Stödet till anhöriga i Uppsala kommun – en kartläggning

Delrapport 1

Marianne Winqvist
Fil dr, Vetenskaplig handledare
Regionförbundet Uppsala län
Förord

I denna rapport, som är delrapport 1 i ett treårigt projekt, redovisas en kartläggning av anhörigstödet i Uppsala kommun. Anhörigstödet avser ”personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller stödjer en närstående som har funktionshinder”, som det från år 2009 står i Socialtjänstlagen.

Undersökningen har initierats av Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NkA) och är en samverkansstudie mellan åtta FoU-enheter. Den genomförs på samma sätt i åtta kommuner i landet från Härjedalen i norr till Malmö i söder. Fokus för studien är kommunernas anhörigstöd inom områdena äldre, funktionshinder samt individ- och familjeomsorg (IFO).


Kartläggningen i Uppsala kommun har genomförts av Marianne Winqvist, som är vetenskaplig handledare vid Regionförbundets Enhet för FoU-stöd och därtill forskare vid Nationellt kompetenscentrum Anhöriga. Uppsala kommun medfinansierar projektet.

Uppsala november 2012

Bo Lerman
FoU-samordnare
Regionförbundet Uppsala län
# Innehåll

Förord ......................................................................................................................................... 3  
Sammanfattning ......................................................................................................................... 7  
1. Inledning .................................................................................................................................. 25  
  1.1 Utveckling av anhörigstöd i Sverige .............................................................................. 25  
    1.1.1 Anhörig 300 ............................................................................................................. 25  
    1.1.2. Efter Anhörig 300 ................................................................................................... 26  
    1.1.3. Nya stimulansmedel år 2005 – 2008 ...................................................................... 27  
    1.1.4. Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NkA) ..................................................... 28  
    1.1.5. Ändring i Socialtjänstlagen .................................................................................... 29  
  1.2. Studiens syfte ................................................................................................................ 30  
  1.3. Genomförande ............................................................................................................... 30  
2. Beskrivning av Uppsala kommun ........................................................................................ 31  
  2.1 Folkmängd och åldersfördelning .................................................................................... 31  
  2.2 Utbildning, lön och arbetsgivare .................................................................................... 31  
  2.3 Insatser enligt Socialtjänstlagen och LSS .................................................................... 31  
  2.4 Kommunens politiska styrning och organisation ........................................................... 32  
  2.5 Kommunens samverkan med ideell sektor .................................................................... 34  
  2.6 Kommunens synpunktshantering ................................................................................... 35  
3. Utvecklingen av anhörigstödet i Uppsala kommun ............................................................. 37  
  3.1 Anhörig 300 .................................................................................................................... 37  
  3.2 Efter Anhörig 300........................................................................................................... 40  
4. Genomförande av kartläggningen i Uppsala kommun ......................................................... 44  
  4.1 Åldreområdet .................................................................................................................. 44  
  4.2 Funktionshinderområdet ................................................................................................. 45  
  4.3 Individ- och familjemonrådet ........................................................................................ 46  
  4.3  Att kartlägga anhörigstödet i Uppsala kommun – några förutsättningar ................. 48  
5. Resultat av kartläggningen ................................................................................................... 49  
  5.1 Mål ................................................................................................................................. 49  
  5.2 Handlingsplan för stöd till anhöriga .............................................................................. 52  
  5.3 Former av stöd till anhöriga .......................................................................................... 53  
  5.4 Efterlevandestöd .......................................................................................................... 63  
  5.5 Relationer ...................................................................................................................... 65  
  5.6 Stödplaner ..................................................................................................................... 67  
  5.7 Information, tillgång till stöd och motivationsarbete .................................................... 70  
  5.8 Uppsökande verksamhet ............................................................................................... 75  
  5.9 Anhörigas synpunkter om eget stöd ........................................................................... 76
Sammanfattning

I landets kommuner har ett omfattande arbete utförts för att utveckla stödet till anhöriga. Staten har bidragit med cirka en miljard kronor i stimulansmedel och en förändring har införts i Socialtjänstlagen som innebär att kommuner har en skyldighet att erbjuda anhöriga stöd. Efter en genomgång av anhörigstödets utveckling kan konstateras att anhörigstödet har utvecklats starkt i landet, men att det förekommer stora variationer mellan olika kommuner och att det fortfarande finns mycket utvecklingsarbete kvar att göra inom området.

Syftet med föreliggande studie (som initierats av Nationellt kompetenscentrum Anhöriga, NkA) är att i åtta kommuner och i samverkan med åtta FoU-enheter 1:

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


Årligen genomförs fokusgruppintervjuer, en inom vardera äldreomsorgen, verksamheter för personer med funktionsnedsättning samt individer och familjomsorgen med syftet att beskriva och följa utvecklingen av stödet till anhöriga; vad som fungerar bra och mindre bra. I varje fokusgrupp skall personal, beslutsfattare och personer från ideella sektorn ingå.

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


Efter en beskrivning av Uppsala kommun och framför allt dess organisation presenteras en beskrivning av anhörigstödets utveckling i Uppsala. Uppsala kommun var tidigt ute med att uppmärksamma anhörigas situation och med hjälp av statliga stimulansmedel har under årens lopp framför allt det specifika anhörigstödet byggs upp, d.v.s. det stöd som erbjuds via Anhörigcentrum.

Kartläggningens resultat

Kartläggningen har i Uppsala utgått från i förväg fastställda teman med tillhörande frågeställningar (se bilaga 1). Anhörigstödet inom äldre- funktionshinder- respektive individ- och familjomsråde har studerats genom enkäter till enhets-/verksamhetschefer och strateger, intervjuer med affärsområdeschefer, chefer för myndighetsutövning, representanter för Anhörigcentrum och andra nyckelpersoner samt granskning av relevanta dokument och

---

1 Medverkande FoU-enheter: FoU Sjuhärad Välfärd, FoU Jämt, FoU Skåne, FoU Malmö, Skaraborgs Kommunalförbund FoU, FoU Sörmland, Enheten välfärd och FoU-stöd Regionförbundet Uppsala län och Fokus Kalmar län.
Kommuner som kartläggs: Borås, Härjedalen, Hässleholm, Malmö, Skara, Strängnäs, Uppsala och Västervik.
En ambition var att kartlägga det specifika anhörigstödet som bedrevs via Anhörigcentrum, men även det bistädsbedömda stödet samt stöd som gavs inom ordinarie vård- och omsorgsverksamheter.

