2011.

*Hässleholms kommun* hade anordnat utbildning i anhörigstöd som personal från omsorgs- och socialförvaltningens verksamheter, anhöriga, politiker, föreningar och organisationer hade genomgått. Utbildningens fem dagar leddes av Gunilla Matheny, sakkunnig i anhörigfrågor. Grupperna var blandade med representanter från alla yrkeskategorier vilket upplevdes som en styrka. Tillfällen till erfarenhetsutbyte gavs samt konkreta verktyg och kunskap för hur anhörigstöd kan utvecklas och skraddarsys inom det område där man själv verkade. Utbildningen byggde på följande:

- Vem är anhörig och vilket stöd är det som de önskar?
- Möte med gäster från verkligheten – anhöriga berättar
- Hur ser anhörigstödet ut i vår kommun?
- Samspel och samverkan – relationen omsorgstagare – anhörig och anhörigstödjare
- Värdegrunden inom mig och ibland oss
- Organisation, arbetsplats och arbetsgrupp
- Möjligheter och svårigheter, feedback och konflikthantering

- Det första betydelsefulla mötet
- Empati, stödsamtal och lyssnandets konst
- Självkännedom och social kompetens
- Lärande organisation – hur tillvaratar och överför jag kunskaper och insikter till andra?
- Nästa steg i verkställande av handlingsplan för fortsatt samverkan och utveckling
- Fakta och forskning

En tredagarsutbildning riktad till handläggare hade också genomförts. Under dagarna delgavs fakta och konkreta tips för hur anhängigstöd på ett enkelt och resurseffektivt sätt kan utvecklas inom deras verksamhetsområde. Även dessa dagar leddes av Gunilla Matheny. Arbetsledarna hade medverkat i en workshop kring anhängigstöd och ledarskap under rubriken ”Med dig som ledare och resurs utvecklas anhängigstöd i Hässleholms kommun”.

De yrkesgrupper som omfattades av utbildningen under 2009–2010 var undersköterskor, administratörer, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt biståndsbedömare. Antal utbildade uppgår till 250 personer.

När det gäller vilken utbildning i anhängigstöd som personalen i allmänhet hade i *Hyllie*, var det sex enkätrespondenter av tolv som gav ett svar. De utbildningar som togs upp var bemötandeutbildning, demensutbildning, samt andra ospecificerade föreläsningar. Ett par stycken nämnde också att anhängigfrågor diskuterades på arbetsplatsträffar. Tre personer angav att det bedrevs utbildning i anhängigstöd under 2009/2010 i form av utbildningar kring demenssjukdomar och bemötande. I fokusgruppen efterlystes utbildning och ett förslag var att ge all personal utrymme att sitta tillsammans i grupper och reflektera över lagen och dess konsekvenser.

I *Södra Innerstaden* gavs under 2009/2010 en bemötandeutbildning för 40 personer av vårdpersonalen. Deltagarna i fokusgruppen hade inte fått någon utbildning, men hade gått igenom den ändrade lagtexten.

All personal inom äldreomsorgen i *Skara* hade under den specifika tidsperioden genomgått utbildning i ”Vård i livet slut”. Anhörigombuden genomgick år 2007 en fem dagar lång utbildning tillsammans med Gunilla Matheny.

Personalen i allmänhet hade, enligt enhetschefer i *Strängnäs*, inte någon specifik utbildning i anhängigstöd. Den utbildning som personal hade är den som eventuellt gavs inom ramen för akademiska studier som krävdes vid vissa anställningar (sociala omsorgsprogrammet, socionomutbildningen, beteendevetare) respektive det som eventuellt fanns i omvårdnadsutbildningen. Enligt verksamhetschefen bedrevs utbildning i anhängigstöd under 2009 och 2010 medan endast en enhetschef uppgav detsamma. Den enhetschef som svarade ja på denna fråga angav att de hade en studiecirkel i demens ABC, där anhö-

rigstöd togs upp. I utbildningen deltog cirka 20 personer mestadels undersköterskor och vårdbiträden, men även en enhetschef och en sjuksköterska.

I *Uppsala* visar enkätresultatet att personalen inte hade någon specifik utbildning i anhörigstöd, med reservation för vad som eventuellt ingått i grundutbildningarna. Under 2009 och 2010 deltog samtliga biståndshandläggare, hälso- och sjukvårdsfunktioner och bosamordnare vid enheten som handlägger bistånd enligt socialtjänstlagen när det gäller hemvård och boenden (ett 80-tal personer), i en två halv dagar lång demensutbildning där anhörigfrågor ingick

Personalen på växelvårdsenheterna hade haft tre träffar i en cirkel tillsammans med anhörigkonsulent då de fått kunskap och diskuterat bemötande av anhöriga. I detta arbete ingick även att intervjua en anhörig. Sammanlagt deltog cirka 55 undersköterskor och vårdbiträden. I dagverksamheten hade alla 35 anställda gått Svenskt demenscentrums Demens ABC som också innehöll en del anhörigfrågor. I ett rehabiliteringsboende hade all personal (vårdbiträden, undersköterskor, legitimerad personal, verksamhetschef) totalt 80 personer en halv dags utbildning kring anhörigfrågor med forskare inom området. Inom palliativ verksamhet hade personalen gått på föreläsningar och workshop inom Palliativa kompetenscentrum. Två personer deltog också i en utbildningsdag på Akademiska sjukhuset som länets anhörigstöd och Akademiska sjukhuset anordnade gällande samverkan och anhörigstöd. Sjukvårdsteamet hade regelbunden handledning för all personal och hade gått kurser i palliativ vård och samtalskonst. I ett demensboende hade tio undersköterskor gått en tvådagars utbildning i demensföreningens regi om bland annat anhörigstöd. Kompetensutvecklaren inom Vård & bildning skrev som svar på en fråga om genomförda utbildningar att anhöriga nämndes i alla sammanhang när service och bemötande behandlades och att anhörigfrågor fanns med i det material som utarbetats för det arbetsplatsförlagda lärandet.

Utbildningen i *Västervik* utgjordes av information som gavs av anhörigkonsulenterna på arbetsplatsträffar.

## Funktionshinderområdet

Personalen inom funktionshinderverksamheten hade i *Borås* inte någon formell utbildning i anhörigstöd. Dock hade det anordnats internutbildningar och föreläsningar för personalen med tema anhörigstöd. LSS-handläggarna, som beslutade om anhörigstöd, hade socionomexamen eller examen från social omsorgslinje.

Inte heller i *Härjedalen* hade personalen någon specifik utbildning när det gäller stöd till anhöriga.

I *Hässelholms kommun* hade de olika personalkategorierna gått samma utbildning som beskrevs för äldreområdet.



En person som deltog i fokusgruppen i *Hyllie* hade gått en tredagarskurs i anhörigstöd (utifrån ett tidigare uppdrag), vilken hade varit till stor nytta i mötet med anhöriga.

De som arbetade inom funktionshinderverksamheten i *Skara* hade generell omsorgsutbildning, handledar- och gruppleदारutbildning samt utbildning i samtalsmetodik och konflikthantering. Inte någon hade särskild utbildning i anhörigstöd. Under åren 2009 och 2010 bedrevs inte några särskilda utbildningar i ämnet anhörigstöd. Däremot hade ett antal dialogdagar med personalgrupperna anordnats under åren samt diverse föreläsningar i ämnet.

En boendestödjare i *Strängnäs* hade under 2009 och 2010 gått kursen "Närståendestöd 7,5 hp.

Vid myndighetskontoren i *Uppsala* hade handläggarna den utbildning om anhöriga som ingick i Socionom- och Social omsorgsutbildningar. Inom affärsområdet "Assistans, stöd & service" hade medarbetarna enligt affärsområdeschef inte någon utbildning rörande anhörigas situation, men personalen hade ofta handledning och då togs frågor gällande anhöriga upp "om hur man hanterar anhöriga eller att anhöriga lägger sig i för mycket och sådana saker". Detta är enligt chefen speciellt viktigt när det är åtta, nio personer som arbetar med samma person, men som sällan har tillfälle att träffa varandra. I övriga affärsområden blev svaret också att personalen inte hade någon utbildning gällande anhörigstöd.

Under 2009 och 2010 hade vid myndighetskontoret barn och unga, barnpsykologer varit inne som konsulter och bland annat hjälpt till med frågor som rörde barn och föräldrar. Fortbildning hade också getts om hur det är att få ett sjukt eller skadat barn, sorgearbete och krishantering. Handläggarna hade också lyssnat på föreläsningar av föräldrar som hade funktionshindrade barn. Samtliga handläggare (cirka 25 personer) på Sektionen LSS och socialpsykiatri hade gått en utbildning i Motiverande samtal, men denna hade inte haft anhörigfokus. En gång i månaden hade handläggarna handledning och där kunde även frågor som gäller anhöriga behandlas. Personalen på två av korttidshemmen inom affärsområdet "Barn, ungdom & familj" hade fått utbildning om etiskt förhållningssätt och bemötande, men inte specifikt riktat mot anhöriga. Cirka 26 personer deltog. I ett gruppboende deltog fyra boendeassistenter i utbildningen "Att vara anhörig till en funktionshindrad".

*Västerviks kommun* som inte har något formaliserat stöd till anhöriga inom funktionshinderverksamheten hade inte heller haft någon utbildning inom området.

## Individ- och familjeområdet

I de flesta kommuner har det under åren 2009 och 2010 inte genomförts någon utbildning alls om anhörigstöd inom individ- och familjeområdet (Borås,

Hyllie, Södra Innerstaden, Skara, Strängnäs, Uppsala, Västervik). I de fall utbildning förekom är omfattningen liten. Även den allmänna utbildningsnivån gällande anhörigstöd uppgavs generellt sett vara låg.

Personalen inom verksamheterna i *Borås* hade inte någon specifik utbildning i anhörigstöd, men personalen på Hopptornet och Yxhammarsmottagningen hade utbildning i den pedagogiska eller terapeutiska modell som de använde i respektive gruppverksamhet och som riktade sig till anhöriga.

Den utbildning i anhörigstöd som personalen inom IFO i *Härjedalen* i allmänhet hade var Fjärilsutbildning och utbildning till addiktolog. Under åren 2009 och 2010 genomfördes intern anhörigutbildning för en person inom individ- och familjeomsorgen. Alkoholrådgivaren utbildades i gruppverksamhet för stöd till vuxna anhöriga till personer med missbruksproblem.

I *Hässelholms kommun* gick tre personer inom individ- och familjeomsorgen, samordnare samt två behandlingsassistenter, den anhörigstödsutbildning som beskrevs för äldreområdet.

En socialsekreterare i *Hyllie* deltog i en uppstartsdag år 2010. Vad detta innebär är inte preciserat. I Hyllies handlingsplan går det att utläsa att anställda skulle erbjudas utbildning, seminarier och föreläsningar och även delta i en anhörigräddning i Varberg under 2010. Enligt intervjupersonen ägde inte detta rum och det förekom inte heller någon utbildning i anhörigstöd i den egna verksamheten. Detta skulle dock vara högst välkommet. I Södra Innerstaden påpekade en intervjuperson att all personal var socionomutbildad.

Generellt sett var utbildningsnivån avseende anhörigstöd låg inom de verksamheter som organiserades inom IFO/IFAM i *Skara*. Personal hade deltagit i diverse konferenser och anhörigdagar men de svarade att personalen som grupp saknade utbildning i konkret anhörigstöd. Istället hänvisade de till den person som arbetade med anhörigfrågor och angivna utbildningar i samtalsstöd och konflikthantering.

Gällande utbildning i allmänhet uppgavs i *Strängnäs* att personalen hade systemteoretisk utbildning.

Enligt enkätsvaren från tolv enhets/verksamhetschefer inom affärsområde ”Socialpsykiatri & beroende” i *Uppsala* hade personalen inte någon särskild utbildning i anhörigstöd med undantag från någon enstaka föreläsning eller att det kunde ingå i andra utbildningar.

I *Västervik* har det inte heller genomförts några utbildningssatsningar i anhörigstöd. Det förekom dock att anhörigkonsulenten informerade på APT eller liknande.

## 2.16 Budget

- a. Hur stor är budgeten för stödet till anhöriga under 2010?
- b. Hur stor är budgeten för äldre-/funktionshinder-/IFO-området totalt under 2010?

I tabellen nedan framgår hur mycket som budgeterats för de olika områdena för år 2010. Det går inte att göra några jämförelser mellan de olika kommunerna när det gäller medel som är avsatta för anhörigstöd. För en del kommuner har den summa angivits som motsvaras av de statliga stimulansmedlen, för andra kan beräkningarna ha gått till på andra sätt. För en del kommuner kan också gälla att det endast är det specifika anhörigstödet som ingår i summan (exempelvis kostnader för anhörigkonsulenter, anhörigcentra med mera). Det är mindre vanligt att kostnader för anhörigstöd har budgeterats för det som görs inom ordinarie verksamheter, till exempel på äldreboenden. Likaså har det betydelse att en del anhörigstödsarbete inte definieras som detta utan istället kallas för familjearbete eller dylikt, vilket är vanligt inom individ- och familjeområdet. Följaktligen budgeteras då inte heller medel för anhöriga. Det senare gäller även de biståndsbedömda insatser som utgör anhörigstöd, men som inte definieras som detta och som dokumenteras i den närståendes akt.

<b>Tabell 10. Budgeterade medel för stöd till anhöriga, äldreomsorg, funktionshinderverksamheter samt IFO under 2010.</b>				
<b>Kommun/ stadsdel</b>	<b>Budget stöd till anhöriga</b>	<b>Budget äldreomsorg</b>	<b>Budget funktionshinders- verksamhet</b>	<b>Budget IFO</b>
Borås	4 mkr avsatta till projekt Basis för 4 år. <sup>27</sup>	998,6 mkr	433 mkr + 100 mkr från Försäkringskassan för LSS.	Uppgift saknas.
Härjedalen	Finns inte specifik budget	163 mkr	46 552 tkr	18,5 mkr
Hässleholm	Finns inte specifik budget	455 mkr	169 mkr	124,8 mkr
Hyllie	450 tkr	483 087 tkr (gemensamt vård och omsorg)		76 553 tkr (exkl. ekonomiskt bistånd)
Södra Innerstaden	0	215 112 tkr (gemensamt vård och omsorg)		125 816 tkr (exkl. ekonomiskt bistånd)
Skara	1.410 000 (endast äldreomsorgen)	185 249 tkr	60 893 tkr	89 769 tkr
Strängnäs	600.000 kr Anhörigcentrums verksamhet	248 514 tkr	131 000 tkr	89 769 tkr
Uppsala	9. 411 tkr <sup>28</sup>	1 722 mkr	1 082 mkr + unga med funktionsnedsätt	783 565 tkr
Västervik	700.000 kr till Anhörigcentrums verksamhet (äldre). Stimulansmedel	366 700 tkr		

<sup>27</sup> Projekt Basis budget är 4 milj. kronor åren 2009-12: lönekostnader för projektledare/anhörigkonsulenter, hälsofrämjande aktiviteter för samtliga målgrupper.

<sup>28</sup> Insatser utan biståndsbeslut: anhörigkonsulenter, demensvårdsutvecklare, Anhörigcentrum, Träffpunkter och frivilligsamordning, syn- och hörselinstruktörer samt badassistans. Samtliga målgrupper.

### 3. Resultat av fokusgruppsintervjuer

Med syftet att stämma av resultaten av kartläggningarna och för att diskutera hur väl kommunens anhörigstöd fungerar, genomfördes efter färdigställd kartläggning fokusgruppsintervjuer i alla kommuner/stadsdelar och för samtliga verksamhetsområden. I de flesta fall inleddes gruppsamtalet med att kartläggningen presenterades. Frågeställningarna som sedan diskuterades var:

- Stämmer bilden/kartläggningen?
- Hur fungerar anhörigstödet?
  - Vad fungerar bra? Beskriv!
  - Vad fungerar mindre bra? Beskriv!
  - Finns det några utvecklingsbehov? Vilka?

Samtalen spelades in på band och transkriberades. Tanken var att varje fokusgrupp skulle bestå av personal, beslutsfattare och personer från ideella sektorn.

Vissa variationer förekommer i genomförandet av fokusgruppsintervjuerna i de olika kommunerna/stadsdelarna. I *Härjedalen* genomfördes en gemensam fokusgruppsintervju för alla tre verksamhetsområden. Företrädare från kommunen hade önskat detta eftersom anhörigstödet behövde utvecklas i samverkan inom socialtjänsten. Fokusgruppsdiskussionen skulle vara ett bra tillfälle att diskutera detta. En annan anledning var att de tre verksamhetsområdena lydde under samma nämnd och med en gemensam socialchef. Flera deltagare skulle därför ha behövt delta i alla tre fokusgruppsintervjuerna. Inför träffen hade deltagarna uppmanats att ta del av sammanställningen av kartläggningen från den egna verksamheten. Deltagarna delades in i tre grupper som inledningsvis gick igenom sammanställningen för respektive verksamhetsområde. Samtliga deltagare fick sedan individuellt fundera på fokusgruppsintervjuns frågeställningar, skriva upp sina svar på post-it lappar och klistra upp svaren på den egna gruppens blädderblad. De svar som framkom diskuterades av respektive grupp och resultaten presenterades slutligen för övriga grupper.

I *Malmö* var det för flera av områdena svårt att få ihop fokusgruppsintervjudeltagare. Enskilda intervjuer genomfördes som komplement i kartläggningen, men de analyseras ej som fokusgrupper i detta sammanhang. Detta gäller funktionshinderområdet i Hyllie och Sociala resursförvaltningen samt individ- och familjeområdet i Hyllie och Södra Innerstaden. I *Hyllie* genomfördes för äldreområdet två fokusgruppsintervjuer. I de fokusgruppsintervjuer som genomfördes utgick samtalen från samma frågeställningar som i enkäten det vill säga inte de tre specifika frågeställningarna för fokusgrupperna.

I *Skara* arrangerades fokusgruppsintervjuerna i tre grupper med personal från IFO/IFAM, handikappomsorgen respektive äldreomsorgen. Grupperna leddes av tre intervjuare per grupp. Den frågeställning som diskuterades i samtliga grupper var: Vad är viktigt för Dig för att anhörigstödet skall fungera inom din verksamhet? Denna gemensamma fråga bedömdes vara så pass generell att den omfattade alla de frågeställningar som enligt projektplanen skulle avhandlas i fokusgruppsintervjuerna. Alla deltagare fick först besvara den gemensamma frågan enskilt genom att skriva ner alla de faktorer/områden de ansåg vara viktigast för att anhörigstödet skulle fungera. Svaren samlades in, sammanställdes och presenterades för gruppen. Därefter fick deltagarna vika de olika områdena utifrån hur betydelsefulla de var för anhörigstödet funktion. De ombads sedan betygsätta faktorerna utifrån hur väl de upplevde att anhörigstödet fungerade i verksamheten i dagsläget. Svaren mynnade sedan ut i en bild som visar dels vilka områden deltagarna ansåg vara mest betydelsefulla för anhörigstödet samt hur anhörigstödet och de faktorer man belyst fungerade i verksamheten. Samtalen spelades inte in.

I *Västervik* följde fokusgruppsintervjuerna inte de tre frågeställningarna och fokusgruppen inom individ- och familjeområdet utgjordes endast av personal från en verksamhet varför detta gruppsamtal inte redovisas i detta sammanhang.

I det följande presenteras resultaten från fokusgruppsintervjuerna uppdelade på de tre verksamhetsområdena. För varje område redovisas en sammanfattning av svaren på frågeställningarna om vad som fungerade bra, vad som fungerade mindre bra och vilka utvecklingsbehov som fanns vid tiden för intervjuerna.

### 3.1 Äldreområdet

Deltagarna i fokusgruppsintervjuerna inom äldreområdet framgår av nedanstående tabell.

<b>Tabell 11. Deltagare i fokusgruppsintervjuer inom äldreområdet</b>	
Borås	Politiker, enhetschef, biståndshandläggare, verksamhetsutvecklare, sjuksköterska, anhörigstödare, omvårdnadspersonal, representanter från Afasiföreningen, Röda korset, diakon Svenska kyrkan och två representanter FoU Sjuhärad Valfärd varav en ledde samtalet och den andra personen förde anteckningar. Sammanlagt 10 personer (exkl. ledare).
Härjedalen	Representanter från Svenska Kyrkan och Röda Korset (n=2), socialnämndens ordförande och socialchef, avdelningschef, enhetschef och anhörigkonsulent från äldreomsorgen, avdelnings- och enhetschef samt LSS-handläggare från funktionshinderverksamheten, avdelningschef, personal från beroendeenheten från individ- och familjeomsorgen samt representanter från avdelningen Arbete och aktivitet (n=2). Sammanlagt 14 personer.
Hässleholm	Representanter från Demensföreningen, undersköterskor, biståndshandläggare, enhetschefer, en politiker och anhörigkonsulent. Sammanlagt 13 personer.
Hyllie	Demenssköterska, stadsdelspolitiker, volontär från Röda Korset, undersköterska på vårdboende och biståndshandläggare inom SoL. Sammanlagt 5 personer. <sup>29</sup>
Södra Innerstaden	Demenssjuksköterska, sektionschef demensboende, anhörigsamordnare, biståndshandläggare och sektionschef inom hemtjänst. Sammanlagt 5 personer.
Skara	Politiker från omsorgsnämnden, representant kyrkorna, representant från SPF, enhetschef, sjuksköterska, undersköterskor och vårdpersonal. Sammanlagt 9 personer.
Strängnäs	Politiker, enhetschef, biståndshandläggare, personal, anhörigkonsulent, två personer från ideella sektorn och anhörig Sammanlagt 8 personer.
Uppsala	Anhörigkonsulent, affärsområdeschef "Boende äldre", personal på växelvårdsboende (n=2), verksamhetssamordnare Anhörigcentrum, projektledare och chef Anhörigcentrum, biståndshandläggare Äldrekontoret och uppdragsstrateg Äldrekontoret. Sammanlagt 8 personer.
Västervik	Representant från Röda Korset, Demensföreningen, De Handikappades Riksförbund samt Pensionärernas Riksorganisation, enhetschef anhörigstöd, anhörigkonsulent, personal från dagverksamhet, enhetschef handläggare och äldrehandläggare och politiker från socialnämnden. Sammanlagt 12 personer.

## Vad fungerade bra när det gäller stödet till anhöriga inom äldreområdet?

Resultatredovisningen inleds med en presentation av de aspekter av anhörigstödet som de olika fokusgrupperna framförde som positiva.<sup>30</sup>

### En positiv utveckling

I flera av kommunerna konstaterades med glädje och stolthet att utvecklingen av stödet till anhöriga hade kommit en bra bit på väg och att mycket hade hänt under de senare åren (Borås, Hässleholm, Uppsala, Västervik).

<sup>29</sup> Två fokusgruppsintervjuer genomfördes med sammanlagt fem deltagare.

<sup>30</sup> Det skall påpekas i samband med hela redovisningen av fokusgruppsintervjuerna att de kommuner som lyfts fram med goda respektive mindre goda exempel inte nödvändigtvis är ensamma om detta. Fenomenen kan förekomma även i andra kommuner, men har där inte tagits upp till diskussion i grupperna.

