



# Anhörig 300 – Slutrapport

Socialstyrelsen klassificerar från och med år 2001 sin utgivning i olika [dokumenttyper](#). Detta är en **projektredovisning**. Det innebär att den innehåller resultat från externa projekt som fått bidrag från Socialstyrelsen för t.ex. forskning, försöksverksamhet eller utvecklings- och kvalitetsarbete. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser.

Efter referenslistan finns en förteckning över samtliga hittills utgivna Anhörig 300-rapporter m.m.

ISBN 91-7201-700-7  
Artikelnr: 2002-124-15

---

Tryck: Kopie Center, Stockholm, oktober 2002

# Förord

I december 1998 anslog riksdagen ett särskilt stimulansbidrag på 100 miljoner kronor per år i tre år (1999–2001) för att kommunerna i samverkan med anhöriga och frivilligorganisationer skall genomföra insatser riktade till anhöriga och andra närstående till äldre, funktionshindrade eller långvarigt sjuka. Syftet med medlen är att stödja och underlätta samt på olika sätt bidra till en ökad livskvalitet för anhöriga eller närstående som vårdar. De anvisade medlen är avsedda att påskynda utvecklingen av olika stödformer för anhängvårdare. Inriktningen på arbetet skall vara att åstadkomma en varaktig kvalitetshöjning i det stöd som kommunerna erbjuder anhöriga och närstående.

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att fördela stimulansbidraget till kommunerna samt följa upp, utvärdera och sprida kunskap om bidragets användning och effekt. Ansvariga för Socialstyrelsens arbete med stimulansbidraget för utveckling av stöd till anhöriga ”Anhörig 300” är Britt Almqvist.

I denna slutrapport redovisas resultatet av Socialstyrelsens uppföljning av ”Anhörig 300”. I redovisningen beskrivs utvecklingsarbetet i landet och exempel ges på intressanta projekt för att utöka och förbättra stöd till anhöriga som vårdar en närstående.

Projektredovisningen har skrivits av *Britt Almqvist* och *Sigbrit Holmqvist*, utredare vid Socialstyrelsens Äldreheten.

Ulla Höjgård  
Direktör, chef för Äldreheten



# Innehåll

<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>7</b>
<b>BAKGRUND .....</b>	<b>9</b>
ANHÖRIGAS OMSORG .....	9
OMFATTNINGEN AV INFORMELL OMSORG FÖR ÄLDRE .....	10
TIDIGARE STATLIGA INITIATIV .....	11
NATIONELLA HANDLINGSPLANER .....	12
SOCIALTJÄNSTLAGEN .....	12
<b>MÅL OCH SYFTE .....</b>	<b>14</b>
<b>GENOMFÖRANDE .....</b>	<b>15</b>
MEDELSTILDELNING .....	15
VILLKOR .....	15
SOCIALSTYRELSENS UPPFÖLJNING .....	16
<b>RESULTAT .....</b>	<b>18</b>
ORGANISATION .....	18
MEDELSFÖRBRUKNING .....	18
STÖDFORMER .....	19
MÅLGRUPPER FÖR DE ANHÖRIGAS VÅRD .....	24
SAMVERKAN .....	26
ANLITANDE AV HÖGSKOLA ELLER FOÛ-ENHET .....	27
AKTIVITETER PÅ LÄNSNIVÅ .....	27
EXEMPEL PÅ KOMMUNERNAS UTVECKLINGSAKTIVITETER .....	28
PLAN FÖR FORTSATT UTVECKLING .....	34
KOMMUNERNAS SYN PÅ ANHÖRIG 300 .....	36
SÄRSKILDA PROJEKT .....	42
<b>DISKUSSION .....</b>	<b>51</b>
NÅGRA AVSLUTANDE REFLEKTIONER .....	54
<b>REFERENSER .....</b>	<b>57</b>
FÖRTECKNING ÖVER RAPPORTER M.M. HITTILLS UTGIVNA INOM ANHÖRIG 300-PROJEKTET .....	60
<b>BILAGA – BESKRIVNING AV SÄRSKILDA PROJEKT .....</b>	<b>63</b>



# Sammanfattning

Som en del av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (1999–2001) har ett särskilt stimulansbidrag – Anhörig 300 – utgått med totalt 300 miljoner kronor, vars syfte har varit att stimulera kommunerna till att utveckla stödet till anhöriga som vårdar äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka. Av 100 miljonerna per år, har 96 miljoner kronor fördelats till kommunerna utifrån antal invånare 65 år och äldre. Socialstyrelsen har därutöver disponerat en miljon kronor per år för särskilda initiativ, samt tre miljoner kronor för uppföljning och utvärdering av projektet, informations-spridning och vissa utbildningsinsatser. Villkoren för kommunerna att er-hålla stimulansmedel var att man i samarbete med anhörig- och frivillig-organisationerna upprättade en handlingsplan över hur arbetet skulle bedri-vas och att denna förankrades i ansvarig nämnd. Likaså anmodades kom-munerna att på länsnivå gå samman och utse en länsamordnare för arbetet.

Socialstyrelsen har under åren 1999–2001 haft i uppdrag att administrera, stödja, och därtill följa upp och utvärdera Anhörig 300. Föreliggande rapp-ort utgör en slutrapport från detta uppdrag. I uppföljningsarbetet har samtli-ga kommuner och länsamordnare tillställts årliga enkäter, i vilka man har ombetts att beskriva hur kommunen har arbetat med anhörigstödet och re-sultatet av detta. En referensgrupp bestående av representanter för anhörig-och frivilligorganisationer har löpande förmedlat sina erfarenheter av arbe-tet. Socialstyrelsen har också i sin roll att stödja utvecklingen på området, skapat en mycket bred och omfattande kontaktyta med kommuner, vårdper-sonal och frivilliga vilket har givit ett ständigt inflöde av information om Anhörig 300. Därutöver har också Socialstyrelsen initierat studier och ut-vecklingsarbeten på områden, där kunskapsbristen varit särskilt påtaglig, vilket givetvis också berikat kunskapen om anhörigstöd.

Med utgångspunkt i kommunernas redovisningar kan man konstatera att trots en trög start på arbetet har både nya stödformer tillkommit och ”gamla” stödformer innehållsmässigt utvecklats och spritts till flera kommuner.

Ett exempel är möjligheten att få avlösning från vårdsyslan i det egna hem-met. Denna stödform har under projektet utvecklats så att den i viss ut-sträckning nu kan lämnas kostnadsfritt och ibland även utan biståndsbeslut. Anhörigcirklar som tidigare enbart fanns för anhöriga till dementa, finns nu även för andra grupper anhöriga.

I Anhörig 300-arbetet har vidare i ett flertal kommuner funktionen ”anhörig-konsulent” eller ”anhörigstödare” utvecklats, dvs. en särskild personal som har till uppgift att stödja anhöriga. På motsvarande sätt har träffpunkter och anhörigcentra tillkommit i mer än hälften av kommunerna under de gångna åren. Andra nyheter är utvecklingen av insatser av förebyggande karaktär

t.ex. hälsokontroller för anhöriga, semestervistelser och andra former av rekreation för anhöriga.

Anhörig 300 har betytt mycket för utbildning av personal framförallt när det gäller bemötande av anhöriga, men också många anhöriga har fått utbildning t.ex. om olika sjukdomstillstånd. Kommunernas anhörigstöd riktas främst till anhöriga som vårdar äldre. Efter hand har stöd till anhöriga som vårdar funktionshindrade eller sjuka i lägre åldersgrupper blivit vanligare i kommunerna. Riktat anhörigstöd specifikt till anhöriga till vårdbehövande invandrare har också utvecklats i ca 10 procent av kommunerna.

Anhörigstöd riktas av alla kommuner till dem som vårdar anförvanter i det ordinära boendet. Stöd har också kommit att riktas till anhöriga till dem som bor i särskilt boende. År 1999 fanns denna möjlighet endast i en av fyra kommuner. Vid utgången av år 2001 hade tre kommuner av fyra infört anhörigstöd även till anhöriga till personer i särskilt boende. Praktiskt taget alla kommuner har samverkat med Röda Korset och med pensionärsorganisationer, flertalet också med kyrkor och samfund. Andra samverkansparter har varit demens- och handikappföreningar, andra intresseföreningar, studieförbund m.fl.

Drygt hälften av kommunerna hade november 2001 en av ansvarig nämnd beslutad plan för det fortsatta arbetet med anhörigstöd. Samverkan mellan kommunen och anhörig- eller andra frivilligorganisationer kommer att fortsätta i åtminstone nio av tio kommuner. Fortsatt samverkan mellan kommunen och landstinget eller andra kommuner kommer att finnas i minst två av tre kommuner, enligt kommunerna själva.

Samtliga kommuner anger att stimulansbidraget direkt påverkat sättet att arbeta med anhörigfrågor. I första hand handlar det om att nya stödformer utvecklats, men många pekar också på utvecklingen av icke biståndsbedömda stödformer som ett viktigt framsteg. Mycket arbete har lagts ned på informationsmaterial och att nå de anhöriga. Personalens medvetenhet om anhörigas behov har ökat. Nätverk med frivilliga organisationer har utvecklats och anhörigråd och föreningar för att ta tillvara anhörigas intressen har bildats. Attityderna hos personal och allmänhet har ändrats successivt.

Anhörig 300 har medfört att anhörigas vård- och omsorgsinsatser för äldre, sjuka och funktionshindrade har synliggjorts. Likaså har kommunerna, ofta i samarbete med frivilligorganisationerna, byggt ut stödet till anhöriga. Anhörigstödet har idag en helt annan bredd och variationsrikedom än tidigare. Kvar står dock att utveckla kvaliteten i de olika stödinsatserna som erbjudes. Kvalitetsbristerna i befintligt stöd har blivit allt mer synliga allt eftersom anhörigas situation satts i fokus. Därtill finns det ingen tydlig bild av i vilken utsträckning kommunernas stöd till anhöriga verkligen når de som behöver det. Oftast har inte kommunerna något system för att följa upp effekterna av de hjälpinsatser som görs. Anhörig 300 har emellertid satt igång stora aktiviteter i kommunerna, vars värde kommer att bli än mer påtagligt i framtiden, förutsatt att detta arbete fortgår.



# Bakgrund

## Anhörigas omsorg

Familjen som främste vårdgivare till äldre, sjuka och funktionshindrade har alltid varit självklarhet. Den vård och omsorg som familjen och anhöriga svarar för har emellertid inte uppmärksammats, då det är ett offentligt ansvar att tillgodose befolkningens behov av vård och omsorg. I takt med det offentliga systemets ökande svårigheter att tillgodose befolkningens behov, har familjens vårdande roll och funktion fått betydligt större uppmärksamhet. De hjälpinsatser som görs av familjen och andra närstående, den informella omsorgen, är mycket omfattande. Det kan handla om allt från socialt stöd och hjälp med hushållssysslor till omfattande hjälp med personlig omvårdnad och tillsyn.

Att vårda en närstående person uppfattas ofta som självklart. Att hjälpa sin nästa till ett så bra liv som möjligt, trots sjukdom eller handikapp. Vanligtvis uppfattar anhöriga sig själva inte som vårdare, utan det man gör är bara en naturlig del i relationen med den hjälpbehövande. Begreppet anhörigvårdare, som används såväl i denna rapport som i den allmänna diskussionen, har den nackdelen att det kan leda till förenklade, stereotypa bilder av anhöriga som vårdar. Ofta uppfattar de som vårdar en närstående att det är mer som skiljer än förenar deras situation med andra anhöriga som vårdar. Anhörigskapet har både positiva och negativa sidor och hur omsorgsrelationen utvecklas beror i hög grad på hur relationen såg ut innan sjukdomen eller hjälpbehovet uppstod, och vilka resurser man har att tillgå. Att försöka undvika en förenklad bild av anhöriga som vårdar är en förutsättning för att kunna bygga upp ett bra anhörigstöd.

Ansvar för vård och omsorg om den närstående är många gånger ensamt och både psykiskt och fysiskt påfrestande. Det finns anhöriga som svarar för omsorgsinsatser som ligger nära gränsen för vad de förmår. Många orkar inte heller bära ansvaret för vården helt ensamma utan vill ha möjlighet att dela ansvaret med någon och ändå kunna fortsätta att vara ett stöd för sin anförvant. Det är då viktigt att den anhörige blir respekterad som en samarbetspartner och att dennes kunskaper och erfarenheter tas tillvara.

De stödinsatser som samhället riktar till den vårdbehövande äldre, den sjuke eller den funktionshindrade innebär ofta att även den anhöriges situation underlättas. Men det behövs också insatser som riktar sig direkt till de anhöriga. Varje anhörigvårdare har sina individuella behov. Gemensamt för de flesta är en önskan om lättnad i en svår situation genom möjlighet till avlösning från vårdsysslan och bundenheten. Många har ett behov av att få prata om sin situation i enskilda samtal och i grupp med andra i liknande situation för att få förståelse för hur man har det.

## Omfattningen av informell omsorg för äldre

Med hjälp av data från Socialstyrelsens riksrepresentativa intervjuundersökningar med hemmaboende äldre (75 år och äldre) från åren 1994 och 2000, kan omfattningen av den informella omsorgen för äldre belysas (1, 2).

De äldre tillfrågades bl.a. om förmågan att klara olika ADL-funktioner, liksom vem som gav hjälp i förekommande fall samt relation till hjälparen och dennes kön. Om hemhjälp eller annan hjälp förekom registrerades även detta; dessutom visade separata frågor hur många timmar hemhjälp man hade, liksom eventuellt behov av hemhjälp bland dem som ej hade sådan hjälp.

Den största gruppen anhöriga som vårdar finns bland de äldre, en maka eller make som ger den andra parten hjälp och stöd. En annan stor grupp är döttrar som hjälper sina föräldrar.

**Tabell 1.** *Hjälp till äldre hemmaboende svenskar (75 år och äldre) i behov av hjälp, efter hushållsstruktur, år 1994 respektive 2000 (procent).*

	Alla		Ensamboende		Samboende	
	1994	2000	1994	2000	1994	2000
Endast informell omsorg	59	66	33	47	85	88
Både informell omsorg och hemhjälp	13	16	17	24	9	7
Endast hemhjälp	28	18	51	28	5	5
Summa	100	100	100	100	100	100
<i>N</i>	538	642	266	338	275	303

Uppgifterna om hjälpgivare i dessa två studier kan sammanfattas i ett samlat mönster, beroende på kombinationen av informell hjälp och offentlig hemhjälp. Detta redovisas i tabellen ovan.

Uppenbarligen är det allt fler gamla som enbart får informell omsorg och allt färre som använder hemhjälp. Detta stämmer också med den offentliga socialtjänststatistiken.

Man kan också notera att situationen för sammanboende äldre förändrats föga: nu liksom tidigare klarar man sig genom att få hjälp av sin partner (de allra flesta av dessa är gifta). En marginell minskning från en redan mycket låg nivå för hemhjälpen skedde dock under perioden. Man kan för övrigt notera att det i absoluta tal är ungefär lika många gamla män som vårdar sin fru, som omvänt.

Andelen och antalet äldre som bor ensamma har ökat och det är i den gruppen som det skett stora förskjutningar från formell hjälp (hemhjälp) till anhörighjälp. Hemhjälpen har alltid varit inriktad på de ensamboende, men år 2000 dominerar hemhjälpen inte längre omsorgspanoramata så som den fortfarande gjorde 1994. Bland de ensamboende, vars andel ökar med stigande ålder, var barnen i förekommande fall, stora hjälpgivare. Omfattningen av barnens insatser, ökar naturligt nog med närheten till den hjälpbehövande. Bland barnen är det döttrar (och svärdöttrar) som står för de flesta insatserna, mer än dubbelt så ofta som söner. Insatserna från barnen har andelsmässigt ökat från år 1994 till år 2000 och bland barnen står döttrarna för en relativt större andel av ökningen än söner.

Studierna visar, i korthet, att offentlig hjälp stod för 40 procent av hjälpvolymen år 1994, men bara 30 procent år 2000. Anhöriga och andra närstående har de senaste åren fått ta ett ökat vårdansvar för hjälpbehövande äldre som bor hemma.

## Tidigare statliga initiativ

Redan i Äldrepropositionen 1987/88 (3) betonades vikten av att anhöriga och närstående, som kan och vill vårda en nära anförvant, får stöd och hjälp i tillräcklig omfattning och med god kvalitet. Socialstyrelsen fick i uppdrag att förnya och utveckla stödet till närstående. Tjugo miljoner kronor avsattes ur Allmänna arvsfonden och kommuner och organisationer fick söka pengar till stödprojekt för anhöriga. Pengarna fördelades på 67 projekt och resultatet redovisades i rapporten "Den tysta omsorgen – om försök att ge stöd till anhöriga" (4). Där framhölls bl.a. att anhöriga inte är en homogen grupp. De har olika bakgrund och erfarenheter och befinner sig i olika livsskeden. Att ta hand om ett barn, en maka/make eller en förälder är exempel på tre olika typer av ansvarstagande. Ett bra stöd till anhöriga handlar om att *se* de sociala, fysiska, psykiska och ekonomiska påfrestningar som det kan innebära att ge hjälp och stöd åt en nära anförvant, att *lyssna* på hur de anhöriga upplever sin situation och utifrån deras erfarenheter och önskningar *lära* vilken form av hjälp och stöd den enskilde anhörige behöver.

År 1994, utlyst som FN:s familjeår, redovisade Socialstyrelsen i en kunskapsöversikt svenska erfarenheter när det gäller familjens roll och funktion som vård- och omsorgsgivare, framför allt till äldre men även yngre funktionshindrade (5). Där konstateras att det finns en omfattande anhörigomsorg i Sverige, till hjälp för äldre, sjuka eller funktionshindrade och att den offentliga vården och omsorgen rent kvantitativt sett utgör ett komplement till de anhörigas insatser och inte tvärtom. De anhörigas vardag kännetecknas för många av umbäranden, både fysiskt, psykiskt och socialt. Anhöriga måste få ett erkännande för det arbete de gör. Detta sker bäst genom att hjälpa dem hjälpa utan att de själva blir utslitna fysiskt och psykiskt. Den preventiva ansatsen måste vara ledstjärnan för ett utökat anhörigstöd.

Socialstyrelsen fick 1996 regeringens uppdrag att fördela 7,5 miljoner kronor till projekt som skulle bidra till att utveckla nya metoder och former för stöd till anhöriga. Utvecklingsmedlen, som fördelades till 27 kommuner, skulle användas till projekt inom äldreområdet med en nydanande och utvecklande karaktär. Uppdraget redovisas i rapporten ”Att utveckla anhörigstöd” (6). Av rapporten framgår att stimulansmedlen resulterat i flera konkreta idéer för att förbättra anhörigstöd, t.ex. inrättande av anhörigkonsulent, mer flexibelt och okonventionellt arbetssätt samt former för samverkan mellan anhörig-/frivilligorganisationer och kommun/landsting. Enligt rapporten finns svårigheter att ”nå fram till” anhöriga och att få till stånd individuellt anpassat stöd. Vidare påpekas att kvaliteten i anhörigstödet måste förbättras.

## Nationella handlingsplaner

I propositionen 1997/98:113 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken* (7) föreslogs ett särskilt stimulansbidrag för 1999 och tre år framåt med 100 miljoner kronor årligen för att utveckla stödet till anhöriga som vårdar äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka. Riksdagen anslog i december 1998 ett särskilt stimulansbidrag, som skulle avse sådana insatser för anhöriga som kommunerna vill genomföra i samverkan med anhöriga och med frivilliga organisationer. Medlen skulle fördelas av Socialstyrelsen efter samråd med länsstyrelserna. Socialstyrelsen skulle också följa upp och utvärdera insatserna. En viss del av medlen skulle användas till uppföljnings-, informations-, och utbildningsinsatser.

I propositionen 1999/2000:149 *Nationell handlingsplan för utveckling av svensk hälso- och sjukvård* (8) föreslogs en rad olika utvecklingsinsatser, däribland också insatser inom vård och omsorg för äldre. Bland de områden som lyfts fram finns också de anhöriga som vårdar svårt sjuka, äldre eller funktionshindrade människor. Dessa skall fortsättningsvis erhålla stärkt stöd i enlighet med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. Ett utvecklingsavtal har slutits mellan Regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, som bestämmer den fortsatta inriktningen av utvecklingsinsatserna. Enligt detta avtal skall satsningen för att stödja anhörigvårdare pågå under åren 2002–2004 och ansvaret för den fortsatta satsningen ligga hos kommunerna.

## Socialtjänstlagen

I socialtjänstlagen (1980:620, som trädde i kraft den 1 januari 1982) angavs i 5 § de uppgifter som åvilar socialnämnden. Denna paragraf utökades 1998 med 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” (Lag 1997:313). Genom denna bestämmelse markeras vikten av att socialtjänsten tar ansvar för att ge stöd till anhöriga som vårdar långvarigt sjuka, äldre eller funktionshindrade.

Bestämmelsen innehåller inte någon närmare precisering om hur stödet till anhöriga bör utformas.

I Socialtjänstutredningens slutbetänkande *Socialtjänst i utveckling, SOU 1999:97* (9), föreslogs att bestämmelsen om stöd till anhöriga borde skärpas. Utredningen framhåller att anhörigstödet är så viktigt att det bör bli en särskilt reglerad skyldighet för socialtjänsten att ge sådant stöd och att socialtjänstlagen bör tillföras en ny paragraf där en sådan skyldighet förtydligas.

I regeringens proposition 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.* (10) sägs att bestämmelserna i socialtjänstlagen om anhörigstöd har varit i kraft i drygt tre år och att det ännu är för tidigt att dra några långtgående slutsatser om effekterna av detta. Inte heller effekterna av det statliga stimulansbidraget kan utläsas fullt ut förrän tidigast om två till tre år. De uppföljningar som genomförts av kommunernas insatser visar på i huvudsak positiva resultat. Ett omfattande arbete pågår i flertalet kommuner med att utveckla anhörigstödet. Satsningen på fortsatt utveckling av anhörigstöd under 2002–2004, i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården, kommer att ytterligare säkerställa och påskynda denna utveckling. Mot denna bakgrund bedömde regeringen att det inte var motiverat att då genomföra ytterligare förändringar i befintlig lagstiftning i syfte att påskynda utvecklingen inom området.