Resultaten från intervjuerna, enkäterna, fokusgrupp och dokumentationen presenteras kortfattat i det följande under rubriker som utgår från de frågeställningar som kartläggningen skall besvara.

Mål


I Uppdragsplanen 2010 – 2013, Nämnden för vuxna med funktionshinder står att nämnden kommer att fortsätta utvecklingen av centrum för anhörigstöd tillsammans med Åldrenämnden. När det gäller personer med funktionsnedsättning som var under 21 år så framgår det i IVE att barn och ungdomar med funktionsnedsättning ska få möjlighet att växa upp i sina föräldrahem och att en förutsättning för det är att ett starkt stöd och avlastning utvecklas för föräldrarna. I barn- och ungdomsnämndens uppdragsplan för 2010-2013 anges som effektmål att ”Minst 90 procent av familjer med barn och ungdomar med funktionsnedsättning som ansöker om insatser ska vara nöjda med myndighetens samarbete och serviceinnehav” samt ”Minst 80 procent av dem som vänder sig till myndigheten ska vid första kontakten få en tydlig information om samhällets insatser till personer med funktionsnedsättning.”


Handlingsplan för stöd till anhöriga
Det fanns inte något i kommunen som benämndes handlingsplan för stödet till anhöriga. Möjliga skulle enligt verksamhetsrepresentanter uppdrag och åtaganden kunna ses som en form av handlingsplaner.

Former av stöd till anhöriga
Det stöd som gavs och organiserades av Anhörigcentrum riktade sig formellt sett till anhöriga, skrivna i Uppsala kommun, som hjälpte och vårdade äldre personer och/eller personer med funktionshinder som var över 21 år och bodde i ordinärt boende. Anhörigcentrum fungerade som ett centrum för säkerställande av infrastrukturen gällande anhörigstödet med lättillgänglig information och system för kontinuerlig behovsinventering. Anhörigcentrum skulle också vara ett kunskapscentrum och mötesplats och bidra till fördjupade former för samverkan med ideella organisationer och frivilliga/volontärer. De former av stöd som gavs på Anhörigcentrum eller som samordnades och organiserades därifrån var stödjande samtal, anhöriggrupper, avgiftsfri avlösning, programverksamhet som syftade till att ge kunskap, information, samvaro och kanske en guldkant i tillvaron, anhörigcafés, rekreationsskisser, må- bra-aktiviteter (t.ex. qigong, vattendynamik, naturgrupper), information och vägledning (lotsning).


Omfattningen av den avgiftsfria avlösningen uppgick till 790 timmar per månad, varav 225 i grupp. Det var ungefär 80 familjer som hade avlösning. I snitt använde familjerna tio timmar avlösning per månad. Den absoluta majoriteten av dem som använde avgiftsfri avlösning var anhörig till någon som var 65 år och äldre.

Biståndsbedömt anhörigstöd; äldreområdet
I riktlinjerna för handläggning står som viktiga principer att ”om närstående (läs anhörig) svarar för vården och omsorgen om äldre med hjälpbehov, kan den som vårdar en anhörig få personligt stöd och rådgivning och vid behov bli avlöst” samt att ”stöd till anhöriga är ett led i det förebyggande arbetet som gör att den närstående orkar bättre och att den enskilde kan bo kvar i bostaden.” Handläggning av god kvalitet förutsätter vidare bland annat ”vårdplanering där närstående medverkar om brukaren så önskar” och ”individuellt anpassade former för närståendestöd”.

Insatserna i riktlinjerna för handläggning som skulle kunna beskrivas som stöd för anhöriga där den närstående är 65 år och äldre är:

- Dagverksamhet för personer med demens och för personer med stora fysiska omvårdnadsbehov.
- Anhöriganstånd, ledsgagning
- Växelvårdsplats/avlastningsplats, korttidsboende
- Ibland kan make/maka ges bistånd för hemsysslor för att orka bedriva omsorgen.
Antalet anhöriganställda till äldre personer uppgick under första halvåret 2010 till 68 personer. För övriga biståndsbedömda stödinsatser fanns det inte uppgifter om vilka anhöriga som nådades eftersom beslutet dokumenterades i den närståendes akt och det framgick inte i kommunens statistik om dagverksamhet, växelvård et cetera syftade till att vara anhörigstöd eller något annat.

**Anhörigstöd inom vård- och omsorgsverksamhet: äldreområdet**


Bland utförarna inom vård- och omsorgsverksamhet var det, bortsett från växelvård och dagverksamhet, framförallt de enheter som bedrev palliativ och medicinskt avancerad vård som hade ett direkt anhörigstöd. Detta stöd utgjordes främst av samtal i olika former. Åldreambasstödsarbets mäns arbete kunde till viss del också definieras som direkt anhörigstöd.

**Biståndsbedömt anhörigstöd: funktionshinderområdet**

När det gällde stöd till anhöriga till barn och ungdomar med funktionsnedsättning var det avlösarservice i hemmet som kunde definieras som direkt stöd. På myndighetssidan på Barn och ungdomsenheten gick det att få fram statistik över denna insats, men inte över andra stödinsatser. I augusti 2010 var det 110 personer som hade avlösning enligt LSS och åtta enligt SoL.

De insatser som beskrevs i Nämnden för vuxna med funktionshindars råd och handläggning gällande stöd och omsorg till personer med funktionsnedsättning 21 år, och som eventuellt skulle kunna ses som anhörigstöd var:

- Stöd i assistansliknande former som i undantagsfall kunde utföras av anhörig (SoL).
- Anhöriganställning där hjälpbehovet till största delen skulle utgöras av personlig omvårdnad (SoL) och stödet utgjordes av att den anhöriga inte behövde försörja sig med annat.
- Korttidsplats (SoL), korttidsvistelse utanför det egna hemmet för att avlösa anhörig (LSS)
- Dagverksamhet för personer med demenssjukdom kunde ha syftet att avlösa anhöriga (SoL).
- Eftermiddagstillsyn för personer som på grund av tillsynsbehov inte kunde åka hem efter daglig verksamhet om det inte var någon som mötte upp i hemmet (SoL).
- Kontaktperson (SoL).
- Avlösarservice i hemmet (LSS).