*Men det jag tänkte på speciellt när du läste var att det är ju precis så här vi arbetar. Det är ju jättebra att se att det som vi tänkte oss när vi skrev det här är ju faktiskt som det har blivit. (Hässleholm)*

I *Borås* fungerade anhörigstödet bra utifrån de kommunövergripande riktlinjer som arbetats fram och i *Hässleholm* var inställningen att kommunen var på rätt väg. En chef i *Uppsala* som var med från början när anhörigstödet i kommunen började utvecklas, men som sedan varit borta från verksamheten ett tag, men nu återvänt sade att utvecklingen hade varit jätterolig. Det som från början var idéer och bedrevs i mindre projekt hade blivit permanentad verksamhet som fungerade bra. De statliga satsningarna har varit välkomna och det faktum att de har kommit successivt, i omgångar, har hjälpt till att bygga upp verksamheten stegvis. Tillkomsten av ett Anhörigcenter i *Västervik* gjorde att anhörigstödet uppmärksammades på bredare front i kommunen.

### Organisationens betydelse

I diskussionen i *Borås* lyftes frågan om organisationens betydelse för utvecklingen av ett gott anhörigstöd. Projekt BASIS ansvarade för utvecklingen av anhörigstödet i *Borås* Stad och deras uppdrag var att arbeta övergripande med översyn och strategier för ett välfungerande anhörigstöd samt att utforma riktlinjer för anhörigstödet. Målet var att utveckla ett långsiktigt och hållbart anhörigstöd för målgrupperna. Detta betyder att anhöriga i framtiden skall erbjudas ett liknande stöd i alla stadsdelarna. Det var enligt fokusgruppsintervjudeltagarna viktigt att alla anhöriga skall ha tillgång till samma stöd och att det finns anhörigstödjare i alla kommundelar.

En förutsättning för att anhörigstödet skall fungera är att verksamheten har chefernas stöd och att tid ges för att uppmärksamma anhöriga. I *Hässleholm* fanns metodpärmar ute i verksamheterna som uppdaterades och gick igenom regelbundet för att på så sätt hålla arbetet levande.

### Välfungerande verksamheter

I de olika grupperna gavs exempel på välfungerande enskilda verksamheter. Anhöriggrupper/nätverkscirklar lyftes särskilt fram i *Borås*, *Skara* och *Strängnäs*. Anhöriggrupper ansågs viktiga eftersom anhöriga där kan dela erfarenheter, information och vägledning med varandra och känna igen sig i varandras berättelser och känslor. I anhöriggrupper kan också existentiella frågor tas upp och ett resultat kan bli att anhöriga inte känner sig ensamma i sin situation. Det finns exempel på anhöriggrupper som har träffats i över tio år. En del grupper drevs som självhjälpgrupper där någon från anhörigstödsverksamheten var med och startade upp och var behjälplig tills dess att gruppen kommit igång och klarade sig själv. Även på de kommunala träffpunkterna hade människor möjlighet att träffa andra i samma situation och samtala över



en kopp kaffe. Detta var en verksamhet som ansågs fungera bra i *Borås* kommundelar och motsvarande gällde anhörigkaféerna i *Härjedalen*. Andra sammanhang där anhöriga hade tillfälle att träffa andra i likartad situation samt att få information var de anhörigträffar som ordnades av Anhörigcentrum i *Strängnäs* och i andra verksamheter. Viktigt var enligt en gruppdeltagare att dessa träffar genomfördes i lättsamma former. I *Hässelholm* genomfördes även anhörigträffar i hemtjänsten:

*Då får de se vilka som jobbar i hemtjänsten och träffa andra i samma situation. Det kan ju också vara en upplevelse för att få helhet.*

Vikten av att ha tillgång till ett Anhörigcentrum och värdet av verksamheterna som pågår där betonades från flera håll (*Strängnäs*, *Uppsala*, *Västervik*). Personal som brinner för anhörigfrågor och som är erfarna uppskattades. På ett anhörigcentrum kan resurser mobiliseras och där kan många aktiviteter och utveckling äga rum. Anhörigcentrum skapar även en viss trygghet i och med att anhöriga vet att det finns stöd att få om det behövs. En fördel är om anhöriga inte behöver hålla reda på många kontaktvägar och telefonnummer, om telefonnumret till Anhörigcentrum kan vara ”vägen in” för medborgarna.

*Jag känner att jag sträcker på mig när jag säger det. För man hör många anhöriga som säger att det är så mycket namn, det är så många ställen. Är det landstinget eller är det kommunen, vart ska jag vända mig? Väldigt mycket av de frågor som de som hör av sig till oss (Anhörigcentrum) med, blir besvarade i den första kontakten. Då blir man nöjd med det man får. (Uppsala)*

Exempel på avlösningsmöjligheter som fungerade mycket bra gavs också i gruppdiskussionerna. Dagverksamheten på två orter i *Härjedalen* och den avgiftsfria avlösningen på upp till 24 timmar per månad i *Uppsala* var exempel på detta. När det gäller den sist nämnda var det lätt för anhöriga att få tillgång till servicen, det behövdes inte något biståndsbeslut och det var samma avlösare hela tiden i familjerna. De anhöriga var nöjda. När det gäller avlösning så är det viktigt enligt fokusgruppen i *Hässelholm* att personalen även ges möjlighet att ha kontakt med både brukare och anhöriga även när de inte är inne på avlösning för att få reda på vad de vill ha ut av insatsen.

Arbetet med att kontinuerligt och systematiskt göra behovsinventeringar hade givit positiva resultat i *Uppsala*.

### Viktiga funktioner

Inte bara specifika verksamheter utan även enskilda funktioner eller personer lyftes upp i en del av samtalen. Dementia teamet i *Borås Stad* och demenssjuksköterskan i *Västervik* nämndes som exempel på viktiga stödfunktioner med spetskompetens. Dementia teamet hade även startat anhörigträffar, där ett tema

var ”att lämna”, vilket hade varit mycket uppskattat av de anhöriga som deltagit.

Anhörigkonsulenterna i *Härjedalen* ansågs arbeta aktivt med anhörigstödet, skapa goda relationer till de anhöriga, ha god lokalkännedom och hade dessutom ett gott förtroende i förvaltningen. Anhörigkonsulenterna i *Hässleholm*, men även politikerna där fick lovord för sitt engagemang och intresse.

*De brinner för frågan och det smittar av sig till oss. Vi känner oss sedda och att vi gör ett bra jobb. Enhetscheferna är med på banan till 100 procent. (Hässleholm)*

I samma kommun lyftes även Anhörigrådet fram som en mycket viktig del i arbetet med anhörigstöd. I anhörigrådet satt också politiker med.

Att den eller de personer som arbetar med anhörigstöd är engagerade bedömdes av gruppen i *Skara* som mycket väsentligt för ett fungerande anhörigstöd. Detta fungerade utmärkt i kommunen vid tiden för intervjun.

### Samverkan med andra organisationer

I två av kommunerna framfördes exempel på samverkan med andra organisationer som något som fungerade bra. Svenska kyrkan i *Borås* erbjöd gruppsamtal för anhöriga efter ett dödsfall. De anhöriga bjöds in via ett personligt brev ett halvår efter dödsfallet. De som nåddes av inbjudan var de som hade haft en begravning inom svenska kyrkans ordning. En grupp/år brukade vara riktad till yngre anhöriga. Röda korset hade en samtalsgrupp som gick under benämningen Livslust. De träffades varannan vecka under ledning av en medlem i Röda korset och gav efterlevandestöd i grupp.

I *Härjedalen* fungerade samarbetet med primärvården, strokeavdelningen och Remonthagen (Landstingets centrum för rehabilitering i Östersund) bra liksom samarbetet med Svenska kyrkan och Röda korset.

### Genomförda utbildningar

Den utbildning som Silviasystrarna genomfört med all vårdpersonal i *Härjedalen* lyftes fram som väldigt positiv. Alla var också överens om att utbildningsinsatsningen i *Hässleholm* varit mycket bra och att så många olika personalkategorier och politiker genomgått den.

*När jag gick utbildningen så sa jag ”det får inte bli något flum” Och det blev det verkligen inte, den var väldigt konkret och mycket bra. (Hässleholm)*

### Anhörigfokus

I *Hässleholm* återkom som en röd tråd tanken på att ett anhörigfokus skall genomsyra alla verksamheter och att detta är något som kommunen har kommit en bra bit på väg med.

*Det är ju precis som vi sa att det skall genomsyra allt även om man inte är anhörigombud. Det känns så naturligt nu när någon anhörig kommer in på avdelningen. Det är ju så naturligt. Vi har fått anhörigglassögon.*

Det rapporterades att anhöriga sågs som en positiv resurs i omvårdnadsarbetet och att förståelsen för anhörigas situation inom växelvård och avlösning hade blivit mycket bättre. När något problem uppstod i kontakten med anhöriga så samlades man hemma hos brukaren och diskuterade det uppkomna problemet. Oftast blev bilden då annorlunda och man kunde komma fram till en bra lösning. I de fall någon personal tyckte att det var en ”jobbige” anhörig så försökte man ändra synsättet genom att föreslå att ”du kanske kan tänka så här i stället”.

*Det känns naturligt att man pratar med sin arbetskamrat på ett smidigt sätt. Man skall inte komma med pekpinningar utan få personen att se saken på ett annat sätt. Det är viktigt att se den anhörige som en resurs inte en fiende. (Hässlholm)*

Ett annat exempel på förbättrat anhörigfokus gavs från *Strängnäs* där personal, enhetschefer och biståndshandläggare fick beröm för att de lyssnade när anhöriga ringde och att de tog till sig av anhörigas synpunkter. Enkäten ”säg vad du tycker” var något som också ansågs bra och den kom till användning allt mer. Deltagarna ansåg att fördelen med dessa enkäter var att de gick raka vägen upp till kommunledningen som fick ta del av synpunkterna. Det var ett sätt att göra anhörigas röster hörda och så registrerades det på socialkontoret. Allt som registreras måste åtgärdas.

Att erbjuda anhöriga flexibla, kanske okonventionella lösningar på problem utifrån enskilda anhörigas situation är också exempel på ett uttalat anhörigfokus. I *Uppsala* erbjöd till exempel dagverksamheter möjlighet till övernattningsrum och på en växelvårdsenhet organiserades arbetet om för att passa anhöriga bättre. Tidigare hade exempelvis kontaktmännen ansvar för och var knutna till specifika rum på avdelningen. De knöts sedan till specifika personer/boenden vilket medförde att de boende fick samma kontaktperson vid de olika vårdtillfällena.

### **Tillgång till information**

Information är inte alltid ett enkelt kapitel, men i *Skara* ansåg fokusgruppen att det fanns god tillgång till information om vilket anhörigstöd som var tillgängligt och vart anhöriga kunde vända sig i olika frågor. I *Södra Innerstaden* gavs exempel från verksamheter inom äldreomsorgen där anhöriga varje kvartal fick nyhetsbrev om framtida utflykter, personalbyten et cetera.

## Vad fungerade mindre bra när det gäller stödet till anhöriga inom äldreområdet? Tänkbara utvecklingsområden.

Eftersom diskussionerna gällande brister inom anhörigstödet och samtalen om utvecklingsbehov hänger samman, presenteras de här under samma rubrik.

### Organisationens betydelse

Förutsättning för ett gott arbete är en väl fungerande organisation. Detta gäller samtliga led, från beslutsfattare till utförare av insatser. I *Västervik* framfördes ståndpunkten att det saknades politiskt stöd och politiska riktlinjer för hur anhörigstödet skulle hanteras och förbättras. Bevakningen av att de ekonomiska resurserna för anhörigstödet verkligen kommer anhörigstödet till del måste också fungera. Det fanns en oro bland omvårdnadspersonalen i *Hässleholm* om att det inte kommer att finnas pengar kvar för att ”underhålla” kunskapen när de öronmärkta pengarna tar slut.

*Låt det inte bli en dagslända. Det är ett för viktigt arbete för det. Man måste få påfyllning annars stagnerar man och det är lätt att man går på i samma fotspår. Motorn måste få bensin. (Hässleholm)*

Explicita värdegrunder, etiska koder et cetera fanns i samtliga kommuner, men endast i ett fåtal fall hade de brutits ner och omformats till att specifikt gälla anhörigstödet. Detta efterlystes i *Hyllies* gruppdiskussion.

I *Uppsala* var ett organisatoriskt problem under år 2010 att Anhörigcentrums verksamhet var förlagd i två affärsområden och under tre enhets/verksamhetschefer. Det interna samarbetet blev ibland komplicerat. En annan förändring som gällde 2010 var att antalet anhörigkonsulenter som arbetade gentemot anhöriga till äldre personer blev färre. För dessa anhörigkonsulenter hade det blivit mer arbete och framför allt hade uppföljningar fått släpa efter. Resurserna riktade till anhöriga till yngre personer hade istället ökat. I Anhörigcentrums uppdrag ingick inte anhöriga till personer boende på särskilt boende. Det fördes i fokusgruppen fram synpunkter på att detta borde förändras.

I *Borås* hade anhörigstödarna ibland svårt att ta sig ifrån det ordinarie arbetet, för att arbeta med renodlat anhörigstöd. Hemtjänstgrupperna var stora och vikariepoolen innehöll många personer, vilket medförde att det var omöjligt att hålla kontinuiteten i hemmen. Det borde, enligt fokusgruppen, finnas en speciell arbetsgrupp eller team av personal i varje stadsdel som arbetar med avlösning i hemmet, så att anhöriga möter samma personer över tid. Samma team skulle även kunna utföra hemtjänstinsatser som biståndsbedömt anhörigstöd, för att öka kontinuiteten och bidra till trygghet för anhöriga och de närstående.

Att anhängstödet såg olika ut på olika ställen inom kommunen framfördes som ett problem i *Hässleholm* och i *Härjedalen* var anhängstödet enligt framförda synpunkter i fokusgruppsdiskussionen inte tillräckligt flexibelt ifråga om tider och stödformer. Det saknades personal och det var brist på anhängsgrupper. Något som gruppen i *Strängnäs* tyckte var bekymmersamt var att det fanns många verksamheter som inte hade ett utvecklat anhängstöd eftersom personalen på Anhängscentrum inte räckte till för alla. Ett annat problem var Anhängscentrums öppettider som inte passade yrkesarbetande. Dessutom fanns Anhängscentrum bara i tätorten och det var inte alla anhänga som kunde ta sig dit.

Ett par kategorier anhänga som lyftes fram och som har specifika situationer är anhänga som har en ung närstående med demenssjukdom och anhänga som förvärvsarbetar. Dessa anhänga måste ha möjlighet att sköta sitt arbete för att inte familjens ekonomi skall raseras och stödet till dem måste ses över (*Strängnäs*).

### Att nå ut med information och stöd

Det är en strävan inom mycket av anhängstödsarbetet att nå ut till anhänga i ett tidigt skede, men svårigheter med detta påpekades i samtliga kommuner. Det fanns problem med information, såväl internt som externt.

Framförallt påtalades svårigheter med att nå ut med information om anhängstöd till allmänheten och till enskilda anhänga om att de har möjlighet att söka stöd för egen del. Orsaker till problemen att nå ut som nämndes var att anhängstöd är ett relativt nytt begrepp, att många anhänga inte identifierar sig som anhäng och därmed inte heller söker stöd, att stödet kostade pengar och att det är svårt att begära hjälp eftersom vi vill klara vardagen själva även om en närstående blivit sjuk. Lösningar på problemen kan vara uppsökande verksamhet som berör stora målgrupper, till exempel att ge sig ut till pensionsorganisationer och ge tydlig information om anhängstödet (*Hyllie, Västervik*), mer förebyggande arbete och ytterligare marknadsföring där det inte bara gäller att dela ut broschyrer utan att även erbjuda muntlig kontakt (*Hässleholm*) och/eller en större flexibilitet från personalens sida när det gäller att arbeta över gränserna för att fånga upp de anhänga som vårdar sina närstående ”i det tysta” (*Borås*). Alla som möter anhänga i sitt arbete skall kunna berätta att det finns ett Anhängscentrum och hur man kan få kontakt, det skall ingå i arbetet. Krångligare än så behöver det inte vara enligt gruppdiskussionen i *Uppsala*. Även de olika föreningarna har ett ansvar för det uppsökande arbetet enligt diskussionen i *Strängnäs*. Ett problem var dock att kommunen på grund av sekretess inte kunde lämna ut namn på personer som föreningen skulle kunna kontakta.

Ingången till det kommunala systemet menade gruppen i *Strängnäs* var svår att hitta och ibland kunde det vara i det närmaste hopplöst för anhänga att

veta vem de skulle vända sig till när de behövde hjälp. De blev ofta kringluslade mellan olika enheter innan de så småningom fick tag i rätt person. Även informationen om anhörigstöd på kommunens hemsida skulle kunna förbättras. De som arbetade i kommunen uppgav att de ofta fick frågor som de inte kunde besvara och att de saknade en samordnare som skulle kunna lotsa människor vidare dit där de skulle få den hjälp de behöver. Det här var enligt gruppen störst problem för dem som vårdade sina anhöriga hemma.

*Att slussas runt är svårast för de som har sin närstående hemma, de som är på boende, där finns ju allt, sjukgymnast, arbetsterapeut o.s.v. då får man ju direkt den hjälp som behövs. (Strängnäs)*

I *Södra Innerstaden* framkom under en gruppintervju att personal inom ordinärt boende inte var nöjda med de informationsvägar som fanns. Information skickades ut till chefer som skulle vidarebefordra den till sin personal, som i sin tur skulle vidarebefordra den till brukarna, men detta fungerade inte. Ett regelbundet utskick med information direkt från personalen var ett förslag på förbättring. Ett annat förslag som framfördes var att utforma mer utvecklad information som rörde den enskilde, ”kvartssamtal” skulle kunna vara en lösning.

*Anhöriga är inte intresserade av oss som organisation, utan de är intresserade av de enskilda insatserna. (Södra Innerstaden)*

En bättre fungerande samverkan mellan avdelningarna i den egna organisationen efterlystes också i *Härjedalen* och i *Skara*. I *Hälsleholm* framfördes ”samsyn inom kommunen” som ett utvecklingsbehov.

Det återstod alltså en del att göra när det gällde att nå ut med information om anhörigstöd i den egna kommunala verksamheten och till andra näraliggande organisationer. I fokusgruppen i *Borås* påtalades att sjuksköterskorna inom hemsjukvården hade en okunskap om vilket stöd kommunen kunde ge eftersom det var biståndshandläggare som erbjöd och beslutade. Sjuksköterskorna arbetade ofta i familjer där det fanns anhöriga som gav omsorg, men de fick sällan ta del av vilka insatser som beviljats, om de inte direkt frågade. Sjuksköterskorna gav både emotionellt och praktiskt stöd både till den sjuka äldre personen och till den anhörige. De önskade ett bättre samarbete med biståndshandläggarna för att kunna erbjuda och initiera olika stödformer i familjer de besöker. Detta gällde också efterlevandestöd där den enskilda sjuksköterskan kunde se ett behov av fortsatt anhörigstöd efter ett dödsfall, men där kontakten med hemsjukvården hade avslutats.

Anhöriga drabbas inte sällan av ohälsa och besöker ofta vårdcentralens läkare och sjuksköterskor för egen eller den närståendes del. Att få information om anhörigstöd via primärvården och sjukhusen upplevdes vara mycket svårt av gruppdeltagarna i *Skara*. Gruppen saknade också ett särskilt telefonnum-

mer dit anhöriga skulle kunna ringa för att lotsas vidare till den hjälp de behöver. I *Hässleholm* rapporterades från fokusgruppen att samverkan med Vårdcentralen gick trögt, samverkan med regionen borde utvecklas, och i *Strängnäs* och *Uppsala* lyftes sjuksköterskors och läkares viktiga roller fram:

*Egentligen skulle det lanseras redan av läkaren; det här är något som kommer att bli ett behov för dig som anhörig”. (Strängnäs)*

Anhöriga med utländsk härkomst nåddes enligt fokusgruppen i *Borås* i mindre utsträckning av anhörigstödet. Även hemsjukvården hade svårigheter att nå ut till invandrare. Inom en kommundel fanns en öppen mötesplats för invandrarkvinnor och dit kom cirka 30 kvinnor i varierande åldrar varje vecka. Dessa kvinnor hade kanske föräldrar eller vänner som kunde behöva stöd från kommunen. Gruppen ansåg det vara viktigt att personal på dessa mötesplatser skulle vara väl förtrogna med den kommunala verksamheten och att de skulle kunna ge information om olika stödformer. Broschyren om anhörigstöd var översatt till flera språk, och den borde finnas lätt tillgänglig på olika platser i de kommunala verksamheterna. Det var enligt gruppen en brist att broschyren inte fanns på olika språk på *Borås Stads* hemsida.

### Anhörigfokus och bemötande

I olika sammanhang framfördes i gruppdiskussionerna exempel på brister i bemötande gentemot anhöriga och svårigheter att se verksamheter utifrån anhörigas perspektiv. Under diskussionens gång kom deltagarna i *Hyllie* fram till att anhöriga inte sågs som en egen målgrupp och att det var svårt att definiera vilka insatser som riktade sig till dem. I samtalet var det svårt för deltagarna att behandla frågorna ur anhörigas perspektiv.

I *Härjedalen* framfördes att bristande förståelse för och kunskap om anhörigas situation bland personal ledde till brister i bemötandet. Det kunde också förekomma svårigheter att ta emot synpunkter från anhöriga på ett ödmjukt sätt. Ett utvecklingsbehov som framfördes i *Hässleholm* var att se anhöriga som resurs, ej ”hot”. I *Borås* framkom att anhörigas situation och behov sällan beaktades vid vårdplaneringar och önskemål framfördes om att personal måste ansvara för att bygga en relation med de anhöriga för att motivera och stötta dem att ta emot stöd. Även i *Uppsala* betonades vikten av att det i vårdplaneringar skulle finnas större utrymme för frågan om hur anhöriga hanterar det hela. Bryggan mellan Akademiska sjukhuset och anhörigstödet skulle kunna förbättras. Till exempel genom att kommunens vårdplaneringsteam på Akademiska sjukhuset lämnar över en broschyr om kommunens anhörigstöd. Ett större anhörigfokus skulle också kunna utvecklas generellt inom vård och omsorg. Det räcker inte att säga att anhöriga är viktiga, det måste synas i handling. På ett boende i *Uppsala* hade de haft utbildning i anhörigfrågor och

personalen hade efter detta startat anhöriggrupper. Detta skulle kunna utvecklas på fler ställen.

I hemtjänsten i *Södra Innerstaden* hade personalen enligt gruppdiskussionen inte några möjligheter att erbjuda anhöriga stöd. Personalen konstaterade och bekräftade att den anhörige kunde ha en svår situation:

*Ja, vad kan jag göra? Jag kan bara säga jag förstår att du har det jättejobbigt. Mer än det stödet kan jag inte ge.*

Erfarenheter från Anhörigcentrum i *Strängnäs* visar att anhöriga till äldre personer inte gärna ville klaga eller vara till besvär. De kunde framföra synpunkter till personal på Anhörigcentrum, men hade inte gjort det till berörd verksamhet. Det är därför viktigt att anhöriga har möjlighet att lämna synpunkter anonymt till respektive verksamhet.

Att ansöka om färdtjänst för sin närstående kan vara krångligt och anhöriga i *Västervik* kunde avstå dagverksamhet som avlösning av den anledningen. Även färdtjänstadministrationen borde utveckla ett anhörigfokus.