I den nya socialtjänstlagen, SFS 2001:453, har bestämmelsen om anhörigvård samma lydelse som tidigare, nu i 5 kap. 10 § SoL.

Riksdagen har därefter på hemställan av socialutskottet i mars 2002 beslutat att ge regeringen i uppdrag att göra en analys av de ekonomiska konsekvenserna av en i socialtjänstlag reglerad skyldighet för kommunen att ge anhöriga stöd, och återkomma till riksdagen med förslag om praktiska lösningar.

# Mål och syfte

I förarbetena till den bestämmelse om stöd för närstående som finns i socialtjänstlagen noterades den preventiva funktionen för anhörigstödet. Det är viktigt att se att det handlar om detta och inte om att lägga ytterligare ansvar på anhöriga. Målet för anhörigstödet handlar enligt SOU 1999:97 (9), om tre saker; att visa samhällets uppskattning för den närstående som vill göra en insats för en vårdbehövande, att medverka till och stärka anhörigvårdarens livskvalitet trots vårdåtagandet samt att förebygga utbrändhet genom att reducera den stress och belastning som kan ligga i den uppgift anhörigvårdaren tagit på sig.

Inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken har ovan nämnda särskilda stimulansbidrag delats ut till kommunerna under åren 1999–2001 för insatser riktade till anhöriga, som kommuner vill genomföra i samverkan med anhöriga och med frivilliga organisationer. Inriktningen på arbetet skulle vara att åstadkomma en varaktig kvalitetshöjning i det stöd som kommunerna erbjuder anhöriga.

Syftet har således varit att genom ett långsiktigt arbete med att utveckla stödformer för anhörigvårdare i det lokala samhället, stödja och underlätta och på olika sätt bidra till en ökad livskvalitet för dem som vårdar äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka anförvanter.

# Genomförande

## Medelstillelning

Stimulansbidraget har omfattat 100 miljoner kronor per år, totalt 300 miljoner kronor, och projektet brukar kallas ”Anhörig 300”. 288 miljoner kronor eller 96 miljoner kronor per år har fördelats till kommunerna. Socialstyrelsen har disponerat en miljon kronor per år för särskilda initiativ i kommuner med unika förutsättningar och behov inom området anhörigstöd. Resterande tre miljoner kronor per år har Socialstyrelsen disponerat för uppföljning och utvärdering av projektet och dess effekter samt för informations spridning och vissa utbildningsinsatser.

Stimulansbidraget till kommunerna på 96 miljoner kronor per år har fördelats utifrån kapiteringsprincipen, dvs. beloppets storlek baseras på antalet invånare i kommunen som är 65 år eller äldre. Varje kommun har fått 62 kronor per person som är 65 år eller äldre och bosatt i kommunen.

De belopp kommunerna fått skiljer sig även en hel del åt på grund av rådande åldersfördelning. Exempelvis har en ganska stor kommun med drygt 100 000 invånare fått ca 1,3 miljoner kronor per år och storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö 7,8, 4,8 respektive 3 miljoner kronor per år. En genomsnittskommun på 18 000 invånare har fått ca 200 000 kronor per år och små kommuner runt 50 000 kronor per år.

## Villkor

Förutsättningen för att medlen skulle utbetalas har varit dels att den enskilda kommunen i samråd med berörda frivilligorganisationer utarbetat en treårig handlingsplan för arbetet med att stödja anhörigvårdare och närstående, dels att utvecklingsarbetet skulle ske i samverkan med anhörigorganisationer och andra frivilligorganisationer och dels att handlingsplanen hade godkänts av ansvarig kommunal nämnd.

Administrationn av bidraget till anhörigstöd skulle samordnas länsvis. Enligt regeringsbeslutet skulle varje kommun bidra med ett visst belopp för finansiering av en sammanhållande länsorganisation med tre huvudsakliga funktioner; att ansvara för länsvis samordning och insamling av kommunernas handlingsplaner, att stödja kommunerna i deras arbete och fungera som ”motor” i utvecklingsarbetet samt att ta ansvar för den löpande uppföljningen av utvecklingsarbetet i länet.

Till länssamordnaren har kommunerna haft att årligen avlämna rapporter, som visat hur arbetet framskridit samt en ekonomisk redovisning. Länsam-

ordnaren har haft i uppgift att sammanställa och sammanfatta kommunernas rapporter och sända dessa till Socialstyrelsen.

## Socialstyrelsens uppföljning

Enligt regeringsuppdraget skulle Socialstyrelsen följa utvecklingen i kommunerna när det gäller stödet till anhöriga och lämna en årlig rapport till regeringen. En slutrapport skall lämnas i juni år 2002.

Två uppföljningar har tidigare genomförts, den första i januari 2000 och den andra i februari 2001. Vid båda tillfällena sändes enkäter ut till samtliga 289 kommuner och till länsamordnarna i de 21 länen. Resultatet av den *första* uppföljningen presenterades dels i slutrapporten från Äldreuppdraget, dels i "Halvvägs för Anhörig 300" (11, 12). Av dessa framgår att arbetet med att utveckla stöd till anhöriga för många kommuner var en ny verksamhet. Det blev därför för flertalet en lång startsträcka och det första året präglades av arbetet med att ta fram treåriga handlingsplaner i samverkan med frivilligorganisationer och att anställa projektledare. Många kommuner började kartlägga och inventera hur många anhörigvårdare som fanns och vilka stödformer som behövde utvecklas. I samtliga län utsågs en länsamordnare. Mycket litet av stimulansbidraget användes 1999.

Uppföljningen av andra året redovisades i lägesrapport 2001, Nationell handlingsplan för äldrepolitiken samt i rapporten "Anhörig 300, Projektredovisning år 2000" (13, 14). Liksom för första året hade kommunerna och länsamordnarna fått besvara varsin enkät om hur stimulansbidraget använts. Kommunernas redovisning omfattade även resterande bidrag från år 1999. Ett 30-tal kommuner hade inte använt bidraget för år 2000 alls eller till en mycket liten del. De handlingsplaner som tagits fram följdes i de flesta kommuner. Länsamordnarna hade under året spritt information om projekten, anordnat utbildningar m.m. I så gott som alla län fanns nu ett länsnätverk som stöd i kommunernas utvecklingsarbete. Socialstyrelsen har haft regelbundna konferenser med länsamordnarna och därigenom fått information om vad som hänt i landet utöver de årliga uppföljningarna. Våren 2001 arrangerade Socialstyrelsen fem regionala konferenser med syftet att sprida kunskap om den utveckling som sker ute i landets kommuner när det gäller regeringsuppdraget. Ett urval av utvecklingsprojekt för anhörigstöd redovisades vid Socialdepartementets idéforum Äldre på egna villkor, mars 2002. Socialstyrelsen har också medverkat vid en mängd konferenser i landet och spridit kunskaper och erfarenheter om Anhörig 300.

För den *nu aktuella uppföljningen* har Socialstyrelsen tillställt kommuner och länsamordnare vardera två enkäter. Den ena enkäten till kommunerna avser utvecklingen av anhörigstödet under tredje året och skulle besvaras och sändas till länsamordnaren senast den 30 november 2001. Frågorna i den enkäten är lika de tidigare årens, vilket möjliggör en del jämförelser över tid. Den andra enkäten tar upp mer övergripande frågor om utvecklingen av anhörigstödet under hela treårsperioden, vilka effekter stimulansbi-



draget haft samt hur det framtida arbetet med anhörigstöd kommer att utformas när stimulansbidraget upphör. Denna enkät skulle sändas till länsamordnaren den 14 november 2001.

Länssamordnarnas enkät för år 2001 tar upp frågor om arbetssituation, nätverk och konferenser på länsnivå m.m. I den andra enkäten ombeds länsamordnarna bl.a. ge goda exempel på anhörigstöd under de tre projektåren. Enkätsvaren från länsamordnarna skulle sändas till Socialstyrelsen senast i december 2001.

Varje kommun skulle vidare enligt Socialstyrelsens anvisningar i Meddelandeblad nr 2/99 göra en slutrapport av utvecklingsarbetet för Anhörig 300. Kommunernas slutrapporter begärdes in till den 28 februari 2002.

# Resultat

Nedanstående redovisning av resultat bygger huvudsakligen på kommunernas och länsamordnarnas svar på frågorna i de fyra enkäterna från hösten 2001. Kommunerna har fått ge *ett* svar gemensamt för hela kommunen, även i de fall där denna är uppdelad i flera kommun- eller stadsdelar med sinsemellan olika verksamheter. Avsnittet om kommunernas syn på Anhörig 300 tar också upp synpunkter från kommunernas slutrapporter.

## Organisation

I nästan alla kommuner har det funnits någon särskild person som haft det operativa ansvaret för utvecklingen av anhörigstöd. I drygt hälften av kommunerna har detta ansvar under år 2001 vilat på en ordinarie befattningshavare, som i de flesta fall också haft andra arbetsuppgifter i den ordinarie verksamheten. I övriga kommuner har uppdraget legat på en projektanställd person.

En speciell tjänst för Anhörig 300 (antingen projekt- eller ordinarie anställning) har nyinrättats i mer än var tredje kommun. Denna tjänst finansieras i åtta av tio fall helt eller delvis av stimulansbidraget.

Tre av fyra kommuner uppgav att de under 2001 arbetade ”helt” enligt 1999 års handlingsplan. Nästan alla övriga kommuner arbetade ”delvis” enligt handlingsplanen. Uppgivna skäl till att handlingsplanen i viss mån frångåtts är att tidsplanen inte höll, att byte skett av projektledare, att metoder för genomförandet ändrats, att organisationen ändrats eller att andra grupper av anhängare än de som ursprungligen angetts i planen prioriterats.

## Medelsförbrukning

Hur mycket kommunerna, enligt egen uppskattning i november 2001, skulle komma att använda av stimulansbidraget för de tre åren t.o.m. den 31 december 2001, varierar i hög grad. Endast 58 kommuner eller 20 procent av alla, bedömde att de då skulle ha använt hela stimulansbidraget. Åtta av tio kommuner skulle således ha stimulansbidrag kvar av varierande storlek.

Totalt för riket kan summeras att drygt 140 miljoner kronor hade förbrukats av de 288 miljoner som fördelats. Till detta kommer en okänd summa från 16 kommuner, som inte besvarat frågan om förmodad medelsförbrukning den 31 december 2001. Ett rimligt antagande kan vara att ca hälften av stimulansbidraget för utveckling av anhörigstöd återstod vid projekttidens utgång.

Beslut om hur resterande stimulansbidrag skall användas har fattats i en ansvarig nämnd i tre fjärdedelar av de kommuner som har pengar kvar. Beslutet är i de flesta fall att det påbörjade arbetet med anhörigstöd skall fortsätta och att anställningen som projektledare eller anhörigkonsulent också fortsätter. En del kommuner preciserar att kvarvarande stimulansmedel kommer att användas t.ex. till utbildning eller till att bekosta möteslokal för de anhöriga.

## Stödformer

Kommunerna fick i den övergripande enkäten en fråga om vilka olika stödformer stimulansbidraget använts till under de tre åren. I nedanstående tabell redovisas hur många kommuner i relativa och absoluta tal som uppgett att stimulansbidraget använts till något av i frågan angivna ändamål. Utöver detta har stimulansbidraget även använts till ”annat” som här exemplifierats i kommentar till frågan.

**Tabell 2.** Användning av stimulansbidraget för de tre åren

	Andel kommuner	Antal kommuner
Projektledare/anhörigkonsulent/anhörigstödjare	67	195
Avlösning i det egna hemmet	39	112
Utbildning av anhörigvårdare	60	172
Anhörigcirklar	83	239
Utbildning av personal i anhörigfrågor	62	178
Informationsinsatser	93	270
Hälsoundersökningar	3	8
Anhörigcentral/träffpunkt	40	116
Annat	58	169

Tabellen visar hur många kommuner som uppgett att stimulansbidraget använts till angivna insatser. Hur många anhörigvårdare i kommunen som fått stödet och i vilken omfattning, framgår däremot inte. Inte heller hur mycket av stimulansbidraget som använts till respektive stödform. Det tabellen visar är endast att stödformen getts i kommunen och att den helt eller delvis finansierats av stimulansbidraget

Nästan alla kommuner har använt bidraget till informationsinsatser och till anhörigcirklar. Två av tre kommuner har använt stimulansmedel för projektledaren och nästan lika vanligt är att bidraget använts till utbildning av personal i anhörigfrågor eller utbildning av anhörigvårdare. För övrigt har

stimulansbidraget gått till anhörigcentraler/träffpunkter och till avlösning i det egna hemmet eller ”annat”. Åtta kommuner uppger att de satsat på hälsoundersökningar för anhörigvårdarna.

Avlösning i hemmet innebär att anhörigvårdaren för några timmar blir avlöst i sin vårdarroll. Den som avlöser anhörigvårdaren kan komma från hemtjänstens personal. Det kan också vara någon släkting eller bekant som anhörigvårdaren fått välja eller någon som ställer upp från en frivilligorganisation. Avlösningen innebär för anhörigvårdaren tid och möjlighet att uträtta egna ärenden och kanske också att få några timmars vila och avkoppling

”Annat” användningsområde är t.ex. insatser som syftar till rekreation för anhörigvårdaren, ”Må Bra-dagar” med betoning på verbala metoder, massage, taktil stimulering, avslappning, vattengymnastik, SPA-vistelse, lillsemester, inköp av stavar för stavgång, trivselträffar, uppmuntran i form av utflykter, luncher, blommor el. dyl. ”Annat” kan också stå för dagverksamhet för anhöriga tillsammans med deras närstående, start av trygghetsavdelning, musikcirkel med boende, anhöriga och personal i särskilt boende, telefonrådgivning, inspirationsdag för frivilliga, bildande av vänförening eller Röda Korsets utbildning av professionella anhörigstödare. En del kommuner redovisar under ”annat” olika kurs-, seminarie- och konferenskostnader, lokalhyror, resor, studiebesök, litteratur eller kostnader för uppsökande verksamhet, enkäter, kartläggningar och anlåtande av FoU-enhet för utvärdering samt extra lönekostnader.

Vid en jämförelse mellan de tolv kommuner, som har lägst antal boende 65 år eller äldre och där stimulansbidraget för de tre åren varit 200 000 kronor eller mindre, och de tolv största kommunerna framgår, att man i de små kommunerna huvudsakligen använt stimulansmedlen till information och till utbildning. Hälften av dessa kommuner hade också startat anhörigcirkel och använt medel för projektledare medan anhörigcentral och avlösning i det egna hemmet endast fanns i tre respektive två av de tolv minsta kommunerna. Bland de små kommunerna finns både de som förbrukat hela stimulansbidraget och de som har mer än hälften kvar.

De flesta av de stora kommunerna hade utvecklat flertalet stödformer. Undantaget är hälsoundersökningar som endast har erbjudits anhörigvårdarna i tre av de tolv största kommunerna.

I enkäten för år 2001 har kommunerna lämnat mer ingående uppgifter om några av stödförmerna och hur de använts.

*Avlösning i det egna hemmet* fanns sålunda under 2001 i nio av tio kommuner. Sådan avlösning har i ungefär tre fjärdedelar av fallen krävt biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen. I övriga fall har avlösning kunnat ske utan biståndsbeslut.

Avlösning i det egna hemmet har dessutom gått att få kostnadsfritt i två tredjedelar av kommunerna. I de fall avlösning gått att få mot betalning har i

drygt 90 procent av fallen kostnaden beräknats enligt hemtjänsttaxa och i övriga fall enligt särskild timtaxa.

Fyra av tio kommuner har uppgett att antalet timmar som avlösning kunnat fås i hemmet har varit begränsat, varierande från en timme till 48 timmar i månaden. Den vanligaste begränsningen är tio timmar per månad, vilket gäller i knappt hälften av fallen. Därefter vanligast är tolv timmar respektive åtta timmar per månad.

De flesta kommuner anordnade under år 2001 *studiecirklar, seminarier, samtalsgrupper, informationsdagar och konferenser* för anhörigvårdare.

I fyra av tio kommuner har funnits en *anhörigcentral, träffpunkt* eller annan gemensam lokal med verksamhet som särskilt riktar sig till anhörigvårdare. Öppettiderna ökade 2001 jämfört med föregående år i två tredjedelar av fallen och minskade i ett fåtal fall. Anhörigcentralen/träffpunkten har huvudsakligen varit öppen på vardagar, men ett tiotal kommuner har också haft öppet på lördag-söndag.

På anhörigcentralerna har anhörigvårdarna haft möjlighet att delta i olika aktiviteter. De har fått information, varit med i anhörigcirklar, utbildningar m.m.

*Ekonomisk ersättning* till anhörigvårdare har funnits i årtionden före Anhörig 300. År 2001 fanns ekonomisk ersättning i drygt tre av fyra kommuner. De ersättningar som var möjliga att få var en anhöriganställning, ett anhöriguppdrag eller ett kontantbidrag/hemvårdsbidrag. Det vanligaste var anhöriganställning, som erbjöds i två av tre kommuner, därefter kontantbidrag/hemvårdsbidrag som utgick i en av tre kommuner.

### **Stödformernas utveckling under projektiden**

Under projektiden har nya stödformer tillkommit och stödformer som tidigare funnits i en del kommuner har innehållsmässigt utvecklats och spritts till flera kommuner. I treårskäten har kommunerna ombetts besvara frågor om vilka stödformer som fanns före 1999, vilka som har utvecklats under de tre åren och vilka som kommer att fortsätta efter 2001. Svaren redovisas i två tabeller. Först redovisas stödformer som var vanligt eller ganska vanligt förekommande före 1999 och i vilken omfattning dessa kommer att fortsätta efter 2001. Siffrorna anger i hur många kommuner stödformen funnits och skall fortsätta att finnas i procent av samtliga kommuner som svarat.

**Tabell 3.** *Stödformer som fanns före och fortsätter att finnas efter Anhörig 300*

Stödformer – kända sedan tidigare	Andel kommuner där stödformen fanns före 1999	Andel kommuner där stödformen kommer att finnas efter 2001
Ekonomisk ersättning	66	63
Dagvård/dagverksamhet som stöd till anhöriga	80	92
Korttidsvård/växelvård som stöd till anhöriga	99	97
Avlösning i hemmet	69	87
Enskilda stödsamtal	47	77
Anhörigcirklar	28	83

Av tabellen framgår att ett par av stödformerna fanns i många kommuner redan före Anhörig 300 och också kommer att finnas kvar efter 2001 i ungefär samma utsträckning. Det gäller främst korttidsvård/växelvård som fanns och kommer att finnas i så gott som alla kommuner, men också ekonomisk ersättning, där andelen kommuner är drygt 60 procent både före och efter projekttiden. Dagvård/dagverksamhet som stöd till anhöriga fanns tidigare i åtta av tio kommuner, har ökat och kommer efter 2001 att finnas i nio av tio kommuner. Även avlösning i hemmet är en stödform som funnits i många kommuner och som utökats under projekttiden (från 69 till 87 procent). Enskilda stödsamtal med anhöriga hade man tidigare endast i knappt hälften av kommunerna, men efter projektets utgång kommer detta att finnas i drygt tre av fyra kommuner. Anhörigcirklar fanns i något mer än var fjärde kommun och kommer efter 2001 att finnas i de flesta kommuner (83 procent).

Av kommunernas kommentarer framgår bl.a. att den korttidsvård/växelvård som fanns tidigare ibland kunnat förbättras med hjälp av frivilliga som stått för cirklar och annan gruppverksamhet i stimulanssyfte. Avlösning i hemmet har också kunnat ske med hjälp av frivilliga och har dessutom utvecklats så att det i viss utsträckning kan lämnas kostnadsfritt och ibland även utan biståndsbeslut. Anhörigcirklar som förut anordnats enbart för anhöriga till dementa, finns nu även för andra grupper anhöriga.

De stödformer som, utöver ovan nämnda, redovisas från kommunerna i enkätsvaren kan i stort sett betraktas som nya stödformer, som utvecklats tack vare projektet Anhörig 300. Stimulansbidraget har därtill möjliggjort omfattande utbildningsinsatser såväl för anhörigvårdarna som för personalen.

I följande tabell redovisas andel kommuner som under 1999–2001 satsade på sådana nya stödformer för anhörigvårdarna samt på utbildning för dessa och för personal i anhörigfrågor.

Uppgift om att en stödform *utvecklats* 1999–2001 torde i de flesta fall innebära att den tillkommit som en ny stödform under denna tid, men kan också tänkas betyda att stödformen funnits tidigare men vidareutvecklats under projekttiden.

**Tabell 4.** *Nya stödformer och utbildningsinsatser under projekttiden 1999–2001*

Nya stödformer	Fanns före 1999 i procent av kommuner	Har utvecklats 1999–2001 i procent av kommuner	Fortsätter efter 2001 i procent av kommuner
Anhörigkonsulent/anhörigstödjare	5	79	68
Anhörigcentral/träffpunkt, verksamhet för anhörigvårdare	7	57	56
Semestervistelse för anhörigvårdare	3	19	7
Hälsoundersökning för anhörigvårdare	1	9	6
Annat stöd till anhöriga	12	92	75
<b>Utbildning</b>			
Utbildning av anhörigvårdare	17	82	70
Utbildning i anhörigfrågor för personal	17	75	65

Tabell 4 visar att många kommuner utvecklat nya stödformer under åren 1999–2001 och att man även kommer att ge fortsatt stöd efter projekttidens slut.

*Anhörigkonsulent eller anhörigstödjare* var tidigare ovanligt men finns nu i flertalet kommuner. *Anhörigcentral eller annan träffpunkt* för anhörigvårdare var också ovanligt, men har tillkommit under projektets gång, så att en sådan nu finns i mer än hälften av kommunerna och kommer att fortsätta i samma omfattning.

Förebyggande anhörigstöd i form av *semestervistelse* eller *hälsoundersökning* är stödformer som börjat utvecklas under Anhörig 300 i några få kommuner och som kommer att finnas kvar i en del av dessa kommuner även efter 2001.

Av kommunernas kommentarer framgår att man på flera håll önskar satsa på friskvård och rekreation för anhöriga. Att erbjuda hälsoundersökning kan dock ibland stöta på svårigheter. En kommun lyckades inte få vårdcentralen att samverka. En annan kommun, som erbjudit anhörigvårdare hälsoundersökning, fick ingen respons på sin inbjudan.