**Anhörigstöd inom vård- omsorgsverksamhet; funktionshinderområdet**


Inom affärsområdet ”Barn, ungdom & familj” bedrevs korttidshem, avlösningsverksamhet, ledsagning med mera. Bortsett från avlösning i hemmet var syftena med de andra insatserna både att tjäna som stöd för anhöriga, men också att erbjuda stimulans, träning, omvåxling med mera för den närstående. Familjehemsverksamheten hade ett åttiotal familjer som fungerade som avlastnings familjer.
Individ- och familjeområdet

I uppdragsplanen för Utbildnings- och arbetsmarknadsnämnden nämns inte något som direkt eller indirekt kan tolkas som stöd till anhöriga. Ett undantag är att nämnden skall fördjupa det alkohol- och drogförebyggande arbetet med speciellt barnfokus i familjer med missbruksproblem.


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

Efterlevandestöd

De enskilda kontakter som anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare hade, klipptes inte av direkt utan fick klinga av efter det att den närstående avlidit. Anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare lotsade vidare till andra instanser som gav efterlevandestöd. Efterlevandestöd fanns inte med i anhörigstödets uppdrag.

Relationer
Uppsala Produktion Vård & Bildning hade en etisk kod som gällde för samtliga ingående verksamheter. Kommunen hade också en kvalitetspolicy där visionen var att ”Uppsalaborna har förtroende för sin kommun och är nöjda med de tjänster som erbjuds


Äldrenämndens värdegrund, uttrycktes genom värdebegreppen: Trygghet, Inflytande, Tillgänglighet, Oberoende, Respekt och Bemötande = TITORB.

Enhets/verksamhetscheferna beskrev förhållningssätten till anhöriga i allmänna termer som exempelvis empati, respekt, lyhördhet för anhörigas specifika behov et cetera.


I Program för individ- och familjehjälp i Uppsala kommun står att ”Förhållningssättet inom socialtjänstens verksamheter skall präglas av helhetssyn, respekt för den enskildes självbestämmande och tilltro till och stimulans av den enskildes egen förmåga.

Stödplaner
Några stödplaner för anhöriga upprättades inte i några sammanhang inom något av områdena. I samband med den avgiftsfria avlösningen gjordes en skriftlig överenskommelse med den anhörige om avlösningens innehåll och utformning.

I kartläggningen ställdes särskilt frågor om huruvida anhörigas situation beaktades i samband med planering av vård och omsorg. I Åldrenämndens värdegrund fanns en passus som lydde: ”Vårdsagaren och/eller de närstående (läs anhöriga) ges medinflytande i vårdplaneringen.”. I kommunens riktlinjer för handläggning stod också att ”den individuella vårdplaneringen ska ske i samråd med den enskilde och närstående (läs anhöriga) om den enskilde så önskar.”. Anhöriga spelade enligt intervjuer och enkäter en mycket viktig roll vid vårdplaneringar som informationsgivare, speciellt om den enskilde inte kunde föra sina egen talan. Det fanns i biståndshandläggningen inte några rutiner eller metoder för enskilda samtal med anhöriga.

Inom hemvärden kunde verksamheterna signalera till anhöriga att de behövde avlösning och annat stöd i form av tid och utökade insatser eller motivera dem att ta emot stöd för egen del, men också motivera den närstående att ta emot hjälp för att stödja den anhöriga. Anhöriga kunde vara med som en del och tog del av genomförandeplaner och arbetsplaner. På boenden var svaren mer allmänt hållna om att anhöriga var viktiga och att de ibland hänvisades till Anhörigcentrum. Inom växelvårdsverksamhet och dagverksamhet var anhörigas situation central och planering skedde utifrån denna eftersom syftet kunde vara att vården skulle utgöra stöd för anhöriga. Sjukvårdsföretagens arbete byggde på anhörigas delaktighet i vården.

Erfarenheter från anhörigkonsulenthål var att anhörigas situation i samband med vårdplaneringar inte alltid beaktades.
Inom funktionshinderområdet och barn- och ungdomsverksamheterna utarbetades en plan tillsammans med föräldrarna vid avlösningsservice i hemmet, ungdomsfritids/helg och avlösning med hjälp av kontaktfamilj, stödfamilj och familjehem. På boenden för vuxna gjordes personliga överenskommelser med den boende och då tog man även med anhöriga om den enskilde inte motsatte sig detta, men en strävan fanns också att stärka den enskilda som vuxen.

Inom affärsområdet "Assistans, stöd och service" var anhöriga oftast med på planeringar och inom affärsområdet "Socialpsykiatri & beroende" gjorde man i samband med den individuella planen upp vilka anhöriga som fanns och vilken information de skulle få.

Flera enhets- verksamhetschefer angav på olika sätt att det i samband med planeringar var kundens behov som gick främst och att den närstående var myndig.

**Information, tillgång till stöd och motivationsarbete**

*Anhörigcentrum*


Exempel på ordinarie direktinformation till anhöriga var information som fanns att hämta i broschyrer, på kommunens hemsida och i annonser i tidningar. Information spreds också med hjälp av vård- och omsorgspersonal och andra yrkeskategorier som mötte anhöriga i olika sammanhang samt i samband med kommunens organiserade uppsökande verksamhet. Anhörigcentrum förmedlade också information till 350 mottagare, inkluderande bland andra kommunens verksamheter, landstinget, bibliotek, föreningar med flera. Personalen på Anhörigcentrum var med på mässor, deltog i uppsökande verksamhet på arbetsplatser och föreningar och tog emot studiebesök.

Anhöriga tog kontakt med Anhörigcentrum i alla skeden, men framför allt när något inträffat, kanske i samband med någon form av kris. Beroende på anhörigas situation och förutsättningar såg sammanhangen mycket olika ut i skedet när anhöriga nåddes. Ambitionen var att etablera kontakt med anhöriga i ett så tidigt skede som möjligt.

För att komma i kontakt med Anhörigcentrums verksamheter inklusive den avgiftsfria avlösningen gick det bra att vända sig direkt till anhörigkonsulenter, demensvårdsutvecklare och till Anhörigcentrum.

**Äldreområdet**

I anslutning till biståndshandläggningen för äldre fanns en telefonkanal och en informationsgrupp som kunde berätta om det anhörigstöd som fanns och mycket information gavs av handläggarna i samband med biståndshandläggning och vårdplanering. De stödförmå som var biståndsbärande fick anhöriga tillgång till efter bifall på ansökan.