## Utvecklingsbehov i form av enskilda verksamheter och funktioner

I fokusgruppen i *Borås* framkom att stöd till anhöriga behövde utvecklas specifikt vid övergångar mellan olika vårdformer eller stadier i en sjukdomsprocess exempelvis då den närstående flyttar från hemmet till ett särskilt boende. Att ta beslut om att låta den närstående flytta in på ett särskilt boende kan vara tungt för den anhörige. Ett annat exempel var när närstående kommer hem från sjukhusvård och fortfarande behöver omfattande vård. Biståndshandläggarna bör då kunna göra akuta hembesök, för att snabbt sätta in insatser och även uppmärksamma anhörigas behov av stöd.

En annan förändring i anhörigskapet inträder då den närstående avlider. I *Borås Stad* fanns inte något strukturerat efterlevandestöd för anhöriga, vilket deltagarna i fokusgruppen beklagade. I *Hyllie* fanns några former av efterlevandestöd, men dessa nåddes endast av anhöriga som tidigare haft kontakt med anhöriggrupp eller annan stödverksamhet.

Om personal inom ordinarie vård- och omsorgsverksamheter skulle vara medvetna om att det kan vara ett stöd för anhöriga med välkomst- och avslutningssamtal, skulle fler chefer ange att de bedriver anhörigstöd och samtalsformerna skulle kanske också utvecklas till att bli än mer fokuserade på anhöriga och anhörigas situation. Medvetenheten om anhörigas betydelse skulle enligt diskussionen i *Uppsala* på så sätt också kunna öka. Anhöriga efterfrågade också enligt gruppdiskussionen enskilda samtal i anslutning till avlösning, flytt till boende och liknande tillfällen.



När det gäller avlösungsverksamhet så framkom i fokusgruppsdiskussionerna flera förslag på förbättringar. En anhörig i *Västervik* framförde önskemålet att överhuvudtaget få tillgång till avlösning:

*Få en dag precis för sig själv, ifrån morgon till kväll. Men det är ju att önska lite för mycket enligt min generation. Men visst skulle det vara härligt. (Västervik)*

Utvecklingsbehov som framfördes var en ökad flexibilitet gällande tid och form (Härjedalen, Uppsala, Västervik), nya, enkla metoder för avlösning (Södra Innerstaden), direkt tillgång till avlösning, kontinuitet bland personalen som avlöser och avlösarservice på natten (Västervik) samt besök på boendet innan starten, samtal med samordnaren på växelvården för villrådiga anhöriga, studiebesök tillsammans med anhörigkonsulent, möjlighet för par att vistas på korttidsboende tillsammans, ej biståndsbedömning för växelvård samt korttidsboende/ växelvård med olika inriktningar (Uppsala).

När det gäller övriga utvecklingsbehov så talade gruppen i *Strängnäs* om problemet med att utveckla ett individuellt stöd eftersom alla människor inte trivs med att prata i grupp eller med att delta i föreningslivet. Att utveckla det individuella stödet är viktigt eftersom det finns en fara i att anhöriga isolerar sig. I *Härjedalen* efterlystes fler anhöriggrupper och i *Västervik* önskades anhöriggrupper för andra grupper än anhöriga till personer med demenssjukdomar och stroke.

En stor del av de statliga stimulansmedlen som utgått till kommunerna har stipulerat att utvecklingen av anhörigstöd skulle ske i samverkan med frivilliga och ideella organisationer. Eftersom kommunen idag har det juridiska ansvaret för att erbjuda stöd till anhöriga är frågan vilken roll övriga organisationer kan ha. I *Hyllie* framfördes standpunkten att kommunen inom kort måste ta över Röda Korsets anhörigstödsverksamhet. Ett problem som förekom inom frivilligorganisationer var att de saknade frivilliga.

Det fanns utvecklingsbehov även gällande de mer administrativa aspekterna av anhörigstödet. Frågor gällande dokumentation och statistik behandlades i flera fokusgrupper. I *Hässleholm* fastslogs att detta behövde utvecklas. I *Hyllie* lyftes dilemmat fram att vissa yrkesgrupper hade dokumentationsplikt och andra inte. Det rådde också okunskap om vilka slags samtal som skulle dokumenteras. Stöd till anhöriga dokumenterades ibland via daganteckningar. I *Uppsala* framfördes behovet av att utveckla statistiken över Anhörigcentrums verksamheter och vem som nåddes av aktiviteterna.

## Utbildningsbehov

Deltagarna i fokusgruppen i *Borås* uttryckte enhälligt att personalen behövde både utbildning och handledning för att kunna utveckla arbetet med anhöriga, både i hemmen och på särskilt boende. Anhörigstödarna, som besitter erfa-

renheter i anhörigstödande arbete, skulle kunna ge stöd till personalen ute i verksamheterna kring hur de skulle kunna utveckla det vardagliga stödet. Utbildning i stöd till anhöriga efterlystes också i *Hyllie*. En allmän upplevelse som rapporterades var att man ”fått den nya lagen i knäet, man får läsa innan-till och hoppas att det blir bra”. Ett förslag till utbildning som framkom var att ge all personal utrymme att sitta tillsammans i grupper och reflektera över lagen och dess konsekvenser.

Anhöriga kan erbjudas utbildning som stöd. En erfarenhet från *Södra Innerstaden* var att föreläsningar måste bli mer ”riktade” om anhöriga skall känna sig berörda och därmed komma.

### 3.2 Funktionshinderområdet

Deltagarna i fokusgruppsintervjuerna inom funktionshinderområdet framgår av nedanstående tabell.

<b>Tabell 12. Deltagare i fokusgruppsintervjuer inom funktionshinderområdet</b>	
Borås	Projektledare BASIS, LSS-handläggare, enhetschefer från verksamheterna gruppboende, anhörigvårdare samt anhörigstöd, habiliteringspersonal och anhörigstödjare, socionom från Barnhabiliteringen, representanter från Hjämkraft och Föräldrådet FSDB Föreningen Sveriges Dövblinda samt en representant från FoU Sjuhärad Vålfärd. Sammanlagt 9 personer.
Härjedalen	Representanter från Svenska Kyrkan och Röda Korset (n=2), socialnämndens ordförande och socialchef, avdelningschef, enhetschef och anhörigkonsulent från äldreomsorgen, avdelnings- och enhetschef samt LSS-handläggare från funktionshinderverksamheten, avdelningschef, personal från beroendeenheten från individ- och familjeomsorgen samt representanter från avdelningen Arbete och aktivitet (n=2). Sammanlagt 14 personer.
Hässleholm	Omsorgspersonal, representant från anhörigförening, enhetschef, distriktschef, handläggare, anhörigkonsulent samt en politiker. Sammanlagt 9 personer.
Hyllie	–
Södra Innerstaden	Psykiatrisjuksköterska, sektionschef avlösning/personlig assistans, anhörigsamordnare, biståndshandläggare och sektionschef. Sammanlagt 5 personer.
Soc. resursförvaltningen	–
Skara	Två fokusgruppsintervjuer genomfördes. Grupp 1: enhetschef, sjuksköterska, representant från ideell förening och vårdpersonal. Sammanlagt 4 personer. Grupp 2: enhetschefer, sysselsättningssamordnare, socialpsykiatripersonal, vårdpersonal, boendeassistenter och handläggare. Sammanlagt 12 personer.
Strängnäs	Politiker, enhetschef, biståndshandläggare, personal (n=2), anhörigkonsulent, representant från ideella sektorn och anhörig. Sammanlagt 8 personer.
Uppsala	Anhörigkonsulent, närvårdskoordinator psykiatri, projektledare och chef Anhörigcentrum, uppdragsstrateg, verksamhetssamordnare Anhörigcentrum, biståndshandläggare, chef korttidsboende, representant från HSO (Handikappförbunden) och Anhörigföreningen. Sammanlagt 9 personer.
Västervik	Representanter från FUB (n=3), enhetschef för korttidsboende för barn och ungdomar, anhörigkonsulent äldreområdet samt utvecklingsledare. Sammanlagt 6 personer.

## Vad fungerade bra när det gäller stödet till anhöriga inom funktionshinderområdet?

I jämförelse med resultatet från fokusgrupperna inom äldreområdet var diskussionerna mindre konkreta inom funktionshinderområdet. Generellt sett var stödet inte lika utvecklat och även om det fanns var det inte alltid säkert att det gick under benämningen stöd till anhöriga. En reflektion som gjordes i *Västervik* var att psykiatrireformen under 1990-talet även förde med sig förändringar för anhöriga. De bjöds in, fick mer information och fick vara med i processen runt den närstående. När den genomförda kartläggningen hade presenterats i *Hässleholm* sa en av gruppdeltagarna:

*När jag bör genomgången blir jag så fascinerad av att det är precis så här som vi jobbar nu. Att vi faktiskt arbetar efter en handlingsplan. Många gånger så gör vi handlingsplaner och så blir de bara hyllvärmare. Tänket är med.*

På frågan om vad som fungerade bra i anhörigstödet inom funktionshinderområdet i *Uppsala* var ett svar att Uppsala kommun hade satsat stort och arbetat med utveckling av anhörigstöd under en längre tid. Det fanns en intention och en vilja att det skulle bli bra för de anhöriga. Det fanns fortfarande mark att bryta, men det hade inte varit något tvivel om i vilken riktning kommunen skulle gå. Att det hela tiden skulle bli bättre. I *Skara* ansåg en fokusgrupp att mycket i organisationen fungerade bra och tillfredsställande, men att det fanns tydliga utvecklingsbehov.

Exempel på det som fokusgrupperna i de olika kommunerna tyckte fungerade bra presenteras nedan.

### Specifika funktioner och insatser

Anhörigträffar för anhörigvårdare var en verksamhet som uppskattades och där anhöriga fick träffa andra personer i samma situation och diskutera utifrån ett givet tema (*Borås*). I *Uppsala* hade anhöriga bjudits in till stora, gemensamma träffar. Förutom att få allmän information under det första tillfället efterfrågades förslag på ämnen som anhöriga skulle vilja ha på programmet kommande träffar. 80–90 anhöriga kom och de var mycket nöjda med arrangementet. Föräldrar till yngre barn med funktionsnedsättning kan också ha behov av att träffa andra i samma situation. Korttidsboendet i *Västervik* har haft träffar en gång per år där många föräldrar har deltagit och uttryckt att de träffas alldeles för sällan för att knyta kontakter och utbyta erfarenheter. Till dessa träffar var även syskon, mor- och farföräldrar inbjudna. Personal från enheten deltog även i möten med habiliteringspersonal tillsammans med föräldrar.

Individuella insatser som var uppskattade var att enhetschefer, LSS-handläggare, habiliteringspersonal och anhörigstödjare gav individuellt stöd

till anhöriga vid behov (Borås), uppföljningsmöten med anhöriga i vissa verksamheter samt Anhörigcentrum (Strängnäs), individuella samtal med föräldrar på korttidsboende och uppföljning av genomförandeplan samt personliga ombud som har fungerat som ett visst stöd för anhöriga (Västervik).

### Bemötande och anhörigfokus

I *Härjedalen* framförde fokusgruppen att det fanns ett stort engagemang samt omtanke och empati i verksamheten för brukare och anhöriga. Kommunikationen fungerade också bra. Ett positivt exempel var att många äldre anhöriga fått hjälp med att tolka vad läkaren sagt. I goda relationer med anhöriga gavs också mycket indirekt stöd. På korttidsvistelsen i *Strängnäs* var det ett bra samspel mellan anhöriga och personalen. Enligt gruppen berodde detta på att korttidspersonalen från början var inställd på att samarbeta med anhöriga och en av deltagarna sade: ”Man kunde hoppas att det där kunde sprida sig lite till de andra verksamheterna”. Vid inflyttning på gruppboende gavs enligt fokusgruppen i *Uppsala* mycket stöd till föräldrar. Ju tidigare verksamheten kom in i flyttprocessen desto mer kunde de stötta. Samverkan hade förekommit med habiliteringen där boende och daglig verksamhet hade inbjudits för att presentera sina verksamheter för föräldrar som börjat fundera på barns flytt från hemmet.

### Anhöriga till barn

I *Strängnäs* och *Västervik* menade fokusgrupperna att det fanns ett stöd till anhöriga (föräldrar) till barn med funktionsnedsättning, men att stödet avtog när barnen blev äldre (cirka 16 år). En representant från FUB berättade att föräldrar till småbarn med funktionsnedsättning inte kom till föreningen. Barn och ungdomar får ett mycket bättre stöd idag i kommunen, men det fanns en oro för vad som kommer att hända när de blir vuxna.

### Planering och samverkan

I *Härjedalen* fungerade planering och samverkan bra inom LSS-verksamheten. De lagstadgade insatser som fanns inom LSS gynnade även anhöriga och informationen om dessa stödformer fungerade bra. Personal inom funktionshinderområdet var också duktiga på att förmedla kontakter och vara behjälpliga med vidare ansökningar om kommunens anhörigstöd inte var tillräckligt. God lokal kännedom och kunskap om familjeförhållanden underlättade arbetet.

Samverkan med regionen diskuterades flitigt i *Hässleholm* och gruppen hittade många samverkansområden, speciellt inom psykiatrin. I de arbetsgrupper som kommunen hade gemensamt med regionen så fanns anhörigstödet med som en röd tråd. Det kanske inte är de stora samverkansgrupperna som är de

viktigaste utan det som sker i det tysta i alla gemensamma kontakter mellan region och kommun?

*Det märks en tydlig skillnad under de sista åren. Vi är mycket mer respekterade av regionen och de lyssnar väldigt mycket på oss. (Hässelholm)*

Landstings/regioners och föreningars roll diskuterades i många av fokusgrupperna. I *Uppsala* ställdes frågan om det överhuvudtaget behövdes mer stöd för anhöriga än det stöd som bedrivs av habiliteringen? Gruppen kom fram till att landstinget och kommunen absolut kan arbeta tillsammans med stöd till anhöriga. Samverkan fanns också mellan kommunerna i länet.

Barnhabiliteringen på landstinget har en aktiv roll när det gäller barn och ungdomar. Där finns många olika stödfunktioner. Många föräldrar i *Västervik* upplevde att de fick ett bra stöd, medan andra inte tyckte att de fick något stöd alls. Barnhabiliteringen inom VG-regionen gav mycket stöd till anhöriga. I gruppverksamhet för föräldrar fick de till exempel träffa andra föräldrar i samma situation, men de fick även individuellt stöd av olika professioner. Då den unge fyller 18 år flyttas han/hon över till Vuxenhabiliteringen, och de riktade sin verksamhet mer mot brukaren.

## Vad fungerade mindre bra när det gäller stödet till anhöriga inom funktionshinderområdet? Tänkbara utvecklingsområden.

### Stöd saknas

En allmän reflektion som gjordes i flera av fokusgrupperna var att det inte fanns så mycket utbyggt stöd till anhöriga inom funktionshinderområdet. En spontan reaktion efter presentationen av kartläggningen från en affärsområdeschef i *Uppsala* var att det fanns lite stöd till anhöriga till personer med funktionsnedsättning under 65 år. Speciellt för dem som hade sina närstående i gruppboheter. En förklaring kan vara att stödet har en annan tradition inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning där intresseorganisationer och habilitering har bedrivit mycket arbete. Speciellt om funktionsnedsättningen har funnits sedan barndomen.

I *Västervik* och *Härjedalen* fanns inte något formellt stöd specifikt till anhöriga uppbyggt inom funktionshinderområdet och i *Härjedalen* ansågs formerna för anhörigstöd vara otydliga. Kommunen saknade resurser för att i egen regi erbjuda lagstadgat stöd i form av råd och stöd och köpte istället dessa tjänster från annan kommun. Även i *Strängnäs* menade gruppen att stödet för dem som var anhöriga till en person med funktionsnedsättning var mer eller mindre obefintligt. En grupp som de ansåg fick dåligt anhörigstöd var föräldrar till barn som var över 16 år eller som en av deltagarna uttryckte det:

*Det finns inget anhörigstöd för föräldrar, jag får ju inte vara med på någonting, jag är inte värd något, de tycker att jag ska försvinna ur mitt barns liv. (Strängnäs)*

I *Borås* uttryckte representanter från två olika intresseorganisationer att föräldrar till både minderåriga och vuxna barn med funktionsnedsättning fick dra ett tungt lass och de fick dåligt med stöd från *Borås Stad*. Personalen behövde utbildning för att kunna ge föräldrarna erforderligt stöd när barnen till exempel skulle flytta hemifrån.

## Organisation

För att utveckla anhörigstödet gav de olika fokusgrupperna exempel på åtgärder av mer organisatoriskt slag. Ett utvecklingsområde för *Borås Stad* var att göra anhörigstödet mer jämställt och rättvist genom minskade skillnader mellan hur anhörigstödet är utformat inom olika verksamheter. Fokusgruppen i *Härjedalen* menade att stödinsatserna måste formaliseras. De stödinsatser som var kopplade till LSS-lagstiftningen, bland annat korttidsvistelse samt råd och stöd måste utvecklas så att det kan erbjudas i egen regi, men verksamheten behövde även utveckla ett anhörigstöd för personer som inte omfattas av stöd enligt LSS. Det fanns inte någon värdegrund för verksamheten utöver den som anges i LSS-lagstiftningen och det saknades handlingsplan och mål för anhörigstödet samt en klar definition av begreppet anhörig. Även fokusgruppen i *Södra Innerstaden* menade att stadsdelens övergripande värdegrund borde revideras med inriktning på stöd till anhöriga. Stöd till anhöriga var inte en del av verksamheternas uppdrag och således saknades också en särskild organisation kring det.

På Anhörigcentrum i *Uppsala* borde enligt gruppdiskussionen även anhöriga till personer som är under 21 år ingå i uppdraget.

Förslag som framfördes på nya funktioner för att underlätta för anhöriga var i *Uppsala* anhörigsamordnare och anhörigcoacher. Anhörigsamordnarna skulle träffa varandra med jämna mellanrum, få stöd och utbildning och också kunna samverka med landstinget. En anhörigcoach är en anhörig som har längre erfarenhet av att vara anhörig och som kanske genom eget stöd har kommit att känna sig trygg i sin egen anhörigroll och därmed kan stötta nyblivna anhöriga. Tanken var att det är bra att få stöd av någon som själv har varit i situationen. I *Västervik* skulle det underlätta om det fanns en person att vända sig till för att kunna få råd och stöd. Både för personlig del, men också för att få veta vart man kan vända sig när det gäller offentliga aktörer. Det är viktigt att kunna träffa en person fysiskt och inte bara via telefon för att bolla de tankar som finns. En tjänst med övergripande samordningsansvar för anhörigfrågor inom funktionshinderområdet i *Skara* skulle kunna bidra till att personalen blir välinformerad och uppdaterad på aktuella ärenden. Exempelvis ansåg gruppen att det avsattes för lite tid för planering av anhörigstöd

samt dialog mellan anhöriga och personal. Det måste klargöras tydligare vad som förväntas av personalen och anhöriga gällande dessa frågor.

Ett problem i *Strängnäs* var att många trodde att Anhörigcentrum bara var till för de äldre. Dessutom var det svårt för anhöriga att komma till Anhörigcentrum då de flesta arbetade. En annan sak som fokusgruppen lyfte fram var avsaknaden av anhörigstöd för dem som bodde utanför Strängnäs tätort.

En uppdragsstrateg i fokusgruppen i Uppsala tog upp uppdragets betydelse för att stimulera utvecklingen av anhörigstöd inom gruppboende. I uppdragen till gruppboendena stod att verksamheterna skulle informera och berätta om verksamheterna för anhöriga, men inte att bedriva något annat stöd. Ett svar på det från en affärsområdeschef var att situationen är annorlunda inom funktionshinderområdet jämfört med äldreomsorgen. Anhöriga är ofta inte en person som personen med funktionsnedsättning har levt tillsammans med under lång, lång tid som exempelvis makar/makar kan ha gjort när det blir fråga om att flytta till särskilt boende, utan de är oftast en förälder eller syskon. En del vill inte ha kontakt med varandra. Denna chef kände sig kluven till frågan om anhörigstöd i uppdraget.

### Olika slags stöd behövs

Det är stora skillnader på olika typer av funktionsnedsättningar och anhöriga utgör inte någon homogen grupp människor, de är i olika åldrar och har olika behov. Det är till exempel skillnad om en funktionsnedsättning är medfödd i jämförelse med att få en kronisk sjukdom mitt i livet. I *Borås* efterlystes ett individuellt bemötande av både den anhörige och den närstående, vilket inte fungerade överallt vid tiden för gruppintervjun.

Flexibilitet behövs inom anhörigstödet. Framför allt när det gäller barn så handlar det för de anhöriga om att följa många olika faser. Först är det skolan och dess olika stadier och sedan följer avlösning och kanske gruppboende. Anhöriga har olika slags behov av stöd i de olika faserna och de visste inte alltid vart de skulle vända sig för att få hjälp (*Strängnäs*).

Som tidigare påpekats tunnades stödet till föräldrar till barn med funktionsnedsättning ut när barnet närmar sig ung vuxenålder. Det är i denna ålder som barnen skall gå vidare in i vuxenlivet och fokusgruppen i *Strängnäs* ansåg att det är mycket kunskap som de anhöriga har som i och med detta går förlostad, eller som en av deltagarna uttryckte det

*Man måste ta tillvara föräldrarnas spetskompetens på det egna barnet vilket ofta glöms idag och eftersom då personal skall lära känna den här personen själva så blir det jättetokigt ibland, något som kunde ha undvikits om man tagit tillvara föräldrarnas kunskap om hur personen fungerar i olika situationer.*

FUB-representanter i fokusgruppen i *Västervik* anknöt också till svårigheterna med att vara anhörig till en vuxen person som insjuknar och att det då inte är självklart att få vare sig information eller anhörigstöd från kommunen:

*Man får ju vara glad att man är så stark som man är, så att man inte behöver något stöd. För sambället har ju aldrig intresserat sig speciellt mycket.*

En annan begränsning är då endast föräldrar betraktas som anhöriga. Det finns vuxna med funktionsnedsättning som lever i förhållanden och deras sambor, make/makar och barn glöms ofta bort när det talas om anhöriga och anhörigstöd. En annan grupp som också har ett stort behov av anhörigstöd, men som glöms bort är syskon till barn med funktionsnedsättning eller som en person i fokusgruppen i *Strängnäs* sade:

*Något som behövs är syskongrupper och stöd för dem, vi möter många syskon som kommer i kläm.*

Barn, tonåringar och unga vuxna som anhöriga upptäcks inte alltid. För dessa grupper finns stora utvecklingsbehov när det gäller stöd. Frågan är hur de unga skall fångas upp. Landstinget har, enligt fokusgruppen i *Uppsala*, en viktig roll att spela.

### Stödformer som efterfrågas

Den ekonomiska situationen kan bli prekär för en del anhöriga och de önskar hjälp med detta. Många anhöriga söker ekonomisk ersättning, då de inte har rätt till försörjningsstöd, inte blir sjukskrivna och inte heller får ersättning från A-kassa, men behöver vara hemma och vårda den svårt sjuke närstående. I och med att samhällsklimatet blivit tuffare, var det alltför många anhöriga som i *Borås* önskade bli anställda som anhörigvårdare för att dryga ut familjens ekonomi.

Ett annat scenario är då föräldrar ställer upp ekonomiskt för sina barn som blivit utförsäkrade. Kan dessa föräldrar hjälpas på något sätt? Kan barnen få personliga ombud som hjälper dem? Anhöriga hjälper ofta sina barn som inte har full kontroll på sina pengar. Någon kan ha god man eller också kan föräldern vara det och hamnar därmed i en stressad ekonomisk situation. Det hände att anhörigkonsulenter i *Uppsala* hjälpte till med att söka pengar i fonder för att familjen exempelvis skulle kunna åka på semester.