*Annat stöd*, såsom den rekreation i olika former som erbjudits anhörigvårdare, har blivit mycket uppskattade.

Exempel ges också på att *anhörigvårdare utbildats* i någon form. Det kan gälla olika sjukdomar och deras behandling, bl.a. vård av dementa, lyft- och förflyttningsteknik m.m. Öppna föreläsningar har hållits för både personal och anhöriga om olika funktionshinder, studiebesök har gjorts på hjälpmedelscentral m.m.

När det gäller *utbildning* av dels anhörigvårdare, dels personal i anhörigfrågor har stimulansbidraget betytt mycket och utbildningsinsatsningen kommer att fortsätta även efter 2001. På fråga om kommunens personal deltagit i utbildning som rör anhörigfrågor svarar åtta av tio kommuner jakande. Den personal som deltagit i sådan utbildning, arbetar inom olika delar av vården, inom hemtjänsten, i särskilt boende, i dagverksamhet eller i annan verksamhet.

## Målgrupper för de anhörigas vård

Anhörigstöd kan gälla anhöriga som vårdar äldre likaväl som anhöriga som vårdar funktionshindrade eller långvarigt sjuka i yngre åldrar. Syftet har hela tiden varit att utveckla stöd till alla anhöriga som vårdar, oavsett den vårdades ålder och funktionshinder/sjukdom.

Vilka anhörigvårdare som finns i kommunen har inte varit och är kanske fortfarande inte alltid känt. Genom stimulansbidraget har kommunerna tagit flera initiativ för att nå ut till och söka upp personer som hjälper och vårdar någon anförvant. Det *kartläggnings- och inventeringsarbete* som påbörjades år 1999 fortsatte under år 2000 i två tredjedelar av kommunerna. Även år 2001 har ytterligare kartläggningar om behov av anhörigstöd genomförts i nästan hälften av alla kommuner.

### **Åldersgrupper**

Kommunernas anhörigstöd riktas oftast till dem som vårdar äldre. Detta var särskilt markant i början av treårsperioden. Efter hand har stöd också till anhöriga som vårdar funktionshindrade eller sjuka i lägre åldersgrupper blivit vanligare i kommunerna.

Utvecklingen under treårsperioden belyses i följande tabell över antalet kommuner med riktat anhörigstöd till vårdbehövande i olika åldersgrupper. (Redovisningen gäller inte dem som vårdar anförvanter med stöd av LSS.)



**Tabell 5. Anhörigstöd speciellt till vårdbehövande i olika åldersgrupper**

Åldersgrupp	Antal kommuner		
	1999	2000	2001
Anhöriga till äldre över 65 år	115	127	272
Anhöriga till vuxna 19–65 år	34	43	192
Anhöriga till barn och ungdom 10–18 år	17	17	68

I tabellen jämförs kommunernas svar för år 2001 med uppgifter från tidigare enkätstillfällena. För år 1999 redovisade nästan 60 procent av kommunerna att alla insatser riktades till alla anhöriga oberoende av ålder. 115 kommuner uppgav då att vissa insatser riktades specifikt till personer som var 65 år eller äldre, 34 respektive 17 kommuner redovisade att specifika insatser riktades till anhöriga till yngre vuxna respektive barn och ungdom. År 2001 fanns anhörigstöd speciellt för dem som vårdar äldre i nästan alla kommuner. Stöd till anhöriga som vårdar funktionshindrade eller sjuka i åldrarna 19–65 år var inte särskilt vanligt 1999 men fanns i slutet av 2001 i två av tre kommuner. Stöd till föräldrar och andra som vårdar barn och ungdomar i åldrarna 10-18 år ökade också och fanns år 2001 i nästan var fjärde kommun. (Här ingår således inte anhöriginsatser enligt LSS.)

### **Sjukdomstillstånd/funktionshinder**

De personer som vårdas av anhöriga med stöd av kommunen kan ha många olika sjukdomstillstånd eller funktionshinder. Några av de vanligast förekommande sjukdomarna är demenssjukdom, stroke, reumatisk sjukdom, psykisk sjukdom och cancer. Bland funktionshindren är utvecklingsstörning vanligt. Dessutom vårdar anhöriga anförvanter i livets slutskede.

### **Boendeform**

Anhörigstöd riktas i alla kommuner till anhöriga som vårdar en anförvant i det ordinära boendet. Stöd kan också riktas till anhöriga till personer som bor i särskilt boende. Detta var tidigare inte så vanligt. 1999 fanns denna möjlighet endast i en av fyra kommuner, året därpå i hälften av alla kommuner. Vid utgången av 2001 hade tre av fyra kommuner infört anhörigstöd även till anhöriga till personer i särskilt boende.

### **Invandrare**

Riktat anhörigstöd specifikt till anhöriga till vårdbehövande invandrare har endast skett i c:a 10 procent av kommunerna. Det gäller alla åldersgrupper men mest äldre. Vanligaste insatserna har varit information och utbildning. Anställning av anhörigvårdare och kontant bidrag/hemvårdsbidrag har också förekommit. Information på andra språk om anhörigstöd finns sällan. Endast 23 kommuner har uppgett att man har översatt sådan information till olika språk.

## Samverkan

### **Samverkan med anhörig- och frivilligorganisationer**

Tanken med att stimulansbidraget skulle utbetalas var att kommunerna arbetade i samverkan med anhörig- och frivilligorganisationer. Så har även skett i alla kommuner sedan projekttidens början. Följande tabell visar med vilka organisationer kommunerna samverkade under år 2001.

**Tabell 6.** *Samverkan med anhörig- och frivilligorganisationer år 2001*

Organisation	Antal kommuner	Andel kommuner
Röda Korset	260	90
Pensionärsorganisationer	252	88
Kyrkor/samfund	236	82
Demensförening	132	46
Anhörigrådet	45	15
Handikappföreningar	151	53
Annan/andra	124	43

Tabellen visar att de allra flesta kommunerna har samverkat med Röda Korset och med pensionärsorganisationer, flertalet också med kyrkor eller samfund. Ungefär hälften av kommunerna har samverkat med handikappföreningar och demensförening. Vidare har samverkan skett med anhörigråd samt med andra intresseföreningar, studieförbund m.fl. I ett fåtal kommuner har samverkan med någon organisation eller förening upphört under år 2001.

### **Samverkan med landsting och/eller andra kommuner**

70 procent av kommunerna har också samverkat med landsting och andra kommuner när det gäller utvecklingen av anhörigstöd under år 2001. Med vilka de samverkat belyses i följande tabell.

**Tabell 7. Samverkan med landsting och/eller andra kommuner år 2001**

Annat vårdgivare	Antal kommuner	Andel kommuner
Primärvård	177	61
Slutenvård	51	17
Psykiatri	50	17
Annat kommun	84	29
Annat	53	19

Vanligast var alltså samverkan med primärvården, vilket fanns i sex av tio kommuner. Samverkan förekom också, men i lägre grad, med slutenvård och med psykiatri. Kommunerna har i ganska hög grad samverkat sinsemellan. De 84 kommuner, som uppgett att de samverkat med annan kommun, finns spridda över hela landet och representerar både stora och små kommuner från norr till söder. Annat samverkan kan bl.a. gälla privata vårdgivare.

## Anlitande av högskola eller FoU-enhet

En del kommuner, ca 30 procent, har anlitat högskola eller FoU-enhet i någon form när det gäller utvecklingen av anhörigstöd. I hälften av fallen har kommunen velat få hjälp med utvärdering av projektet. Det kan ha gällt utformning av intervjufrågor eller enkäter, ibland också genomförandet av intervjuer. I några få fall har kommunen fått hjälp med att ta fram en modell för uppsökande verksamhet.

## Aktiviteter på länsnivå

Den tid länsamordnarna lagt ned på ”Anhörig 300” har varierat mellan några timmar per månad till halvtid och varit svår att uppskatta då uppdraget som länsamordnare sköts vid sidan av andra uppgifter. Länsamordnarna har ibland haft rollen som ”motor” och ”bollplank” för kommunerna i deras utvecklingsarbete för anhörigstöd. De har varit informatörer, administratörer och kontaktmän mellan Socialstyrelsen och kommunerna.

Några menar att under år 2001 har den tid man lagt ned på uppdraget minskat, eftersom kommunerna kommit igång med arbetet och man ”inte lika tydligt varit pådrivare och motor”. Andra anser att den tid man haft som samordnare varit alldeles för liten. Uppgiften har i viss mån förändrats under tredje året och mycken tid har lagts ned på att utveckla projektet till varaktig verksamhet, t.ex. genom att samla och informera berörda politiker och tjänstemän.

Länssamordnarna har ordnat länskonferenser och bildat nätverk på länsnivå. Konferenser på länsnivå med anledning av ”Anhörig 300” har anordnats i 15 län och nätverk har bildats i 16 län. I de nätverk som bildats finns representanter för kommuner, kommunförbund, länsstyrelse, FoU-enhet/högskola och ibland landsting samt frivilligorganisationer/anhörigföreningar. Alla nätverk har träffats flera gånger, de flesta fyra eller fler gånger. Nätverket har varit idébytarforum och samordnat uppföljningen av ”Anhörig 300”. Samtliga länssamordnare tycker att nätverken fungerat bra eller mycket bra.

I två tredjedelar av länen kommer länssamordnaren eller någon annan att fortsätta arbetet med att utveckla anhörigstöd. I tolv av länen finns också en planering för länets fortsatta arbete med anhörigstöd efter år 2001.

## Exempel på kommunernas utvecklingsaktiviteter

Både kommunerna och länssamordnarna har i enkäten för år 2001 uppmanats ge exempel på aktiviteter som de bedömt som framsteg när det gäller utveckling av stödet till anhöriga under det året. Länssamordnarna har dessutom, i enkäten avseende hela projekttiden, ombetts ge tre goda exempel på anhörigstöd som utvecklats under de tre projektåren i deras respektive län.

Länssamordnarna skulle vardera ge två exempel på aktiviteter/initiativ inom länet som de bedömde som framsteg när det gäller utveckling av stödet till anhöriga under år 2001. Deras exempel redovisas i följande tabell.

**Tabell 8.** *Exempel på framsteg för utveckling av anhörigstöd*

1. Stockholms län	Länskonferensen i oktober. Många deltagare (200 st.) visade att vi kommit en bit på väg såväl vad gäller kunskap (forskning) inom området som utveckling i form av ”konkreta anhörigveckan” i oktober. Alla kommuner presenterade verksamheter, höll seminarier och visade film m.m.
2. Uppsala län	Uppsala anställt samordnare, Östhammar avslutat ett projekt med uppsökande verksamhet.
3. Södermanlands län	Bildandet av nätverksgrupp för anhöriga till boende i särskilt boende. Finskspråkig anhöriggrupp.
4. Östergötlands län	Implementeringskonferens – workshop med omsorgspolitiker, tjänstemän och projektledare under 2 dagar. Utbildningsinsatser och handledning i kontinuerlig form.
5. Jönköpings län	Vetlandas initiativ till arbetet för unga anhöriga. Bildande av anhörigförening i Tranås och Nässjö.

6. Kronobergs län  
Möjlighet till individuella stödsamtal under former som utgår från de anhörigas förutsättningar och behov. När de vill, och om vad de vill just då. Finns i flera kommuner kopplade till träffpunkterna.  
Avgiftsfri avlösning har beslutats i flera kommuner under året, t.ex. Lessebo kommun, 18 tim/mån.
7. Kalmar län  
TIC-huset i Kalmar har under året blivit färdigt och startat sin verksamhet. Det har varit inspirationsgivande för andra kommuner.  
Flera kommuner i södra länet har startat en gemensam satsning på stöd till anhöriga till psykiskt funktionshindrade. En stödgrupp har bildats.
8. Gotlands län  
Kostnadsfri avlösning 10–14 tim/mån.  
Anhörigträffar samverkan personal och frivilliga. Geografiskt och lokalt spritt på hela Gotland.
9. Blekinge län  
Avgiftsfri avlösning  
Föreläsningar för allmänheten.
10. Skåne län  
Länna kommun, mycket fina temadagar, som anhöriga har önskemål om även ska vidgas till personal.  
Kristianstad, samverkansarbete som ger god grund för framtida anhörigarbete och en samverkansgrupp, närståendeträffar etc.
11. Hallands län  
Halmstads satsning på utbildning av dagverksamhetspersonal i anhörigsamverkan.  
Bildande av stödförening för föräldrar till funktionshindrade barn oavsett diagnos. Föreningen skall verka för att stötta varandra i föräldrarollen och för att fånga upp och stötta nyblivna föräldrar med samma problem.
- 12A. V. Götalands län/  
Norra Bohuslän  
Dagvård i Tanum samt samarbete med frivilligorg. som lett till dagvård/träffpunkt i Uddevalla.
- 12B. V. Götalands län/  
Göteborgsregionen  
Att det i flera kommuner bildats anhörigföreningar och anhörigteam, som kommer att finnas kvar även efter projektidens utgång.
- 12C. V. Götalands län/  
Skaraborg  
Konferenser på kommunal nivå.  
Nätverkets har förstärkts.
- 12D. V. Götalands län/  
Älvsborg  
Beslut om att ordna årliga konferenser i flera kommuner, även kommande år.  
Införande av avgiftsfri avlösning i hemmet i flera kommuner för anhörigvårdare.  
Anhörigrupper finns i nästan alla kommuner nu.
13. Värmlands län  
Anhörigrupper.  
Avgiftsfri avlastning – avlösning.

14. Örebro län  
Anhörigstödet har blivit ett känt begrepp, inte minst till följd av anhörigdagarna.  
Kumla kommun har anlitat Örebro universitet för genomförande och uppföljning av utvecklingsarbetet.
15. Västmanlands län  
Sala – föreningssamarbetet som utvecklats på ett föredömligt sätt.  
Köping – utbildning, intern marknadsföring i anhörigfrågor till den egna personalen.
16. Dalarnas län  
Säters kommun: Stöd till anhöriga efter dödsfall.  
Leksands kommun: Träffpunkten ”Café Noret”.  
Falun kommun: Vattengympa för anhöriga och demenshandikappade.
17. Gävleborgs län  
Gävle kommun: Anhörigcenter permanent stöd.  
Hudiksvalls kommun: Stöd olika kommundelar och satsning på hälsa, friskvård och enskilda samtal.  
Ockelbo (6 000 inv.) Satsning efter bygdens förmåga med frivilliga. En anhörig- och socialdagverksamhet öppet 2 dagar/vecka, har kommit igång.  
Bollnäs kommun: Satsning både på yngre och äldre. Anställda anhörigstödare för äldre och dag- och helgaktiviteter för de yngre, så att föräldrar får avlösning genom att idrottsföreningar tar emot de handikappade barnen.
18. Västernorrlands län  
Lättare att få förståelse för stöd till anhöriga hos politiker och verksamhetschefer. Nätverk mellan kommunerna har förstärkts. Erfarenheter, kunskaper och stöd finns i viktiga frågor för anhöriga.
19. Jämtlands län  
”Må Bra – aktivitet” för anhörigvårdare.  
Öppnande av fler mötesplatser/fora för anhörigvårdare.
20. Västerbottens län  
Fått ett väl fungerande nätverk för Anhörig 300 där man delar med sig av erfarenheter och är lyhörda för andras erfarenheter. Anhörigcentrum startar i 6 av 7 kommuner.  
Fått igång åtskilliga anhöriggrupper så att anhöriga får möjlighet att träffa andra anhöriga i samma situation.  
Den helhetssyn på anhörigarbetet som varit i Vännäs i det s.k. Närmreprojektet.  
Det hälsoperspektiv som Skellefteå inlett.
21. Norrbottens län  
Samverkan med organisationer.  
Anhörigas situation har synliggjorts – utvecklingen av verksamhet (träffpunkter, anhörigcirklar m.m.) för avlösning.
-

Länssamordnarna har också, i enkäten avseende hela projekttiden, gett tre goda exempel var på anhörigstöd som utvecklats under de tre åren i deras län. Exempelen redovisas länsvis i följande tabell.

**Tabell 9.** *Tre goda exempel på anhörigstöd som utvecklats under projektet*

1. Stockholms län	<p>”Biståndsberedning” – Järfälla kommun. Metodutveckling av biståndsbedömningen samt mer individuellt anpassat stöd.</p> <p>”God man-projektet” – Stockholms stad. Utbildning av godemän kring t.ex. olika sjukdomar – symptom och förlopp. Temaföreläsningar m.m.</p> <p>”Gästhemmet” i Sollentuna kommun.</p> <p>Salem, Nykvarn och Södertälje har slagit ihop sina resurser för att utveckla anhörigstödet.</p>
2. Uppsala län	<p>Östhammars kommun: Enkätundersökning riktade till alla över 65-W.</p> <p>Enköpings kommun: Anhörigkonsulent ingår i team arbete med företrädare för frivilligorganisationer och personliga ombud.</p> <p>Uppsala kommun: Samordnat en central placering vid kommundelskontoret för att samverka med och stödja kommundelsförvaltningarnas insatser.</p>
3. Södermanlands län	<p>Nätverk inom särskilda boenden, Katrineholm.</p> <p>Kontaktlokaler i flera kommuner, bl.a. Flen och Katrineholm.</p> <p>Anhörig-centrum för anhöriga med finska som modersmål, Eskilstuna.</p>
4. Östergötlands län	<p>Finspångs kommun – fördjupat och breddat anhörigstöd har utvecklats med stor omsorg och ett oerhört engagemang.</p> <p>Mjölby kommun – politiskt förankrade beslut om fortsatt stöd till anhöriga – konkreta förslag.</p> <p>Linköping – ett brett och stort utbud av varaktiga insatser för anhöriga.</p>
5. Jönköpings län	<p>Gnosjö kommun som satsat på friskvård för anhörigvårdare på temat ”Var rädd om dig själv”.</p> <p>Vetlanda kommun som genom styrgruppen nått anhöriga och som genom samverkan med olika aktörer bryggt broar över ”gränser” för att ge anhöriga stöd.</p> <p>Nässjö kommun – rekrytering av ett stort antal frivilliga som arbetar med avlastning av anhörigvårdare.</p> <p>(Egentligen känns det förmätet att välja ut 3 kommuner, de allra flesta har jobbat väldigt engagerat i projektet.)</p>

6. Kronobergs län  
 Lessebo kommun: Avgiftsfri avlösning 18 tim/mån av någon man själv valt eller av kommunens personal.  
 Ljungby kommun: Konkret plan för hur anhörigstödet ska utvecklas efter projekttidens slut.  
 Växjö kommun: Många olika insatser utifrån att anhörigvårdare har olika behov, t.ex. fri avlösarservice, anhöriggrupper, föreläsarserie, träffpunkt, områdesträffar. Tydliga mål i verksamhetsplanen.
7. Kalmar län  
 Hultsfred: Projektledaren etablerat kontakt med org. och frivilliga, startat grupper och ordnat föreläsningar.  
 Vimmerby: Ett omfattande inventeringsarbete. Bildat anhöriggrupper och fått med frivilliga. Kostnadsfri avlösning och dagverksamhet.  
 Kalmar: TIC-huset, dagverksamhet och träffpunkt.
8. Gotlands län  
 Kostnadsfri avlösning 10–14 tim/mån.  
 Anhörigträffar på hela Gotland. Personal + frivilliga i samverkan.  
 Rekreationsdagar för anhöriga i samarbete med frivilliga.
9. Blekinge län  
 Avgiftsfri avlösning; Karlshamn 12 tim/mån, Karlskrona 18 tim/ mån, Ronneby 16 tim/mån för dementa, Sölvesborg för dementa ej något timtak.  
 Samarbetet med frivilligorg. från alla kommuner.  
 Öppna föreläsningar från alla kommuner  
 Studiecirklar för personal i bemötande av anhöriga.
10. Skåne län  
 Trelleborgs kommun: öppnat ett anhörigcenter  
 Simrishamns kommun: anhörig ombudsutbildning  
 Lomma kommun: haft bra temadagar  
 Svalövs kommun: folkhälsoperspektivet, glädjen att utveckla anhörigstödet
11. Hallands län  
 Varbergs kommun. En särorganisation med 5 anhörigombud och en anhörigkonsulent som har delegation från nämnden att bevilja kostnads- och biståndsfritt stöd.  
 Laholms kommun. Ledsagning och avlösarservice som är avgiftsfri de första 8 tim/mån.
- 12A. V. Götalands län/  
 norra Bohuslän  
 Uddevalla: Träffpunkt – dagvård för blanddiagnoser.  
 Tanum: Hur man tar hand om – bemöter anhöriga i särskilt boende.  
 Lysekil: Det goda samarbetet med och mellan frivilligorganisationer och pensionärsorganisationer.
- 12B. V. Götalands län/  
 Göteborgsregionen  
 Anhörigförening bildad, Öckerö  
 Anhörigteam startats, Öckerö  
 SDF Centrums/Göteborgs anhörigprojekt med kartläggning av behov, information till brukare, trygghetsavdelning, avlösning, anhöriggrupper.  
 Samtliga tre exempel har gemensamt att de har förutsättningen att leva vidare efter projekttidens slut.