*Utförarna av vård- och omsorg* informerade anhöriga i samtal vid ankomst/inskrivning och senare och en del hade också skriftlig information. Någon nämnande att information fanns anslaget på anslagstavla.
**Funktionshinderområdet**


Biståndshandläggarna inom området vuxna med funktionshinder bedrev en del informationsverksamhet i föreningars regi, på psykiatriportalen med mera.

Det var lättare att nå anhöriga i gruppbostäder där personal kunde möta anhöriga i vardagen i jämförelse med servicebaser där personalen kanske aldrig träffade anhöriga.


**Individ- och familjeområdet**

Socialnämnden för barn och unga hade utarbetat en broschyr om de verksamheter som nämnden finansierade: "Rådgivning och stöd vid personliga problem – vart vänder jag mig som barn, ungdom eller förälder för att få hjälp?" Informationen fanns i verksamheterna och på kommunens hemsida.

Trappans personal hade en mycket omfattande informationsverksamhet och Enheten för öppenvårdsbehandling informerade om sitt anhörigstöd genom kommunens hemsida och telefonkatalog.

**Uppsökande verksamhet**

Inom Äldrenämnden gjordes uppsökande hembesök till personer som var 80 år och äldre och som inte hade hemtjänst. Årliga hembesök erbjöds. Syftet var att i en hälsofrämjande anda bidra till att medborgare kände sig välinformerade och upplevde trygghet i sin vardag. Bland annat gavs information om kommunens anhörigstöd.

Från myndighetskontoret barn och ungdom bedrevs uppsökande verksamhet genom att brev sändes till föräldrar till barn med insatser med information om förändringar som skedde i samband med exempelvis myndighetsäldern.

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

**Anhörigas synpunkter om eget stöd**

Om anhöriga hade synpunkter på sitt eget stöd kunde de använda sig av kommunens och respektive utförarens rutiner för synpunktshantering. På Vård & bildnings hemsida fanns en informationsbroschyr där det framgick hur synpunktshanteringen gick till.
Synpunkter på det stöd som genomfördes i Anhörigcentrums regi lämnades oftast direkt till anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare. Chefen för anhörigkonsulenterna hade aldrig tagit emot några klagomål från anhöriga.

Vid biståndsbedömt anhörigstöd, där det var den närstående som tog emot insatsen så vände sig anhöriga direktt till aktuell utförare eller till aktuell handläggare. Om anhöriga ville ha en oberoende kontakt så vände de sig till exempelvis äldreombudsmannen eller Anhörigcentrum

Enhets/verksamhetschefer menade att de försökte tillmötesgå önskemål så långt som möjligt.

Vid avstämningstillfällen, både tertialuppföljning och screeninguppföljning, av uppdragen till ”Vård & bildning” frågade kontoren efter inkomna synpunkter. Resultaten kunde mynna ut i uppföljningsbesök och/eller åtgärds- handlingsplan. Resultaten togs också tillvara i kommande uppdrag/upphandlingar.

**Anhörigas synpunkter om insatser för den närstående**

Om anhöriga hade synpunkter på den närståendes vård och omsorg kunde de använda sig av kommunens och respektive utförarens rutiner för synpunktshantering på motsvarande sätt som gällande synpunkter på eget stöd. Anhöriga fick information om synpunktshantering via respektive utförarens information/broschyr och kommunens hemsida.

Anhöriga skulle, när det gällde det biståndsbedömda stödet, få information om synpunktshanteringen i mötet med biståndshandläggaren och när den enskilde hade fått sitt beslut skulle han/hon veta att de hade möjlighet att föra fram synpunkter. När biståndshandläggaren följde upp skulle hon/han vara lyhör för eventuella brister och lyfta frågan om att anmäla. Synpunkter som kom till biståndshandläggarna som rörde verksamhetsfrågor återkopplades till berörda verksamhet.

Enhets/verksamhetscheferna menade att synpunkterna togs tillvara på något sätt, i samverkan med den närstående.

**Uppföljning och utvärdering**

**Anhörigcentrum**


När det gäller utvärdering av de olika stödformerna frågade uppdragskontoren i tertial-, screening- och på-plats-uppföljning efter de olika stödformerna och volymerna.

Det biståndsbedömda anhörigstödet följdes upp av biståndshandläggare utifrån bestämda rutiner.

Inom vård- omsorgsverksamheter inom äldreområdet gjordes ibland individuella uppföljningar genom uppföljande eller avslutande samtal. Endast i ett fåtal fall hade enskilda verksamheter utvärderat sina stödformer.

Inom funktionshinderområdet sände ett myndighetskontor ut enkäter till sina brukare med syftet att utvärdera biståndshandläggarrollen. I verksamheterna gjordes det uppföljningar på individnivå av den personliga överenskommelsen och genomförandeplaner enligt rutin.
På Öppenvårdsbehandling testades vid tiden för kartläggningen ett sätt att utvärdera verksamheten på som involverade anhöriga. En brukarundersökning hade genomförts på verksamheten ”Råd & stöd” för åldersgruppen 0-20 år. Trappan utvärderar kontinuerligt sin verksamhet tillsammans med forskare från Socialhögskola.

**Organisation**


Uppdragskontoren hade enligt strateg ansvar för att utveckla stödet till anhöriga. Till dessa kom enhetscheferna för Anhörigcentrums verksamhet som hade ansvaret att utifrån uppdraget driva och utveckla verksamheten. Ett annat svar på frågan om ansvarsfördelning var att samtliga personer som arbetade inom anhörigstödet hade ansvaret att utveckla verksamheten. I Anhörigcentrums verksamheter var det den anhörige själv som fattade beslutet om att få stöd eftersom insatserna inte var biståndsbedömda. Uppdragsnämnderna beslutade om riktlinjer som precisades i uppdraget om hur exempelvis avlösningsinsatserna skulle prioriteras bland olika grupper anhöriga.

Inom äldreområdet var det, vid sidan av avlösningsverksamheter, endast inom palliativa verksamheter som det fanns särskilda personer som hade anhörigstöd som sin uppgift.


Vikten av att anhörigstöd fanns med i uppdrag och ekonomins betydelse betonades av chefer på flera nivåer.