Andra stödformer som efterfrågades var samtalsstöd, jourtelefon som skulle vara öppen kväll och helger och anhörigcentral som mötesplats och med möjlighet till avlösning (*Borås*), sammanhållande stöd, förbättrad avlösning inom psykiatri samt efterlevandestöd (*Hässleholm*), gruppverksamhet som når ut till män, avgiftsfri avlösning efter assistans för att möjliggöra att inte make/makas hela fritid är uppbunden, korttidsvistelse för personer med fysisk funktionsnedsättning (ej tillsammans med personer med utvecklingsstör-



ning), vikarier inom den dagliga verksamheten under sommaren så att verksamheten inte behöver hålla stängt samt möjlighet till juridisk konsultation (Uppsala).

## Utbildning

Viktigast för ett fungerande anhörigstöd var enligt en fokusgrupp i *Skara* att personalen är kompetent och har utbildning. Personalen måste bli mer uppmärksam och lyhörd och de skall kunna lyssna in vad det finns för behov av anhörigstöd hos de anhöriga. För att lyckas med detta, och för att öka förståelsen för de anhörigas behov behöver personalen mer utbildning och kunskap om bemötande, krishantering och anhörigstöd. Utbildning för personal i bemötande av anhöriga i vardagen framställdes som ett stort utvecklingsbehov även i *Härjedalen*, *Hässleholm* och *Strängnäs*.

Ett dilemma är att boendestödjare och personliga assistenter kan vara svåra att nå med utbildning. De arbetar ofta ensamma och det är svårt att få vikarier. Personalen har inte heller tillgång till gemensamma mötesplatser och lokaler. Ett introduktionsmaterial borde utformas och distribueras till chefer, vikarier, baspersonal och praktikanter (Hässleholm).

Intresseföreningarna i *Borås* hade kurser både för brukare och anhöriga. Även personal från kommunens verksamheter hade möjlighet att delta i dessa kurser. Detta borde, enligt fokusgruppen, arbetsgivaren uppmuntra eftersom det skulle kunna leda till att brukare, anhöriga och personal får större förståelse för varandra. I fokusgruppen i *Strängnäs* diskuterade deltagarna svårigheter för personalen att förstå den ofta känslomässigt svåra situation som föräldrar kan befinna sig i.

*Det är nog något som man inte tänker på, de anhörigas situation, att de faktiskt bär på en stor sorg de har förlorat ett barn någonstans och har man inte den kunskapen kan det ju bli väldigt konstiga möten med föräldrar där personal kanske tycker och tror saker för man vet inte hur det är att vara anhörig.*

*Det är en mycket svår situation att vara anhörig för föräldrar får ju gå omkring och bära så mycket. Ja de kämpar ju för sina barn att de ska få det så bra som möjligt och det är ju inte alltid som kommunen tycker likadant som föräldrarna i det här utan det är ju, de får släsa helt enkelt.*

*Sen kan det ju komma från personal t.ex. att de tycker att föräldrarna är överbeskyddande det är ju åsikter som kan dyka upp det kan ju till viss del vara sant, men det finns ju en historik bakom som man kanske inte vet om.*

Ytterligare förslag på utbildningsinsatser var att ta fram bra och lättläst information om anhörigstöd på nätet och i pappersform (*Härjedalen*) och att anhöriga också skall kunna erbjudas utbildning eller information om diagnoser, kommunens olika arbetssätt och rutiner (*Skara*). I *Södra Innerstaden* hade anhö-

riga tidigare bjodits in till föreläsningar om exempelvis psykisk ohälsa, men uppslutningen hade varit dålig. En tanke var att föreläsningarna kring psykisk ohälsa måste bli mer riktade om anhöriga ska känna sig berörda och därmed komma. När det gäller samtal med anhöriga handlar det oftast om att den anhörige vill ha information om den närståendes diagnos. Erfarenheter från *Västervik* visade också att det var svårt att locka anhöriga till föreläsningar, men orsaken till detta förklarades med att många anhöriga har skamkänslor och därför valde att inte komma.

### Anhörigperspektiv

Ett tydligt anhörigperspektiv behövdes i verksamheten enligt fokusgruppen i *Skara*. Det borde tydliggöras på ett bättre sätt att stödet till de anhöriga gäller den som stöttar och hjälper och inte den närstående brukaren i första hand. Ett motsvarande dilemma återfanns i *Södra Innerstaden* där det inte ens för dem som arbetade inom avlösarservice var tydligt att avlösarservice är en stödform med syfte att vara ett stöd till anhöriga. I fokusgruppen underströks att tjänster som bland andra avlösning är till för brukaren och att man därför inte fokuserade eller tog hänsyn till familj och annat nätverk.

Att inte inbjuda anhöriga till delaktighet kan böttna i en rädsla för att anhöriga skall komma med kritik, men det har blivit bättre på senare år menade någon i fokusgruppen i *Uppsala*. Personal kan idag tvärtom tycka att anhöriga med sin kunskap kan bidra till att utveckla verksamheter. Tidigare såg verksamheterna anhöriga (föräldrar) som hot mot självständigheten hos vuxna som bodde på gruppboende. Ett annat sätt att arbeta kan också vara att hjälpa personerna i gruppboende att ha en anhörigkontakt. En del klarar inte av att hålla relationerna vid liv.

### Samordning/samverkan

Att öka samarbetet med intresseorganisationer och föreningar för personer med funktionsnedsättning och övriga målgrupper inom verksamheten och därigenom sprida information, kunskap och vetskap om anhörigstöd ansågs viktigt av fokusgruppen i *Skara* och ett område med behov av utveckling framöver. I *Hässleholm* efterlystes bättre samarbete med Socialförvaltningen och Försäkringskassan för att inte ärenden skulle falla mellan stolarna och i *Borås* önskade anhöriga någon myndighetsperson som skulle kunna hjälpa till med att samordna olika resurser.

### Nå ut

Även inom funktionshinderområdet kom frågan upp om hur kommunen på bästa sätt skulle arbeta för att nå ut med information om anhörigstödet. I *Uppsala* trodde fokusgruppen att mörkertalet var stort och att många anhöriga kämpade på i ensamhet utan något stöd från kommunen. Det gäller att få

allmänheten att känna till anhörigstödet. Biståndshandläggaren nämnde att det ligger i handläggarens roll att informera om anhörigstöd och att alla biståndshandläggare skulle ha Anhörigcentrums visitkort att dela ut till dem de kommer i kontakt med.

I *Södra Innerstaden* fanns en mapp som kunde delas ut till anhöriga angående anhörigstöd, men denna gavs inte ut per automatik. Någon i gruppen menade att det finns så många olika anhörigmålgrupper, så det skulle behövas riktade broschyrer till dessa. En annan respondent ansåg istället att det inom LSS ibland räcker med att den anhörige får ett telefonnummer att kunna ringa, och att detta i sig är ett stöd. När det gäller ärenden kring barn förutsatte man att deras föräldrar fick stöd genom Barnhabiliteringen.

Att verksamheten inte alltid når fram till anhöriga kan bero på att föräldrar inte har accepterat att barnet har en funktionsnedsättning och att de därmed inte ser sig som anhöriga (Härjedalen), att klienterna är gamla och anhöriga har fallit bort eller att klienter har brutit kontakten med anhöriga (Södra innerstaden) eller att det behövs mer marknadsföring av anhörigstödet (Strängnäs).

### Statistik, dokumentation

Det är svårt att få fram statistik på hur många som har anhörigstöd. Önskemål framfördes i *Hässelholm* om en ruta att kryssa i dokumentationsprogrammet i de ärenden där anhörigstöd ges.

I fokusgruppen i *Södra Innerstaden* framgick att anhöriginsatser följdes upp en gång om året eller vid behov, speciellt vid avlösning. Det biståndsbedömda stödet till anhöriga dokumenterades i brukarens journal, men servicen dokumenterades inte alls. Ett sätt att göra anhörigstödet synligt och levande på är enligt en person i fokusgruppen i *Uppsala* att formulera bra inriktningsmål och sedan att kunna bryta ner dem i effektmål i uppdragen. Om det står i uppdragen att det skall finnas ett anhörigfokus i alla verksamheter då blir det per automatik uppföljning av det. Det behöver inte betyda att man styr hur det ska gå till, men det är ändå lag på att det ska vara stöd och kanske inte att man bara skall ha färdiga broschyrer att lämna.

*Behoven är så olika också. Och huvudsaken är ju att man har möjligheten till ett stöd. Och om man nu inte uttrycker att man behöver ett stöd, att det på något vis ändå finns en rutin att fånga upp och erbjuda alla. Att säga att vi finns, vi kan det här och det här. Att hålla frågan anhörigstöd i fokus levande. Det måste man hjälpas åt med, men jag tror att man kan ha hjälp av lite fyrkantighet där också och sy i lite mål och uppföljning och rutin. (Uppsala)*

## Skolans roll

En fundering som kom upp i *Hässleholm* var hur skolan skulle kunna integreras i anhörigstödet. Det är viktigt att i alla sammanhang informera om att stöd till anhöriga gäller hela socialtjänsten och alla åldrar. Diskussioner hade påbörjats med skolan, men var inte fullföljda.

*Skolan var ju med initialt. Visst var de med i arbetet kring handlingsplanen? Ja åtminstone omvårdnadslymnasiet.*

## 3.3 Individ- och familjeområdet

Deltagarna i fokusgruppsintervjuerna inom individ- och familjeområdet framgår av nedanstående tabell.

Borås	Politiker, anhörigkonsulent, verksamhetsutvecklare IFO Barn och familj, socialsekreterare, familjeterapeut, enhetschefer IFO Vuxen och från socialpsykiatri samt boendestödare, representanter från RSMH, Nätverket Föräldrakraft i Borås samt en representant från FoU Sjuhärad Valfärd. Sammanlagt 10 personer.
Härjedalen	Representanter från Svenska Kyrkan och Röda Korset (n=2), socialnämndens ordförande och socialchef, avdelningschef, enhetschef och anhörigkonsulent från äldreomsorgen, avdelnings- och enhetschef samt LSS-handläggare från funktionshinderverksamheten, avdelningschef, personal från beroendeenheten från individ- och familjeomsorgen samt representanter från avdelningen Arbete och aktivitet (n=2). Sammanlagt 14 personer.
Hässleholm	Representanter från anhörigföreningar, enhetschef, chef för vuxenenheten och anhörigkonsulent. Sammanlagt 6 personer.
Hyllie	–
Södra Innerstaden	–
Soc. resursförvaltningen	–
Skara	Två fokusgruppsintervjuer genomfördes. Grupp 1: enhetschef, anhörigkonsulent, representant från Svenska kyrkan, socialsekreterare/handläggare och behandlande personal. Sammanlagt 8 personer. Grupp 2: politiker, enhetschef, diakon från svenska kyrkan och handläggare/socialsekreterare. Sammanlagt 8 personer.
Strängnäs	Två politiker, två enhetschefer, en biståndshandläggare/personal (socioonom), anhörigkonsulent, representant från ideella sektorn och anhörig. Sammanlagt 8 personer.
Uppsala	Anhörigkonsulent, verksamhetssamordnare Anhörigcentrum, projektledare chef Anhörigcentrum, två enhets/verksamhetschefer, uppdragsstrateg, chef Sektionen för individ- och familjeomsorg vuxna och två personal träningsboende. Sammanlagt 9 personer.
Västervik	–

## Vad fungerade bra när det gäller stödet till anhöriga inom individ- och familjeområdet?

Inom individ- och familjeområdet var det inte gängse att använda begreppet anhörigstöd. Det finns en lång tradition när det gäller att arbeta med anhöriga för att stärka den som har problem. I *Strängnäs* benämndes det ”funktionell familj” när man arbetade mycket med föräldrastöd. Att anhörigstöd skulle vara något specifikt vände sig gruppen i viss mån emot och en av deltagarna gav uttryck för följande:

*En del får ju för sig att anhörigstöd är att man plockar ut nån och gör nåt i en grupp, men vårt anhörigstöd är ju att jobba med hela familjen där bekymren finns.*

Gruppen kom fram till att de förmodligen arbetade mer med anhörigstöd än vad de var medvetna om:

*När man tänker efter blir ju egentligen allt vi gör på IFO en sorts anhörigstöd.*

En liknande, men mer nedtonad kommentar fälldes i Hässleholm:

*Jag tror att vi har mycket anhörigstöd i vårt arbete men vi sätter inte ord på det och vi har det inte systematiserat.*

Frågan om vem som egentligen är anhörig diskuterades i *Skara*. Det är inte en enkel fråga och gruppdeltagarna ansåg att de var dåliga på att hjälpa anhöriga att identifiera sig själva som just anhöriga enligt lagens definition och att de då också har rätt till stöd från kommunen. I *Borås* konstaterades att Socialtjänsten är individinriktad, och fokuserar på familjen då det finns minderåriga barn. Frågan är vem som är anhörig till vem i en familj? Om föräldrar sviktar i sitt föräldraskap av olika orsaker, vem skall man då rikta stödet till? I en familj är alla anhöriga till varandra, och anhörigbegreppet inom individ- och familjeområdet blir därför luddigt. När samma fråga diskuterades i *Uppsala* konstaterades att begreppet anhöriga inte användes inom individ- och familjeverksamheter. När det gällde barn talade man mer i termer av familj och föräldrar. Inte heller inom individ- och familjeområdet vuxna tänkte man på anhöriga så som det görs inom det kommunövergripande anhörigstödet. Anhöriga kanske, enligt sektionschef för myndighetsutövning, kunde stötta med någon specifik behandling, men man talade inte om anhörigstöd generellt. I *Strängnäs* lyftes också en farhåga fram med att utveckla anhörigstöd utifrån olika problemområden:

*Då kanske man tycker att det där finns på annat ställe och så missar vi det vi faktiskt ska göra i familjer, stödja alla i familjen både den som har problemet och den som är anhörig.*

Med anledning av dessa olikheter att använda begrepp och skilda sätt att betrakta anhöriga på, var det inte alltid enkelt att i gruppdiskussionerna fånga

det som i denna studie avses med anhörigstöd. Vad det är som idag fungerar bra eller mindre bra, ur de anhörigas perspektiv.

I det följande presenteras exempel på sådant som fokusgrupperna beskrev fungerade bra.

## Organisation

I Hässleholm upplevde fokusgruppen att man tänkte anhörigstöd brett utifrån socialtjänstlagen. Det har blivit ett mer integrerat stöd inom individ- och familjeområdet.

*Det känns som vi är på väg åt rätt håll. Det börjar hända saker vi är på rätt väg. Man börjar intressera sig. Skall bli jättespännande och se vad utvärderingen visar 2013. Äldreomsorgen har ju ett försprång. Det har ju pytsats ut pengar dit under flera år. Men nu känns det att vi är på gång.*

Det som enligt fokusgruppen i Strängnäs fungerade bra var att anhörigstödet inom individ- och familjeområdet var brett och en av deltagarna sade att ”det ligger nog lite i arbetets natur man är ju ofta ett stöd för anhöriga, men kanske inte ett uttalat stöd.” I vissa av individ- och familjeområdets evidensbaserade metoder ingick anhörigstöd eller så **var** de anhörigstöd, till exempel ”Trappan” för barn som har bevittnat våld.

I Skara arbetade Socialtjänsten mycket med nätverken kring den närstående brukaren/klienten. Därför ansåg gruppen att de var bra på att stötta nätverk kring förälder och barn. Särskilt i de fall då det rörde sig om ett omhändertagande. Likaså fungerade nätverksarbetet för att utöka delaktigheten för de anhöriga bra. Verksamheten var enligt en grupp också bra på att sprida kunskap och information om anhörigstöd och gruppen ansåg att det också fanns förhållandevis goda resurser och tid för att arbeta med frågorna.

Bra personal och chef utgjorde enligt fokusgruppen i Härjedalen goda förutsättningar för att engagerat vilja arbeta med anhörigstöd.

## Enskilda verksamheter

I flera av kommunerna nämndes specifika verksamheter som fungerade bra i sitt arbete med att stödja anhöriga. Verksamheterna Yxhammarsmottagningen och Hopptornet, som riktade sig till anhöriga i Borås, gav ett kvalificerat anhörigstöd. Detsamma gjorde Fjärilsgrupperna, barn- och tonårsgrupperna som genomfördes i Härjedalen liksom familjeteamets stöd till anhöriga. Familjeteamet gav oftast stöd till föräldrar eller syskon men det kunde också röra sig om mor- och farföräldrar. Även anhöriggrupper inom missbruk genomfördes på våren och på hösten. Det fanns också ett antal föräldrastödsgrupper kopplade till drogsamordnaren samt familjerådgivning. I Strängnäs nämndes umgängesstöd som ett välfungerat anhörigstöd där Socialtjänsten var med i umgänget mellan barn och föräldrar för att skydda barnet. Anhörigavlastning var en

annan verksamhet där det fanns träfffamiljer för de föräldrar som behövde stöd. En annan form som fungerade bra i Strängnäs var att anhöriga som behövde komma ifrån sin närstående för en period, beviljades rekreation. Anhöriga kunde också ringa och fråga om olika saker och då kunde man slusa vidare dit där man visste att det fanns anhörigstöd till exempel inom ”tolvstegsbehandlingen”.

*Vi har ju jättemycket rådgivande samtal och man vägleder och hänvisar dit eller dit, det blir ju statistikpinnar, men inte anhörigstödsstatistikpinnar. Det kan ju vara ett jätteviktigt stöd för anhöriga att få veta vart de ska vända sig och hur de skall kunna hjälpa sin närstående. (Strängnäs)*

I Uppsala påpekades att det var bra att Anhörigcentrum fanns och att verksamheten där allt mer utvecklades för att möta anhöriga även inom individ- och familjeområdet. Inom biståndshandläggningen i Sektionen för individ- och familjeomsorg vuxna, stöttades de anhöriga som ville ha hjälp i anslutning till att den närstående gick på behandling. Information gavs till klienter eller brukare om att det fanns möjligheter för deras anhöriga att också få vissa insatser som till exempel anhörigvecka som kunde ges i anslutning till tolvstegsbehandling.

*Vi har ju inte gått in och tittat på personens ekonomi utan då har vi beviljat det. För det kostar ju förstås, vi har beviljat det i samband med att klienten eller brukaren har fått sin behandling. Och det har ju känts bra, vi är överens om att vi gör så i kommunen.*

Fokusgruppen i Skara ansåg att verksamheten var bra på att ställa frågan hur familjen påverkades när deras ungdomar eller barn begått ett brott. Detta gjordes i syfte att utröna om anhöriga hade ett behov av stöd och också om anhöriga fick ett stöd i situationen. Fokusgrupperna var också nöjda med att stödet i allmänhet var lättillgängligt för anhöriga. Informationen var bra och alla som önskade stöd erbjöds det också, enskilt eller i grupp.

## Vad fungerade mindre bra när det gäller stödet till anhöriga inom individ- och familjeområdet? Tänkbara utvecklingsområden.

### Organisation

Avgörande för hur anhörigstödet utformas är hur anhöriga betraktas. Enligt fokusgruppen i Borås borde anhöriga ses som en resurs, och inte som en belastning. Det behövdes även en attitydförändring där föräldrar till exempel inte borde betraktas som skyldiga till vuxna barns psykiska ohälsa. I Hässleholm rapporterades att arbetet med anhörigstöd kunde upplevas som ytterligare en

belastning som det var svårt att se vinsterna med. Anhörigstödet kunde också uppfattas som lite flummigt. En av gruppdeltagarna hoppades på:

*Att man får in tänket och får drivkraft att inse vad man faktiskt gör och utvecklar det. Det tar kanske inte mer tid utan underlättar i stället. Det finns otroligt mycket kraft hos de anhöriga.*

Den ekonomiska satsningen på individ- och familjeområdet var enligt fokusgruppen låg i *Strängnäs* jämfört med likvärdiga kommuner och så hade det alltid sett ut. Det innebar att anhörigstödet kunde drabbas negativt när det gäller resurstilldelning eftersom myndighetsutövning, utredningarna gick före.

Deltagare i fokusgruppen i *Borås* uttryckte enhälligt att det fanns en stor skillnad i hur anhörigstödet fungerade och var organiserat inom *Borås* stad. De var överens om att det är viktigt att alla anhöriga har tillgång till samma stöd och att stödet både behövde utvecklas och likriktas. I *Härjedalen* fanns behov av att utveckla fler rutiner och formulera de rutiner som användes, men kanske inte var nedskrivna. Det skulle också finnas mål, handlingsplaner och kontinuerlig utvärdering. Även i *Hässelholm* ansåg fokusgruppen att verksamheten var dålig på att systematisera anhörigstödet.

I *Skara* menade gruppen att samordningen av anhörigstödet fungerade mindre bra. Enkla kontaktvägar för samarbete och nätverk saknades liksom konkret tid för reflektion och uppföljning av anhörigstödet.

Ett annat organisatoriskt problem som lyftes i fokusgruppen i *Strängnäs* var att individ- och familjeverksamheter kunde fatta beslut som gick den anhörige emot och att detta med anhörigstöd då kunde bli problematiskt, eller som en av deltagarna uttryckte det:

*Ett problem som finns i vår verksamhet är ju att vi ibland i myndighetsutövningen måste fatta beslut som går emot de anhörigas vilja och då är det ju inte hos oss dom vill ha stödet.*

## Specifika stödformer

Det fanns i de olika kommunerna specifika stödformer som saknades eller som behövde förbättras. I *Härjedalen* uttrycktes en önskan om att fler skulle vilja delta i föräldrastödsgrupper och i *Skara* fanns inte möjlighet att få samtalsstöd nattetid. Socialtjänsten i *Strängnäs* behövde utveckla stöd till barn som lever i utsatthet, främst barn till föräldrar med psykisk ohälsa, anhöriggrupper för dem som har ett medberoende samt nätverksarbetet där anhöriga tas till hjälp för den person som har problemet. I *Västervik* fanns inte någon gruppverksamhet för anhöriga på grund av svårigheter att få ihop en grupp:

*Alltså det är en sak och sitta här och prata i grupp och lämna ut sig, sedan går man ner på stan' och då träffar man dem där, det finns en stor risk när orten är så pass liten. Alltså det är ju fortfarande en skam.*



*Uppsalas* anhängstöd har byggts upp utifrån ett äldre perspektiv och verksamheten måste utvecklas för att även passa andra målgrupper. Det vykort som användes i samverkan med landsting och andra för att Anhängcentrums verksamhet skulle nå anhänga i ett tidigt skede borde också kunna delas ut inom individ- och familjeområdets verksamheter. Samverkan behövde utvecklas för att information från Anhängcentrum skulle nå ut till alla enheter. I Anhängcentrums uppdrag ingick inte stöd till anhänga till personer på boenden och inte heller stöd till anhänga vars närstående är under 21 år. Detta ville fokusgruppen se en förändring av.

Ett annat område som behövde utvecklas i *Uppsala* var då exempelvis en make till en hustru med en psykisk funktionsnedsättning behövde hjälp med att ta hand om barnen för en kortare stund. Kanske att hämta eller lämna på dagis. Så fort det blev tal om anhängstöd till barn i denna form så definierades det som barnvakt och inte något som Socialtjänsten ägnade sig åt. Hemterapeuter hämtade och lämnade till exempel inte på dagis. Biståndsbedömda insatser till barnen fanns inte så länge som de inte hade någon funktionsnedsättning.