12C. V. Götalands län/ Skaraborg	Arbetet med att få kontakt med anhöriga – Falköping.
12D. V. Götalands län/ Älvsborg	Lerum: Caféverksamhet som drivs av frivilligorganisationerna + inrättat flera tjänster för anhörigstöd från år 2002. Mark – har 2 fasta anhörigsamordnartjänster nu och framöver + 3 nya tjänster som skall vara aktivitetsledare + årliga anhörigkonferenser november varje år. Trollhättan, Bengtsfors – personal ur ”servicehusplacering” har en del av sin tjänst för avlastning + anhörigkontakter vilket innebär att man har många engagerade i anhörigavlösning.
13. Värmlands län	Anhöriggrupper – Karlstad. Avgiftsfri avlösning – Arvika. Dagverksamhet för dementa som avlastning så att anhöriga får lite fritid – Kil.
14. Örebro län	Lekeberg kommun: 3-3systemet inom hemtjänsten. Kumla kommun: Brukarinflytande Örebro kommun: Nyinrättad konsulenttjänst
15. Västmanlands län	Sala - utvecklat sitt samarbete med föreningslivet på bra sätt. Norberg – som fått igång sitt anhörigarbete visserligen traditionellt men med mycket ”schvung” och en levande handlingsplan. Köping – som utöver det ”vanliga” också satsar på intern marknadsföring till sin egen personal – att de kan se anhöriga som en resurs i stället för en besvärlig person.
16. Dalarnas län	Gagnef: Avlastning för dementas anhöriga. Falun: Vattengympa för anhöriga och demenshandikappade.
17. Gävleborgs län	Gävle kommun: Anhörigcenter, permanent stöd Hudiksvalls kommun: Stöd i olika kommundelar och satsning på hälsa, friskvård och enskilda samtal. Ockelbo kommun: Satsning med frivilliga. En anhörig- och socialdagverksamhet öppet 2 dagar/vecka.
18. Västernorrlands län	Anhöriggrupper Individuellt stöd Anhörigcentrum
19. Jämtlands län	Mötesplatser, t.ex. i Östersund ”Må Bra-dagar” – ett samarbete mellan alla 8 kommunerna där anhörigvårdare fått erbjudande om en andningspaus under två dagar på fjällhotell med utbildningsinslag och rekreation och samvaro. Alla kommuner tagit fram bra informationsfoldrar om anhörigstöd.

20. Västerbottens län	Hälsoperspektivet i Skellefteå Anhörigstödets integration i arbetet i Vännäs.
21. Norrbottens län	Samverkan med organisationer, utbildningsinsatser. Piteå kommun, Gällivare kommun. Utvärdering av verksamhet. Träffpunkt Jokkmokk. Frivilligcentral Haparanda. Fyren Luleå. Utbildningsinsatser. Piteå, Luleå.

---

Som synes i tabellerna ovan lyfter länsamordnarna fram många olika utvecklingsaktiviteter i kommunerna. Framsteg har gjorts genom satsningar på bred information och kunskapsspridning om anhörigvårdares situation, genom utbildning i bl.a. bemötande av anhöriga och genom nya tjänster som anhörigombud m.fl. Exempel ges också på framgångsrik samverkan med frivilligorganisationer. Nya stödformer som särskilt framhålls är avgiftsfri avlösning för anhörigvårdare samt anhörigcentraler och träffpunkter. En del goda exempel ges på förebyggande hälsovård för anhörigvårdare.

## Plan för fortsatt utveckling

Kommunerna har tillfrågats om det finns någon plan beslutad av ansvarig nämnd för kommunens arbete med utveckling av anhörigstöd efter år 2001. Drygt hälften eller 53 procent av kommunerna uppgav i november 2001 att en sådan plan fanns. I tre av fyra kommuner kommer det också att finnas någon särskild person som har det operativa ansvaret för utvecklingen av anhörigstöd efter 2001.

De kommuner som svarat ja på fortsatt satsning på anhörigstöd efter 2001, har också fått svara på frågan om den fortsatta satsningen föranletts av den Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Ungefär två tredjedelar av kommunerna uppgav att så var fallet.

Med hänvisning till att det i den Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården står att utvecklingen av anhörigstöd bör pågå under åren 2002–2004 ställdes också frågan: Vad är anledningen till att kommunerna inte planerar fortsatt anhörigstöd? Flertalet kommuner som i november 2001 inte hade beslutat om någon plan för den fortsatta utvecklingen av anhörigstöd, uppger att arbetet kommer att fortsätta även om ingen plan ännu finns beslutad i ansvarig nämnd. Många kommuner har medel kvar och uppger att man kommer att följa tidigare beslutad handlingsplan. I en del kommuner pågår beredning på tjänstemannanivå och i andra vill man före beslut ta del av utvärderingar om gjorda insatser för anhörigstöd. Någon menar att anhörigstöd är en självklar del i det normala arbetet inom äldre- och handikappomsorgen och att någon speciell plan inte behövs. Ett mindre antal kommuner förklarar avsaknaden av plan med hänvisning till

kommunens sparkrav och dåliga ekonomi. ”Om man vill säkerställa utvecklingen borde det riktade ekonomiska stödet ha förlängts.”

### **Fortsatt samverkan**

Under projekttiden har alla kommuner mer eller mindre samverkat med olika frivilligorganisationer. Kommunerna har nu tillfrågats om de kommer att fortsätta ett sådant samarbete efter projekttidens slut. Svaren visar att en fortsatt samverkan mellan kommunen och anhörig- och andra frivilligorganisationer kommer att finnas efter år 2001 i åtminstone nio av tio kommuner. De flesta som inte besvarat frågan jakande vet ännu inte om samverkan kommer att fortsätta eller ej.

Det planerade fortsatta samarbetet med frivilligorganisationer belyses i följande tabell där jämförelse görs med utfallet under år 2001.

**Tabell 10.** *Fortsatt samverkan mellan kommunen och frivilligorganisationer efter 2001*

	Antal kommuner år 2001	Antal kommuner efter projekttiden
Röda Korset	260	241
Pensionärsorganisationer	252	230
Kyrkor/Samfund	236	220
Demensförening	132	124
Anhörigrådet	45	42
Annan/andra	124	138

Annan organisation innebär olika handikapporganisationer, intresseföreningar för olika sjukdomstillstånd, andra ideella föreningar, studieförbund m.fl.

Det upparbetade samarbetet med frivilligorganisationer kan således förväntas fortsätta i stort sett som tidigare, men i något färre kommuner. Siffrorna är osäkra, då en del kommuner vid enkättillfället inte kunde säga något om hur samverkan skulle komma att ske framöver.

En fortsatt samverkan mellan kommun och landsting eller andra kommuner efter 2001 kommer enligt enkätsvaren att ske i minst två av tre kommuner. Övriga vet inte (30 procent) eller svarar nej på frågan (2 procent).

Följande tabell redovisar i vilken mån kommunerna planerar samverkan med landsting eller andra kommuner efter år 2001. Siffrorna jämförs med 2001 års siffror.

**Tabell 11.** *Fortsatt samverkan med landsting och andra kommuner efter 2001*

Vårdgivare	Antal kommuner år 2001	Antal kommuner efter projekttiden
Primärvård	177	191
Slutenvård	51	81
Psykiatri	50	90
Annan kommun	84	82
Annan	54	33

Enkätsvaren visar att flera kommuner än tidigare planerar för en samverkan med andra vårdgivare inom primärvård, slutenvård och psykiatri, när det gäller utvecklingen av anhörigstöd. ”Annan” står för privata vårdgivare, försäkringskassa, apotek m.m.

Tabellen visar också att antalet kommuner som vill samverka med annan kommun i anhörigfrågor, är ungefär lika många som under sista projektåret.

## Kommunernas syn på Anhörig 300

Många kommuner har medel kvar från det särskilda stimulansbidraget och uppger i sina slutrapporter till Socialstyrelsen att de ännu inte kunnat göra någon slutlig utvärdering av Anhörig 300. Det är därför ännu för tidigt att beskriva effekterna av stimulansbidraget för utveckling av anhörigstöd.

Det har varit en svår process att nå ut till anhörigvårdare och de flesta projekten har haft en lång startsträcka, framhåller Malmö stad och menar att denna process måste accepteras före behovet av resultatredovisning. Man tycker det är olyckligt att Socialstyrelsen har avkrävt kommunen slutrapport innan projekten kunnat slutföra sitt arbete.

I någon mån speglas dock kommunernas syn på stimulansbidragets effekter genom deras svar på några enkätfrågor. På frågan *Har stimulansbidraget bidragit till sättet att arbeta med anhörigfrågor* svarade samtliga kommuner jakande. Vilka förändringar som skett belyses av följande tabell.

**Tabell 12.** Förändringar i sättet att arbeta med anhörigstöd

Förändringar	Andel kommuner	Antal kommuner
Nya stödformer har utvecklats	81	235
Ej biståndsbedömda stödformer har utvecklats	62	178
Information om stödformer till anhörigvårdare har utarbetats och spritts	85	245
Anhörigråd, anhörigförening och liknande har bildats	22	65
Annat	40	115

Åtta av tio kommuner ansåg således att sättet att arbeta med anhörigstöd förändrats genom de *nya* stödformer som utvecklats och sex av tio kommuner framhöll utvecklingen av *icke biståndsbedömda* stödformer. Andra förändringar i arbetssätt som tillskrivs stimulansbidraget är att *information* om stödformer utarbetats och spridits till anhörigvårdare i de flesta kommunerna (85 procent) och att *anhörigråd*, *anhörigförening* eller liknande har bildats i mer än var femte kommun.

*Annat* som förändrats är framför allt att anhörigvårdarnas situation har uppmärksammats och deras arbetsinsats blivit mycket tydligare. Personalens medvetenhet om anhörigas behov har ökat. Nätverk med frivilliga organisationer har utvecklats och ibland kunnat bli en "resursbank". "Sviktplatser" har tillkommit. Attityderna hos vårdpersonal och allmänhet har ändrats successivt, så att anhöriga från att vara "något besvärligt" ses som en resurs och möjlighet eller samarbetspartner.

### **Stödformer som inte rymts inom Anhörig 300**

Kommunerna har också fått svara på om stimulansbidraget bidragit till att uppmärksamma behov av stödformer som inte rymts inom Anhörig 300. Knappt hälften av kommunerna ansåg att stimulansbidraget bidragit till detta och gav exempel utifrån den egna kommunens situation.

Något som ofta påpekas är behovet av enkla, smidiga sätt att erbjuda anhöriga avlösning, även akut, nattetid och utan biståndsprövning. Behovet av trygghetsplatser framförs av många. Speciell avlösning kan behövas för yngre anhörigvårdare. Träffpunkter och dagverksamhet behövs för äldre invandrare. Anhörig 300 har bidragit till att uppmärksamma vikten av social gemenskap mellan människor. Många är mycket ensamma och om den närstående avlider blir ensamheten ännu större. Vikten av att skapa nätverk utanför den traditionella organisationen har också uppmärksammats.

I likhet med kommunerna har länssamordnarna uppgett att stimulansbidraget påverkat sättet att arbeta med anhörigfrågor i länet. Anhöriga har synliggjorts, politikerna har uppmärksammat deras insatser, medvetenheten har

ökat om att anhörigstöd kan vara en investering. Informationsspridning i kommunen har gett möjlighet att pröva olika/nya sätt att möta anhörigbehoven. Den fokusering och utveckling som skett hade inte blivit av utan specialriktade pengar.

Några stödformer som uppmärksammats men inte rymts inom Anhörig 300 är enligt länsamordnarna bl.a. bredare uppsökande verksamhet, stödplan för anhörigvårdare, avgiftsfri avlastning både i hemmet och utanför och behovet av föreningar för olika sjukdomstillstånd.

### **Fördelar och nackdelar**

Andra frågor som i viss mån kan belysa effekter av stimulansbidraget för kommunerna är ”Vilka fördelar finns för kommunen av att ha fått stimulansbidrag för Anhörig 300” respektive ”Vilka nackdelar finns med stimulansbidrag för Anhörig 300”.

Fördelarna beskrivs ganska likartat. De anhöriga har kommit i fokus, deras situation och frågor har belysts. Kommunen har kunnat prioritera anhörigstöd och utse en särskild person för att hålla i anhörigfrågor. Behoven av stöd har kartlagts och också ”vårdare i det tysta” har kunnat nås. Nya metoder för anhörigstöd har kunnat prövas. Anhöriga har fått delta i utbildning. Samverkan med frivilligorganisationerna har utvecklats och erfarenheter från andra kommuner har genom temadagar och studiebesök kommit verksamheten till del. Stimulansbidraget har gett kommunen en möjlighet att börja bygga upp ett stöd för anhöriga – en grund att bygga vidare på.

Nackdelar som påpekas är risken att insatserna prioriteras bort när projektet avslutas, eftersom verksamheten ofta inte har integrerats i ordinarie arbete. Genom Anhörig 300 kan förväntningar ha skapats som är svåra att infria utan resurser. I mindre kommuner har bidragets begränsade storlek varit ett hinder för att anställa en särskild person att hålla i utvecklingen av anhörigstöd. Projektet har präglats av tidspress. Det tar lång tid att bygga upp ny verksamhet. Projektet skulle behöva förlängas ytterligare två år. Trots att det står i den nationella handlingsplanen om fortsatt stöd finns det inga öronmärkta pengar till detta. Det är en nackdel att man inte lagt på kommunerna ett *skall* istället för ett *bör*. När stimulanspengarna är slut kan upparbetade anhörigstöd falla eftersom kommunens ekonomi styr och stödverksamheten inte är direkt lagstadgad.

### **Hittills uppnådda effekter enligt kommunernas slutrapporter**

Många kommuner har i sina insända slutrapporter redovisat *hittills uppnådda* effekter av stimulansbidraget. Effekterna redovisas då ofta ur ett kommunperspektiv för att det skall kunna prövas om kommunens uppsatta mål i handlingsplanen för stimulansbidraget har gått att uppfylla. En del kommuner, bl.a. Fagersta, Herrljunga, Lerum och Lilla Edet, har utvärderat effekterna enligt en modell av Stiftelsen Cesam där måluppfyllelse, utförda insatser, lärdom/erfarenheter samt nödvändiga fortsatta insatser redovisas för varje delmål i kommunens handlingsplan.

Andra kommuner beskriver hittills uppnådda effekter som t.ex. Jokkmokk kommun i vars slutrapport det står: ”Genom projektet Anhörig 300 har vi lärt oss och upptäckt anhörigas situation, lärt oss svårigheter att få anhöriga att tänka på sig själva och att det inte är fullt att göra det. Att anhöriga vårdar dygnet runt i hemmet, att även om man har en ersättning som anhörigvårdare, blir det ändå en ekonomisk besparing för kommunen.”

Några kommuner har själva, eller med hjälp av FoU-enhet, beskrivit anhörigvårdarnas situation och vad Anhörig 300 betytt. Exempel på detta är Kristianstad och Karlskrona, som båda samarbetat med Blekinge FoU-enhet och där anhörigvårdarens upplevelser har studerats från olika perspektiv, före projektstart, under projektet och efteråt, med önskemål för framtiden. I Kristianstad tyckte de anhöriga att Anhörig 300 på ett betydande sätt bidrog till att lyfta fram de anhörigas situation i ljust och att kommunen blivit mer generös med att erbjuda avlösning i hemmet. För det fortsatta anhörigstödet önskade man tidig information, attitydförändring i bemötandet, kontinuitet och möjlighet till anhörigträffar och avlösning. I Karlskrona var man kritisk till att så många olika personer var inblandade när någon anhörig blev sjuk och skulle vårdas och tyckte att vårdpersonalen hade för lite medicinsk utbildning. Önskemål för framtiden var bl.a. att ha *en* person att tala med, som kan och förstår.

Några synpunkter som återkommer i flera av kommunernas slutrapporter är vikten av att som anhörig kunna känna *trygghet* och ha vetskap om att hjälp, t.ex. avlösning, finns när man behöver det. Avlösningen behövs för egna aktiviteter, men det kan vara svårt lämna över ansvaret till någon annan. Ett *förtroende* måste byggas upp mellan anhörigvårdare och den som skall avlasta. Avlösning behöver också finnas i mer *flexibla former* och ges på andra tider, som kvällar och helger.

*Behoven är individuella* och insatserna måste anpassas till både den anhörige och den närstående. Behov av insatser minskar inte därför att anförväntan får plats i särskilt boende. Samtidigt medför separationen andra behov. Ett *bra bemötande* och flexibilitet kostar inga extra resurser. Det handlar om förhållningssätt.

En del kommuner påpekar att det är stor *skillnad mellan tätort och landsbygd* vad gäller t.ex. personernas nätverk. Behovet av stöd ser olika ut och kan vara större i tätorten.

Några länssamordnare har lämnat slutrapport för länets alla kommuner. Bl.a. redovisas från Östergötlands län att den vanligaste stödformen har varit psykosocialt stöd i samtalsgrupp och att äldreomsorgspersonal har utbildats till specialistfunktion som anhörigvägledare. Man understryker att anhöriga är en grupp med mycket skiftande situation och behov. Stödet behöver därför utformas med fantasi, variation, flexibilitet och största möjliga valfrihet och alltid i samråd med den anhöriga. Politiker, omsorgschefer, biståndshandläggare och utförare har uppmärksamats på vikten av att se och lyssna på anhöriga i all planering av insatserna kring vårdtagare. Att utgöra ett

stöd för anhörigvårdare är mer en fråga om ett syn- och förhållningssätt som bör genomsyra äldre- och handikappomsorgens arbete på samtliga nivåer, än en separat fråga för sig.

Kommunförbundet Stockholms län har sammanställt enkätsvaren för kommunerna i Stockholms län och har samarbetat med Sköndalsinstitutet kring forskning och utveckling. Sköndalsinstitutet har genomfört ett antal studier inom området anhörigstöd, bl.a. två studier om kommuners och frivilliga organisationers stöd till äldre anhöriga i Stockholms län, en i inledningsskedet av Anhörig 300 och en uppföljande hösten 2001 där utvecklingen under projekttiden redovisas för såväl kommunerna som frivilligorganisationerna. Studierna omfattar enkäter till Stockholms 18 stadsdelar och övriga 25 kommuner i länet samt till ett stort antal frivilligorganisationer av olika slag. Bland resultaten märks att ett särskilt informationsmaterial riktat till anhöriga nu finns i många fler kommuner än tidigare. Den uppsökande verksamheten har inte ändrats nämnvärt utan fanns i strax under 60 procent av samtliga kommuner vid båda studierna. Betydligt flera kommuner hade anställda med särskilt ansvar för anhörigstödet år 2001 än i den inledande kartläggningen. I de flesta kommunerna var det då biståndsbedömare som hade ansvaret och anhörigkonsulent fanns endast i få kommuner. Vid uppföljningen var mönstret det motsatta. Beträffande det ekonomiska stödet redovisas inga förändringar över tid. När det gäller samverkan mellan kommun och frivilligorganisationer visar resultaten att den vanligaste formen av samverkan är att kommunen hänvisar människor till frivilliga organisationer. Vid slutfasen av Anhörig 300-projektet var det vanligt att träffas i samrådsgrupper. Ungefär hälften av samtliga frivilligorganisationer med stödverksamhet får inte något ekonomiskt stöd från kommunerna. En jämförelse mellan 1999 och 2001 års studier visar inga stora förändringar i olika aspekter av samverkan. I en avslutande diskussion konstateras att tyngdpunkten i kommunernas anhörigstöd ligger på redan befintliga verksamheter som avlösning och dagverksamheter men att satsningar gjorts mot flexiblare former. Även om Anhörig 300-projektet inte bidragit till några genomgripande förändringar av anhörigstödet i Stockholms län är det ändå ett flertal av kommunerna som skaffat sig verktyg för att fortsätta en positiv utveckling av anhörigstödet efter projektets slut.

Gotlands kommun och län har också samarbetat med Sköndalsinstitutet och lämnar tillsammans med slutrapporten två delstudier, varav den ena belyser den lokala miljöns betydelse för anhörigskapet och den andra anhörigskap och föreningsengagemang. Bl.a. framkommer med stor tydlighet att de anhöriga gör omfattande hjälpinsatser av olika slag. Ett krävande omsorgsarbete, liknande det som bedrivs inom hemtjänsten eller på sjukhem, utförs i hemmet av gamla människor som själva lider av värk och sviktande hälsa. Deras arbete är oftast ett ensamarbete och någon tidsbegränsning förekommer sällan. De anhöriga tenderar att sätta hjälpmottagarens situation i förgrunden, och de egna hälsoproblemen och svårigheterna får i flera fall hamna i bakgrunden.



Kalmar län summerar resultatet av Anhörig 300 sålunda: ”Anhörigstödet har inte bara en stor social funktion genom att öka livskvaliteten för den sjuke/funktionshindrade och möjliggöra ett längre kvarboende i det egna hemmet, utan också ett samhällsekonomiskt värde, eftersom samhällsresurserna inte på långt när skulle räcka till, om anhörigvårdarna inte fanns eller deras insatser minskade”. Nya stödformer har under projektets gång vuxit fram, såsom kostnadsfri avlösning och anhörigcirklar. Anhörigstödet måste bestå av flera olika stödformer och flexibilitet finnas i systemet, så att stödet kan utformas individuellt. Dominerande målgrupper har varit anhöriga till demenssjuka och strokedrabbade, men mot slutet av projektiden började också ett målinriktat arbete för stöd åt anhöriga till psykiskt funktionshindrade ge resultat. Denna anhöriggrupp är i behov av speciellt anpassade stödformer. Avslutningsvis framhålls det angelägna i att den process som startats för att utveckla anhörigstöd får leva vidare och att de insikter och erfarenheter som vunnits tas tillvara i det fortsatta arbetet.

Ett exempel på *länsvis gjord utvärdering* kommer från Värmland, där länsamordnaren vid Kommunförbundet tillsammans med Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete vid Karlstads universitet, IKU, har gjort en utvärdering av arbetet med ”Anhörig 300”. Utvärderingen bygger på en enkätundersökning till samtliga kommuner i länet, där uppgifter efterfrågas om anhörigvårdarna och deras situation. Resultatet visar bl.a. att ganska få anhörigvårdare var kända, att samverkan mellan kommunernas personal, närstående och frivilligorganisationer fungerat bra vid kartläggningen, att kommunerna lagt ned stort arbete och använt flera olika metoder för att nå anhörigvårdarna och att arbetet med att finna bestående samverkansformer med frivilligorganisationer måste få ta tid, då alla måste hitta sina olika roller.

För att belysa vilka möjligheter den enskilde anhörigvårdaren har att få sina behov tillgodosedda har man i Värmland undersökt vilka insatser som kan ges *efter* respektive *utan* biståndsbedömning och funnit att i flera kommuner är det många insatser som kan fås utan biståndsbedömning. Kommunerna följer väl socialtjänstlagens stadgande om att underlätta för den som vårdar närstående.

Bilden av anhörigvårdarnas situation överensstämmer med mycken annan forskning på området. Anhörigvårdaren har begränsade möjligheter att disponera tid för egen del, ännu svårare att bibehålla och utveckla sitt eget sociala nätverk och praktiskt taget inget utrymme för egna spontana aktiviteter. Att anhörigvårdarna är en mycket pressad och utsatt grupp bekräftas. Däremot är bilden inte så mörk när det gäller anhörigvårdarnas trygghet.