Inom öppenvårdsbehandlingen ingick anhörigstöd som en del i verksamheten. Psykolog och socionom arbetade med detta. Råd- och stödverksamheterna var öppna för alla som ville ha dem.

**Samverkan med ideella sektorn**

*Anhörigcentrum* hade omfattande samverkan med många olika organisationer. Det fanns en samverkansgrupp och ideella organisationer och volontärer deltog bland annat i anhöriggrupper, hjälpte till i programverksamhet och evenemang och drev Alzheimercafé. Anhörigcentrum samverkade också med Studieförbundet Vuxenskolan när det gällde anordnande av konferenser, utbildningar med mera.

Inom äldreområdet var det oklart om verksamheternas samverkan med Diakonicentrum, kyrkan, Vänsam och Röda korset, handlade om anhörigstöd.

Myndighetskontor och affärsområdeschefer inom funktionshinderområdet hade informationsutbyte med föreningar som Attention, RBU och FUB.
Trappan samverkade med KRIS, Frälsningsarméns sociala arbete och frivilligsektorn i Uppsala läns olika kommuner. Öppenvårdsbehandling samverkade med Föräldraföreningen mot narkotika (FMN) och AI-Anon.

**Samverkan med landstinget**


På individnivå samarbetade * biståndshandläggare* i samtliga tre områden med landstinget i samband med vårdplaneringar och hembesök och för att få specifik information och bedömningar av enskilda individer. I vilken mån detta berörde anhörigas situation är oklart. Hänvisningar gjordes till habiliteringens anhörigstöd.

Inom ordinarie vård- omsorgsverksamhet var det oklart i vilken omfattning samverkan med landstinget innefattade anhörigas situation.


Trappan samverkade med landstingets vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt habiliteringen för barn och unga. På Trappan arbetade också en socionom på heltid som var anställd av psykiatridivisionen Uppsala läns landsting.

**Personal**


Anhörigstödjarna var ofta undersköterskor och rehabiliteringsassistenter i grunden. Demensvårdsutvecklarna och anhörigkonsulenterna hade utbildningar till sjuksköterska, socionom, social omsorgsexamen m.fl.
Trappan hade sju årsarbetare: tre socionomer, en socialpedagog, en beteendevetare, en skötare samt enhetschef.

Utbildning
Utbildningsnivån var låg bland personalen när det gäller specifik utbildning i anhörigstöd. De allra flesta hade endast den utbildning inom området som eventuellt ingick i grundutbildningar.

Utbildningssatsningar som hade genomförts under 2010 (exklusive kurser där anhörigfrågor kunde ingå i mindre utsträckning som exempelvis kurser i demens, bemötande etc.) var en cirkel (tre träffar) på växelvårdsenheter under ledning av anhörigkonsulent, föreläsningar och workshop inom Palliativt kompetenscentrum, regelbunden handledning inom sjukvårdsteamet och på myndighetskontor, ett rehabiliteringsboende hade halvdagsutbildning kring anhörigfrågor, förbättring om hur det kan vara att få ett sjukt eller skadat barn för biståndshandläggare samt utbildningen ”Att vara anhörig till en funktionshindrad” där fyra boendeassisterenter i gruppboende deltog.

Budget
Kontorens ersättning under 2010 var 9 411 tkr till utföraren av öppna insatser, alltså insatser utanför biståndsbeslut. I denna summa ingick kostnad för anhörigkonsulenter, demensvårdsutvecklare, Anhörigcentrum samt Träffpunkter och frivilligssamordning, syn- och hörselinstruktörer samt badassistans. I summan ingår inte det anhörigstöd som var biståndsbedömt som exempelvis växelvård och dylikt eller det stöd som gavs inom ramen för enskild vård- omsorgsverksamhet.

Resultat av fokusgruppsintervjuer
Tre fokusgruppsintervjuer genomfördes tillsammans med nyckelpersoner inom respektive område med syftet att validera kartläggningen samt diskutera anhörigtstödet, vad som fungerade bra respektive mindre bra och vilka utvecklingsbehov som fanns. Nedan redovisas resultaten.

Äldreområdet
Allmänna kommentarer var att terminologin (anhörig, närstående) ställde till problem eftersom den inte var konsekvent och att mycket stöd inte var synligt eftersom det inte definierades som stöd.


Ett organisatoriskt problem som funnit under 2010 var att anhörigcentrums verksamhet var förlagd i två affärsområden och under tre enhets/verksamhetschefer. Antalet anhörigkonsulenter som arbetade gentemot anhöriga till äldre personer hade minskat och framför allt utöverlättningar hade fått släpa efter.

De utvecklingsområden som identifierades gällde vård- och omsorgsverksamheter, främst växelvårdsområdena som önskade komma i kontakt med anhöriga i ett tidigare skede. Starten av vården skulle kunna underlättas på olika sätt, anhöriga skulle kunna erbjuda samtal med ktronkonsulent, innehållet i verksamheterna skulle kunna utvecklas genom meningsfulla aktiviteter och rehabilitering och anhörigfokus kunde utvecklas ytterligare med hjälp av
skriftliga riktlinjer. All personal inom hemtjänst och boenden borde kunna informera anhöriga om möjligheten att få stöd via Anhörigcentrum och det borde synas i handling att anhöriga är viktiga.

På Anhörigcentrum borde även anhöriga till personer på särskilt boende ingå i uppdraget. Information om verksamheten måste nå ut även inom den kommunala organisationen och statistiken över Anhörigcentrums verksamheter och vem som nåddes av aktiviteterna behövde utvecklas.

Samverkan med primärvården hade inte gått att etablera. Och i samband med vårdplaneringar på sjukhuset borde finnas mer utrymme för frågan om hur anhöriga hanterade det hela.

Ett önskemål om ny stödförmed var ställen dit anhöriga kunde åka för rekreation tillsammans med sin kanske svårt sjuka närstående.

**Funktionshinderområdet**

Inledningsvis fördes en diskussion om definitionen av anhörigstöd och anhöriga. Viktigt var att syftet måste vara att stödja anhöriga om det skulle definieras som direkt stöd. Er reaktion om kartläggningen var att det fanns väldigt lite stöd till anhöriga till personer med funktionsnedsättning under 65 år. Speciellt för dem som hade sina närstående i gruppbostäder. Stödet hade en annan tradition inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning där intresseorganisationer och habilitering har bedrivit mycket arbete.