Vuxenheten i *Västervik* hade inte något utarbetat upplägg för anhängstöd. En idé som funnits, men som inte blivit verklighet, var att bilda någon form av föräldraförening som av egen kraft skulle kunna stödja varandra.

## Nå ut

Det kända problemet med att nå ut och svårigheter med information luftades också i dessa fokusgrupper. I *Borås* framfördes tanken att Borås Stad skulle utveckla en hemsida där anhängstödet i staden presenterades och där anhänga skulle hitta information om vem de kunde vända sig till med frågor. I *Strängnäs* argumenterades det istället mot att så mycket information lades på hemsidor. Alla har inte dator eller vet hur man gör. Gruppen som inte har råd med dator ökar och det var enligt några av deltagarna cirka 30 procent av befolkningen som inte hade dator. I *Strängnäs* var det inte heller alla i den kommunala organisationen som visste att Anhängcentrum fanns och det skulle man behöva veta för att kunna förmedla kontakt. Gruppen ansåg att det ibland var lite väl ”vattentäta skott” mellan verksamheterna vilket medförde att det var svårt att få fram information. Också i *Skara* var det för få personer inom den kommunala verksamheten som kände till anhängstödet och som kände ett tydligt ansvar för att erbjuda anhänga stöd.

Individ- och familjeverksamheten i *Härjedalen* lyckades inte alltid nå ut med information och att få människor att komma till individ- och familjeomsorgen med sina problem. Det var svårt att rekrytera deltagare till föräldrastödsgruppen. Bland annat på grund av att föräldrar känner skuld och skam. Samma problem gällde för Fjärilsgrupperna. Inom individ- och familjeområdet var det känt att det fanns behov av grupperna, men det var svårt att få igång dem.

Informationsarbetet behövde utvecklas, även det till allmänheten, och verksamheten måste finna former för hur föräldrar skulle kunna motiveras till att ta initiativet att anmäla sig till föräldrastödsgrupperna. I *Skara* saknades en tydlig rutin för att fånga upp de anhöriga i ett skede innan de gick in i väggen av utmattning eller utbrändhet.

Ett annat problem när det gäller att nå ut till berörda parter gäller stöd till personer som kommer från ett annat land och som ännu ej behärskar det svenska språket. Hur informerar man dessa personer om vilket stöd som finns? Fokusgruppen i *Strängnäs* frågade sig också hur verksamheten skulle kunna erbjuda ett gott stöd till anhöriga i dessa grupper.

## Utbildning

I *Härjedalen*, *Hässleholm*, *Skara* och *Strängnäs* beskrevs i grupperna att personal behövde utbildning och kompetensutveckling. I *Härjedalen* framkom att alla områden inom individ- och familjeområdet behövde ha utbildning om anhörigstöd:

*Vi har ju massor med anhöriga inom vår verksamhet har vi upptäckt, eller vi vet väl om det, men det blir synliggjort på ett annat sätt nu och att man behöver kompetensutveckling även där.*

En ökad medvetenhet behövdes om behov av stöd för barn till missbrukande föräldrar:

*Vi vet ju att de finns redan de här barnen, bland annat med missbrukande föräldrar, det upptäcker man redan på dagis, förskola. Synliggöra och lyfta, hitta igen dem. De barnen kommer väl först i Fjärilsgruppen och då är de ju tonåringar, där omkring, inte så små barn. Då har de ju fått vara med om en hel del innan dess.*

I *Hässleholm* var gruppen enig om att det behövdes utbildning för personal, men även för anhöriga och anhörigföreningar. Det är viktigt att fokusera på stödformer till anhöriga i olika situationer, vilket stöd som behövs och utveckla det.

En idé som framfördes i *Skara* var att det borde finnas en kompetensbank i kommunen för att kunna arbeta mer konkret och effektivt med uppdraget. Det saknades bra nätverk inom de egna enheterna på området anhörigstöd för att kunna sprida information och kunskap. Även anhöriga behövde stöd, handledning och särskild utbildning. I *Strängnäs* efterlystes utbildning om hur man ska tänka när det gäller anhöriga.

## Samverkan

Samverkan med andra organisationer och offentlig verksamhet, behövde ses över i *Härjedalen*. Det fanns många samverkansgrupper och det pratades om

anhöriga här och där, men sedan blev det inte något mer. Även i *Hässleholm* behövde samverkan öka. Idag rådde för mycket ”stuprörstänk”.

### **Sekretess**

Sekretessen beskrevs av verksamhetsföreträdare i fokusgruppen i *Uppsala* som ett hinder i kontakten med anhöriga. Detta bemöttes av representanter från Anhörigcentrum som menade att det alltid går att ge mycket stöd endast utifrån den anhörigas situation.

*Ibland kanske man fastnar på det där hindret sekretess och så låter man foten sitta fast där utan att komma förbi eller runt eller hitta någon annan lösning.*

*Jag tror att man fastnar lite när man tänker den anhöriga vill komma för att prata om Pelle. Det handlar det ju egentligen inte om, men jag mår dåligt för att jag har det så jobbigt med ångesten eller oron eller det som situationen ger mig. Man behöver inte prata om det som är sekretessbelagt...*

En annan reflektion som gjordes var att sekretessen kan hjälpa till för att fokus i samtalet verkligen skall ligga på den anhöriga.

### **För lite anhörigstöd**

Inledningsvis konstaterade vi att individ- och familjeverksamheterna bedrev en hel del stöd till anhöriga, men det benämndes inte alltid stöd och även om många insatser gynnade anhöriga var inte detta det huvudsakliga syftet, det vill säga det var ett indirekt anhörigstöd. I *Uppsala* konstaterades i fokusgruppsintervjun om kartläggningsresultatet att det fanns få riktade insatser till anhöriga och att det fanns utvecklingsmöjligheter i samverkan mellan kommunens omsorgsverksamheter och Anhörigcentrum. Anhöriga skulle i större utsträckning än vad som görs idag kunna hänvisas till Anhörigcentrum.

I *Västervik* menade gruppen att det skulle gynna deras arbete om det fanns ett utvecklat stöd till anhöriga, då anhöriga ofta är medberoende. Även om den närstående avslutar sitt missbruk, så finns det kanske obehandlade ”problem” kvar i familjen. Det blir tydligt när det gäller relationen ungdom och föräldrar. Föräldrarna är nästan alltid med i arbetet med den unge och där ser gruppen att det skulle behövas mer stöd direkt till de anhöriga.

Ett problem som framfördes inom individ- och familjeverksamheterna i *Uppsala* var att anhöriga var osynliga. Även om arbetet handlade om barn och unga kunde det vara svårt att få kontakt.

*Många har gett upp redan. Tråkigt nog så är det så och det är ju också tror jag en grupp som har otroligt mycket skuld och skam i det här och känner att dom är delaktiga till att personen har börjat missbruka. På ett helt annat sätt tror jag än då det är andra funktionsbinder.*

När anhöriga beskrevs som osynliga från verksamhetshåll så blev kommentaren från Anhörigcentrum att det är just osynliga som många anhöriga upplever att de är eller känner sig. Det handlar om att de inte har blivit sedda och att de sitter inne med mycket kunskap som de vill att någon skall fråga efter eller lyssna på. Oberoende av om hindren för kontakt ligger hos de anhöriga själva i form av exempelvis skuld och skam eller i organisationers tillkortakommande att räkna med anhöriga, framfördes detta som ett utvecklingsområde.

### **Dokumentation och uppföljning**

I *Hässleholm* framfördes synpunkten att de var dåliga på uppföljning och att metoder saknades för att mäta kvalitet.

För att kunna följa upp krävs dokumentation, men all verksamhet behöver inte dokumentera sin verksamhet. Detta gällde för Vuxenheten i *Västervik* som arbetade med att ge råd och stöd. Erfarenheten var att det kan ”avskräcka” om möten blir journalförda.

Konstateras kan slutligen att det enligt fokusgruppsintervjuerna fanns mycket bra att bygga vidare på inom verksamheter som gav stöd till anhöriga, men att det i de olika kommunerna också identifierades olika utvecklingsområden. En uppföljning med nya fokusgruppsdiskussioner kommer att genomföras under hösten 2012.

## 4. Resultat av enkätundersökning till anhöriga<sup>31</sup>

I de åtta kommunerna skickades totalt 648 enkäter ut och 373 kom tillbaka besvarade. Svarsfrekvensen uppgår därmed till 58 procent. Orsaker till bortfall som rapporterats vid telefonkontakt är att de anhöriga inte orkat fylla i enkäten, att den närstående har flyttat till särskilt boende eller har gått bort och att den anhöriga inte har trott sig tillhöra målgruppen. Antalet utsända enkäter varierar mycket mellan olika kommuner, från 32 stycken till 221.

Den största delen besvarade enkäter kommer från anhöriga till äldre personer (222 stycken). Motsvarande antal från anhöriga till personer med funktionsnedsättning och anhöriga till personer med långvarig sjukdom är 86 respektive 65 stycken. 72 procent av respondenterna är kvinnor och 59 procent är 65 år och äldre. De allra flesta (74 procent) sammanbodde med den närstående och andelen makar/makor/partners uppgår till 58 procent.

### 4.1 De närståendes hjälpbehov

De närståendes hjälpbehov bedömdes av många anhöriga som stort med 42 procent som var mycket beroende av hjälp och 41 procent som var måttligt beroende. Anhöriga till äldre personer beskrev ett större hjälpbehov hos sina närstående än vad övriga anhöriggrupper gjorde.

### 4.2 De anhörigas livskvalitet och hälsa

När de anhöriga svarade på frågor som rörde deras egen livskvalitet är det en tämligen dyster bild som framkommer. Relativt stora andelar har svarat att de sällan eller aldrig är glada och på gott humör (12 procent), sällan eller aldrig är lugna och avslappnade (19 procent), sällan eller aldrig är aktiva och starka (19 procent), sällan eller aldrig är pigga och utvilade (28 procent) och de som sällan eller aldrig har ett liv fullt av saker som intresserar dem uppgår till 22 procent. Vi vet inte hur mycket av de här svårigheterna som kan förklaras av anhörigskapet, men det är inte osannolikt att det kan ha med det att göra. Sva-

---

<sup>31</sup> I bilaga 6 återfinns en beskrivning av hur undersökningen har genomförts samt tabeller över respondenternas bakgrundsdata och resultaten på frågorna. Resultatet av enkätstudien kommer här att presenteras för samtliga kommuner tillsammans. För resultatet gällande enskilda kommuner hänvisas till respektive kommuns egen delrapport.

ren skiljer sig inte mellan de anhöriga i de tre grupperna med undantag från att de anhöriga till personer med funktionsnedsättning mer sällan upplevde sig pigga och utvilade.

Den egna hälsan skattades som dålig eller mycket dålig av 15 procent av respondenterna och samma siffra gäller för den upplevda livskvaliteten.

### 4.3 Information och stöd

Att ge och ta emot information är inte alltid det lättaste och stora andelar av respondenterna har svarat att de *inte* är nöjda med informationen om den närståendes sjukdom och behandling (19 procent), vilken sorts hjälp och stöd som finns och hur man får det (23 procent), de ekonomiska formerna av stöd som finns och hur man får dem (41 procent), hur man kan anpassa hemmet (20 procent), tekniska hjälpmedel och var man kan få dem (21 procent) och vem den anhöriga kan kontakta i akuta situationer (25 procent). Det visar sig i en jämförelse mellan de tre anhöriggrupperna att de anhöriga till personer med funktionsnedsättning var mer missnöjda än övriga när det gäller information om hjälp och stöd, anpassning av hemmet, tekniska hjälpmedel och vem de skall vända sig till i akuta situationer. När det gäller frågan om ekonomin var en större andel av kvinnorna missnöjda än männen.

Tre frågor ställdes också om hur nöjda de anhöriga var med den hjälp de fick. När det gäller de fysiska/praktiska aspekterna var 25 procent *inte* nöjda med den hjälp de fick med att hjälpa/stödja/vårda sin närstående. Motsvarande siffror för hjälpen med de känslomässiga aspekterna och att tala öppet om sin anhörigroll var 33 respektive 29 procent. En stor andel (37 procent) var inte heller nöjda med det ekonomiska stöd som de fick.

Vilken nytta som de anhöriga har haft av den hjälp och stöd de fått fördjupades i en fråga. För resultatet på samtliga delfrågor hänvisas till bilaga 6, men här kan konstateras att dimensioner som får det mest positiva resultatet är att hjälpen bidrar till att göra livet bättre, hjälper till i att fortsätta hjälpa/stödja/vårda samt att erhållen hjälp och stöd hjälper den anhörige att bibehålla en god relation med den närstående. På dessa delfrågor har andelen anhöriga som har varit nöjda uppgått till mer än 40 procent. På den mer negativa sidan utmärker sig påståenden om hjälpens betydelse för att bemästra stress, vårda mer effektivt och planera för framtiden. På dessa delfrågor har mer än 30 procent av respondenterna svarat med en etta eller tvåa på en femgradig skala.

Ungefär en fjärdedel av de tillfrågade höll inte med om att den hjälp de fått gjort det möjligt att ha ett liv utanför att hjälpa/stödja/vårda sin närstående. Lika stora andelar var inte nöjda med möjligheterna till avbrott eller möjligheterna att ta semester. Detta säger att bundenheten i situationen var stor för

många av de anhöriga. De anhöriga till äldre personer var i mindre omfattning än övriga grupper missnöjda med möjligheterna till avbrott från att hjälpa/stödja/vårda sin närstående.

## 4.4 Stödets kvalitet

Knappt hälften av de tillfrågade ansåg att den hjälp och stöd de fick hade god kvalitet, stämde överens med det som man kommit överens om respektive var nöjda med det sätt som de involverades i planering och beslut. De anhöriga till personer med funktionsnedsättning var mindre nöjda med delaktigheten i planering och beslut än övriga grupper. Mindre andelar, drygt 30 procent, ansåg att stödet följdes upp så ofta som de ville respektive att stödet gav god valuta för pengarna. När det gäller frågan om uppföljningen var de anhöriga till personer med funktionsnedsättning mer nöjda än övriga grupper. Högst andel nöjda fick delfrågan som behandlar bemötandet av de anhöriga. 69 procent instämde i påståendet att de blev bemötta med värdighet och respekt av dem som ger hjälp och stöd.

En sammanfattande fråga ställdes också om huruvida anhöriga som helhet var nöjda med det stöd och hjälp som gavs till anhöriga. På en tiogradig skala kan 42 procent av respondenterna klassas som nöjda och 17 procent som missnöjda.

Det som sammantaget kan konstateras utifrån denna enkätundersökning där respondenterna utgörs av anhöriga som på något sätt har tagit emot stöd från kommunerna är att det finns en hel del kvar att arbeta med. Vissa dimensioner av de anhörigas livskvalitet kanske kan förbättras genom en utveckling av befintligt stöd och helt klart är att de känslomässiga och ekonomiska aspekterna av anhängskapet kräver ytterligare uppmärksamhet och analys. De gånger det förelåg skillnader i svarsmönster mellan de olika anhängsgrupperna var det med ett undantag anhöriga till personer med funktionsnedsättning som utmärkte sig genom att uppvisa ett större missnöje än övriga. Det kanske finns anledning att i framtiden rikta uppmärksamheten lite extra på dessa anhörigas behov av stöd och det som nu erbjuds.

## 5. Resultat av telefonintervjuer med anhöriga

### 5.1 Genomförande

Som ett komplement till enkäterna har telefonintervjuer genomförts med ett urval personer som i enkäterna inte tackat nej till att bli kontaktade via telefon för en intervju. Frågorna, som återfinns i bilaga 7, handlar om vilket stöd och hjälp de anhöriga får från kommunen idag, hur det fungerar och vad som kan förbättras. Följdfrågor har ställts utifrån de övergripande frågorna.

Urvalet för intervjuerna har gjorts av Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga. Ett urval har gjorts från samtliga tre grupper; anhöriga till äldre, långvarigt sjuka och personer med funktionsnedsättning. Lika många intervjuer från varje grupp har eftersträvat, men inte alltid kunnat uppnås då det i några kommuner helt saknats eller endast funnits ett fåtal anhöriga till personer med långvarig sjukdom och anhöriga till personer med funktionsnedsättning att kontakta. Spridning mellan kön och ålder har också eftersträvat. För varje kommun erhöll intervjuaren listor på cirka tio personer samt fyra reserver. Några kommuner har haft färre antal anhöriga på listorna mer bestämt: Malmö sju personer, Strängnäs nio personer och Västervik sex personer. Minst tre kontaktförsök, vid olika tidpunkter och på olika dagar, har gjorts till personerna på listan innan det att reserver har ringts upp.

Sammanlagt har 68 intervjuer genomförts under april och maj 2012 och sammanställt av utvärderaren Helena Kästel från företaget Utblick.<sup>32</sup>, se tabell nedan.

<b>Anhöriga till äldre personer</b>	<b>Anhöriga till personer med funktionsnedsättning</b>	<b>Anhöriga till personer med långvarig sjukdom</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 48 personer, 33 kvinnor och 15 män</li><li>• 27 makor, 11 makar, fem döttrar, en son, två sambos, en särbo och en släkting till en kvinna som är moster till hans fru.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 15 personer, tio kvinnor och fem män</li><li>• två makor, en make, tre pappor, sju mammor, en dotter och en arbetsgivare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• fem personer, fyra män och en kvinna</li><li>• två makor, en sambo, en pappa och en arbetsgivare.</li></ul>

<sup>32</sup> Presentationen av telefonintervjuerna i detta kapitel baseras på Helena Kästels rapport.



Intervjuerna spelades in och en sammanfattning gjordes för varje person. Dessa sammanfattningar låg sedan till grund för en sammanställning av resultatet och illustrativa citat från intervjuerna valdes ut.

Nedan presenteras en sammanfattande bild av intervjuresultaten i de tre kategorierna; anhöriga till äldre personer, anhöriga till personer med funktionsnedsättning och anhöriga till personer med långvarig sjukdom. Resultaten presenteras med utgångspunkt i olika former av stöd som anhöriga får från kommunen för att stötta och hjälpa sin närstående. Några jämförelser görs inte mellan de olika kommunerna.

## 5.2 Anhöriga till äldre personer

Sammantaget har 48 anhöriga till äldre personer intervjuats, varav 33 kvinnor och 15 män. Bland intervjupersonerna finns 27 makor, elva makar, fem döttrar, en son, två sambor, en särbo och en anhörig till en närstående som är moster till hans fru. Antalet intervjuer i de olika kommunerna fördelar sig enligt följande: Borås 10, Härjedalen 8, Hässleholm 7, Malmö 2, Skara 6, Strängnäs 3, Uppsala 8 och Västervik 4.

### Anhöriganställning

Två av de intervjuade anhöriga hade anhöriganställning. De var båda nöjda med lösningen. En av dem menade att anställning var en förutsättning då de bodde på landsbygden. De kritiska punkter som lyftes fram vad gäller anhöriganställning var att det var svårt att få anställningen beviljad samt att det var stressigt när anställningen skulle förnyas. En av de anhöriga upplevde det extra stressigt på grund av att hans anställning endast gällde sex månader och att handläggningen tenderade att dra ut på tiden varje gång den skulle förnyas.

### Anhörigbidrag/hemvårdsbidrag

I tre av de åtta kommunerna som är med i studien har tolv anhöriga intervjuats som hade ekonomisk ersättning från kommunen för att de vårdade sina respektive närstående. Majoriteten av dem tyckte att beloppet, som varierade mellan ca 1000 och 2000 kronor per månad, var för lågt och att pengarna inte gjorde någon större skillnad i hushållsekonomin. Några personer höll dock inte med om detta. En fördel som några såg med anhörigbidraget/hemvårdsbidraget var att det medförde att deras behov av stöd sågs över en gång per år av en biståndshandläggare.

## Anhörigcentrum

I en av de åtta kommunerna, refererade de anhöriga till kommunens Anhörigcentrum, vilket mestadels uppskattades. Bra information, omtänksamhet och gott bemötande var några ord som nämndes i samband med samtal om Anhörigcentrum. En av de anhöriga kritiserade dock viss personal på Anhörigcentrum för att de inte lyssnade till de anhöriga utan tyckte att de själva visste bäst.

## Anhöriggrupp

Ungefär en tredjedel av de anhöriga som har intervjuats var eller hade varit med i en anhöriggrupp. Så här sade en anhörig:

*De berättar om alla möjliga saker som man inte vet. Mycket information. Det är bra för man vet inget. Folk pratar så mycket men där får man fakta. Det är bra. (Maka till sjuk äldre man)*

Flera anhöriga värdesatte informationen som de fått genom att lyssna till andra anhöriga. Anhöriggrupperna tycktes ha flera funktioner såsom att komma hemifrån, ha trevligt samt att bli lyssnad till och bli förstådd. Vad som var viktigast varierade från person till person. Det fanns också anhöriga som inte tyckte att de hade nytta av anhörigträffarna men som ändå valde att gå. En anhörig berättade att hon gjorde det av solidaritet gentemot de andra i gruppen.

Det föreligger stora skillnader i vad de anhöriga önskade att få ut av en anhöriggrupp. Förväntningarna rörde sig om allt från att få prata om det svåra, få information till att ha roligt och lära känna nya vänner. Förväntningarna hängde många gånger ihop med de anhörigas behov och påverkade hur värdefulla de anhöriga upplevde att anhöriggruppen var.

Anhöriggrupperna och andra anhörigträffar som ordnades i kommunerna var över lag uppskattade av intervjupersonerna. I intervjuerna framgår att anhöriggrupperna troligen hade olika fokus; de som var problemorienterade och de som fokuserade på det socialt trivsamma. Det är tydligt att de anhöriga uppskattade olika saker. En anhörig tyckte att det var för mycket fokus på problem och det som var jobbigt:

*Ska jag gå någonstans så ska det vara roligt. Annars ger det inte så mycket. (Maka till man med Alzheimers)*

För många anhöriga var träffarna ett sätt att komma hemifrån och bryta upplevd isolering:

*Man upptäcker att man inte är ensam. Det är ett tillfälle att lyssna på föredrag om sjukdomen, vad man kan göra och så där. Det är också ett sätt att komma hemifrån några timmar. (Maka till äldre man som är sjuk)*

Intervjuerna visar att samtalsledaren hade en viktig roll för hur väl anhöriggruppen fungerade. Några anhöriga berättade att de hade varit med i anhöriggrupp som efter en tid hade fortsatt på egen hand utan samtalsledare och att det då hade blivit svårare att få det att fungera. En annan anhörig upplevde att det utan samtalsledare blev mer fokus på sjukdomar och det som var jobbigt, vilket också ansågs bli fallet om samtalsledaren inte var bra. Ett gott exempel på anhöriggrupp lyftes fram av en anhörig som berättade att han träffade andra män i en grupp. På träffarna lärde de sig att laga mat. Enligt den anhörige fungerade det bra tack vare att ledarna var rätt personer. De hade själva fruar som var sjuka och var bra på att laga mat.

Flera av de anhöriga berättade att de inte hade möjlighet att gå på anhörigträffar då de behövdes hemma hos sin närstående. De som hade avlösning via boende brukade passa på när deras närstående var på korttidsboende.