Sammanfattningsvis bedöms Anhörig 300-arbetet i viss mån ha bidragit till att förbättra anhörigvårdarnas situation. Störst bedömer man att förändringen har varit när det gäller mera immateriella aspekter, såsom att anhörigvårdarna blir ”sedda” och bekräftade och att de värderas annorlunda än förut. Deras psykologiska situation har i viss mån förbättras, men deras vardagliga faktiska situation är i väsentliga delar oförändrat svår. ”Anhörig 300” visar

på framkomliga vägar att stödja anhöriga, men det stora arbetet kvarstår dock.

## Särskilda projekt

Socialstyrelsen har under åren 1999–2001 disponerat tolv miljoner kronor av stimulansmedlen för anhörigstöd. Därav har tre miljoner kronor använts för att initiera projekt i vissa kommuner med specifika behov. Nio miljoner kronor har använts för administration, uppföljning och utvärdering av stimulansmedlen samt för att stödja kommunerna i deras arbete med att utveckla anhörigstöd. Ett trettiotal projekt har tagits fram och här presenteras ett flertal av dem. Projektens främsta syfte har varit att få ny eller fördjupad kunskap om de anhörigas situation och hur deras behov av stöd skall bedömas och tillgodoses. Några projekt har syftat till att ta fram information, studiecirkelmateriel och liknande som kan användas av kommuner och frivilligorganisationer i deras arbete med att stödja anhöriga. Projekten finns beskrivna i bilaga.

### **Lika, men ändå olika – anhöriga ingen homogen grupp**

Anhörigas insatser betyder mycket för vården av de närstående och de känner många gånger bäst den enskildes livshistoria, rutiner och vanor. Deras roll är därför betydelsefull inte minst när det gäller omsorg och vård av närstående som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har svårt att själva uttala behov och önskemål. Det är viktigt att den offentliga vården erkänner värdet av en sådan kompetens. Idag har vi mer kunskaper om vissa anhörigrupperns situation än om andras. Några av de särskilda projekten har därför haft som utgångspunkt att studera situationen för grupper som inte uppmärksammats i tidigare studier.

### *Psyiskt funktionshindrade och deras anhöriga*

Anhörigas betydelse för rehabilitering och social trygghet har lyfts fram bland annat i samband med psykiatireformen. Lite är dock känt om hur vardagen gestaltas för dem som är anhöriga till psykiskt funktionshindrade personer och hur den eventuellt kan förbättras. På detta område har därför två studier genomförts. I den ena studien har fokus varit på anhörigas beskrivningar av sin situation i ett längre perspektiv (15). Studien bygger på djupintervjuer med sammanlagt sju personer. Varje person har intervjuats vid tre tillfällen och de tjugo intervjuerna ligger till grund för resultatet som speglar olika sidor av anhörigskapet. Att vara anhörig visade sig för de flesta intervjuade vara ganska problematiskt och svårt. Även om man inte bor med den som är sjuk så präglar det faktum, att man har en person i sin närhet som lider av psykiska problem, hela ens liv. Många har uttryckt det som att man själv blir ”annorlunda”. Här beskrevs positiva möten med läkare, vårdpersonal och andra yrkesgrupper, till exempel de nätverksträffar som flera av de intervjuade deltagit i antingen på den psykiatriska avdelningen, på öppenvården, i anslutning till boendet eller vid dagverksamheten. Här gavs också exempel på de positiva erfarenheter som några av de intervjuade hade av att vara medlemmar i en intresseförening som verkar för anhöriga

till psykiskt funktionshindrade. Studien lyfter dock främst fram de negativa erfarenheter som samtliga har gjort i mötet med personer som verkar kring den sjuke inom landstinget och inom kommunen, både vårdare och tjänstemän. Man upplevde sig ha mött oförstånd, byråkratiska och juridiska hinder, man hade inte informerats, inte blivit lyssnad på och ibland inte respekterad. De intervjuade berättade om att de ibland kände sig osynliga och ibland fick fungera som budbärare och medlare mellan psykiatrin och socialtjänsten. Det visade sig att de flesta aldrig har fått stöd för egen del. Några har fått stöd för att kunna stödja den som är sjuk. För flera var det andra former av stöd som önskades än vad som erbjöds. De intervjuade presenterar en mängd förslag till stödåtgärder. Här utkristalliserar sig två vägar som i sin tur speglar de vägar som samhället kan ta för att ge stöd och hjälp till anhöriga. Den ena vägen handlar om att få stöd för att kunna stödja. De flesta anhöriga ville bli informerade om den närståendes diagnos, vård och rehabilitering, de ville bli informerade om beslut som tas för den sjuke och de ville bli rådfrågade och kunna rådfråga. De efterlyste enklare vägar till dem som fattar beslut och de efterfrågade stabilare vårdformer och bättre kommunikation och samarbete mellan de olika instanser som var aktuella för den sjukes vård och rehabilitering. Den andra vägen handlar mer om att själv bli stark och på så sätt kunna stödja den sjuke.

I den andra studien har 31 personer med egen erfarenhet av återhämtning från allvarlig psykisk störning intervjuats om sin återhämtning (16). Dessa berättelser har lyft fram det som handlar om hur anhöriga varit till hjälp. Därtill har tio anhöriga till dem som återhämtat sig intervjuats om hur de försökt vara till hjälp. Sammanfattningsvis fanns det stora likheter mellan de återhämtades berättelser om anhörigas hjälpanse insatser och de anhörigas syn på sitt bidrag. De anhöriga tvivlar ofta på att deras insatser varit till någon hjälp och tenderar att undervärdera sina insatser. De menar ofta att de inte gjort något särskilt.

### *Föräldrar som har en utvecklingsstörning*

Sedan några år tillbaka finns det ett nätverk för föräldrar med utvecklingsstörning. Nätverket finns inom Riksförbundet för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna, FUB. Både mammor och pappor är medlemmar. Tanken med nätverket är bland annat att föräldrarna ska få tillfälle att träffas och diskutera sin och sina barns situation. Det finns mycket få föräldrar i den här situationen. De behöver stöd i sitt föräldraskap och de är medvetna om det behovet. Men det är viktigt att hjälpen ges på ett bra sätt, med respekt för föräldrarnas integritet och egen förmåga. Det händer att de tackar ja till hjälp, men sedan drar sig undan hjälpen, därför att de känner sig kränkta. Sex mammor och en pappa berättar i en studie om upplevelser och erfarenheter (17). De är alla medlemmar i nätverket och berättar bland annat vad nätverksträffarna betyder för dem. Men framför allt berättar de om hur det är att vara förälder med utvecklingsstörning. Flera av föräldrarna berättar om upplevelser av dåligt bemötande när de behövt samhällets hjälp. Men alla har också erfarenhet av gott bemötande. Alla har haft åtminstone någon som lyssnat och stöttat, till exempel en socialsekreterare, en barnmorska, en kurator eller en kontaktperson.

### *Unga anhöriga*

Yngre personer med demenssjukdom är en grupp som hittills varit ”osynlig” i samhället, inte minst då sjukdomen främst förknippas med äldre personer. Sjukdomen medför alltid svåra påfrestningar och krävande livsomställningar för den sjuke och de anhöriga. När demenssjukdomen drabbar någon som fortfarande yrkesarbetar och har föräldraansvar för ännu ej vuxna barn blir svårigheterna speciella. Ännu finns mycket liten kunskap om hur dessa erfarenheter under en känslig tid i livet påverkar barn och ungdomar och om vilket stöd de behöver. Med denna utgångspunkt har fem unga anhöriga till demenssjuka föräldrar i yrkesverksam ålder uppmärksammats i en intervjuundersökning (18). En erfarenhet som dyker upp i samtliga berättelser är känslan av isolering och utanförskap. De demenssjukas barn har åtminstone i början känslan av att de är ensamma om sin belägenhet. Att få träffa jämnåriga i samma situation tycks innebära en stor lättnad. En dotter uttryckte ”Det var en fantastisk upplevelse att få prata med andra som visste vad det handlar om. Jag som känt mig så ensam upptäckte plötsligt att jag inte var det”. Det finns många gemensamma drag i intervjuerna. Alla anhöriga berättar om ensamhet, skamkänslor, vrede, sorg och sårbarhet. Men berättelserna visar också att personlighet och familjesituation har stor betydelse för hur påfrestningarna upplevs och hanteras. Hur landstingets och kommunens personal bemöter barnen och tonåringarna har också stor betydelse. En av intervjupersonerna, som ger den mest positiva bilden av sina anhörigerfarenheter, har från ett tidigt stadium haft tillgång till god information inom vården.

### *Anhöriga till äldre invandrare*

Äldre invandrare utnyttjar den kommunala äldreomsorgen i betydligt mindre utsträckning än svenskar födda i landet. Många vårdas av sina anhöriga. Detta kan bero på att det saknas en kulturellt anpassad vård- och omsorg för dessa personer. Även om dessa förhållanden varit kända sedan länge finns idag liten kunskap om omfattningen av anhörigas insatser och hur de upplever sin situation. Därför har tre studier (19, 20, 21) genomförts i syfte att belysa hur äldre invandrare och deras anhöriga uppfattar sin situation. I en studie i Hallstahammar som utförts av Mälardalens högskola (20) har alla bosnier över 60 år och deras barn, svärdöttrar och svärsöner i trakten intervjuats, sammanlagt 71 personer. Resultat visar att den vanligaste situationen för de anhöriga är att de hjälper två äldre släktingar. Ungefär 10 procent lägger ner mellan fem och femton timmar per vecka och för ytterligare 10 procent tar det minst femton timmar per vecka att hjälpa äldre släktingar. Kontakterna med den offentliga äldreomsorgen hade sällan upplevts som tillfredställande. Även om de flesta av de anhöriga ansåg att det i huvudsak var deras ansvar att ta hand om de äldre så ville de ändå att det skulle finnas en bra och fungerande äldreomsorg i kommunen som de kunde ha möjlighet att ta del av. Flera hade dock tackat nej till den offentliga äldreomsorgen eftersom den inte uppfattats som anpassad till den äldres specifika behov, främst när det gällde möjligheten att få hjälp på det egna språket. Kommunikationen mellan olika instanser inom socialtjänsten var ofta bristfällig eller hade inte nått avsedd verkan. En av studierna beskriver 47 äldre iranska invandrare och deras anhöriga i förhållande till vården och omsorgen

(21). Resultaten visar att äldre iranier helst önskar få hjälp av sina anhöriga, framför allt av egna barn. De är dock medvetna om att deras förväntningar, som baserar sig på de kulturella föreställningar de har i bagaget från Iran, inte passar in i de nya omständigheter som de möter i Sverige. De äldres inställning till anhängvården som bästa alternativ stämmer väl överens med vad deras barn som deltog i delstudie svarade. Dock inser barnen, trots sina kulturella föreställningar och värderingar om att man ska ta hand om sina äldre föräldrar, att anhängvårdsansvaret är krävande för dem och de efterlyser andra lämpliga alternativ för omhändertagandet av föräldrarna när dessa blivit gamla. I samma studie har stadsdelarna i Stockholms stad besvarat en enkät om äldre iranska invandras vård- och omsorgskonsumtion. Resultatet visar att det inte gjorts tydliga ställningstaganden när det gäller vården och omsorgen om äldre invandrare. I två studier (19, 20) uppmärksammades att de äldre var isolerade och passiviserade och att många mådde psykiskt dåligt. Anhöriga ansåg att de behövde aktiveras och hjälpas ut ur passiviteten. Flera anhöriga ansåg att det viktiga inte var de själva och vilket stöd de kunde få utan det viktiga var att de äldre mådde bra. När anhöriga uppgav att de önskade något för egen del handlade det om utbildning, någon form av stöd och framförallt någonstans att vända sig med sina frågor.

### **Att vårda inrymmer både sorg och glädjemen**

Tidigare forskning (22, 23) har definierat anhängvårdarrollen som en del av det vardagliga "givandet och tagandet" i en relation. I en anhängvårdarsituation sker en utveckling och fördjupning av familjens befintliga mönster av stöd och assistans. Hur anhängrollen utvecklas beror bl.a. på den anhöriges egna resurser, hur relationen till vårdtagaren var innan vårdsituationen uppkom, om vårdsituationen uppkom hastigt eller om den kom smygande, hur lång tid vårdsituationen har varat samt den vårdades tillstånd och vårdbehov. Graden av socialt stöd är troligen också en avgörande faktor för hur anhöriga upplever sin situation (22). Behovet av stöd kan te sig mycket olika, såväl individer emellan som över tid för en och samma person.

Att försöka förstå anhörigas upplevelser av att vårda är därför av central betydelse, när man skall utveckla olika typer av stödinsatser. Tidigare studier har främst inriktats på den anhöriges behov av stöd, utifrån den belastning och de problem som förknippats med att vårda en anförvant. I en studie i Östergötland har 245 anhöriga intervjuats om sina upplevelser av vårdarrollen (24). Av studien framgick att makar var de som upplevde den största fysiska belastningen. Orsaken var ofta hög ålder, bristande krafter och egna hälsoproblem. Många anhöriga kände sig också emotionellt belastade. Det handlade ofta om problem i relationen till vårdtagaren och drabbade framför allt sammanboende anhöriga med liten möjlighet till avkoppling. Anhöriga menade dock att vanligare än problem var tillfredställelse och glädje i vetskap om att den egna insatsen bidrar till att den närstående har det bra och får sina behov tillgodosedda. Samma sak gällde upplevelsen av att känna sig önskad och ha möjlighet att uttrycka sin kärlek till den närstående genom den vård man ger. Studien visar tydligt på de positiva sidorna i vårdgivarrollen. Denna kunskap är viktigt att ta fasta på i utformningen

av det framtida stödet till anhöriga så att stödet bidrar till att förstärka det positiva i vårdgivarrollen.

### **Att skraddarsy ett stöd till anhöriga**

Kommunala åtgärder har många gånger främst inriktats på att hjälpa den sjuke. Anhöriga blir sällan tillfrågade och/eller rådfrågade om hur de klarar vården. För att åstadkomma detta, måste anhörigas behov uppmärksammas redan vid biståndshandläggningen. Därför har en studie genomförts i Järfälla kommun (25). I studien deltog 22 anhöriga. Syftet var att i samband med biståndsbedömning genomföra en individuell bedömning av de anhörigas behov av stöd och att därefter utforma ett ”skraddarsytt” stöd till dem. För att belysa och synliggöra anhörigas behov förstärktes handlägningsprocessen med ett fördjupat samtal mellan anhöriga och biståndshandläggare vid behovskartläggningen. Nya insatser som flexibel avlösning, SPA-upplevelse, psykologsamtal samt rekreationsresa prövades. Anhöriga upplevde att insatserna var anpassade efter deras behov och önskemål och att de genomförda anhörigsamtalen med biståndshandläggarna var förtroendefulla. Anhöriga kunde känna att de värderades lika i jämförelse med den närstående. Det framkom också hur viktigt det är att kunna bedöma arten och kvaliteten i relationen mellan anhörigvårdaren och den vårdade. Biståndshandläggarna upplevde att de fått bättre förutsättningar att bedöma behovet för både anhöriga och vårdtagare. I en tidigare nämnd studie genomförd i Östergötlands län har man utgått från att det är de anhöriga som är ”experter” och bäst vet hur stödet skall utformas (24). I studien intervjuades 245 anhöriga och i en analys av de anhörigas behov framkom känslor av stress, belastning, tillfredställelse och hur de anhöriga försökte bemästra situationen (coping). Några exempel var att lita på sin egen kompetens, ta reda på vad som var viktigt och koncentrera sig på det. Problem som inte gick att lösa kunde betraktas på ett nytt sätt. Ett sätt var att acceptera situationen som den var, ett annat att tänka på alla fina gemensamma upplevelser med vårdtagaren. Många anhöriga ansåg att det var viktigt att ägna en del av sin tid åt egna intressen och aktiviteter för att klara arbetet. Anhörigsamtalet avslutades med en bedömning av stödresurser. Speciellt anhörigas upplevelser av sin roll och vilken hjälp som fanns att tillgå, upplevdes av alla som centrala frågor.

I kommunerna finns ett behov av att beskriva metoder som kan användas i bl.a. uppsökande verksamhet för utredningar och mätning av en viss grupps behov av stöd. Metoder för att planera utvecklingen av kommuners verksamhet och för att ge underlag för politiska beslut behövs också. Med detta som utgångspunkt har en instrumenthandbok utarbetats (26). Den beskriver olika metoder som kan användas för att tolka anhörigas situation och behov av stöd samt den hjälpbehövandes kognitiva förmåga och funktionsförmåga. De presenterade instrumenten är etablerade och tidigare använda i Sverige.

En analys av de anhörigas situation måste således grundas på individuella behov. Det innebär att erbjuda stöd av varierande grad och typ allt efter individuella omständigheter och önskemål. Anhörigas delaktighet i omsorgen måste bestämmas av dem själva tillsammans med den närstående. En viktig

kvalitetsaspekt är att stöd- och avlösningssatser anpassas till den anhörigas unika situation. Avlösningen bör tillgodose både den anhörigas och den närståendes intressen. Detta är något som framkommit i ett flertal studier inom de särskilda projekten (24, 27, 28, 29, 30, 31). När det gällde avlösning var korta, sporadiska avlösningstillfällen, som inte behövde vara planerade, det vanligaste önskemålet (27). Erfarenheter från intervjuer med den anhöriga visar att stödsatserna bör sättas in i ett relativt tidigt skede, innan man blivit alltför negativt påverkad av vårdssituationen i hemmet (31). För att en avlösning skulle bli avkopplande för de anhöriga var det viktigt att de själva deltog i planeringen och upplevde att den blev tryggt genomförd (17). Anhöriga var även angelägna om att den närstående upplevde en god kvalitet i omvårdnaden och fick omväxling vid avlösningstillfället. I annat fall fanns en risk att man tackade nej till hjälpen (27, 29). För att anhöriga skulle uppleva trygghet och förtroende för verksamheten var ömsesidig information och kommunikation av stor betydelse. Vissa anhöriga upplevde dock att personalen inte hade tillräckligt med resurser och/eller kompetens (28, 29). En del anhöriga kände att personalen inte lyssnade på deras önsknings, liksom att de inte fått tillräcklig information om vad som skett under vårdtiden och att vården inte motsvarat vårdtagarens individuella behov (27, 28). I en studie (27) genomförd i Jönköpings samtliga kommuner visade det sig att professionella vårdare, anhörigvårdare och de vårdade själva hade olika kunskaper om vad för slags avlösning som fanns att få. Resultatet visade att det saknas klara och enhetliga termer för olika begrepp inom avlösningvården, vilket kan försvåra informationen om vilka möjligheter för avlösningvård som finns och i vilka former.

### **Hälsofrämjande anhörigstöd**

Anhörigas resurser måste stärkas, samtidigt som stödet till anhöriga måste inriktas på att försöka reducera stress och belastning. Genom förebyggande arbete kan det skapas förutsättningar för att de anhöriga skall kunna fortsätta hjälpa vårdtagarna i hemmet, vilket ger både individuella och samhälleliga vinster. Lite är dock känt om hur förebyggande hälso- och friskvårdssatser påverkar den anhörigas situation. På detta område har därför en studie genomförts i Varbergs kommun (32). De 50 personer som deltog i projektet erbjöds en hälsokontroll hos sin husläkare, ett strukturerat hälsosamtal hos sin distriktssköterska samt olika friskvårdande insatser. Vid starten samt efter sex månader utvärderades utfallet av kontakten med sjukvården och den anhörigas hälsorelaterade livskvalitet. Vid hälsosamtalen framkom att anhörigvårdarna hade ett stort antal sjukdomar och att de använde en hel del läkemedel. Många hade också sömnsvårigheter. Utvärderingen visade att anhörigvårdarna upplevde en förbättrad livskvalitet och hade färre kontakter med läkare vid uppföljningen av projektet. De totala kostnaderna för anhörigvårdarnas sjukvårdskontakter var lägre för perioden då man var med i utvärderingen jämfört med en sexmånadersperiod innan. De problem som upplevdes mest påfrestande var brist på egen tid. Tidsregistreringen visade att man använde nästan fyra timmar i genomsnitt per dag för att hjälpa sin anhörige, förutom tillsyn. I stödplanen hade drygt en tredjedel av anhörigvårdarna angivit att deras vårdtagare behöver tillsyn dygnet runt. Dessutom

fanns ett stort antal anhöriga som angav att man hjälpte vårdtagaren med allt.

### **Frivilligorganisationernas anhörigstöd**

Under senare år har frivilligorganisationernas roll betonats. Samtidigt som den statliga politiken anger att frivilligorganisationerna skall ses som ett komplement till och inte en ersättning för den offentliga sektorn, värderas frivilligorganisationernas insatser betydligt högre idag än tidigare och ett ökat samarbete med frivilligorganisationerna ses som mycket betydelsefullt. Inom ramen för Anhörig 300 har kravet varit att kommunerna samverkar med frivillig- och anhörigorganisationer kring stöd för anhöriga. För att undersöka hur frivilligorganisationernas arbete med att stödja anhöriga har utvecklats under den period som projektet Anhörig 300 har pågått, genomfördes en studie (33).

Enkäter sändes till 365 frivilligorganisationer inom 80 av Sveriges kommuner/kommundelar. Det var 298 av organisationerna som besvarade enkäten, vilket innebär att svarsfrekvensen var 82 procent. Intervjuer gjordes med företrädare för 13 olika frivilligorganisationer i två kommuner. I båda kommunerna var frivilligorganisationerna aktiva med att bedriva anhörigstöd. I den ena kommunen var den kommunala verksamheten begränsad och i den andra omfattande.