Det som fungerade bra var att Uppsala har satsat stort och arbetat med utveckling av anhörigstöd under en längre tid. Gemensamma informationskvällar för anhöriga hade fallit väl ut och uppskattat var också att biståndshandläggarna allt mer fattade ledsagarbeslut på kvartals- eller helårsbasis och att detta gav flexibilitet för anhöriga.

De områden för utveckling som behandlades var att Anhörigcentrum även ville ha anhöriga till personer som var under 21 år i sitt uppdrag eftersom det fanns behov av stödinsatser bland dem. Yngre anhöriga behövde större uppmärksamhet till exempel tonåriga barn eller unga vuxna som hade föräldrar som hade olika funktionsnedsättningar, inte minst psykiska. Frågan var hur de skulle fångas upp. Även barn som anhöriga ansågs vara ett område med utvecklingspotential. Att nå ut med information ansågs vara viktigt eftersom gruppen trodde att många anhöriga kämpade på i ensamhet. Alla biståndshandläggare borde ha Anhörigcentrums visitkort att dela ut.

Problem som sökte lösningar var att den dagliga verksamheten stängde fyra veckor under sommaren, personal i gruppbostäder skulle i högre utsträckning kunna hjälpa kunderna att ha anhörigkontakt och attityderna till anhöriga skulle kunna förbättras i en del verksamheter. Skulle utvecklingen av stöd till anhöriga inom boendena kunna stimuleras genom tydligare uppdrag, inriktnings- och effektmål? Ett dilemma som framfördes var att kunderna inte alltid önskade kontakt med anhöriga och att det var kunden som var verksamheternas fokus.

något sätt? Juridisk hjälp efterfrågades också av anhöriga. Många anhöriga yrkesarbetade och
då gällde det att arbetsgivaren hade ett anhörigfokus, för sina medarbetare En fråga som
ställdes var om det överhuvudtaget behövdes mer stöd för anhöriga än det stöd som bedrevis
av habiliteringen.

**Individ- och familjedområdet**

Fokusgruppen inleddes med att utreda vilket anhörigstöd som avsågs. Handlade det endast om
Anhörigcentrums verksamhet eller om stöd till anhöriga mer generellt? En svårighet utgjordes
av gränsdragningarna mellan olika nämnder och kontor. En annan fråga gällde om anhöriga
återfanns i uppdrag, mål och annat. Ett svar på detta var att terminologin var en annan inom
individ- och familjedområdet där begreppet anhöriga inte nämnades utan man talade i termer av
familj och föräldrar. Inom individ- och familjeomsorgen vuxna rådde osäkerhet om huruvida
de kunde hänvisa anhöriga till Anhörigcentrums verksamheter.

En sammanfattande reflektion om kartläggningsresultatet var att det fanns få riktade insatser
för anhöriga och att det fanns utvecklingsmöjligheter i samverkan mellan kommunens
omsorgsverksamheter och Anhörigcentrum.

En fördel som framfördes var att Anhörigcentrum fanns och att verksamheten där allt mer
utvecklades för att möta anhöriga inom individ- och familjeomsorgen.

Inom biståndshandläggningen i sektionen för individ- och familjeomsorg vuxna stöttades de
anhöriga som ville ha hjälp i anslutning till att den närstående gick på behandling.

Sekretessens beskrivs av verksamhetsföreträdare som ett hinder i kontakten med anhöriga.
Detta bemöttes av representanter från Anhörigcentrum som menade att det alltid gick att ge
mycket stöd endast utifrån den anhörigas situation. En fråga var i vilka forum och vilka
sammankopplingar som det kunde vara lämpligt att ”se” den anhöriga.

Ett problem som framfördes inom individ- och familjeverksamheterna var att anhöriga var
osynliga och att det kunde vara svårt att få kontakt. Oberoende av om hindren för kontakt låg
hos de anhöriga själva i form av exempelvis skuld och skam eller i organisationers
styrkakommando att räkna med anhöriga, var detta ett utvecklingsområde.

En idé som väcktes var att verksamheten vid ett flerstegsboende skulle kunna arbeta mer
utifrån ett anhörigperspektiv. En snarlik tanke var att hjälpa de missbrukare som kände att de
hade gjort föräldrar, sin partner eller andra illa att förmedla informationen till anhöriga.
Det vykort som användes i samverkan med landsting och andra för att Anhörigcentrums
verksamhet skulle nå anhöriga i ett tidigt skede borde också kunna delas ut inom individ- och
familjedområdets verksamheter. Samverkan behövde utvecklas för att information från
Anhörigcentrum skulle nå ut till alla enheter. Det beklagades att inte boenden ingick i
Anhörigcentrums uppdrag.

Under samtalets gång framkom osäkerhet om vad personalen förväntades stå till tjänst med
för den anhöriga och vilket uppdrag som Anhörigcentrum hade och vilken verksamhet de
bedrev. Ett önskeläge var att verksamheten där inte skulle vara åldersbunden. De specifika
verksamheterna kom fram till att de borde diskutera vad det här med anhörigstöd betydde i
deras verksamhet och komma fram till att så här jobbar vi med anhörigstöd.

Kommunens anhörigstöd hade byggts upp utifrån ett äldreperspektiv. Lärdomar kunde dras av
detta, men verksamheten måste utvecklas för att även passa andra målgrupper. Det rådde
enighet om att många anhöriga behövde stöd på olika sätt och det gällde att hitta former och
att utveckla dem tillsammans.
Resultat av enkätundersökning till anhöriga


Ett flertal frågor ställdes angående anhörigas välbefinnande. Cirka en femtedel av de tillfrågade kände sig sällan eller aldrig; glad och på gott humör, lugna och avslappnade, aktiva och starka och/eller hade ett liv fullt av saker som intresserade. Hela 30 procent var sällan eller aldrig pigga och utvilade. Anhöriga till personer med funktionsnedsättning ansåg sig som minst nöjda och de som ansåg sig pigga och utvilade ansåg sig som mest nöjda.

När de anhöriga på en tiogradig skala skulle ta ställning till hur nöjda de var med det stöd de fått kunde en minoritet (12 procent) klassas som missnöjda och 48 procent som nöjda.