En annan fråga som kom upp i samband med diskussion om anhöriggrupper var avsaknaden av grupper för anhöriga till yngre närstående med demenssjukdom.

*Socialt skulle det vara bra med kontakt med andra anhöriga. Våra bekanta kommer inte och hälsar på längre. De vet inte hur de ska förfara. En grupp är något vi inte har. Kanske att det inte finns tillräckligt många här i vår situation som inte är pensionärer. (Maka till kvinna som har haft stroke)*

Några få av intervjupersonerna hade varit på rekreationsresor som kommunen hade anordnat. Resorna var uppskattade av de anhöriga då det var skönt att komma i väg och få tid för sig själv. Hur resorna anordnas varierar från kommun till kommun. Det finns anhöriga som rest själva och de som rest tillsammans med sin närstående.

## Avlösning i hemmet

Drygt 60 procent av de intervjuade anhöriga hade stöd genom någon form av hjälp i hemmet; hemtjänst och/eller avgiftsfri avlösning mellan 10–25 timmar i månaden. Personalen från hemtjänsten var överlag uppskattad. Anhöriga berättade om bra bemötande och trevlig personal, men också om svårigheter att komma i tid samt språkförbistring. Hjälpens från hemtjänsten var många gånger en förutsättning för att de närstående skulle kunna bo kvar hemma. Avlösning i hemmet innebar också sociala kontakter både för de närstående och för de anhöriga. Anhöriga som inte bodde tillsammans med sin närstående tyckte att det kändes tryggt att hemtjänstpersonal kom hem till deras när-

stående. Att personal besökte deras närstående gjorde också att de själva kände mindre dåligt samvete.

Att ha hemtjänstpersonal som kom och arbetade i hemmet kunde också upplevas som krävande av de anhöriga, speciellt för dem vars närstående hade personal hos sig hela dagarna. En anhörig berättade att han höll sig hemifrån hela dagarna på veckodagarna då personal var i deras hem och vårdade hans fru. En annan anhörig berättade att hon hade svårt att koppla av när personalen var där hemma. Det var många tider som skulle passas och det gick inte att gå i morgonrock på samma sätt som om man var ensam hemma.

Bland de anhöriga fanns det de som inte ville ta emot hjälp då de inte ville ha personer som var i deras hem. Några av intervjupersonerna bodde på mindre ställen och menade att alla kände alla, vilket gjorde att de inte ville ha personal som kom hem till dem. Vanligare var dock att närstående inte ville ta emot hjälp från hemtjänsten. Några av de anhöriga berättade att det var anledningen till att de hade valt att sköta allt själva trots att de egentligen inte orkade.

Många anhöriga hade stöd i form av ett visst antal avlösningstimmar (10 till 25) per månad. Flera berättade att de kunde ta ut några timmar åt gången när de behövde gå ärenden eller göra något annat utanför hemmet. Avlösningstimmar tycktes extra viktiga för de anhöriga vars närstående behövde mycket tillsyn och inte kunde vara ensam hemma alls eller bara kortare stunder. Några intervjupersoner berättade att de hade möjlighet att ”spara” timmar alternativt nätter för att senare kunna vara hemifrån en längre period. Hur flexibelt systemet var, varierade. En annan sak som varierade var om det var en och samma person som kom eller olika personer. Flera av de anhöriga berättade att de hade valt att inte utnyttja avlösningstimmar då de tyckte att det blev rörigt när det kom olika personer varje gång. En anhörig som hade fått en ledig natt i veckan schemalagd berättade att det var svårt att utnyttja den tiden då det innebar att han måste åka hemifrån. Den lediga natten inföll dessutom ofta på veckodagar vilket gjorde det svårare.

Några anhöriga hade valt att hitta egna lösningar såsom till exempel släktingar eller vänner som kom alternativt att de själva var hemma. Det gällde särskilt för anhöriga med närstående som hade demenssjukdom. Det var dock inte alltid som det fungerade att anlita andra anhöriga för avlösning.

*Jag ville att min dotter skulle ta det. Hon känner honom. Det skulle vara det bästa för honom. Hon är till och med utbildad inom vården. Men det gick inte. Om det är hemtjänsten och olika personer varje gång så är det meningslöst. (Maka till man med demenssjukdom)*

Flera av de anhöriga efterfrågade fler avlösningstimmar. För många innebar avlösningen en stunds frihet och avkoppling, särskilt för dem som var väldigt bundna till hemmet.

## Avlösning via boende

Ungefär en tredjedel av intervjupersonerna hade avlösning via boende. För dem var en plats på korttidsboende/växelboende en förutsättning för att deras närstående skulle kunna bo kvar hemma. Många av de anhöriga beskrev tiden då de hade avlösning via boende som lugn och vilsam, en tid då de återhämtade sig. Andra valde att vara aktiva.

Intervjusvaren visar att avlösning via boende många gånger var en trygghet för de anhöriga. En trygghet som gav hopp om framtiden. För många var det ett första steg mot ett permanent boende den dagen då deras närstående eller de själva var för dåliga för att bo kvar hemma.

Många av de anhöriga tyckte att det var skönt att deras närstående kunde få stimulans på korttidsboendet. Det var dock flera som tyckte att stimulansen i form av olika aktiviteter för de boende var bristfällig.

En klar majoritet av de anhöriga var nöjda med hur det fungerade på korttidsboendet. Av intervjuerna att döma var de nöjda om de upplevde att deras närstående blev bemötta på ett bra och respektfullt sätt samt om deras närstående trivdes. Det var dock inte alla gånger som den närstående ville vara på korttidsboende. De anhöriga vars närstående inte ville vara på boende berättade att de många gånger kände dåligt samvete.

För de anhöriga som hade hemtjänst när deras närstående var hemma blev avlösningen via boende också en möjlighet att vara hemma ensam utan att det kom personal på dagarna och eventuellt även på nätterna. Hemmet blev en frizon.

*När han är hemma kommer det folk hela dagarna. Även om man tycker om dem som kommer så är det skönt att koppla av. Att vara själv hemma, gå i morgonrock och koppla av. Jag passar också på att gå till hårfrisörskan, tandläkaren och sånt som jag inte kan göra annars utan att ställa till med mycket besvär för alla andra. Det är skönt att koppla av. (Maka till äldre sjuk man)*

De anhörigas berättelser visade att det var olika svårt att få en plats på korttidsboende. Andra skillnader gällde hur flexibelt det var med tid samt vilken framförhållning som krävs.

## Avlösning via dagverksamhet

Av de anhöriga var det ungefär 15 procent som hade avlösning via dagverksamhet. För den anhörige betydde det vila och möjlighet att göra något på egen hand en stund, men framförallt upplevde de anhöriga att det betydde stimulans för den närstående, vilket även det avlastar.

*Det ger henne en viss stimulans, lite mer mening med livet. Men det beror på vilka andra som är där, vissa är riktigt dåliga och då blir det deprimerande. (Make till en kvinna som haft allvarlig stroke)*

#### *Enskilda samtal/stödsamtal*

Bland intervjupersonerna var det några anhöriga som hade erfarenhet av stödsamtal. Det stora flertalet hade det inte. Flera av de anhöriga grät under intervjuerna och uttryckte även med ord att det var svårt känslomässigt. Många upplevde press att klara av och orka ta hand om sin närstående, att ha kvar dem hemma. Flera uttryckte behov av någon att prata med. För en del fyllde anhöriggruppen delvis den funktionen men flera trodde att det skulle vara bra att prata enskilt med någon kurator eller psykolog. Många av de anhöriga valde att prata med hemtjänstpersonal, personal på korttidsboende, biståndshandläggare med flera om det som var frustrerande och svårt. Många upplevde dock att allt fokus var på deras närstående.

*Det är ingen som har frågat efter mig. Enda gången någon fokuserade på mig – vad jag kände och vad jag behövde – var efter att min man fått en stroke och vi var på sjukhuset. Då fick jag ett samtal men det var inte av kommunen. (Sambo till man som har haft stroke)*

## Förslag och idéer om utveckling av stödet

De anhöriga hade många synpunkter på hur de önskade att det kommunala stödet borde utvecklas. Förslag och idéer som framkom i intervjuerna är:

- Förlängd anhöriganställningen t ex från 6 månader till ett år
- Höjt anhörigbidrag
- Fler avlösningstimmar
- Möjlighet till avlösning med kort varsel
- Möjlighet att ”spara” avlösningstimmar för att ta ut längre tid vid senare tillfälle
- Möjlighet att i god tid kunna planera avlösning
- Mer stimulans på korttidsboende
- Boende även för yngre personer med demenssjukdom
- Ökad närvaro av läkare på korttidsboendet
- Tydlighet kring rollfördelningen god man, vårdboende och den anhörige
- Hembesök av läkare
- Tätare kontakt och kommunikation mellan sjuksköterskor och hemtjänstpersonal
- Ökade medicinska kunskaper hos personalen inom hemtjänsten

- Anpassning av hemtjänsten till personer med demenssjukdom t ex genom låg personalomsättning
- Ökad flexibilitet för specifika önskemål vid hemtjänst såsom t ex endast kvinnlig personal
- Regelbundna träffar mellan berörd personal och anhöriga, t ex möte mellan anhörig, kontaktperson inom hemtjänsten, hemtjänstpersonal, medicinskt ansvarig sjuksköterska samt biståndshandläggaren.
- Kontaktperson på kommunen
- Färdtjänst även för anhöriga när de reser tillsammans med sin närstående
- Trygghetslarm i fritidshus
- Stöd som underlättar för anhöriga över kommungränser
- Bättre samlad information till anhöriga t ex angående vilket stöd och vilken hjälp man kan få som äldre.
- Uppsökande verksamhet från kommunen istället för information i brevlådan
- Anhöriggrupper för vuxna barn

### 5.3 Anhöriga till personer med funktionsnedsättning

I denna kategori intervjuades 15 personer varav tio kvinnor och fem män. Bland de intervjuade återfinns två makor, en make, tre fäder, sju mödrar, en dotter och en arbetsgivare. Fördelningen av intervjupersoner i de åtta kommunerna är följande: Borås en, Härjedalen en, Hässleholm en, Malmö fem, Skara fyra, Strängnäs en och Uppsala två.

#### Anhöriganställning

Två av de anhöriga hade anhöriganställning via LSS. Båda tyckte att det fungerade och var en bra lösning. En av dem berättade att hon skötte om sin son på samma sätt som hon gjorde före det att hon blev anställd. Den största skillnaden var att hon nu kunde ta hand om sin son på heltid, vilket underlättade. En synpunkt som fördes fram var att sex timmar per dag är lite med tanke på att det är ett 24-timmarsarbete.

#### Anhörigbidrag/hemvårdsbidrag

En av de anhöriga hade anhörigbidrag.

## Anhörigcentrum

Av de femton intervjuade anhöriga var det en som refererade till Anhörigcentrum. Hon uttryckte stor tacksamhet och uppskattning för dess personal och aktiviteter. Hon tyckte att bemötandet var ovärderligt och hon kände stöd därifrån.

## Anhöriggrupp

Två av de femton anhöriga inom kategorin hade erfarenhet från anhöriggrupper. Båda hade huvudsakligen positiva erfarenheter:

*Att få prata med folk som förstår vad det handlar om var väldigt skönt. Att för en gångs skull inte behöva förklara. Man känner sig sedd för en gångs skull. (Mamma till dotter med depression och bipolär sjukdom)*

Samma person framförde dock också kritik och menade att samtalsledaren inte hade tillräcklig kompetens vilket gjorde att det blev tunga samtal med fokus på den närstående som var sjuk istället för att sätta den anhörige i centrum. Kritik framfördes också angående sammansättningen av gruppen. Den enda gemensamma nämnaren var deras respektive närståendes sjukdom. En annan anhörig saknade anhöriggrupper i sin kommun:

*Det som skulle kunna vara bra är om det fanns en grupp som träffas kanske två gånger per år. Andra anhöriga. Så att man får prata av sig lite. Jag vet att det förekommer i andra kommuner. (Maka till man med postpoliosyndrom)*

En av intervjupersonerna hade varit med på en rekreationsresa. Om det sade hon:

*Det var första gången det ordnades något för mig. Jag är fortfarande rörd. Nu var det min tur att bli ompysslad. (Mamma till son med depression och bipolär sjukdom)*

## Avlösning i hemmet

Några av de anhöriga hade avlösning i hemmet. En anhörig berättade att de hade boendestödare som kom varje dag. Han tyckte att det fungerade skapligt. Tidigare hade de hemtjänst. Den största skillnaden var att det då var många fler som kom. Den anhöriga berättade att det kunde vara upp till 30 olika personer.

De andra anhöriga som hade avlösning i hemmet hade det via LSS. Av intervjuerna att döma så fungerade det bra.



## Avlösning via boende

Fem av de femton anhöriga hade avlösning via boende. Erfarenheterna var överlag positiva. En anhörig berättade om det sköna att slippa passa tider den vecka då hans fru var på korttidsboende. En annan anhörig berättade att hon fått möjlighet till egen tid när hennes dotter bodde borta. För en tredje anhörig betydde platsen på korttidsboendet att han fick vila ut genom att sova hela nätter, vilket annars inte var möjligt då hans dotter hade grava sömnproblem. Flera av de anhöriga berättade också att de fick bra stöd från personalen på respektive korttidsboende.

En nackdel som lyftes fram avseende korttidsboende var svårighet att få plats med framförhållning. En anhörig berättade att det aldrig gick att planera då hon kunde få besked så sent som dagen före om att det fanns plats. Ytterligare en anhörig lyfte fram en kritisk punkt och det gällde öppettider på sommaren. Det korttidsboende där hans dotter brukade vara, var stängt på sommaren, vilket var problematiskt då hon behövde rutiner och sysselsättning.

Några anhöriga efterfrågade korttidsplatser för yngre personer.

Bland de anhöriga fanns det en person vars son hade omsorgsboende. Han blev erbjuden en plats för några år sedan. Det visade sig dock att kommunen inte stod för kostnaden. Den anhöriga sade:

*Det blev ett rabalder. Hur kan kommunen skapa ett boende och sedan inte samordna med andra insatser? Med god man, ekonomiskt bistånd, socialsekreterare? Kort och gott den hjälpen de behöver. Idag betalar kommunen. (Mamma till son med funktionsnedsättning).*

Några anhöriga hade vuxna barn som hade egna lägenheter. En av dem berättade att det var ett stort steg till eget boende och att det som förälder inte alltid var lätt. Tidigare när hennes son var på korttidsboende fick de mycket information eller stöd från personalen. Idag när deras son är myndig och bor själv har de inte någon kontakt med personalen i huset där han bor och får därmed inte någon information. Sedan deras son flyttade hemifrån för ett halvår sedan hade de inte haft ett enda möte med den nya personalen.

## Avlösning via dagverksamhet

Två av de anhöriga hade avlösning via daglig verksamhet samt ledsagare. Båda två var väldigt nöjda med hur det fungerade. En anhörig hade avlösning via dagverksamhet för yngre personer med demenssjukdom. Hon berömde verksamheten och personalen som var specialutbildad.

Både stöd genom daglig verksamhet och ledsagare fyllde enligt de anhöriga en viktig social funktion.

Så här sade en av de anhöriga om avlösningen via ledsagare:

*Det är en medmänniska som pratar med honom, för en dialog. De är ganska mycket ute och åker och tar en fika. Det tycker han är roligt. (Mamma till son med funktionsnedsättning)*

Personkemin mellan ledsagaren och den närstående var viktig för att det skulle fungera. En av de anhöriga efterfrågade fler ledsagartimmar och upplevde begränsningar i stödet som gavs:

*Jag kan inte koppla av på kommando. Stödet utgår från att man ska kunna göra det. (Maka till man med Alzheimer)*

## Enskilda samtal/stödsamtal

En av de anhöriga hade samtalsstöd. Hon sade:

*Det är det som jag får för min skull. Som anhörig behöver jag det. Det är mycket stress och press som påverkar en. Min son får ofta utbrott och det hjälper att få prata om det. Jag får tips på hur jag kan hantera det och får också andningsövningar. Jag får hjälp att hitta ny kraft. Att prata om sånt. Det betyder mycket för mig och det hjälper mig i jobbet med min son. (Mamma till son med funktionsnedsättning)*

En annan anhörig berättade att han hade fått frågan, men hade tackat nej då han tyckte att det var tillräckligt mycket prat om det jobbiga ändå.

## Förslag och idéer om utveckling av stödet

De anhöriga hade många synpunkter på hur de önskade att det kommunala stödet borde utvecklas. Förslag och idéer som framkom i intervjuerna är:

- Ökat antal timmar vid anhöriganställning
- Höjd lön för anhöriganställning
- Pensionsgrundande anhörigbidrag
- Möjlighet till avlösning på natten
- Framförhållning gällande avlösningsplats
- Korttidsboende som är öppet på sommaren
- Riktade insatser till yngre personer med demenssjukdom
- Information om vilket stöd som finns för anhöriga
- Samlat informationsmaterial (med t ex viktiga datum och brytpunkter) riktat till anhöriga som är ”nya” inför ett funktionshinder.
- Skyddsnet när barn med funktionsnedsättning blir vuxna.
- Ökad dialog mellan personal och anhöriga, även efter att barnen fyllt 18 år

- Ökad kunskap om funktionshinder hos ledsagare
- Ökad förståelse hos myndigheter för vad det innebär att ha en diagnos
- Ökad kunskap hos politiker angående hur det är att ha Alzheimers som ung och hur det är för anhöriga
- Anhöriggrupper
- Noggrannare sammansatta anhöriggrupper
- Ökad kompetens hos samtalsledare i anhöriggrupper
- Kommunalt stöd till företag som anställer funktionshindrade personer t ex i form av utbildning.

## 5.4 Anhöriga till personer med långvarig sjukdom

I denna kategori intervjuades fyra män och en kvinna. Intervjupersonerna utgörs av två makar, en sambo, en pappa och en arbetsgivare. Av intervjupersonerna bodde en person i Härjedalen, två i Hässleholm och två personer bodde i Strängnäs.

### Anhöriganställning

Två av de fem anhöriga hade anhöriganställning. En tredje hade ansökt om det men fått avslag. De anhöriga hade inte några anmärkningar på hur anställningen fungerade. De var nöjda.

### Anhöriggrupp

En av de anhöriga hade varit med i en anhöriggrupp för par som anordnades av kommunen. Han var nöjd med hur det fungerade. Det som var bra var att Silviasystemen som ledde gruppen såg till att alla var med i samtalet, även personerna med demens. Gruppen slutade att fungera när kommunen släppte ansvaret för den.

Två av de fem anhöriga hade inte någon möjlighet att delta i anhöriggrupp då de båda hade långt att åka samt behövdes hemma hos sina närstående.

*De ordnar möten för anhörigvårdare i tätorten med jämna mellanrum. Men som anhörigvårdare kan jag inte springa ifrån. Hur ska min sambo klara sig? Det är långt att åka. Jag jobbar ju. Jag har inte den tiden. Vi bor långt bort. (Sambo till kvinna med långvarig sjukdom)*

## Avlösning via boende

Två av de anhöriga hade avlösning via boende. Gemensamt för dem var att avlösningen innebar att de kunde leva ett ”*normalt familjeliv*” de dagar som deras närstående bodde borta. Enligt de båda betydde avlösningen mycket för dem själva men också för de andra barnen i familjen.

En anhörig berättade om korttidsboendet:

*Det är vila för oss föräldrar och våra andra barn i familjen. Det är viktigt att vila och att ha en ledig helg tillsammans med de andra barnen. Att inte behöva ta hänsyn till honom hela tiden. (Kvinna i familjehem om pojke med hjärnskada)*

Den närstående tyckte inte att det var roligt att åka på avlösningen men brukade trivas när han väl var där.

En av familjerna hade under åren åkt på flera rekreationsresor, något som hade varit viktigt för dem.

## Enskilda samtal/stödsamtal

En av de anhöriga berättade att hon skulle behöva prata med någon. Hon berättade att det var mycket att klara av som familjehem till en svårt hjärnskadad pojke. Hon berättade att hon ofta kände sig misslyckad. Även om hon skulle behöva prata med någon om det så valde hon att inte göra det då hon menade att de som familjehem riskerade att bli missförstådda och därmed få anmälningar på sig om de pratade öppet om hur det var. En av de andra fem anhöriga menade att många bär på en stor sorg och att det är viktigt att få prata om det med andra. Han tyckte dock att anhöriggrupper fyller den funktionen.

## Förslag och idéer om utveckling av stödet

Förslag och idéer som framkom i intervjuerna är:

- Möjlighet till ekonomisk ersättning vid ledighet från arbetet för att hjälpa och stötta sitt barn.
- Mer uppmuntran från kommunen till anhöriga som orkar ställa upp
- Respektfullt bemötande
- Ökad förståelse för familjehems situation

## 6. Diskussion

Uppmärksamheten på anhöriga och anhörigas situation är ett relativt nytt fenomen med inledning av statliga satsningar först på 1990-talet. Eftersom behovet av stöd till anhöriga uppmärksammades i samband med Ädelreformen och dess konsekvenser kom fokus att ligga på anhöriga till äldre personer och retoriken hämtades från ett vårdsammanhang. Den vanligt förekommande användningen av begreppet ”anhörigvårdare” som en generell benämning på anhöriga är ett bra exempel på detta. De statliga stimulansbidragen, Anhörig 300 med flera, fördelades också till kommunerna utifrån antalet invånare som var 65 år och äldre. Socialstyrelsen konstaterar i uppföljningar av de statliga stimulansmedlen att huvuddelen av det stöd som kommunerna har byggt upp har varit inriktat på anhöriga till äldre personer och då framförallt på anhöriga som är sammanboende med den närstående. Inom denna grupp har anhöriga till demenssjuka personer prioriterats (Socialstyrelsen 2009). Schablonbilden av en anhörig kan utifrån detta sägas vara en äldre kvinna som vårdar sin demenssjuke make i hemmet.

Ovanstående illustrerar vikten av statliga stimulansmedel, hur de administreras och styrs. De påverkar inte bara vilka områden som prioriteras i ett utvecklingsarbete utan också hur bilden av, i det här fallet anhöriga, formas. Hur statliga medel distribueras kan också ha större betydelse för kommuners prioriteringar än gällande lagar. Redan år 1998 tillkom i Socialtjänstlagen skrivningen om personer som vårdar närstående som är *långvarigt sjuka, eller äldre eller som har funktionshinder* (min kursiv) och att de bör få stöd och avlösning. Även om samtliga tre målgrupper har funnits med i lagtexten sedan länge, är det först sedan skärpningen av lagen (1 juli 2009) som kommunerna på allvar och i större omfattning har börjat uppmärksamma andra målgrupper än anhöriga till äldre personer, åtminstone inom ramen för det som inom kommunernas organisationer definieras som just anhörigstöd.