Av de 298 frivilligorganisationer som besvarade enkäten uppger 137 – eller 46 procent – att stöd till anhöriga ingår i organisationens verksamhet. Detta är en ökning sedan 1999. Då var det 35 procent av organisationerna som bedrev sådana verksamheter. År 1999 var det vanligare att frivilligorganisationer i större kommuner bedrev anhörigstöd än att organisationer i mindre kommuner gjorde det. Denna skillnad har minskat avsevärt och år 2002 är det ungefär lika vanligt i båda kommungrupperna. En vanlig typ av verksamhet för att stödja anhöriga är väntjänst. Det är något mer än hälften av de frivilligorganisationer som är aktiva inom området anhörigstöd som uppger att de bedriver väntjänst som stöd till för anhöriga. Väntjänsten omfattar nästan alltid att besöka och vara ett sällskap till äldre/anhöriga. Föreläsningar för anhöriga som vårdar någon äldre närstående i hemmet anordnas av 41 procent av frivilligorganisationerna och en tredjedel arrangerar föreläsningar för anhöriga som har äldre närstående i särskilt boende. Något mer än hälften av organisationerna anordnar särskilda utbildningar eller stödgrupper för anhöriga som vårdar någon äldre närstående i hemmet och 40 procent som anordnar sådant stöd för anhöriga som har äldre närstående i särskilt boende. Vidare bedriver drygt hälften av frivilligorganisationerna träffpunkter eller dagcentral som stöd för anhöriga. Också andra typer av verksamheter förekommer, till exempel samtal och handledning samt fritidsverksamheter.

I intervjuer med representanter för frivilligorganisationerna ges en bild av att de i huvudsak har ett gott samarbete med kommunerna. Enkäterna visar att tre fjärdedelar av de organisationer som är aktiva inom området samarbetar med kommunen kring stöd till anhöriga som vårdar äldre i hemmet och drygt hälften samarbetar kring stöd till anhöriga som har äldre närståen-



de i särskilt boende. Bland annat samarbetar de kring anhörigträffar, stödgrupper och studiecirklar. Dessutom arbetar många frivilligorganisationer tillsammans med kommunen för att driva olika frågor och planera stödarbetet. Två tredjedelar uppger att de har deltagit i planeringen och/eller genomförandet av Anhörig 300. Många organisationer får också stöd från kommunen på olika sätt, till exempel genom ekonomiska bidrag, möteslokal eller information och utbildning. Några hinder för samarbetet finns dock. Ett sådant är kommunernas begränsade ekonomiska resurser. Ett annat är att medlemmarna inte har tid eller intresse att medverka. Frivilligorganisationerna menar också att bristande insyn och information hindrar samarbetet. Bland annat är det reglerna för sekretess som begränsar möjligheterna att utbyta information. Också ansvars- och försäkringsfrågor upplevs av en del som ett problem.

### **Projekt till stöd för anhöriga**

Förutom att nya kunskaper har tagits fram i olika projekt har ett antal studier utformats med syfte att stödja anhöriga i rollen som anhörigvårdare. Anhöriga behöver olika former av stöd beroende på var man befinner sig i vårdrollen. Stödet kan vara utbildning, information och/eller ett känslomässigt stöd. Här presenteras några studier som tagits fram.

#### *Filmer*

Två filmer har tagits fram, den ena (34) i samverkan med unga anhöriga och Alzheimerföreningen i Sverige. Filmen visar det känslomässiga kaoset och den stora ensamheten och längtan att ha en frisk förälder. Filmen vänder sig till bland andra till unga anhöriga och skolor men också personal inom vård och omsorg.

Den andra filmen (35) har utarbetats i samarbete med Demensförbundet och visar tio års erfarenhet av att vara anhörig till en person med demenssjukdom. Filmen vänder sig såväl till anhöriga, släkt och vänner som personal inom vård och omsorg.

#### *Ljudbok*

En ljudbok (36) har tagits fram som vill förmedla och belysa det svåra med att vara anhörig, men också det rika och värdefulla med samma liv. Känslor och reaktioner blir belysta i ett psykologiskt sammanhang, samtidigt som de anhörigas erfarenheter kommer till tals. Boken vänder sig till anhöriga till äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka, men även till släkt, vänner, personal och frivilligrörelser som i sitt arbete möter anhöriga.

#### *Studiematerial för samarbete i vården av äldre*

Ett studiematerial med målsättningen att öka samverkan mellan anhöriga och personal i demensboenden har tagits fram (37). Som underlag för studiematerialet finns en videofilm och ett textmaterial. Fyra teman tas upp, informationsutbyte, engagemang och delaktighet i vården, samarbetsformer och samarbetet i praktiken.

### *Samtalsunderlag*

Samtalsunderlag – dokumentationsmall med anvisningar – har tagits fram för samverkan med anhöriga till äldre i särskilda boendeformer, hospice och enheter med korttidsplatser för palliativ vård/vård i livets slutskede (38).

# Diskussion

Socialstyrelsen har under åren 1999–2001 haft i uppdrag att administrera, stödja, och därtill följa upp och utvärdera ett statligt stimulansbidrag för utveckling av anhörigstöd – Anhörig 300. Föreliggande rapport utgör en slutrapport från detta uppdrag. När det gäller att följa upp och utvärdera effekterna av stimulansbidraget, har olika metoder och tillvägagångssätt använts. För det första har samtliga kommuner tillställts en årlig enkät, i vilken man har ombetts att beskriva hur kommunen har arbetat med anhörigstödet och resultatet av detta. På motsvarande sätt har samtliga länsamordnare inom Anhörig 300, fått svara på årliga enkäter. Därtill har Socialstyrelsen haft en referensgrupp bestående av representanter för anhörig- och frivilligorganisationer som löpande har förmedlat sina erfarenheter av arbetet. Socialstyrelsen har också i sin roll att stödja utvecklingen på området, arbetat upp en mycket bred och omfattande kontaktyta med kommuner, vårdpersonal och frivilliga vilket har givet ett ständigt inflöde av information om arbetet med Anhörig 300. Därutöver har också Socialstyrelsen, givits resurser att initiera studier och utvecklingsarbeten på områden, där kunskapsbristen varit särskilt påtaglig, vilket givetvis också berikat vår kunskap om anhörigstöd.

I denna rapport har kommunernas egna redovisningar sammanställts, liksom länsamornarnas svar, frivilligorganisationernas erfarenheter och därtill redovisats resultaten av de särskilda projekt som Socialstyrelsen genomfört på området. Ett sätt att diskutera och värdera effekterna av denna satsning, är att relatera till samhällets målsättning med anhörigstöd. I Socialtjänstutredningens betänkande (SOU 1999:97) sammanfattades syftet med samhällets närståendestöd i tre punkter:

1. Att synliggöra de anhörigas situation
2. Att förebygga utbrändhet bland anhöriga
3. Att förbättra de anhörigas livskvalitet

Därtill anges att arbetet skall kännetecknas av en preventiv ansats, dvs. att stödinsatserna skall sättas in ett tidigt skede.

Med stöd av det som redovisats tidigare beträffande Anhörig 300, kan man utan tvekan påstå att Anhörig 300-satsningen varit mycket framgångsrik när det gäller att synliggöra de anhörigas situation och att värdesätta och respektera deras insatser. I hela landet, under flera års tid och med olika ansatser och aktörer, har de anhörigas roll och betydelse som vårdgivare till äldre och funktionshindrade fokuserats. Detta är en mycket stor attityd- och förhållningsmässig utveckling på ett område av central betydelse i vårt samhälle.

Vilken betydelse har då Anhörig 300 arbetet haft för att förebygga utbrändhet och förbättra de anhörigas livskvalitet? I detta perspektiv är effekterna mer osäkra, i huvudsak därför att det saknas underlag för att bedöma om och hur det utbyggda anhörigstödet har nått de anhöriga som behöver det. Man kan föra ett indirekt resonemang och peka på att nästan samtliga kommuner anger att de har uppnått målsättningarna i de egna handlingsplanerna. Likaså har tidigare redovisats hur anhörigstödet har utvecklats kvantitativt och på bredden och djupet. Av detta kan man dra slutsatsen att *förutsättningarna* att förebygga utbrändhet och att förbättra de anhörigas livskvalitet har ökat de senaste åren, mycket på grund av det arbete som initierats tack vare det statliga stimulansbidraget. Vissa kommuner har lagt grunden till vad man skulle kunna kalla för en ”infrastruktur” för ett bra anhörigstöd, där det framöver handlar framförallt om att befästa och bygga vidare på den etablerade strukturen. Utvecklingen av lokala och regionala FoU-miljöer inom äldreomsorgen, kan också komma att utgöra ett stöd till den långsiktiga utbyggnaden av anhörigstöd.

Det går däremot inte att säga om hjälpen når fram till alla, om den har den kvalitet som anhöriga önskar och om den därvidlag också leder till en förbättrad livskvalitet för anhöriga som vårdar. Här kan också redovisningen av utvecklingen av anhörigstödet i denna rapport leda till en förskönad bild av verkligheten. Kommunerna redovisar sammantaget en kraftig kvantitativ ökning av utbudet av anhörigstöd. Däremot finns som sagts mindre belägg för en motsvarande utveckling av kvaliteten och än mindre fakta som belyser huruvida hjälpbehövande anhöriga verkligen får stöd. I en studie inom ramen för Anhörig 300 arbetet i Stockholms län, framkommer att en majoritet av de som ger hjälp, har själva inte fått information om att de i sin tur kan få hjälp, än mindre erhållit sådan (39). Orsakerna till varför hjälpen inte når fram är naturligtvis otaliga, men att få bättre bild av detta är en grundförutsättning för utvecklingen av det framtida anhörigstödet.

Anhörig 300 har blottlagt stora behov av, men också givit, ny kunskap om de anhörigas situation, av stor betydelse för fortsatt utveckling av anhörigstödet. Ett stort antal kommuner har på olika sätt försökt kartlägga hur många ”anhöriga som vårdar” i kommunen. Dessa nya kunskaper har sedan återförts till politiker, vårdperson och allmänheten i olika former och sammanhang. Likaså har ett flertal av de projekt som Socialstyrelsen initierat bestått i att dokumentera ”anhöriga som vårdar”, utifrån en rad olika perspektiv. Detta tillsammans med ett antal studiematerial av allehanda slag, har kommit till stor användning vid utbildningar både av vårdpersonal som anhöriga.

Man kan alltså hävda att de sammantagna erfarenheterna från Anhörig 300 gett ny kunskap om eller tydliggjort sådant som tidigare inte var självklart när det gäller anhörigomsorg. Här följer några exempel på några nya ”lärdomar”:

- Varje anhörigsituation är unik och ”anhörigskapets” variationer är oändliga. Ingen anhörig-vårdsituation är den andra lik, därför måste sam-

hällets stöd och hjälpinsatser ”skräddarsys” utifrån de unika förutsättningar och omständigheter som finns i varje vårdsituation.

- Anhöriga måste aktivt erbjudas stöd från samhällets sida. Många anhöriga, trots stora insatser, ser inte sig själva som ”vårdare” och efterfrågar därför heller inte hjälp. Därtill är informationen om vilka hjälpmöjligheter som står till buds ofta undermålig eller bristfälligt framställd. När hjälp erbjuds, uppfattas detta ofta som alltför sent, varför anhöriga inte så sällan tackar nej.
- Stöd till anhöriga måste vara mycket lättillgängligt. Behov av hjälp kan uppstå när som helst på dygnet, veckan eller året och kan vara akut av kortvarig karaktär eller utsträckt i tid. Lika viktigt är att hjälpen finns nära och tillgänglig utan onödig byråkrati.
- Stöd till anhöriga måste finnas i många olika former; en förutsättning för att åstadkomma ett individualiserat stöd. Det som uppfattas som ett stöd för en anhöriga kanske inte alls passar för den andra, detta gäller både till form och innehåll.
- Stöd till anhörig måste vara av hög kvalitet och tillföra något positivt både till vårdtagaren och den anhöriga samtidigt.

Dessa lärdomar kan ses som banala och självklara, och mången undrar kanske om det inte detta är känt ute i vården och omsorgen redan. Socialstyrelsens uppfattning är dock, med framförallt stöd av vad anhöriga själva har förmedlat, att detta är långt ifrån en realitet i dagens vård och omsorg.

Vad kan man då säga om stimulansbidraget som sätt och form för statens vilja att påskynda utvecklingen av anhörigstödet i kommunerna? Som framgått av vår redovisning är det sammanfattande omdömet mycket positivt. Men vad är det då som har lett fram till detta positiva resultat? Enligt Socialstyrelsens mening ”sjösattes” statsbidraget vid en tidpunkt, då mottagligheten i allmän bemärkelse var osedvanlig hög. Många kommuner hade påbörjat arbetet med att bygga ut stödet till anhöriga, i ytterligare fler fanns ett snabbt växande intresse. Denna goda ”timing”, har betytt mycket för de positiva resultaten.

För att erhålla stimulansbidraget måste kommunerna uppfylla vissa villkor, som visats sig vara utvecklingsfrämjande. Kraven på en lokal handlingsplan, som utarbetades i samverkan med frivillig- och anhörigorganisationer, och som skulle fastställas i politiskt ansvarig nämnd, innebar en bred och stark förankring av arbetet i kommunerna. Tillskapandet av en länsorganisation – länsamordnare - betydde också aktiviteter på lokal nivå, fick stöd på regional nivå, samtidigt som det underlättade för Socialstyrelsen. Inbyggt i den kommunala handlingsplanen och uttalat i Socialstyrelsens uppföljning har hela tiden funnits ett krav på redovisa resultatet av arbetet med Anhörig 300 i varje kommun. Alltså tydliga krav på resultatredovisning, uppföljning och dokumentation, ökar engagemanget och kvaliteten i arbetet. Till sist är det

också en erfarenhet att det arbete som lagts ned från Socialstyrelsens sida, givetvis i samarbete med länsamordnare, anhörig- och frivilligorganisationer, anhörigkonsulenter och andra eldsjälur i kommunerna, har haft stor betydelse i implementeringen av stimulansbidraget.

## Några avslutande reflektioner

Under de senaste åren har det hänt mycket i Sverige beträffande utvecklingen av stödet till anhöriga som vårdar. Anhörigstödet håller på att få större bredd och djup jämfört med tidigare och därtill finns också många spännande och kreativa ansatser till att förnya formerna för anhörigstöd. Anhörig 300 har också medfört en hel del positiva "sidoeffekter" som t.ex. ett förbättrat samarbete kommunen och anhörig- och frivilligorganisationerna och utbildning av tusentals vårdpersonal och anhöriga, ofta samtidigt. En dialog mellan anhörig och den offentliga vården håller på att komma igång och ta form.

Likväl återstår mycket att göra när det gäller att utveckla kvaliteten och innehållet i redan befintligt stöd till anhöriga. Fortfarande dominerar dagens utbud av stöd till anhöriga av det som funnits tidigare. Kvaliteten i detta anhörigstöd är som nämnts ibland så dålig att anhöriga tackar nej till hjälp. Kommunerna måste förvissa sig om att nå de anhöriga som behöver hjälp. I dag kan man alltså inte säga något bestämt om i vilken utsträckning det utökade anhörigstödet "träffat rätt", dvs. nått fram till anhöriga med behov av hjälp. Detta problem är också kopplat till att det för närvarande praktiskt taget saknas en löpande uppföljning av effekterna av anhörigstöd på individnivå i landet.

I ett mer långsiktigt perspektiv måste arbetet med att synliggöra de anhörigas situation kontinuerligt förstärkas och arbetas in som en självklar del i vården och omsorgen överhuvudtaget. Sammantaget utgör detta också en viktig förtroendefråga i vårt samhälle.

Här är det angeläget att varna för att betrakta stödet till de anhöriga som en fråga skild från utvecklingen av vården och omsorgen i sin helhet. Utan tvekan utgör en offentlig äldreomsorg med god täckning och hög kvalitet, det allra bästa stödet till anhöriga. Omvänt innebär varje nedlagd dagverksamhet, inskränkningar i hemtjänsten eller att man inte bygger ut äldreboendet, att anhöriga får axla ett större ansvar och en tyngre börda. Därför är det av central betydelse att satsningen på ett utvecklat stöd till anhöriga också innefattar att den traditionella verksamheten utvecklas. Det vore ytterst beklagligt om ett utökat anhörigstöd uppfattas och används som ett alibi, för att dölja en nedrustning av den offentliga äldreomsorgen. I en äldreomsorg som däremot försöker beakta samspelet mellan den offentliga vården och familjens insatser, finns också goda möjligheter att utveckla en verksamhet som ser familjen och den hjälpbehövande som ett sammanhängande system. Samtidigt skall framhållas att det inte är självklart att en stark offentlig äldreomsorg innebär att de anhörigas särskilda behov av stöd uppmärksammas.

Tvärtom visar den hittillsvarande erfarenheten att man inom vården och omsorgen haft svårt att uppmärksamma de anhörigas behov. Det centrala i resonemanget är att man inte kan eller skall ställa den sjukes behov av hjälp mot de anhörigas behov av hjälp för egen del.

Mot denna bakgrund och med tanke på att Anhörig 300-bidraget upphört, kan man diskutera hur en fortsatt utveckling av anhörigstödet kan säkras. Vissa kommuner uppger att de har både medel och planer för fortsatt arbetet under år 2002. Andra kommuner hänvisar till att arbetet med att utveckla anhörigstödet kommer att integreras i den befintliga verksamheten, och drivas vidare på basis av det engagemang som uppstått som en följd av Anhörig 300-arbetet.

Satsningen på att utveckla anhörigstöd har varit positiv och det är viktigt att bygga vidare på och förstärka denna process. Kanske kan man här tala om "framgångens dilemma", dvs. när nu anhöriga och deras insatser blivit allt mer synliggjorda, ökar också kraven och förväntningarna att få hjälp. Lyckas inte kommunerna svara upp mot dessa förväntningar på ett rimligt sätt, finns en risk för dels ett ökat misstroende mot det offentliga systemet och politikens utfästelser, dels framförallt stora risker för försämrad livskvalitet för anhöriga och deras vårdtagare. Ett annat exempel är att anhörig- och frivilligorganisationerna har svårt att svara upp mot ökade förväntningar på medverkan, då många organisationer upplever problem med att i samma takt rekrytera medlemmar som har tid och vill engagera sig i frivilligt socialt arbete. Den mest avgörande frågeställningen under rubriken "framgångens dilemma" är förstås huruvida arbetet med att bygga ut stödet till anhöriga kommer att fortgå. På senhösten 2001 angav drygt hälften av landets kommuner att man hade en av ansvarig nämnd antagen plan för det fortsatta arbetet med anhörigstöd. Likaså är det känt att i den majoritet av kommuner som har medel kvar, kommer det på olika sätt att användas till fortsatt arbete med anhörigstöd. Men det finns en uppenbar risk att det mer organiserade och fokuserade arbetet med att bygga ut stödet till anhöriga kommer att avstanna i takt med att stimulansmedlen tar slut.

Ett fortsatt arbete med att bygga ut anhörigstödet förväntas i kommunerna, inom ramen för den nationella handlingsplanen för utvecklingen av hälso- och sjukvården. Kommunernas prioriteringar inom socialtjänstområdet styrs idag i hög grad av vad som är angivet i lagen, och det som inte står angivet i lagen att kommunerna skall göra blir heller inte gjort eller hamnar längre ned i prioriteringsordningen. Mycket kan göras för att förbättra anhörigstödet utan större resursinsatser, men inte så sällan måste det till nya resurser för t.ex. utökade personalresurser och verksamheter när det gäller avlösningvård, vilket kommer att kräva en aktiv prioritering av resurser till fortsatt anhörigstöd. Enligt den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården (8) har Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet och staten kommit överens om att kommunerna bl.a. skall svara för att utvecklingsarbetet inom anhörigområdet, som påbörjats i enlighet med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken, fortsätter efter år 2001.

Mot denna bakgrund och för att säkra en fortsatt utveckling av stödet till anhöriga som vårdar äldre eller funktionshindrade i vårt samhälle, skulle mycket vara vunnet om detta angavs vara en lagstadgad skyldighet för kommunerna.



# Referenser

1. Johansson, L., Sundström, G. Anhörigvårdens omfattning i Sverige. Socialmedicinsk tidskrift, 2002, 119–130.
2. Socialstyrelsen. På äldre da'r. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 2000:11.
3. Regeringens proposition 1987/88:176. Äldreomsorgen inför 90-talet.
4. Socialstyrelsen. Den tysta omsorgen – om försök att ge stöd till anhöriga. Stockholm: Socialstyrelsen, SoS-rapport 1992:14.
5. Socialstyrelsen. Familjen som vårdgivare till äldre och handikappade. Stockholm: Socialstyrelsen, SoS-rapport 1994:22.
6. Socialstyrelsen. Att utveckla anhörigstöd. Stockholm: Socialstyrelsen, SoS-rapport 1998:9.
7. Regeringens proposition 1997/98:113. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.
8. Regeringens proposition 1999/2000:149. Nationell handlingsplan för utveckling av svensk hälso- och sjukvård.
9. SOU 1999:97. Socialtjänstutredningens slutbetänkande: Socialtjänst i utveckling.
10. Regeringens proposition 2000/01:80. Ny socialtjänstlag m.m.
11. Socialstyrelsen. Äldreuppdraget. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:4.
12. Socialstyrelsen. Halvvägs för Anhörig 300. Stockholm: Socialstyrelsen, Anhörig 300, 2000:2.
13. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Lägesrapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
14. Socialstyrelsen. Anhörig 300. Projektredovisning år 2000. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
15. Socialstyrelsen. Mellan anhörigskap och släktskap, anhöriga till personer med psykiska funktionshinder berättar. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.

16. Socialstyrelsen. Finns kvar och ställer upp, hur anhöriga kan bidra till återhämtning från allvarlig psykisk störning, ur de återhämtades perspektiv. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.
17. Socialstyrelsen. Det viktiga är hur man är mot sitt barn. Intervjuer med föräldrar som har en utvecklingsstörning. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.
18. Socialstyrelsen. När mamma eller pappa blir demenssjuk unga anhöriga berättar. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
19. Socialstyrelsen. Anhöriga till äldre invandrare. Stockholm: Socialstyrelsen, Anhörig 300, 2000:4.
20. Socialstyrelsen. Borta bra men hemma bäst! En studie av äldre bosnier och deras anhöriga i Hallstahammar. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
21. Socialstyrelsen. Äldre iraniers och anhörigas syn på vården och omsorgen. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.
22. Almqvist, B. Family caregivers caring for relatives with dementia (doktorsavhandling) Karolinska institutet, Stockholm, 1999.
23. Winqvist, M. Vuxna barn med hjälpbehövande föräldrar (doktorsavhandling) Sociologiska institutionen, Uppsala universitet, 1999.
24. Socialstyrelsen. Närståendes vård av äldre, anhörigas och professionellas perspektiv. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
25. Socialstyrelsen. Att synliggöra det osynliga. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.
26. Socialstyrelsen. Instrument för utredning inom kommunens äldreomsorg – en översikt. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.
27. Socialstyrelsen. Flexibel avlösning för anhöriga till långvarigt sjuka personer. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.
28. Socialstyrelsen. Då är det bara att ta nya tag. Avlösning av vård i Jönköpings län. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.
29. Socialstyrelsen. Kommunens stöd till anhörigvårdare – anhörigas erfarenheter och synpunkter. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.
30. Socialstyrelsen. Dagvårdens betydelse för anhöriga. Stockholm: Socialstyrelsen, Anhörig 300, 1999:1.