Ett annat område där en tiogradig skala användes var relevant information. Cirka en femtedel av de anhöriga ansåg inte vara nöjda med fem av de olika dimensionerna av information som studerades och att hela 35 procent ansåg missnöjda med informationen om ekonomiska former av stöd. Där det förekom signifikanta skillnader mellan grupperna ansåg sig de anhöriga till personer med funktionsnedsättning mest nöjda med informationen.


Drygt hälften av de anhöriga ansåg att stödet bidrog till att göra livet bättre för både den egna delens skull och för den närstående, att stödet hjälpte för att fortsätta hjälpa/stödja/vårda samt bibehålla den egna hälsan och en god relation med den närstående. Däremot var andelarna mindre bland de anhöriga som ansåg det som instämde i påståenden de ansåg att det hjälpte för att bemästra stress (43 procent) samt hjälpa/stödja/vårda mer effektivt (39 procent).

De som var anhöriga till personer med långvarig sjukdom var minst övertygade om att det erhållna stödet bidrog till att de mäde bra och kunde behålla sin hälsa.

En inte oviktig del av anhörigstödet utgjordes av avlösningsverksamhet med syftet att ge anhöriga egen tid. Av de anhöriga var det mellan 22 – 25 procent som inte instämde i påståenden de ansåg att det stödet de fick gav de möjlighet att ha ett liv utanför hjälpen/stödet/vården, att de var nöjda med möjligheterna till avbrott och att ta semester. Det framgår inte om dessa anhöriga fått avlösning eller ej. Gällande påståendet om möjlighet till avbrott var anhöriga till äldre personer mest positiva.
När det gäller kvalitén på det stöd som den anhöriga hade fått var majoriteten av de tillfrågade nöjda (58 procent). 77 procent instämde i påståendet att de blev bemötta med värdighet och respekt. En fjärdedel av samtliga anhöriga angav att stödet inte följdes upp så ofta som de ville och en femtedel var inte nöjda med det sätt som de var involverade i planering och beslut om stödet. Gällande frågan om planering var det anhöriga till personer med funktionsnedsättning som var mest negativa. När det däremot gäller frågan om huruvida den hjälp och det stöd anhöriga fick följdes upp så ofta som de ville, var det de anhöriga till långvarigt sjuka personer som utmärkte sig genom att vara minst nöjda.

**Resultat av telefonintervjuer med de anhöriga**

Som en uppföljning och fördjupning av enkätstudien genomfördes telefonintervjuer med anhöriga. Frågorna som behandlades var vilket stöd och hjälp som de anhöriga fick från kommunen hur det fungerade och vad som kunde förbättras. Följdrågor ställdes utifrån svaren på de övergripande frågorna.

Intervjupersonerna utgörs av sex kvinnor och fyra män. Åtta var anhöriga till äldre personer och två till personer med funktionsnedsättning. Relationerna till de närstående var: makar (fyra), makar (två), särbo (en), sambo (en) och mammor (två).

Positiva punkter som lyftes:
- **Anhörigcentrum**: bra kontakt, bra på att följa upp, bra information om vart man ska vända sig, positivt att de även vänder sig till anhöriga med unga närstående, ovärderligt bemötande.
- **Avlösning i hemmet**: betydelsefullt, fungerar bra, samma person som kommer, flexibelt med tider, möjlighet att ”spara” timmar, Pigg och alert personal.
- **Ledsagare**: värdefullt.
- **Avlösning genom korttidsboende**: betydelsefullt, möjlighet till att själv komma ut mer, välbehövligt lugn för den anhörige.
- **Anhörigträffar**: skönt att få prata med andra, bra samtalsledare, nyttigt att träffa andra, bra information, fantastiskt erbjudande från kommunen, för en gång skull ”bli sedd”.
- **Rekreationsresor**: uppskattad resa till Järlåsagården, välbehövligt, något unikt för den anhörige, tid för samtal.
- **Information och kommunikation**: engagerad personal, bra information om vart man ska vända sig, hembesök om man önskar.

Kritiska punkter som lyftes:
- **Avlösning i hemmet (ej den avgiftsfria)**: variierande erfarenhet bland hemtjänstpersonalen, bristande språkkunskaper.
- **Anhörigträffar**: för mycket prat om sådant som var jobbigt, en känsla av att gruppen ”baktalade” sina närstående, lite som förenar de anhöriga bortsett från den närståendes sjukdom, ”för lågt i tak” – samtalsledare ville ej lyssna på den anhöriges kunskap och idéer.
- **Färdtjänst**: möjligt med färdtjänst kortare sträckor på landet.

Förslag och idéer som lyfts avseende utveckling av stödet:

Erbjuda mer stimulans för de närstående, avlösning i hemmet med kort varsel, anhöriggrupper för vuxna barn, informera biståndshandläggare om kommunens boendealternativ.
Undersökningens slutsatser
De slutsatser som dras utifrån en diskussion av hela undersökningens resultat är:

- Synen på vad som är att betrakta som anhörigstöd och hur anhöriga skall definieras skiljde sig åt mellan socialtjänstens olika verksamhetsområden. Diskussioner över verksamhetsgränserna skulle kunna bidra med förståelse och kunskap och utvecklingsarbetet skulle kunna samordnas.

- Inom äldreomsorgen låg tonvikten på det så kallade specifika anhörigstödet (det som bedrivs via Anhörigcentrum), inom funktionshinderområdet dominerade det biståndsbedömda stödet och inom individ- och familjområdet kunde det befintliga stödet huvudsakligen harrassas till pågående verksamhet där anhöriga kunde erbjudas stöd för egen del i anslutning till närståendes behandling. Dessa hårdagna skillnader skulle kunna ligga till grund för en fortsatt analys av dimensioner som skulle kunna tjäna på att lyftas fram inom olika verksamheter.

- Anhörigas situation och behov av stöd måste uppmärksammas i styrdokument av olika slag och på alla nivåer för att det skall ha genomslagskraft i de enskilda verksamheterna.

- Varje enskild enhet inom socialtjänsten bör reflektera kring hur 5 kap. 10 § i socialtjänstlagen berör verksamheten och hur arbetet skall genomföras för att leva upp till lagstiftnings intentioner.

- Kunskap och förståelse bland personal och nyckelpersoner gällande anhörigskap och stöd till anhöriga kan förbättras genom fortbildning, reflektion och andra kompetenshöjande insatser.