### 6.1 Ordens betydelse

Erfarenheter från samtliga ingående kommuner i denna kartläggning visar att val av begrepp och definitioner är av stor betydelse. Anhörigstödet starka bas och utveckling inom äldreomsorgen medför att den utvecklade terminologin inte alltid är direkt överförbar till andra områden och andra organisationskulturer. För många respondenter inom funktionshinderområdet, men kanske framför allt inom individ- och familjeområdet har det varit främmande att tala om anhöriga och i termer av anhöriga. Detta kan dels bero på att andra ord används istället som exempelvis att arbeta med föräldrar när de närstående är

barn eller med hela familjen vid missbruksproblematik. Det kan också bero på en omedvetenhet om anhörigas viktiga roll och ett renodlat ”brukarperspektiv”. Inom funktionshinderområdet betonas ofta den enskildes egna resurser och vikten av självbestämmande och oberoende. Omsorgerna är ofta framtidsinriktade med fokus på att utveckla de egna styrkorna. Detta individualiserade perspektiv kan försvåra ett helhetsperspektiv och insikt om anhörigas roller och betydelse. Uttalandet ”Jag är chef för en gruppbostad, där har vi inte några anhöriga” och vanliga uttalanden från personal som markerar att det endast är brukaren som de är till för kan vara utslag av detta. Anhöriga kan också beskrivas som hot mot den enskildas utveckling och föräldrar kan känna sig helt utestängda när barnet blivit myndigt. Från att inte räkna med anhörigas existens och betydelse för brukaren till att ställas inför förväntningar på att uppmärksamma anhörigas behov av stöd, är steget långt. Kanske är det dessa omständigheter som till viss del kan förklara att anhöriga till personer med funktionsnedsättning, i de fall det rådde skillnader mellan anhörigrupperna, med ett undantag var de som, enligt enkätundersökningen, var mest missnöjda med sitt stöd.

Inom individ- och familjeomsorgen framförs ofta i dokument och verbalt att arbetet har en systemteoretisk utgångspunkt och ett helhetsperspektiv. Det blir utifrån detta självklart att arbeta med exempelvis hela familjen, men fokus i detta arbete verkar ofta framför allt ligga på att hjälpa den enskilde och att stödja familjemedlemmarna att kunna göra detsamma. Det är inte självklart (även om det naturligtvis förekommer) att anhörigas egen situation uppmärksammas och stötts. Detta kan illustreras med anhöriga som berättar att de aldrig har fått frågan om hur de mår och hur det är att vara anhörig till en missbrukare, till exempel. Hur det har påverkat anhörigas liv. I de fall anhörigas situation ändå uppmärksammas och de anhöriga får stöd för egen del, är det inte brukligt att benämna detta anhörigstöd (även om ordet anhöriggrupper används).

Ytterligare en komplikation som förekommer är skiftande och inkonsekvent användning av begreppen anhöriga och närstående. I denna rapport avses med *anhörig*, på motsvarande sätt som i lagtext och förarbeten till denna, en familjemedlem, släkting, vän eller annan person som har en relation till och eventuellt hjälper den *närstående* som är gammal, långvarigt sjuk och/eller har en funktionsnedsättning. I en kommun var begreppsanvändningen den motsatta i övergripande dokument och i de flesta andra kommuner användes inte begreppen konsekvent eller var inte tydligt särskiljda. En otydlighet på detta område medför att det ibland är svårt att tolka innebörden i olika dokument och utsagor. Det kan till exempel vara svårt att veta vilken part det är som får stöd, personen som är sjuk eller personen som hjälper den sjuke.

Anhöriga kan alltså benämnas på olika sätt i olika kontexter och olika verksamheter kan också lägga olika innebörd och värderingar i ordet. Motsvarande

gäller också ordet anhörigstöd som sällan har en enhetlig definition i kommunerna. Ett begränsat sätt att se på vad anhörigstöd är, är att endast inkludera det som specifika anhörigstödjare utför eller de verksamheter som pågår i ett anhörigcentrum. Med detta sätt att se på anhörigstöd blir det lätt för enskilda verksamheter och personer att friskriva sig för att istället hänvisa till ”experterna”. Ett annat mer gränslöst sätt att definiera anhörigstöd på är att inkludera precis all verksamhet i begreppet med motiveringen att allt som görs för den enskilde också är till glädje och bra för anhöriga. Anhörigstöd blir på detta sätt allt och ingenting.

Det är av vikt i detta sammanhang att skilja mellan direkt och indirekt anhörigstöd där det direkta stödet är insatser/verksamhet som har som sitt huvudsakliga syfte att vara just ett stöd för anhöriga. Det indirekta stödet är verksamhet som också gagnar den anhöriga, men som inte har detta som sitt huvudsakliga syfte. Det finns med detta sätt att definiera anhörigstöd på verksamheter som kan ha flera syften för samma individ (till exempel då syftet med en dagverksamhet både är att stimulera den enskilde och att avlösa en anhörig) och verksamheter som ibland har syftet att främst vara till för anhörigas del och ibland för brukaren (exempelvis korttidsboende som ibland kan vara avsedd för ren rehabilitering och ibland ha syftet att avlösa anhöriga). För att överhuvudtaget kunna avgöra omfattning av anhörigstöd krävs att varje utförd insats och service ges ett explicit syfte för de enskilda individerna. Intressant att konstatera i detta sammanhang är att det förekommer att inte ens personal som arbetar med avlösningsverksamhet är benägna att kalla detta för anhörigstöd. Orsaken kan vara ett uttalat brukarfokus och att det främst är den närstående som personalen träffar i sin yrkesutövning.

Kunskapen om svårigheterna med begreppsanvändningen inom området fanns i projektgruppen innan dess att kartläggningarna inleddes i kommunerna. Det beslutades därför att de enskilda kommunerna och de enskilda respondenterna själva fick definiera vad de avsåg med stöd till anhöriga. På detta sätt är det inte alltid endast det direkta stödet som har avrapporterats, men det påvisar samtidigt tydliga skillnader mellan olika sätt att förhålla sig till fenomenet. Genom att inte i förväg bestämma vad som skulle räknas som stöd till anhöriga minskade också risken för att missa stödinsatser som inte tidigare varit kända. Med vetskap om att det är från äldreområdet som den mesta av kunskapen är inhämtad om anhörigstöd, reducerades med detta förfaringssätt också risken att överföra äldreomsorgens förhållningssätt till anhöriga och anhörigstöd, som norm för andra verksamheter.

Konstateras kan att utvecklingen av framtidens anhörigstöd förmodligen skulle ha mycket att vinna på om diskussioner fördes inom kommunerna, och även på nationell nivå, om hur anhöriga skall definieras och vad anhörigstöd är eller kan vara. Förutom en ökad förståelse mellan olika delar av den kommunala organisationen skulle det i bästa fall också leda till att befintligt stöd

till anhöriga synliggjordes, att resurser samordnades och att handlingsplaner utarbetades inför det kommande utvecklingsarbetet.

## 6.2 Kartläggningens genomförande

Mot bakgrund av ovanstående diskussion inses lätt att det är en komplicerad uppgift att få en bild av anhörigstödet som helhet i en kommuns samtliga berörda organisationer. Det var inte ovanligt att chefer och andra nyckelpersoner som blev tillfrågade att besvara en enkät eller delta i en intervju reagerade med att säga att området inte berörde dem. I de fall dessa respondenter inte nåddes av en fullgod förklaring eller fick diskutera innebörden i nämnda begrepp, kunde det vara svårt att få svar på frågorna. Med tanke på de skiftande och oklara innebörderna i begreppen kunde också avgivna svar vara svåra att tolka. En fördel i det här sammanhanget är att använda ostrukturerade intervjuer som metod då oklarheter enklare uppmärksammas, kan redas ut och förstås.

Att inte på ett tydligt sätt definiera anhörigstöd som sådant när det förekommer och rutinen att dokumentera anhörigstöd i brukarens akt, om det överhuvudtaget dokumenteras, leder till att det är svårt att uppskatta omfattningen av förekommande stöd. Det blir också svårt eller snarare omöjligt att ta fram listor på personer som de facto har fått stöd som insats. I de fall stödet definieras som service förs oftast inte någon dokumentation alls, på sin höjd pinnstatistik och egna arbetsanteckningar av anhörigkonsulenter med flera. Detta omöjliggör att undersöka mer kvalitativa dimensioner av stödet, liksom att på ett enkelt sätt få tillgång till kontaktuppgifter till anhöriga som mottagit servicen. Det är dock viktigt att anhöriga kan vara anonyma och att stödet är lättillgängligt även om det komplicerar utvärderingar och forskning. För att få tillgång till namn på anhöriga att sända enkäten till, behövde i många fall samtycke först inhämtas via de anhörigstödjare som den anhöriga varit i kontakt med, innan dess att kontaktuppgifter lämnades ut till Nka. I en kommun tog anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare själva hand om hela enkätutskickningsförfarandet.

På grund av många olika slags skillnader mellan de deltagande kommunerna förekommer variationer i hur undersökningen har genomförts. När det gäller själva kartläggningen måste denna anpassas till respektive kommuns förutsättningar. Det betyder att projektledarna i respektive kommun har bedömt hur kunskapen på bästa sätt skulle samlas in. Hur många och vilka personer som har intervjuats, vilka dokument som har studerats om enkät har använts eller inte är exempel på skillnader i tillvägagångssättet. Det förekommer också variationer i hur fokusgrupper har organiserats och som nämnts hur namn på anhöriga har samlats in och hur enkäten har distribuerats. I vissa



fall har personer som arbetar med anhörigstödet i kommunen ansvarat för insamlingen av material och analys, i andra fall har en mer ”utomstående” person (FoU-arbetare) genomfört hela eller delar av studien.

En komplikation under studiens gång är den fördröjning i tidsplanen som uppstod. Eftersom kartläggningen avsåg första hälften av 2010 och tiden för kartlägningsarbetet utsträcktes blev det svårare för respondenter och kartläggare att hålla tidsperspektivet levande. Eftersom kartläggningen med nödvändighet genomfördes retrospektivt och utskicket av enkäter till anhöriga och intervjuerna var de moment som genomfördes sist i processen finns också ett ”glapp” mellan kartläggningsperioden och den tidsperiod som anhöriga svarade utifrån. I något fall hann även insamlade namnlister bli inaktuella. Kartläggningen avser alltså huvudsakligen första halvåret 2010, men anhöriga har i enkäter och intervjuer uttalat sig om det stöd som de erhållit senare.

### 6.3 Mål, handlingsplaner och värdegrund

Det kan sägas att verksamheterna i de flesta kommunerna inte hade någon större hjälp av övergripande styrdokument i form av mål och handlingsplaner i arbetet med anhörigstödet och utvecklingen av detsamma. Inom äldreområdet är det vanligt att intentionerna med anhörigstödet nämns på ett allmänt sätt i strategiska planer, äldreplaner et cetera. När det undantagsvis fanns specifika mål var de också tämligen övergripande, som till exempel att uppmärksamma anhöriga som samarbetspartner, skapa en organisation för anhörigstöd samt utveckla samarbetet med intresse- och frivilligorganisationer. Det förekom effektmål i två kommuner, men uppföljning av dessa var inte alltid till hjälp för att utveckla kvaliteten på stödet. Om effektmål utgörs av påståenden som att anhöriga ska känna till den hjälp och det stöd som de kan erbjudas och att efterlevandestöd samt regelbundna brukar-anhörigträffar skall ges, går det i uppföljningar endast att pricka av, om verksamheterna förekommer eller ej. I en kommun skulle anhöriga och närstående (oklar begreppsanvändning) känna att det stöd som tillhandahölls var anpassat till deras behov. För att stämna av detta användes statistik på antalet anhöriga som använt sig av anhörigstödet (Anhörigcentrums verksamhet) och målsättningen var att antalet skulle öka. Denna typ av effektmål uppmuntrar verksamheter främst till att ”samla pinnar”.

Inom funktionshinder- och individ- och familjeområdet fanns det generellt sett, med ett undantag inte heller några övergripande mål formulerade. I de kommuner där organisationen av anhörigstöd är densamma för samtliga målgrupper, gäller förstås samma skrivningar för samtliga grupper.

Några övergripande handlingsplaner att arbeta utifrån förekommer, med ett undantag, inte heller i kommunerna. En kommun har en utarbetad plan

som gäller hela socialtjänsten. I de kommuner som har en beställar- utförarorganisation skulle uppdragen kunna sägas utgöra en form av handlingsplan eftersom de anger vad verksamheterna har att göra och får betalt för enligt avtal. Av största vikt är därför att det finns ett anhörigperspektiv med i uppdragen eftersom det annars finns risk för att detta bortprioriteras eller bortses från.

En övergripande värdegrund att arbeta utifrån med speciell inriktning på anhöriga fanns endast i en kommun. I andra kommuner kunde det finnas mer eller mindre explicita riktlinjer för specifika anhörigstödsverksamheter och anhörigstödjare. Däremot gällde kommunernas allmänna etiska koder liksom enskilda förvaltningars värdegrund självklart även mötet med anhöriga. Dessa skrivningar var dock oftast mycket allmänt hållna och skulle förtjäna att brytas ner och formuleras utifrån ett anhörigperspektiv. Vad innebär till exempel orden trygghet, inflytande, tillgänglighet, oberoende, respekt, positiv människosyn, lyhördhet, gott bemötande, med mera när det kommer till möten med anhöriga i de olika verksamheterna och till utvecklingen av en anhörigvänlig vård och omsorg samt stöd? Vad det än innebär så kan sägas att värdegrunderna inte har fått fullt genomslag eftersom 69 procent av de anhöriga som besvarade enkäten instämde i påståendet att de blev bemötta med värdighet och respekt av dem som ger dem hjälp och stöd.

Konstateras kan att det i de flesta kommuner finns en hel del övergripande arbete att utföra för att utveckla ett anhörigfokus i hela socialtjänsten och för att styra och stödja utvecklingen av anhörigstödet på ett positivt sätt. Politikernas roll i detta arbete kan inte underskattas.

## 6.4 Stödet till anhöriga

Det går att beskriva stöd till anhöriga utifrån tre olika sammanhang. Ett är det stöd som vi här kallar det specifika stödet och som ges i en särskild organisation för anhörigstöd och/eller av särskilda personer, gemensamt kallade för anhörigstödjare, som är anställda för uppgiften. Anhörigkonsulent/samordnare fanns anställda i samtliga kommuner. När referenser görs till kommuners anhörigstöd är det ofta det specifika stödet som avses. Ett annat sammanhang kan det biståndsbedömda stödet sägas vara. De olika sorternas avlösningssatser krävde till exempel i de åtta kommunerna oftast biståndsbeslut. Ett tredje sammanhang där anhörigstöd kan ges är i de ordinarie verksamheterna i socialtjänsten i mötet mellan personal och anhöriga och där stödinsatser kan ordnas utifrån behov, inom den egna organisationen.

Härdraget kan sägas att inom äldreomsorgen fanns det ett jämförelsevis väl utvecklat, inarbetat specifikt anhörigstöd. Inom funktionshinderområdet gavs mycket av stödet utifrån biståndsbeslut och i enlighet med LSS-lagstiftningen

som till exempel korttidsvistelse och avlösarservice. Inom individ- och familjeområdet kan det befintliga stödet huvudsakligen härröras till pågående verksamhet där anhöriga kan erbjudas stöd för egen del i anslutning till närståendes beroendebehandling. I några kommuner riktade sig det specifika stödet till samtliga målgrupper, men erfarenheterna var störst inom äldreområdet. I ett par kommuner fanns inte något organiserat, formaliserat anhörigstöd alls inom funktionshinder- respektive individ- och familjeområdet.

Grovt sett kan innehållet av anhörigstöd i de åtta kommunerna inom äldreområdet sägas vara likartat och stämde väl överens med den beskrivning som Socialstyrelsen har gjort för riket som helhet. Avlösning (där endast en kommun inte hade *avgiftsfri* avlöning i hemmet), samtal och anhöriggrupper genomfördes till synes på likartade sätt. De allra flesta kunde också erbjuda någon form av må-bra aktivitet och mötesplats. Exempel på stödformer som endast nämnts i enstaka kommun är att alla anhöriga erbjöds stödperson, att det fanns kurator inom äldreomsorgen och äldreombudsman. Det var också ovanligt att ekonomiskt stöd nämndes som befintlig stödform och anhöriganställningar verkar undvikas i möjligaste mån. Om ekonomiskt stöd inte framstår som vanligt förekommande i kartläggningen så intar det en mer framträdande roll i resultatet av enkäten. När det gäller information om stöd så var informationen om ekonomiska former av stöd det område som den största andelen anhöriga var missnöjd med. Kanske kan det förklaras av att det inte fanns så många former av ekonomiskt stöd att informera om. En stor del av de anhöriga (37 procent) var också missnöjda med det ekonomiska stöd som de fick. Även i intervjuerna med anhöriga kom den ekonomiska ersättningen upp som ett problem och förslag lades om högre ersättningar. Inför kommande kartläggning skall det bli intressant att se om fler kommuner ger praktiskt stöd i form av hemtjänst med syftet att underlätta för anhöriga och om frågan om ekonomiskt stöd har kommit upp till diskussion. En insats som sticker ut på ett positivt sätt i kartläggningen är kostnadsfri trädgårdsservice som anhörigstöd. Det skall framöver också bli spännande att se om antalet kommuner som använder sig av IT-baserat stöd kommer att vara fler.

De biståndsbedömda insatser som finns möjlighet att söka enligt LSS och SoL är avlösarservice, korttidsvistelse, dagverksamhet, råd och stöd, kontaktperson, stödfamilj, ledsagare, eftermiddagstillsyn, personlig assistans stöd i assistansliknande former, hemtjänst, daglig verksamhet, bostad med särskild service och anhöriganställning. Vilka av dessa insatser som skall betraktas som anhörigstöd är oklart och kan kanske variera. Anhöriga till personer med funktionsnedsättning kan också i en del av kommunerna använda sig av det specifika anhörigstödet i form av avgiftsfri icke biståndsbeslutad avlösning, anhöriggrupper, hälsofrämjande aktiviteter, samtal med anhörigstödjare med mera. Omfattningen av aktiviteter och utbudet är på de flesta håll mer begränsade för dessa anhöriga än för anhöriga till äldre personer.

De anhängstodsformer som nämndes inom individ- och familjeområdet utgjordes till största delen av informationsinsatser, råd och stöd, samtal och anhänggrupper för anhäng till personer med missbruk och psykisk sjukdom. Kontaktfamilj och anhängvecka är två andra konkreta verksamheter för samma grupp av anhäng. Mindfulness för anhäng förekom i en kommun. I ett par kommuner hade även denna målgrupp tillgång till kommunens specifika anhängstöd.

Det är svårt att få ett grepp om det anhängstöd som ges inom ramen för ordinarie vård- och omsorgsverksamhet. I en av kommunerna yttrade en verksamhetschef att kommunens viktigaste stödform var den som erbjuds mellan personal och anhäng. I enkäter är det främst de enheter som arbetar med avlösning, dagverksamhet och palliativ vård som kan peka på att det finns organiserade former av stöd. Avlösning på korttidsboende kan enligt intervju med anhäng även tjäna syftet att uppleva frihet av att inte ha personal/hemtjänst i hemmet. Ett sätt att arbeta med anhängfrågor inom ordinarie verksamheter är som tre kommuner har gjort att utbilda anhängombud som skall tjäna som resurser för anhäng och bevaka och utveckla anhängperspektivet i verksamheterna. Erfarenheter visar att tillsätta anhängombud får olika förutsättningar att utöva sitt uppdrag. Väsentligt är självfallet att dylika satsningar fylls med innehåll och inte enbart blir en beteckning utan substans. I detta sammanhang och i många fler, illustreras vikten av att socialtjänstens chefer är väl insatta i och motiverade att uppmärksamma anhängs situation. Det finns många exempel från kartläggningarna i de olika kommunerna på att chefer och andra personer hänvisar till anhängkonsulenter och liknande istället för att ta itu med frågorna på plats. Till skillnad från äldreområdet fälldes inom funktionshinder- och individ- och familjeområdena kommentarer om att det inte alltid finns anhäng, att anhäng inte har orkat och givit upp och att de närstående inte alltid vill ha kontakt med anhäng. Det finns inte någon anledning att tro att motsvarande inte skulle kunna förekomma även inom äldreomsorgen, men att det av olika skäl inte uppmärksammas på samma sätt där. Inom funktionshinderområdet poängteras också brukarens vilja och personalens bedömning om värdet av att hålla kontakt med vissa anhäng eller ej på ett helt annat sätt än inom äldreområdet. Detta visar på skillnader i uppdragen, men säkerligen även på skilda kulturer, traditioner och förhållnings-sätt.

Ett inslag inom ordinarie vård- omsorgsverksamhet där anhängs roll speciellt har granskats är vid planeringar av vård och insatser. Frågan gällde hur anhängs situation beaktas i dessa sammanhang. Inom samtliga områden varierade svaren mellan att anhäng kunde påverka och att deras situation beaktades till att det endast var den närståendes situation som var avgörande. I de senare fallen hänvisades ofta till sekretess (utom inom äldreområdet). Det synes egendomligt att kombinera en helhetssyn med att endast se situationen

ur en berörd parts perspektiv. Det fattas uppenbarligen metoder och kanske intresse för att kunna kombinera olika perspektiv på ett rättssäkert sätt.

Avgörande för hur personal förhåller sig till anhöriga är deras förståelse av och kunskap om anhörigas situation samt förmågan att kunna se den egna verksamheten även med ”anhörigögon”. Uppseendeväckande är att utbildningsnivån inom området är så låg bland personal i allmänhet och att så få utbildningsåtgärder har gjorts. I en kommun har personal, chefer, politiker med fler utbildats på bred front och detta har slagit mycket väl ut. För att kunskapen skall ha genomslagskraft i det dagliga arbetet behöver samtliga nivåer i organisationen vara ”med på banan” och chefernas roll kan inte nog betonas. En förhoppning är att resultatet av nästa kartläggning skall visa att kommunerna satsat stort på kompetenshöjning och motivationsarbete inom hela den kommunala organisationen, från beslutsfattare till enskilda medarbetare.

Ett annat område som samtliga verksamheter behöver satsa mer på är att ta reda på hur stödet till anhöriga fungerar och för vem, det vill säga att göra fler systematiska uppföljningar och utvärderingar. Nyfikenhet, nytänkande och ett kritiskt, analytiskt förhållningssätt stimulerar utvecklingen. Erfarenheter av att flera yrkeskategorier regelbundet sätter sig samman och diskuterar de egna verksamheterna, vad som fungerar bra och vad som kan förbättras är positiva. Det är lätt att ”rulla på i gamla hjulspår”, men möjlighet till reflektion, gärna tillsammans med andra kan öppna upp för nya lösningar. Anhöriga skulle ha mycket att bidra med i sådana diskussioner. En förutsättning för nytänkande är också en flexibel organisation som inte sätter käppar i hjulet. I kartläggningen ges flera exempel på hur socialtjänstens organisation och därmed sättet att organisera anhörigstödet på, har bidragit till samarbetsvårigheter och begränsningar, både för anhöriga och anställda.

Genom att göra uppföljningar och utvärderingar skulle kunskap också erhållas om varför andelen personer som i enkäten svarade att de var missnöjda med det stöd de fick, är så stor (17 procent). Stödet till anhöriga syftar ofta till att minska stress, underlätta omsorgsarbetet, planera inför framtiden och/eller att bibehålla hälsan. Bland respondenterna, som samtliga erhållit någon form av stöd, var det ändå cirka en tredjedel som inte uppfattade att stödet hjälpt dem med detta. Uppseendeväckande är också att stora andelar anhöriga sällan eller aldrig kände sig lugna och avslappnade (19 procent), aktiva och starka (19 procent) och pigga och utvilade (28 procent). Även om det inte är realistiskt att förvänta att anhörigstödet skall kunna finna lösningar på anhörigas alla problem och svåra situationer, antyder dessa siffror ändå att mycket återstår att göra i utvecklingen av anhörigstödet och att det är nödvändigt att inleda arbetet med att ta reda på vad det är som idag fungerar bra och mindre bra och för vilka anhöriga, hur befintligt stöd kan förbättras och vilka stödformer som återstår att utveckla.