31. Socialstyrelsen. Uppdrag anhörig – utvärdering av en ny stödform. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.
32. Socialstyrelsen. Hälsöfrämjande anhörigstöd i Varbergs kommun. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.
33. Socialstyrelsen. Frivilligorganisationerna och anhörigstödet. Stockholm: Socialstyrelsen, \*)
34. Unga Anhöriga – när en förälder drabbas av demens: unga anhöriga berättar om sina upplevelser.  
Beställs hos Alzheimerföreningen i Sverige, Box 4109, 227 22 Lund, tel. 046 14 73 18
35. En hand att hålla i – en film om hur det är att leva nära en person med demenssjukdom.  
Beställs hos Demensföreningen i Stockholm, Crafoords väg 12, 113 24 Stockholm, tel. 08 658 61 11
36. Leva i två världar – anhörigomsorg  
Beställs hos: Alzheimerföreningen i Sverige, Box 4109, 227 22 Lund, tel. 046 14 73 18 eller  
Schizofreniförbundet, Hantverkargatan, 3G, 112 21 Stockholm tel. 08-545 55 980
37. Socialstyrelsen. Gemensamma studiecirklar för personal och anhöriga i demensboenden. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.
38. Socialstyrelsen. Att mötas – Samtalsunderlag för samverkan med anhöriga i särskilda boende former. Stockholm: Socialstyrelsen. \*)
39. Jeppsson Grassman, E. Medmänniska och anhörig. En studie av informella hjälpinsatser. Sköndalsinstitutets skriftserie nr. 17, 2002.

\*) = under publicering

# Förteckning över rapporter m.m. hittills utgivna inom Anhörig 300-projektet

## Rapporter utgivna av Socialstyrelsen

1999:1	1999-00-064	Dagvårdens betydelse för anhöriga
1999:2	1999-00-088	Utveckling av anhörigstöd – En lägesrapport 1999
2000:1	2000-00-042	Kommuners och frivilligorganisationers stöd till anhöriga
2000:2	2000-00-086	Halvvägs för anhörig 300
2000:3	2000-00-094	Anhöriga till äldre som flyttar till särskilt boende
2000:4	2000-00-099	Anhöriga till äldre invandrare
	2001-124-4	Rapporter från Anhörig 300-konferenser våren 2001
	2001-124-5	Mellan anhörigskap och släktskap, anhöriga till personer med psykiska funktionshinder berättar
	2001-124-6	Närståendes vård av äldre, anhörigas och professionellas perspektiv
	2001-124-7	Borta bra men hemma bäst! En studie av äldre bosnier och deras anhöriga i Hallstahammar
	2001-124-9	När mamma eller pappa blir demenssjuk. Unga anhöriga berättar
	2001-124-10	Anhörig 300. Projektredovisning år 2000.
	2002-124-1	Det viktiga är hur man är mot sitt barn – Intervjuer med föräldrar som har en utvecklingsstörning
	2002-124-2	Finns kvar och ställer upp – Hur anhöriga kan bidra till återhämtning från allvarlig psykisk störning, ur de återhämtades och de anhörigas perspektiv
	2002-124-3	Flexibel avlösning för anhöriga till långvarigt sjuka personer
	2002-124-4	Då är det bara att ta nya tag. Avlösningvård i Jönköpings län
	2002-124-5	Hälsofrämjande stöd för anhöriga i Varbergs kommun
	2002-124-6	Undervisnings- och stödgrupper inom palliativ vård
	2002-124-9	Att synliggöra det osynliga – Utvärdering av en ny handläggningsmodell och nya former för anhörigstöd
	2002-124-10	Kommunernas stöd till anhörigvårdare – anhörigas erfarenheter och synpunkter
	2002-124-11	Instrument för utredning inom kommunens äldreomsorg – En översikt
	2002-124-12	Studiecirkelar inom demensvård – personal och anhöriga tillsammans
	2002-124-13	Uppdrag Anhörig – utvärdering av en ny stödform

Rapporterna kan beställas från Socialstyrelsens kundtjänst, 120 88 Stockholm  
Webbutik: <http://www.strd.se/webshop/socialstyrelsen>  
Fax: 08-779 96 67

Rapporter utgivna fr.o.m. 2001 finns också i fulltext (pdf-format) på Socialstyrelsens webbplats: <http://www.sos.se/plus/skrift.htm>

## **Material utgivet inom Anhörig 300-projektet men som försäljs av annan än Socialstyrelsen**

Video: *Unga Anhöriga – när en förälder drabbas av demens: unga anhöriga berättar om sina upplevelser.* Pris: 50 kr. Beställs hos Alzheimerföreningen i Sverige, Box 4109, 227 22 Lund, tel: 046-14 73 18, fax: 046-18 89 76.

Talbok: *Leva i två världar – anhörigomsorg.* Pris:100kr. Beställs hos: Alzheimerföreningen i Sverige, Box 4109, 227 22 Lund, tel. 046-14 73 18, fax: 046-18 89 76 eller Schizofreniförbundet, Intresseförbundet för personer med schizofreni och liknande psykoser, Hantverkargatan 3 G, 112 21 Stockholm, tel: 08-545 559 80, fax: 08-545 559 81.

Video: *En hand att hålla i – att leva nära en person med demensjukdom.* Pris:170kr. Beställs hos Demensföreningen i Stockholms län, Crafoords väg 12, 113 24 Stockholm, tel: 08-658 61 11.

Stencil: *"Om åtminstone blöjleveransen kunde komma i tid". Vårda och vårdas. Äldre och deras anhöriga, två undersökningar 2000.* Finns på Hälsohögskolans/ Institutets för Gerontologi, Jönköping, hemsida, adress: <http://hj.se/hhj/ifg/index.htm> (gå in under rubriken hämta).



# Bilaga – Beskrivning av särskilda projekt

# Minnen från igår – omtanke idag

En modell där man använder reminiscens i arbetet med personer med demenshandikapp och deras anhöriga.

Syftet var att pröva, utveckla och dokumentera reminiscensarbete som en metod att ge stöd till närstående och till personer med demenshandikapp.

Reminiscens betyder erinring, hägkomst. Metoden bygger på historia, tradition och kultur.

## Genomförande

### Steg 1

Anhöriga har tillsammans med gruppledare träffats sex gånger för att själva pröva reminiscens samt få information om olika sätt att kommunicera på tillsammans med sin närstående.

### Steg 2

Varannan vecka samlades sedan anhöriga och deras närstående till gemensamma träffar, kallade kulturträffar om tider från förr.

Däremellan hade gruppledare och anhöriga träffar för utvärdering och vidare arbete. Gruppen har träffats 16 gånger.

## Resultatet

»Jag har efter gruppen fått större trygghet i min relation till min anhörige. Jag har fått teknik att föra ett samtal.« *(dotter)*

»Jag har lärt mig hur man får igång ett samtal och går vidare.« *(son)*

»Mycket bra gruppstöd.« *(vän)*

»Jag ser att min inställning till min anhörige förändrats. Jag har blivit mer tillåtande och jag har förändrats.« *(syster)*





# Studiecirkel för personal och anhöriga

– till personer med demens i särskilt boende



## **Genomförande:**

Studiegrupper med 8–10 deltagare, jämnt fördelade mellan personal och anhöriga, genomgick studiecirkel omfattande fyra möten. Som underlag för studiecirkeln fanns en videofilm och ett textmaterial. En av deltagarna – personal eller anhörig – var handledare. Vid varje av de fyra mötena, som omfattade minst två timmar, diskuterades ett tema:

- Tema 1.* Informationsutbyte
- Tema 2.* Engagemang och delaktighet i vården
- Tema 3.* Samarbetsformer
- Tema 4.* Samarbetet i praktiken

Syftet var att utveckla förståelse, en-

gagemang, ökad kontakt och former för samarbete.

Studiecirkelna utvärderades med gruppintervjuer.

**Resultat:** Studiematerialet var väl anpassat för studiecirkelns syfte. Alla deltagare var mycket

positiva och fick ökad förståelse för den andra partners situation. Många idéer på väl förankrade och genomförbara förändringar lyftes fram t. ex. fadderverksamhet mellan anhöriga, fotografier med namn och schema på anställd personal, former för utvecklingsamtal för anhöriga. I samverkan upprättades en handlingsplan för förändringar av aktiviteter och arbetsförhållanden.

# Film

*om unga anhöriga till dementa*

Se den!



Medverkande

PETRA HOLZMAN KIM PERSSON MARIA PERSSON SOFIA PERSSON



Alzheimerföreningen i Sverige

**Anhörig 300**

# När mamma eller pappa blir demenssjuk

– unga anhöriga berättar

## Genomförande:

Fem unga som deltagit i Alzheimerföreningens projekt "Ung anhörig" kontaktades. Alla levde eller hade levt tillsammans med en förälder som insjuknat i en demenssjukdom, vanligen Alzheimers sjukdom. Vid en 1–2 timmar lång intervju berättade de om sina erfarenheter i samband med förälderns sjukdom.



Ann Backmark, en av deltagarna i projektet "Ung anhörig"

## Resultat:

- Förälderns demenshandikapp har påverkat de intervjuades uppväxttid inte minst genom att knyta dem hårdare till familjen.
- Omgivningens okunskap om att demenssjukdomar även kan drabba yngre personer har ökat de psykiska påfrestningarna för samtliga.
- Det har varit svårt att få information om sociala rättigheter.
- Bristen på demensvård anpassad för yngre har varit ett stort problem som påverkat hela familjen.
- I flera fall har både de vuxna och barnen länge försökt dölja sjukdomssymtomen för omvärlden.
- Barnet har känt skam över den sjuka förälderns förändring.
- För samtliga hade kontakter med andra ungdomar i samma situation varit ett värdefullt stöd.

# Leva i två världar – anhörigomsorg

Ljudbok

*”En sak ska ni veta, sedan min fru drabbades av sin demenssjukdom, så har jag gråtit och skrattat mer än i hela mitt övriga liv”.*

Så beskriver en deltagare i en anhöriggrupp sin belägenhet. Som anhörig lever man i två världar. Det gör livet komplicerat, men också rikt på innehåll och erfarenheter. Kasten mellan de olika världarna kan vara tvära. Anhöriglivet bjuder på det som är svårt och smärtsamt, men ger också tillfälle till starka och livsnära upplevelser.

Denna bok vill förmedla och belysa det svåra med att vara anhörig, men också det rika och värdefulla med samma liv.

Boken utformades i olika avsnitt som var för sig behandlar viktiga relationsfrågor i den anhöriges liv: Sorg, glädje, skam, skuld, vanmakt och hopp. En särskild ambition med detta projekt har varit att lyfta fram skönlitteratur som en alternativ väg för anhöriga att förstå sin egen situation.



**Resultat:** Boken finns nu tillgänglig som kassettbok och cd-skiva.

*Beställ boken genom:*  
Alzheimerföreningen  
tel. 046–14 73 18

*eller*

Schizofreniförbundet  
tel. 08–545 55 980

Kontakt: Jakob Carlander, Drabantgatan 9, 582 14 Linköping  
e-post: jakob.carlander@swipnet.se

**Anhörig 300**

# Dagvårdens betydelse för anhöriga

## Genomförande:

Intervjuer med 52 anhöriga till dementa personer i samband med att den sjuke stod i begrepp att börja i dagvård.

En andra intervjuomgång gjordes efter 4 månader. Svaren jämfördes vid första undersökningstillfället med svaren från andra tillfället mellan de anhöriga som hade kvar sin familjemedlem i dagvård med de anhöriga vars familjemedlem avbrutit dagvård.

## Resultat:

- Barn vars föräldrar fanns kvar i dagvård uttryckte mindre oro än de vars föräldrar slutat. För dessa anhöriga har dagvården inte upplevts som tillräckligt stöd.
- Sammanboende anhöriga – vårdtagare, d.v.s. makar/makor, rapporterade större belastning än icke sammanboende, som istället upplevde högre oro.
- Efter 4 månader i dagvård rapporterades minskad oro, men obetydlig påverkan på belastning, hos anhöriga vars make/maka var kvar i dagvård.
- De som slutat dagvård uppgav som



*En av förutsättningarna för att anhöriga ska uppleva att dagvården utgör ett stöd och en avlösning, är att aktiviteterna är anpassade efter deltagarnas intresse och förmåga.*

skäl svårigheter i samband med att få maken/makan i ordning i tid för avresan. Alltför ensidig och dåligt anpassad sysselsättning och därmed inget utbyte av dagvården var ett annat skäl till att man valt att sluta.

**Slutsatsen** blir att dagvård fungerar bäst som stöd till anhöriga som är sammanboende. Viss hjälp kan behövas i samband med avresan. Dagvården bör erbjuda aktiviteter som tilltalar alla. Om den demenssjuke inte trivs upplevs inte dagvården som något stöd för den anhörige heller.

Kontakt: Lena Samuelsson, Inst. för socialt arbete, Sthlms Universitet  
106 91 Stockholm, e-post: 013-134990@telia.com, och Bo Malmberg  
Inst. för gerontologi, Hälsohögskolan, Box 1026, 551 11 Jönköping

Anhörig 300



# En hand att hålla i

– att leva nära en person med demenssjukdom.

En film av Sonja Östergren och Alf Carlström.



Filmen bygger på Richard Larssons böcker  
»År med Maria« och »Maria vill fara hem«  
om de sista svåra åren med sin sjuka hustru.

Filmen kan beställas från:  
Demensföreningen i Stockholm  
tel. 08 – 658 61 11

Kontakt: Richard Larsson, Demensförbundet, Drakenbergsgatan 13 ≈nb  
117 41 Stockholm, e-post: [rdr@demensforbundet.se](mailto:rdr@demensforbundet.se)

**Anhörig 300**

Rapporter om Anhörig 300 hittar du på [www.sos.se](http://www.sos.se)

# Flexibelt anhörigstöd

– nya utvecklingsmöjligheter  
för personal i gruppboende

**Genomförande:** Personal i gruppboende för demenshandikappade fungerar som stödpersoner för familjer där en make/maka drabbats av demenssjukdom. Personalen engageras i förebyggande insatser och delar av gruppboendets arbete riktar utåt i bostadsområdet.

Stödformerna anpassas efter den anhöriges behov och den vanligaste formen är ”avlösning”. En helt ny arbetsform som provats innebär att ”avlösningensinsatsen” utförs i personalens hem. Ett års verksamhet har utvärderats.



Foto: Carsley Barron

**Resultat:** Att fungera som anhörigstödare vid sidan av det ordinarie arbetet inom gruppboendet upplevs som utmanande och berikande. Att ta emot en demenshandikappad person i sitt eget hem ger nya möjligheter till kontakt och förståelse. Verksamheten i gruppboendet har utvecklats och innefattar nu även jourverksamhet med övernattningar. En inom området kompetent stödperson innebär trygghet för den anhörige samt att en god kontakt med äldreomsorgen vidmakthålls. Efter som stödpersonsfunktionen är en ny form av hjälpinsats krävs att informationen till de anhöriga är väl utarbetad.

Kontakt: Marianne Winqvist, Sociologiska institutionen, Uppsala Univ.  
Box 821, 751 08 Uppsala, e-post: [marianne.winqvist@soc.uu.se](mailto:marianne.winqvist@soc.uu.se)

**Anhörig 300**

Rapporter om Anhörig 300 hittar du på [www.sos.se](http://www.sos.se)

# Mellan anhörigskap och släktskap

Anhöriga till personer med psykiska funktionshinder berättar

**Genomförande:** Djupintervjuer med sju personer. Varje person har intervjuats vid tre tillfällen. De anhöriga består av två mammor, en pappa, en make, en dotter, en son och en syster. Studien är uppdelad i tre delar som speglar olika sidor av anhörigskapet.

**Resultat:** De intervjuade har givit uttryck för svårigheter som följer med anhörigskapet. Det handlar dels om hur det är att vara anhörig, dels om vad man tycker att man kan göra som anhörig. Man har mött oförstånd, byråkratiska och juridiska hinder, man har saknat information och inte blivit lyssnad på. De anhöriga önskar att deras insatser respekteras och att de blir bemötta av de professionella som samarbetspartners och inte som ”bråkiga släktingar”. Många vill få stöd både i att stödja den närstående och även få stöd för egen del.

Barn till psykiskt funktionshindrade föräldrar måste få hjälp att



bli synliga, både att de ses av andra och att de får hjälp att se sig själva och sina behov. Anhöriga måste få tillfälle att tillsammans med den närstående och de professionella själva få bestämma vad man vill, kan och orkar.

Kontakt: Ingela Edkvist, Dalarnas forskningsråd, Box 743, 791 29 Falun  
e-post: [ingela.edkvist@dfr.se](mailto:ingela.edkvist@dfr.se)

Anhörig 300

Rapporter om Anhörig 300 hittar du på [www.sos.se](http://www.sos.se)



# Finns kvar och ställer upp

Hur anhöriga kan vara till hjälp  
vid återhämtning från svår psykisk störning  
ur de återhämtades och de anhörigas perspektiv

**Genomförande:** Två tredjedelar av dem som drabbas av allvarlig psykisk störning återhämtar sig. En av de bidragande faktorerna kan vara anhöriga. För att få veta mer om hur anhöriga kunnat vara till hjälp har 31 personer med egen erfarenhet av återhämtning intervjuats om sina återhämtningsvägar. Därtill har 10 anhöriga till de återhämtade intervjuats om hur de försökt vara till hjälp.

**Resultat:** De anhöriga tvivlar på att deras insatser varit till någon hjälp och menar ofta att de inte gjort nå-

got särskilt. De återhämtade uppger däremot anhörigas betydelse på hela skalan från en av de viktigaste faktorerna i deras återhämtning till en trygghetsfaktor i bakgrunden. Oftast är det någon eller några av de anhöriga som varit centrala. Det kan även vara vänner.

Relationens kvalitet är viktigare än dess formella status. Både de anhöriga och de återhämtade menar att det i första hand handlar om att finnas kvar och inte överge, vara tillgänglig, beredd att ställa upp vid behov men också kunna låta vara ifred.

# Ord från fub:s familjegrupp

– ett nätverk för utvecklingsstörda föräldrar

"Det viktiga är inte att ha det fint hemma.  
Det viktiga är hur man är mot sina barn."

"En del är livrädda - och det måste väl  
bero på att de inte fått rätt hjälp?"

"Nätverket är bra. Man får ut det man  
funderar på."

"Man måste tänka mer på barnen än på  
sig själv."

## **När du vill veta mer:**

Läs: Varför ser dom bara felen?

- Rapport från ett nätverk med utvecklingsstörda föräldrar  
eller  
Varför ser dom bara felen? - en lättläst sammanfattning.

# Borta bra, men hemma bäst!

En studie av äldre bosnier och  
deras anhöriga i Hallstahammar

## **Genomförande:**

En enkätstudie och djupintervjuer med äldre bosnier och deras vuxna barn, svärdöttrar/svärsöner har genomförts. Syftet har varit att ta reda på hur situationen ser ut för dessa grupper och för att få veta hur de upplever ålderdom, hjälpbehov, stöd och svensk äldreomsorg.

## **Resultat:**

- De äldre får mycket hjälp av sina anhöriga. En stor del av hjälpen handlar dock inte om direkt åldersrelaterade problem utan snarare om att hjälpa till med språkrelaterade problem.
- De äldre är också ofta passiva, isolerade och har hemlängtan. De be-

höver hjälp med att aktiveras för att må psykiskt bra.

- Både äldre och anhöriga ser det som en självklarhet att det i första hand är de vuxna barnen som ska hjälpa vid behov. Samtidigt ser de gärna att det skulle finnas möjlighet till äldreomsorg på det egna språket.
- För flera av de anhöriga upplevs situationen som påfrestande, de äldre behöver socialt umgänge, stöd och språkhjälp och de anhöriga känner att de inte räcker till. Det skulle fungera avlastande för dem om man kunde sysselsätta åtminstone de äldre som fortfarande är relativt pigga och friska.

### **Genomförande:**

Studien består av tre delstudier.

1. En enkät har besvarats av 47 äldre iranska invandrare bosatta i Stockholms län
2. 43 anhöriga till de äldre iranska invandrarna som deltog i delstudie 1 besvarade en enkät
3. En kartläggning genomfördes för att se vilka hjälpinsatser äldre iranier utnyttjat i Stockholms stad

### **Resultat:**

- De äldre hade mycket små hjälp-

insatser från den egna kommunen.

- De äldre iranierna önskade helst få hjälp av sina anhöriga, framförallt av barnen. De var dock medvetna om vilka svårigheter detta kan innebära för de sina.
- De anhöriga ansåg det vara självklart att ställa upp, dock var ansvaret för den äldre krävande och man efterlyste andra lämpliga alternativa lösningar.
- Både de äldre och de anhöriga ansåg det vara nödvändigt med äldreomsorg på det egna språket.

# Anhöriga till äldre invandrare

– en fallstudie av anhöriga till äldre invandrare utan offentlig äldreomsorg

**Genomförande:** I en kvalitativ fallstudie intervjuades anhöriga till elva äldre från olika länder som invandrade efter 1990. Alla behövde daglig hjälp, ingen hade offentlig äldreomsorg.

- Hur hjälpte familjerna sina äldre?
- Vilka erfarenheter bidrog till val av hjälpformer?
- Hur påverkades de anhörigas tillvaro?
- Hur såg man på framtida hjälpbehov?

**Resultat:** Såväl personliga som gemensamma erfarenheter hos de anhöriga belyses. Alla tillhörde en yng-

re generation än den de hjälpte, och många hjälpte fler än en person. Både män och kvinnor gav praktisk hjälp, kvinnorna dessutom omvårdnad. Hjälpgivandets konsekvenser och orsaker varierade. De anhöriga vittnade om ömsesidighet och glädjefyllda relationer, men också bundenhet, konflikter och splittring. Traditioner och ideal framhölls, samtidigt beskrevs drastiskt förändrade förhållanden efter invandringen.

Erfarenheterna av kontakter med offentlig äldreomsorg var mindre god. Få planerade för framtida ökade hjälpbehov, men de flesta ville fortsätta ta hand om sina gamla på ett eller annat sätt.

# Stödgrupper för närstående till döende patienter som vårdas i hemmet

Syftet var att beskriva hur närstående till döende patienter uppfattade gruppverksamheten och vilken betydelse den haft för dem.

**Genomförande:** Närstående till döende patienter inskrivna för vård av Sjukvårdsteamet i Uppsala erbjöds deltagande i en stödgruppsverksamhet. Stödgrupperna bestod av 5 träffar för 4–9 närstående och två gruppledare. Totalt har 48 närstående deltagit i 8 grupper.

**Metod och analys:** Data insamlades genom öppna intervjuer med 12 deltagare av en person som ej var inblandad i verksamheten. Intervjuerna analyserades.

**Resultat:** Deltagarna uppfattade deltagandet i gruppverksamheten som värdefullt. För att kunna delta i verksamheten krävdes att vissa *praktiska* och *yttre förutsättningar* var uppfyllda. Deltagarna uppfattade att initiativet till stödgrupper endast kan tas från sjukvårdens sida och är ett viktigt komplement till den palliativa hemsjukvården. *Gemenskapen i gruppen* var viktig och deltagandet fick även en indirekt positiv effekt för den sjuke. Sjukdomen påverkade även de närståendes situation och existentiella frågor väcktes. Dessa frågor diskuterades i gruppen. En stödgrupp har fortsatt på egen hand som en självhjälpsgrupp.



Kontakt: Maria Carlsson, Vårdutvecklingsavdelningen, Akademiska Sjukhuset, 751 85 Uppsala, e-post: maria.carlsson@adm.uas.lul.se

Anhörig 300

# Att mötas

Samtalsunderlag att användas  
i särskilda boendeformer



I samtalen fokuseras anhörigas situation, deras önskemål och möjligheter att delta i vården; allt för att underlätta samarbetet med personalen för vårdtagarens bästa.

**Genomförande:** Med utgångspunkt i rapporten Äldreuppdraget 98:6 har en vidareutveckling skett innefattande också vårdtagarens sista tid

i livet. Fokusgrupper med personal har genomförts. Den nya versionen introducerades i ordinarie verksamhet på Hestra sjukhem inkluderande en hospice-enhet. Utvärdering har skett med fokusgrupper för personal och anhörigintervjuer.

**Resultat:** Det finns nu ett samtalsunderlag att använda

- i samband med vårdtagarens inflyttning inför en sannolikt längre vårdtid,
- i samband med vårdtagarens intagning för palliativ vård – hospice-vård – när vårdtagaren efter längre tids vård kommer till slutskedet av livet.

**I utvärderingen framkom att:** Vårdtagarens önskemål inför livets slutskede har upplevts som angelägen fråga redan vid inflyttningen inför en längre vårdtid. Personalen tyckte att frågorna var mycket relevanta. Anhöriga uppskattade också att i lugn och ro få ta upp sina frågor.



# Hälsofrämjande anhörigstöd i Varbergs kommun

Kan hälsofrämjande stödinsatser förbättra eller bevara den fysiska, mentala och sociala hälsan hos anhörigvårdare?

**Genomförande:** Det utvidgade stödet omfattade hälsokontroll, hälsosamtal samt olika friskvårdande insatser. För att utvärdera insatserna studerades ett antal effekter vid studiens start samt efter sex månader: anhörigvårdarnas sjukvårdskontakter, livskvalitet och känsla av sammanhang (kasam).

Hälften av anhörigvårdarna tillfrågades om problem i vårdssituationen. Sex personer fyllde i en tidsdagbok och sex intervjuades om hur stödet fungerat.

**Resultat:** 56 anhörigvårdare inkluderades i utvärderingen. Friskvårdssinsatserna upplevdes mycket positivt, speciellt massage och hälsohem. Samarbetet mellan kommunen och primärvården kring hälsokontroll och

hälsosamtal uppvisade vissa brister.

Livskvaliteten var högre efter de sex månader som man deltog i projektet. Känsla av sammanhang (kasam) förändrades inte under perioden. Vid båda mättillfällena hade en lika stor andel haft kontakt med distriktssköterska (42%) respektive varit inlagd på sjukhus (17%), medan färre hade haft kontakt med läkare vid uppföljningen (55%) än vid studiens start (70%).

De problem som upplevdes mest påfrestande var brist på egen tid samt fysisk och mental trötthet. Man använde nästan fyra timmar i genomsnitt per dag för att hjälpa sin anhörige, förutom tillsyn. De intervjuade var nöjda med anhörigombudets arbete samt stödet från kommunen.



# Frivilligorganisationerna och stödet till äldres anhöriga

Vad har Anhörig 300 inneburit för frivilligorganisationerna?

Vilka insatser gör frivilligorganisationer för att stödja anhöriga?

Har stödet byggts ut eller ändrat inriktning sedan 1999?

Hur ser företrädare för frivilligorganisationerna  
på sin verksamhet och på relationen till kommunen?

350 enkäter sändes ut till Sveriges frivilligorganisationer (Röda Korset, Sveriges Pensionärsförbund, Pensionärernas Riksorganisation, Svenska kyrkan, demensföreningar och anhörigföreningar).

I enkäten ställs bland annat frågor om hur frivilligorganisationerna arbetar med att stödja anhöriga, om de bedriver utvecklingsarbete och om de samarbetar med kommuner och andra frivilligorganisationer. Detta är en upprepning av en kartläggning som

gjordes år 1999, vilket innebär att utvecklingen under den period statsbidraget Anhörig 300 har delats ut kan speglas.

I en kvalitativ delstudie intervjuas företrädare för totalt 13 frivilligorganisationer i två kommuner. Delstudien avser att nå en mer fördjupad förståelse för frivilligorganisationers syn på arbetet med att stödja anhöriga, på Anhörig 300 och på att samarbeta med kommunen.

# Hur stödjer kommuner och frivilligorganisationer äldres anhöriga?

**Genomförande:** En enkät sändes våren 1999 till ett riksrepresentativt urval om 80 kommuner och till 358 frivilligorganisationer inom dessa. Organisationerna var Röda Korset, Sveriges Pensionärsförbund, Pensionärernas Riksorganisation, Svenska kyrkan, demensföreningar och anhörigföreningar.

**Resultat:** Studien visade att samtliga kommuner och drygt en tredjedel av frivilligorganisationerna bedrev stöd till äldres anhöriga. Det fanns ett bredare utbud av stödformer i större kommuner än i mindre.

Både kommuner och frivilligorganisationer erbjöd föreläsningar, utbildningar och stöd i grupp. De flesta kommuner erbjöd avlösning i olika former och det var också vanligt med ekonomiskt stöd. Mer än

hälften av organisationerna anordnade träffpunkter, dagcentraler eller dylikt och många bedrev väntjänst med t.ex. besökstjänst, ledsagning och avlösning.

Jämfört med 1997 hade antalet demenssköterskor i kommunerna ökat kraftigt. Det var också vanligare att kommunerna hade särskilda planer för sitt stöd till anhöriga samt att kommuner och frivilligorganisationer arbetade med att utveckla sitt anhörigstöd.

Majoriteten av kommunerna samarbetade med frivilligorganisationer och vice versa. Många kommuner stödde också frivilligorganisationernas verksamheter ekonomiskt eller i form av lokal, telefon, fax och porto samt i några fall genom en kommunal samordnare av den frivilliga verksamheten.

# Att synliggöra det osynliga

Individuellt anpassat anhörigstöd  
i samband med biståndshandläggning

Kan anhörigstöd bli en självklar del i biståndshandläggningen och anpassas efter de anhörigas behov och önskemål?

**Genomförande:** Genom att erbjuda anhöriga ett enskilt anhörigsamtal kunde biståndshandläggarna kartlägga de anhörigas behov av stöd. Samtalet strukturerades med hjälp av en samtalsguide som belyste olika sidor av anhörigskapet. Efter samråd erbjöds de anhöriga stöd anpassat efter individuella behov och önskemål. Stödet gavs som ett indivi-

duellt eller generellt stöd.

**Resultat:** Anhörigsamtalen upplevdes mycket positivt av både handläggare och anhöriga. Anhöriga blev sedda och bekräftade. Att ge tid till samtal gav ökad tillit, förståelse och bättre kontakt mellan handläggare och anhörig. Ett flexibelt arbetssätt resulterade i ett situationsanpassat anhörigstöd. Nya former av stöd med preventiva inslag som särskilt uppskattades var gemensam rekreationsresa som alternativ till avlastning, psykosocialt stöd samt friskvård.



Kontaktperson: Anette Borg, Järfälla kommun, 177 80 Järfälla  
e-post: [anette.borg@jarfalla.se](mailto:anette.borg@jarfalla.se)

Anhörig 300

Rapporter om Anhörig 300 hittar du på [www.sos.se](http://www.sos.se)

# Närståendes vård av äldre

**Genomförande:** Personal i äldre-  
vården har intervjuat 245 anhöriga  
om deras upplevelser av problem  
och svårigheter, tillfredsställelse  
samt arbetsmetoder för att klara  
olika problem. Därefter genomför-  
des gruppintervjuer med personalen  
om deras intryck av intervjuerna och  
de anhörigas situation

**Resultat:** De vanligaste problemen  
rörde inskränkningar i den anhöri-  
gas eget liv, vårdens fysiska krav,  
relationsproblem och känslomässig  
påverkan av vården.

Vanligare än problem var upple-  
velse av tillfredsställelse, t.ex. att den  
närstående har det bra och får sina

behov tillgodosedda och att känna  
sig önskad och ha möjlighet att  
uttrycka sin kärlek till den närstå-  
ende. De anhörigas arbetssätt var i  
första hand problemlösande och att  
lita på sin egen kompetens. Andra  
metoder var att acceptera situatio-  
nen som den var och ta en dag i ta-  
get.

Intervjufrågorna gav personalen  
ny kunskap om de anhörigas kom-  
plexa situation, särskilt när det gäl-  
ler anhörigas positiva upplevelser  
och kompetens att  
klara situatio-  
nen.



# Kommunens stöd till anhörigvårdare

– anhörigas erfarenheter och synpunkter

**Genomförande:** En intervjustudie med 28 anhörigvårdare (22 kvinnor, 6 män) från 9 kommuner. Anhörigvårdarna – som alla har mycket stort omsorgsansvar och som alla har beviljats någon form av stöd – har berättat om sin situation i vardagen och om det stöd de önskat, beviljats och utnyttjat, samt vad de är nöjda och missnöjda med.

**Resultat:** Många väljer att inte utnyttja det stöd de beviljats, trots att de både behöver och önskar stöd. Hindren är ofta stelbenta rutiner. För att korttidsboende, dagverk-

samhet, avlösning i hemmet eller hemtjänst ska fungera som stöd för anhöriga som vårdar måste insatsen anpassas till både vårdarens och den vårdades önskemål och behov, t.ex:

- ha tider som anpassas efter vårdarens och den vårdades dygnsrytm och dagsrutiner – här saknas dagverksamhet på eftermiddagen eller hemtjänst/avlösning på tidpunkter som passar parets vardagsvanor,

- ha aktiviteter som upplevs som meningsfulla och helst nyttiga - om korttidsboendet eller dagverksamheten upplevs som förvaring vill inte vårdaren utnyttja stödet,

- ha personal som kan anpassa aktiviteterna efter individuella behov och önskemål så att den vårdade upplever samhörighet och gemenskap,

- inte kostar för mycket – flera anhörigvårdare är medvetna om värdet i sin egen insats och önskar symbolisk ersättning för egen del eller åtminstone lägre avgifter för olika former av stöd.

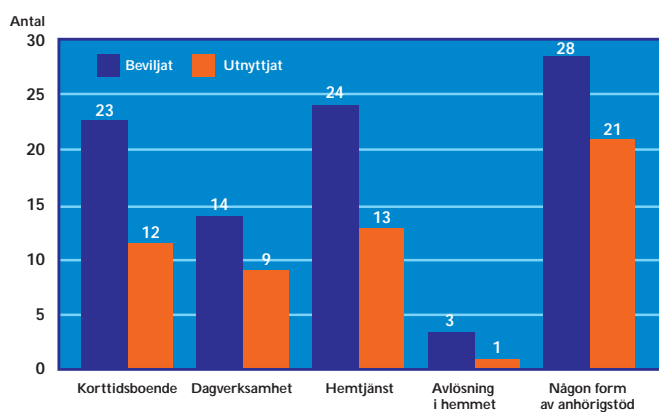


Diagram: Olika former av anhörigstöd, beviljat och utnyttjat

Kontakt: Kerstin Wennberg, Inst. för socialt arbete, Sthlms universitet  
106 91 Stockholm, e-post: kerstin.wennberg@socarb.su.se

Anhörig 300



# ” Om åtminstone blöjleveranserna kunde komma i tid!”

En riksrepresentativ kartläggning:  
äldre som själva är anhöriga och  
anhöriga till äldre som behöver hjälp

**Genomförande:** I riksundersökningen av hemmaboende äldre 75+ år 2000 identifierades personer som själva gav omsorg till anhöriga (11%) eller som fick mycket hjälp av anhöriga (6%). Ett halvår senare intervjuades de om sina insatser (n = 20 respektive n = 36).

**Resultat:** Många omsorgsgivare var själva äldre och stod ofta ganska ensamma med sina åtaganden. De hade inga eller små offentliga insatser, alltifrån färdtjänst till hemhjälp, hemsjukvård och växelvård m.m. Önskemål om sådana insatser var

oftast mycket blygsamma, men många önskade ekonomisk erkänsla för det de gjorde.

Cirka hälften kunde tänka sig stöd från anhöriggrupper av olika slag. Generellt varierade det offentliga stödet kraftigt och flera fall av bristfällig offentlig omsorg framkom. Samtidigt fanns fall av utmärkt och mycket uppskattad hjälp.

Rapporten pekar på informationsbrister, oklara riktlinjer och allmän fantasilöshet.

Hela rapporten kan läsas på:  
<http://hj.se/hhj/ifg/index.htm>

# Flexibel avlösning

Hur skall man kunna fråga efter något som inte finns?

**Genomförande:** Kontakt med anhöriga förmedlades genom hemtjänst, anhörigkonsulent eller biståndshandläggare. Anhöriggrupper startades upp. Med anhöriga som inte deltog i anhöriggrupper hölls regelbunden telefonkontakt. Alla anhöriga erbjöds hälsoundersökning. Avlösning i hemmet genomfördes med hemtjänst, dagverksamhet eller tillfällig plats på särskilt boende. Anhöriga erbjöds ett dygns vila på spa-anläggning, utflykter med måltider samt gemensamma fester med närstående.

**Resultat:** Anhöriga hade stort behov av att träffa andra i likartad situation. För att ge anhöriga avkoppling var det viktigt att avlösningen var av god kvalitet för den närstående. Anhöriga själva tilläts välja typ av insats utifrån individuella behov. Det var viktigt att etablera en god relation för att anhöriga skulle be om avlösning. Spa-upplevelsen var mycket uppskattad och anhöriga upplevde den som en uppskattning för det arbete de utförde i sin roll som anhörigvårdare.



*Gemenskap och avkoppling är viktigt för anhöriga i rollen som anhörigvårdare*

Kontakt: Birgitta Sjöblom, ResursCenter, Sandbyhovsgatan 21  
602 14 Norrköping, e-post: [birgitta.sjoblom@norrkoping.se](mailto:birgitta.sjoblom@norrkoping.se)

**Anhörig 300**

Rapporter om Anhörig 300 hittar du på [www.sos.se](http://www.sos.se)

# Anhöriga till äldre som flyttar till särskilt boende

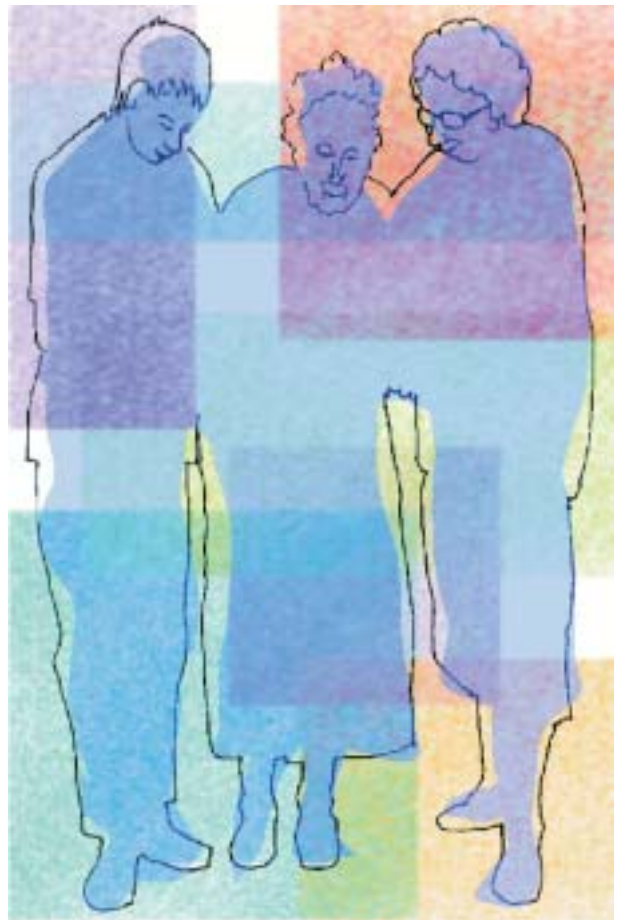
Hur kan vi stödja och underlätta för anhöriga  
till äldre som flyttar till särskilt boende?

## Genomförande

Våren 1999 intervjuades 122 anhöriga om deras situation i samband med en närståendes flyttning till ett särskilt boende. Syftet var att få fram underlag för att utveckla stödet till anhöriga som vårdar. Följande frågeställningar var utgångspunkter: Hur såg anhörigas situation ut före, i samband med och efter flyttningen?

## Resultat

Orsaker till flyttningarna var att anhöriga inte orkade med att vårda den närstående i hemmet. Insatser och stöd som skulle ha kunnat underlätta situationen före flyttningen var förbättrad information om äldreomsorgen, kontinuerliga stödsamtal mellan anhöriga, närstående och personal samt information om olika hjälpinsatser. Många efterfrågade bättre kontinuitet bland hemtjänst-



Anhöriga behöver ett tidigt insatt individuellt stöd.

ens personal, praktisk hjälp, avlösning samt mer kunskaper i att vårda.

Kontakt: Agneta Nyberg, Socialtjänsten, Sundsvalls kommun  
Norrmalmsgatan 4, 851 85 Sundsvall, e-post: [agneta.nyberg@sundsvall.se](mailto:agneta.nyberg@sundsvall.se)

Anhörig 300



# Instrument för utredning inom kommunens äldreomsorg – en översikt

Standardinstrument för studier angående funktion, psykosocialt välbefinnande och informell omsorg

Denna rapport syftar till att beskriva ett urval av lämpliga instrument som skall kunna användas inom uppökande verksamhet, kvalitetssäkring och utvärdering, samt vid utredningar om behov inom kommunens äldreomsorg. De ska även kunna användas i studier för planering och utveckling av kommunens framtida verksamheter.

## Varför standardiserade instrument?

Det är bättre att använda ett beprövat instrument än att återuppfinna hjulet, med alla de misstag som detta innebär. Ett standardinstrument möjliggör jämförelser med andra studier och kan fungera som gemensamt språk mellan olika aktörer inom omsorg och vård.



**Varning!** Dessa instrument är huvudsakligen för aggregerat bruk, ej för att bedöma behov av insatser på individnivå.



**Stopp!** Innan man använder ett instrument i en studie ska man fråga sig: Vad vill vi veta? Är detta rätt instrument? Hur ska vi använda resultaten?

**Resultat:** En översikt av 21 instrument inom områdena funktion, psykosocialt välbefinnande och informell omsorg. Varje instrument beskrivs angående målgrupp, användning, konstruktioner, samt möjligheter och begränsningar.

Kontakt: Marti G. Parker och Marie Rönnerfält  
Institutionen för socialt arbete, Sthlms universitet, 106 91 Stockholm  
e-post: [marti.parker@neurotec.ki.se](mailto:marti.parker@neurotec.ki.se), [marie.ronnerfalt@socarb.su.se](mailto:marie.ronnerfalt@socarb.su.se)

Anhörig 300

# Avlösningstvård ur flera perspektiv!

Hur uppfattar personal, anhöriga och vårdtagare avlösningstvården?

**Genomförande:** Telefonintervjuer med personal som arbetar med avlösningstvård på olika nivåer. Personliga intervjuer med anhöriga och vårdtagare som använder avlösningstvård som korttidsvård, växelvård eller nattidsvård.

**Resultat:** Det är viktigt att avlösningstvården utformas individuellt och har ett meningsfullt innehåll för vårdtagarna, så att de trivs och känner att de får ut något av vistelsen på avlösningsevenheten för egen del.

Anhöriga kan då lättare lämna över vården av sin närstående för en tid och koppla av från vårdssysslän. Likaså är kontakten och informationen mellan vårdpersonal och anhöriga viktig i detta sammanhang. För att detta skall fungera krävs troligen speciella enheter med högre bemanning och speciell kompetens.

Det är viktigt att det finns olika vårdformer att välja på, samt att det finns speciell avlösning anpassad för demenssjuka personer.



Några vårdtagare upplevde inte avlösningstiden som meningsfull för dem själva.  
Foto: Patrik Svedberg.



De vårdtagare som uppskattade avlösningstiden tyckte att rehabilitering, aktivering och social gemenskap gav ett meningsfullt innehåll åt vårdtiden.

Kontakt: Marie Ernsth, Bo Malmberg, Gabriella Svensson  
Inst. för gerontologi Hälsohögskolan, Box 1026, 551 11 Jönköping  
e-post: ifg@hhj.hj.se

Anhörig 300