Att upprätta stödplaner för anhöriga och följa upp dem är ett sätt att arbeta systematiskt. Det är endast i en kommun som stödplaner användes planmässigt. I några av de övriga kommunerna kom osäkerhet om möjligheterna att dokumentera upp till diskussion. Det finns ett behov av att sådana svårigheter klargörs och/eller avvärs.

De synpunkter som framkom i intervjuerna med anhöriga gällande de olika stödformerna och som är av intresse att notera i detta sammanhang är att anhöriganställning ibland användes som alternativ till offentlig omsorg på landsbygden och i kartläggningen framfördes också att anhöriganställning ofta användes då den närstående hade ett annat språk och kom från en annan kultur än den svenska. En tolkning av detta är att kommunen använder sig av anhöriga då kommunen inte klarar av att erbjuda en fullgod omsorg i egen regi. Frågan är om insatsen då skall definieras som stöd till anhöriga? Denna situation illustrerar också det problematiska med att bedöma enskilda insatser som anhörigstöd eller ej. I vissa fall kan säkerligen anhöriganställning definieras som anhörigstöd om den anhöriga frivilligt gör en insats och värdesätter att bli uppmärksammas för det genom en anställning. Situationen är dock en annan om anhöriganställning är det enda alternativet för att den närstående skall få en god omsorg.

När anhöriga i intervjuerna har uttalat sig om anhöriggrupperna står det klart att aktiviteten är uppskattad, men att mer arbete förmodligen kan läggas ner på att precisera syftena med grupperna och att sätta samman grupperna utifrån anhörigas olika behov och situation. (Ofrivillig) bundenhet till hemmet och den närstående borde aldrig få förekomma som skäl till att inte kunna delta i en anhörigstödsverksamhet. Slående i intervjurens resultat är också det behov av enskilt stöd i form av samtal som anhöriga uttryckte. Även om det enligt kommunernas kartläggning finns samtalsstöd att få, synes det inte nå fram till alla anhöriga. Eller också kan det vara så att anhöriga har talat med anhörigkonsulenter och andra, men definierar det inte som enskilt samtal utan tänker mer i termer på andra professioner som arbetar med samtal som behandling. I enkäten var det också hjälpen med de känslomässiga aspekterna som de anhöriga var minst nöjda med. Vi vet från forskning att de känslomässiga problemen väger tungt i anhörigas vardag. Här kanske vi finner de största och viktigaste utvecklingsområdena.

Gemensamt för samtliga tre verksamhetsområden när det gäller kvaliteten på det stöd som ges är att byråkratiskt krångel måste undvikas. Personkontinuitet i avlösningssammanhang är ett måste samt flexibilitet och lättillgänglighet i alla slags tjänster. De stödformer som inbegriper den närstående måste hålla hög kvalitet för att anhöriga skall använda dem.

## 6.5 Samverkan och information

För att få tillgång till de statliga stimulansmedlen förutsattes samverkan med ideella sektorn. Det visar sig i dagsläget också att anhörigstödet, speciellt inom äldreområdet, många gånger har en omfattande samverkan med föreningar, kyrkor och andra organisationer. Föreningarna kan också i samarbete med kommunerna vara de som utför vissa stödformer. En fråga som restes i en kommun var om detta kan fortsätta då det enligt lagen är socialnämnden som skall erbjuda anhöriga stöd. Kan detta erbjudna stöd utföras i annan regi? En svårighet som också rapporterades från flera kommuner var att frivilligorganisationer får allt besvärligare att rekrytera volontärer. I en del kommuner kanske kommunerna måste vara beredda att ta över hela arbetet.

Som en del i att upparbeta samverkan, men också för att rekrytera anhöriga har stor möda lagts ner på att sprida information om det befintliga stödet. Informationskanalerna och mottagarna har varit många. Fortfarande är det dock informationsinsatser som står högt på många kommuners åtgärdslistor. Information till allmänheten planeras för att öka medvetenheten om att alla anhöriga har rätt till stöd. En reflektion som kan göras i sammanhanget är att det också är hög tid att intensifiera informationen inom den egna kommunen. Det är vanligt förekommande i kartläggningen att kunskapsbrister avslöjas inom den egna organisationen om vilket anhörigstöd som finns, för vem det är avsett och vem som har ansvar för att det erbjuds och ges. En vanlig missuppfattning är att det fortfarande bara är anhöriga till äldre personer som det specifika stödet vänder sig till, vilket oftast inte är fallet. Det finns heller inte alltid inom det specifika stödet, kunskap om det anhörigstöd som bedrivs integrerat i ordinarie verksamheter inom till exempel individ- och familjeomsorgen. En grundförutsättning för samarbete är kunskap om varandras existens. Samverkan ställs på sin spets i skarvarna mellan olika system. Till exempel då en närstående skall sluta med hemtjänst för att flytta in på särskilt boende, när ett barn med funktionsnedsättning blir myndigt och överförs till vuxenverksamheter eller när en närstående avlider. Det är i sådana lägen som ansvarsfördelningen måste vara klar och den anhöriga får erforderlig hjälp i omställningarna. Kanske skulle det vara en stor poäng med att precis som man gör i en kommun, utse en stödperson för den anhöriga som finns med under hela processen eller så länge som den anhöriga önskar. Inom äldreområdet kan idag anhörigkonsulenter ha en liknande roll.

Av största vikt är att de personer som kommer i direkt kontakt med anhöriga känner till lagen och sin egen roll i sammanhanget samt de stödinsatser som kommunen kan erbjuda. Biståndshandläggare är exempel på en yrkesgrupp som ofta möter anhöriga i ett tidigt skede. Andra yrkeskategorier som möter anhöriga tidigt är sjukvårdspersonal i olika befattningar. An återstår mycket arbete på de flesta håll för att få igång en ordentlig samverkan med

landstingen/regionerna. I kommuner anas en frustration gentemot framför allt primärvården. Kommunerna åläggs att samverka med landstinget, men upplevelsen är ofta att det inte finns en intresserad part att samarbeta med. Att bli inbjuden till möten på vårdcentraler med mera för att informera om kommunens anhörigstöd är en bra början, men om samverkan skall komma så långt som till att vårdpersonal i sin tur hänvisar anhöriga till kommunernas anhörigstöd, krävs att även dessa yrkeskategorier har förståelse och kompetens för att uppmärksamma anhörigas situation. Här har även landstingen/regionerna ett stort arbete framför sig.

## 6.6 Slutligen

I kartläggningen framkommer att i jämförelse med budgetarna för hela socialtjänsten är de ekonomiska satsningarna på anhörigstödet små. Vi vet att förebyggande, hälsofrämjande arbete är ekonomiskt lönsamt. Att stödja anhöriga handlar till stor del om ett folkhälsoarbete. Medvetenhet om detta efterlyses. Ekonomiska argument för nyttan med anhörigstöd efterfrågas inte sällan av beslutsfattare när budgetar skall fastställas och prioriteringar göras i den kommunala ekonomin. Mer forskning och underlag för dessa diskussioner önskas också.

År 2013 kommer nästa kartläggning att göras, men dessförinnan skall nya fokusgrupper genomföras i alla kommuner. Det är många som har uttryckt spänning inför vad kommande resultat skall visa. I vilken omfattning och hur kommer stödet till anhöriga att ha förändrats? Intressant nog så kommer den kartläggning som här har presenterats med stor sannolikhet ha påverkat detta resultat. Genom att ställa frågor i alla verksamheter om befintligt stöd så har medvetenheten ökat om vikten av anhörigstöd och om vad som behöver göras. I fokusgrupperna finns också många exempel på möten mellan olika organisationer och befattningar som har lett till informations- och idéutbyte. Insikter har väckts. Genom att envist efterfråga statistik och andra uppgifter om anhörigstödet omfattning har det i vissa kommuner redan fattats beslut om att dokumentationen skall förbättras och att åtminstone det biståndsbedömda anhörigstödet skall vara möjligt att särskilja från andra insatser vid nästa undersökning. I projektets slutrapport där anhörigstödet utveckling i åtta kommuner under tre år skall presenteras gäller det alltså att inte glömma den påverkan som denna kartläggning har haft på slutresultatet.



## 7. Slutsatser

- Genom att studera stöd till anhöriga blir det tydligt att de olika delarna av socialtjänsten skiljer sig åt när det gäller synsätt och förhållnings-sätt. Dessa kulturella skillnader har påvisats i samtliga undersökta kommuner.
- I samtliga kommuner pågår arbete med att utveckla stödet inom framför allt funktionshinder- och individ- och familjeområdet. För att kunna använda de erfarenheter av stöd till anhöriga som finns i kommunen krävs diskussioner över verksamhetsgränserna om synen på anhöriga, vilket ansvar olika verksamheter har för anhörigas välbefinnande, vad stöd kan vara och inte minst hur använda begrepp definieras och används. Genom sådana möten skulle också det stöd som faktiskt ges till andra anhöriga än anhöriga till äldre, synliggöras.
- Genom samverkan över verksamhetsgränserna inom respektive kommun skulle också resurser kunna samordnas, handlingsplaner utarbetas, etiska riktlinjer och värdegrunder brytas ner och förstås i relation till anhöriga och inte minst skulle information spridas om det stöd som finns idag.
- Inom äldreomsorgen ligger tonvikten på det så kallade specifika anhörigstödet, inom funktionshinderområdet dominerar det biståndsbedömda stödet och inom individ- och familjeområdet kan det befintliga stödet huvudsakligen härröras till pågående verksamhet där anhöriga kan erbjudas stöd för egen del i anslutning till närståendes behandling. Dessa hårdragna skillnader skulle kunna ligga till grund för en fortsatt analys av dimensioner som skulle kunna tjäna på att lyftas fram inom olika verksamheter.
- För att kunna följa utvecklingen av omfattningen av anhörigstödet måste statistiken förbättras. För det biståndsbedömda stödet borde det kunna framgå om insatserna haft stöd till anhöriga som syfte. Pinnstatistiken för serviceinsatser skulle i många fall kunna göras mer omfattande och ”beskrivande” och när det gäller stödet till anhöriga inom ordinarie vård- och omsorgsverksamheter skulle det vara ett värde om de stödinsatser som förekommer beskrivs i termer av omfattning, innehåll med mera.
- Utvärderingar och uppföljningar är sparsamt förekommande. För att kunna arbeta med kvalitetsutveckling av stödet behövs kunskap om vilket stöd som är bra för vilka anhöriga, vilka anhöriga som nås av olika stödinsatser med mera. Erfarenhetsutbyte mellan kommunerna är av värde i detta sammanhang.

- I det fortsatta utvecklingsarbetet är det av största vikt att involvera anhöriga i arbetet då de besitter stor kunskap och har många förslag på förbättringar.
- Om utvecklingsarbete skall lyckas är det väsentligt att alla nivåer i organisationen är delaktiga och ”på spåret”. Politikens och chefers betydelse kan inte underskattas.
- Frågor gällande sekretess och dokumentation var aktuella i många kommuner. Kunskap om hur dessa frågor kan hanteras och metodutveckling efterlyses.
- Utbildningsnivån bland personal och nyckelpersoner gällande anhörigskap och stöd till anhöriga kan förbättras, både inom ordinarie utbildningar och i form av fortbildning, kompetenshöjning.
- När det gäller anhörigas upplevelser är det speciellt de ekonomiska och känslomässiga aspekterna som skiljer sig från övriga. Ekonomiskt stöd bör diskuteras i kommunerna och ytterligare stödinsatser behöver utvecklas för att hjälpa de anhöriga att hantera känslomässiga svårigheter. Stöd i form av samtal kan erbjudas (åtminstone för anhöriga till äldre personer) i samtliga kommuner, men kan utvecklas ytterligare samt erbjudas fler.
- I resultatet från enkätstudien utmärkte sig, då det förekom skillnader mellan grupperna, anhöriga till personer med funktionsnedsättning som en utsatt grupp med avseende på nöjdhet med stöd med mera. Denna anhöriggrupp förtjänar därför ett stort intresse när den fortsatta utvecklingen av anhörigstödet planeras i kommunerna.
- En förutsättning för hur utvecklingen av stödet kommer att se ut är hur det på ett övergripande plan beskrivs i mål, riktlinjer, uppdrag med mera. Stödet till anhöriga måste finnas med i de dokument som styr innehållet i de olika verksamheterna.

## Referenser

- Almberg, B., 2002, Anhörig 300 – Från projekt till varaktigt stöd, *Incitament*, 7/2002, Socialstyrelsen, Stockholm
- Almberg, B., Hellqvist, K., 2002, Anhörig 300: utveckling av anhörigstöd, *Socialmedicinsk tidskrift*, 2002(3): 169–173
- Benediktsson, E., 2010, *Implementering av anhörigstöd SDF Hyllie, Handlingsplan 2010-08-30*
- Borås kommun, 2002, *Äldreomsorgsplan 2002*,  
[www.boras.se/kategorisidor/familjochomsorg/familjochomsorg/aldreomsorg/aldreomsorg/kvalitetochutveckling.4.7243a9a4125d5ad4db180006778.html](http://www.boras.se/kategorisidor/familjochomsorg/familjochomsorg/aldreomsorg/aldreomsorg/kvalitetochutveckling.4.7243a9a4125d5ad4db180006778.html)
- Borås kommun, 2009, Uppföljning av äldreomsorgsplanen, *Borås*
- Borås stad, 2012, <http://www.boras.se/forvaltningar/socialaomsorgsforvaltningen/-socialaomsorgsforvaltningen/funktionshinder/funktionshinder/personligassistans/stodtillanboriga.4.203b1d126bce03a2d800021295.html>, Borås
- Eliasson, J., Gunvik-Grönblad, I., 2010, *Utvärdering av myndighetsutövning avseende bistånd till barn och unga med funktionsnedsättning i Uppsala kommun*, 2010:05, Uppsala
- Fokus Regionförbundet i Kalmar län, ÄldreVäst Sjuhärad, Högskolan i Borås, Högskolan i Kalmar, Humanvetenskapliga institutionen & eHälsainstitutet, Anhörigas riksförbund, Hjälpmedelsinstitutet, Länssamordnarna för anhörigstöd i Norrland, Landstinget i Kalmar län, 2007, *Verksamhetsprogram för Anhörigcentrum*, Kalmar
- Härjedalens kommun, 2010, Äldreplan för Härjedalens kommun år 2011–2018, Sveg
- Hässleholms kommun, 2010, Handlingsplan för anhörigstöd i partnerskap inom omsorgsförvaltningen i Hässleholms kommun 2010–2012,  
<http://www.hassleholm.se/27942>
- Källström Cater, Å., 2009, *Trappanmodellen för samtal med barn som upplevt våld i familjen – en utvärdering för metodutveckling*, FoU-rapport 2009/3, Regionförbundet Uppsala län, Uppsala
- Malmö stad, 2004, *Äldreomsorgsplan för Malmö*, Malmö
- Malmö stad, 2010, Plan för individ- och familjeomsorgen i Malmö stad, Malmö
- Skara kommun, 2008, Ansökan 2008 om medel för utveckling av stödet till anhöriga som hjälper och vårdar närstående, Skara
- Skerfving, A., 2009, *Utvärdering av barngruppsverksamhet – ett metodutvecklingsprojekt*, FoU-rapport 2009/1, Regionförbundet Uppsala län, Uppsala
- Skerfving, A., 2012, *Hur vet vi att det hjälper? Om effektutvärdering av stödgrupper för barn och ungdom*, FoU-rapport 2012/1, Regionförbundet Uppsala län, Uppsala
- Socialstyrelsen, 2000, *Halvvägs för Anhöriga 300*, Anhörig 300, 2000:2, Stockholm
- Socialstyrelsen, 2002, *Anhörig 300 – slutrapport*, projektredovisning, Stockholm

- Socialstyrelsen, 2003, *Ett år efter Anbörig 300 – Uppföljning av kommunernas arbete med utveckling av anhörigstöd år 2002*, lägesbeskrivning, Stockholm
- Socialstyrelsen, 2005, *Kommunernas anhörigstöd 2004*, lägesbeskrivning, Stockholm
- Socialstyrelsen 2006, *Kommunernas anhörigstöd. Utvecklingsläget 2005*, Stockholm
- Socialstyrelsen, 2007, *Kommunernas anhörigstöd. Utvecklingsläget 2006*, Stockholm
- Socialstyrelsen, 2008, *Kommunernas anhörigstöd. Utvecklingsläget 2007*, Stockholm
- Socialstyrelsen 2009, *Kommunernas anhörigstöd. Slutrapport*, Stockholm
- SOU, 1999, *Socialtjänst i utveckling. Slutbetänkande från Socialtjänstutredningen*, 1999:97, Fritze, Stockholm
- Södra Innerstaden, 2010, *Handlingsplan för utveckling av anhörigstöd under 2010 och 2011*, Södra Innerstaden
- Uppsala kommun, 2001a, *Kvalitetspolicy för Uppsala kommun*, Uppsala
- Uppsala kommun, 2001b, *Program för individ- och familjeomsorgen i Uppsala kommun*, antaget av Kommunfullmäktige 29 maj 2001, reviderat i april 2002 på grund av ändringar i lagen, Uppsala
- Uppsala kommun, 2004, *Riktlinjer och anvisningar för vård och behandlingsinsatser från 21 år*, Antaget av Nämnden för vuxna med funktionshinder 2004-12-21, Uppsala
- Uppsala kommun, 2007, *Program för vård och omsorg om äldre i Uppsala kommun*, Uppsala
- Uppsala kommun, 2009a, *Program Senior i Uppsala – nu och fram till 2030*, Ett program för äldrepolitiken i Uppsala kommun, reviderad av Uppsala Kommunfullmäktige 2009-09-28, Uppsala
- Uppsala kommun, 2009b, *Äldrenämndens uppdragsplan 2010 och planering för 2011–2013*, Uppsala
- Uppsala kommun 2009c, *Uppdragsplan 2010–2013*, Nämnden för vuxna med funktionshinder, Uppsala
- Uppsala kommun, 2009d, *IVE Inriktning, verksamhet, ekonomi 2010–2013*, Uppsala
- Uppsala kommun, 2009e, *Uppdragsplan 2010–2013*, Barn- och ungdomsnämnden, 2009-06-11, Uppsala
- Uppsala kommun 2009f, *Uppdragsplan 2010–2013* Socialnämnden för barn och unga, Uppsala
- Uppsala kommun, 2009g, *Förfrågningsunderlag 2010 till verksamheter bedrivna av Nämnden för vård och bildning för personer 21 år och äldre och för vilka Nämnden för vuxna med funktionshinder är beställare*, Uppsala
- Uppsala kommun 2009h, *Uppdragsplan 2010–2013* Utbildnings- och arbetsmarknadsnämnden, Uppsala
- Uppsala kommun, 2010a, *Förfrågningsunderlag anseende drift av vård- och omsorgsboendet Hasselparken, Uppsala kommun, Äldrekontoret*, Uppsala
- Uppsala kommun, 2010b, *Förfrågningsunderlag för godkännande av utförare i Uppsala kommuns valfribetsystem för hemvård*, Äldrekontoret, Uppsala

- Uppsala kommun, 2010c, *Rådgivning och stöd vid personliga problem. Vart vänder jag mig som barn, ungdom eller förälder för att få hjälp?* Socialnämnden för barn och unga, Uppsala
- Uppsala kommun, 2011a, *Verksamhetsbeskrivning 2011 Gottsunda familjeenhet i Uppsala kommun*, Uppsala
- Uppsala kommun, 2011b, *Verksamhetsbeskrivning 2011 Trappan i Uppsala kommun*, Uppsala vård och bildning, råd och stöd, Uppsala
- Uppsala kommun & Uppsala läns landsting, 2009, *Gemensamma riktlinjer för arbetet med barn och ungdomar i behov av särskilt stöd*, 2009-10-29, Uppsala

## Nka Rapporter

Stöd till anhöriga – erfarenheter från åtta kommuner 2010–2012. Nka Rapport 2012:4. Winqvist, Marianne, Magnusson, Lennart, Bergström, Ingela m fl.

Livskvalitet hos anhöriga som vårdare en äldre närstående med inkontinens. En svensk delrapport av ett EU-projekt initierat av SCA och Eurocarers. Nka Rapport 2012:3. Andersson, Gunnel och Hanson, Elizabeth.

Teknikstöd för yrkesverksamma anhöriga. En behovsstudie. Nka Rapport 2012:2 Mathény, Gunilla, Olofsson, Charlotte, Rutbäck, Sofia och Hanson, Elizabeth

Teknikstöd för yrkesverksamma anhöriga. Resultat från utvärdering av tre projekt inom programmet Teknik för äldre II. Nka Rapport 2012:1. Andersson, Stefan, Magnusson, Lennart och Hansson, Elisabeth.

## Kunskapsöversikter

Etnicitet – minoritet – anhörigskap. Kunskapsöversikt 2012:1. Sand, Ann-Britt.

Samtalets betydelse som anhörigstöd. Kunskapsöversikt 2011:1. Winqvist, Marianne.

Anhörigvårdares hälsa. Kunskapsöversikt 2010:3. Erlingsson, Christen, Magnusson, Lennart och Hanson, Elizabeth.

Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd. Kunskapsöversikt 2010:2. Winqvist, Marianne.

Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete med anhörigomsorg. Kunskapsöversikt 2010:1. Sand, Ann-Britt.

## Inspirationsmaterial till Kunskapsöversikterna

Anhörigas hälsa: När mår man bra som anhörig? Svensson, Jan-Olof. Inspirationsmaterial 2012:1.

e-tjänster och ny teknik för anhöriga. Amilon, Kajsa, Magnusson, Lennart och Hanson, Elizabeth. Inspirationsmaterial 2010:4

Individualisering, utveckling och utvärdering av anhörigstöd. Svensson, Jan-Olof. Inspirationsmaterial 2010:2.

Stöd till anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg. Olofsson, Birgitta och Sand, Ann-Britt. Inspirationsmaterial 2010:1.

### **Nka Rapport är utgiven av:**

Nationellt kompetenscentrum anhöriga

Box 75

391 21 Kalmar

Tnf: 0480-41 80 20

[www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)

# Stöd till anhöriga

Ett omfattande arbete har utförts i landets kommuner sedan slutet av 1990-talet för att utveckla stödet till anhöriga. I maj 2009 beslutade riksdagen att kommunerna 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.”

Studiens syfte är att kartlägga innehållet i stödet till anhöriga, hur stödet organiseras, planeras, följs upp och utvärderas inom äldre-, funktionshinder- och individ- och familjeområdet samt samverkan mellan kommun, landsting, ideella organisationer och andra aktörer inom området. I kartläggningen ingår även att undersöka hur de olika huvudintressenterna bedömer kvaliteten på stödet till anhöriga.

I undersökningen kartläggs och följs stödet till anhöriga under tre år i åtta kommuner. De studerade kommunerna är Borås, Härjedalen, Hässleholm, Malmö, Skara, Strängnäs, Uppsala och Västervik. I rapporten presenteras resultatet av kartläggningen för år 2010.

## Nka Rapport 2012:4

ISBN 978-91-980341-4-1

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga/  
Fokus Kalmar län  
Box 75  
391 21 Kalmar  
Tel: 0480-41 80 20.  
E-post: [info@anhoriga.se](mailto:info@anhoriga.se)

[www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)