- De insatser som görs för anhöriga måste synliggöras i statistik. För att lyckas med detta måste syften med genomförda insatser dokumenteras. Pinnstatistiken för serviceinsatser skulle i många fall kunna göras mer omfattande och "beskrivande" och när det gäller stödet till anhöriga inom ordinarie vård- och omsorgsverksamheter skulle det vara ett värde om de stödinsatser som förekommer beskrivs i termer av omfattning, innehåll med mera.

- Mycket av det stöd som genomförs uppskattas av anhöriga, men mer systematiskt insamlad kunskap saknas om vilket stöd som är bra för vilka anhöriga och vilka anhöriga som nås av stödet.

- Frågor gällande sekretess och dokumentation var aktuella i många utsagor och diskussioner. Kunskap om hur dessa frågor kan hanteras och metodutveckling efterlyses.

- Resultaten på enkäten till anhöriga visade att stödet till anhöriga behöver utvecklas ytterligare. Av värde är att inkludera anhöriga i diskussionerna om hur svarsfördelningarna på enskilda frågor kan tolkas och vad som skulle kunna förbättras för att uppnå än större andelar nöjda anhöriga.

- När statistiskt säkerställda skillnader mellan de olika anhöriggruppernas svar på enkäten uppträde var det oftast anhöriga till personer med funktionsnedsättning som utmärkte sig genom att vara minst tillfreds med sin situation och sitt stöd. Detta antyder att denna grupp anhöriga behöver särskild uppmärksamhet.

- I diskussioner om utvecklingen av stödet till anhöriga får inte anhörigas ekonomiska situation glömmas bort.
- Konkreta förslag som framförts i kartläggningen är att kommunen skall anamma den nationella definitionen av anhörig – närstående och att Anhörigcentrums verksamhet inte skall ha några begränsningar när det gäller ålder eller användande av övrig service eller insatser.
1. Inledning

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

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


1.1 Utveckling av anhörigstöd i Sverige


1.1.1 Anhörig 300


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

---

Kommuner som kartläggs: Borås, Härjedalen, Hässleholm, Malmö, Skara, Strängnäs, Uppsala och Västervik.


I november 2001 gjordes den tredje uppföljningen av stimulansmedlen. Intressanta trender som kunde observeras var att målgruppen för satsningen hade förändrats. I början var det framför allt anhöriga till äldre som inkluderades, men efter hand kom stöd till anhöriga som hjälpte funktionshindrade eller sjuka personer i lägre åldersgrupper att inkluderas. En annan trend var att anhörigstöd riktat till anhöriga till personer som bodde på särskilt boende utvecklades från att ha funnits i fyra kommuner till att det kom att finnas i tre av fyra kommuner. Riktat anhörigstöd till invandrare förekom endast i cirka tio procent av kommunerna (Almberg 2002).

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

1.1.2. Efter Anhörig 300


I vissa kommuner kunde en process konstateras där försök gjorts att integrera stöd till anhöriga i kommunernas ordinarie vård och omsorg. Det låg inom ramen för redan befintliga yrkesgrupper i många kommuner att också drive utvecklingen av anhörigstöd till exempel bland biståndsbedömare, medicinskt ansvarig sjuksköterskor eller demenssköterskor. Traditionella stödverksamheter som dagvård, korttidsvård, avlösning i hemmet samt enskilda samtal låg kvar på en hög nivå medan några av de ”nya” stödformerna som till exempel anhörigkonsulent, anhörigcentrum och utbildning av vårdpersonal minskat något. Något systematiskt uppföljningsarbete bedrevs inte heller i två tredjedelar av kommunerna. Slutsatser som Socialstyrelsen (op. cit.) drog ett år efter Anhörig 300 är att det engagemang och den utveckling som skett tidigare, levde kvar i kommunerna. Det var dock fortfarande oklart i vilken utsträckning stödet hade nått ut till dem som var i behov av det och mycket av kvalitetsarbete återstod att göra. Utifrån resultaten av Anhörig 300 drogs slutsatsen att stödinsatser måste vara individ- och situationsanpassade och stödet till den som vårdar måste också medföra något positivt för den sjuke. Mycket återstod efter år 2002 att göra innan utbudet av stöd till anhöriga skulle motsvara behoven och grundläggande kunskaper saknades också om hur ett ”flexibelt, situationsanpassat och ”skräddarsytt” stöd till anhöriga skulle kunna uppnås (op. cit. s. 37).

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


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


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

1.1.4. Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NkA)
Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NkA) startade sin verksamhet i januari 2008.³ Verksamheten bedrivs på uppdrag av regeringen och innefattar anhöriga till äldre personer. Direktiven är att:

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

³ Parter i NkA är Fokus Kalmar län som samordnande huvudman, FoU Sjuhärad Välfärd, Anhörigas Riksförbund, Hjälpmedelsinstitutet, Länssamordnarna för anhörigstöd i Norrland, Linnéuniversitetet och Landstinget i Kalmar län.
- ta del av internationella erfarenheter och forskningsresultat.

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

- förståndserfarenheter hos anhörigvårdare, brukare och deras organisationer
- praktisk erfarenhet hos personal inom anhörigstöd och äldreomsorg
- organisatorisk- och policyerfarenhet hos beslutsfattare
- vetenskaplig kunskap och metodkunskap hos forskare

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

NkA har sedan starten arbetat med de prioriterade områdena: "Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd", "Samverkan och partnerskap i stöd och hjälp för anhöriga", "Kombinera förvärvarbete och anhörigomsorg", "E-tjänster och ny teknik för anhörigvårdare", "Bibehålla hälsa och förbygga ohälsa", "Palliativ anhörigvårdare, sluta vårdandet, särskilt boende och efterlevandestöd" samt "Social delaktighet, kön och mångkulturella frågor".

1.1.5. Ändring i Socialtjänstlagen

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

*Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder (5 kap. 10 § Socialtjänstlagen).*

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

Det som kan konstateras efter genomgången av anhörigstödets utveckling är att statens satsningar har varit stora och att anhörigstödets har utvecklats starkt. Det som också framkommer är att det förekommer stora variationer mellan olika kommuner och att det fortfarande finns mycket kvar att göra inom området. Hur framväxten av anhörigstödets har sett ut i Uppsala kommun beskrivs i kapitel 3.
1.2. Studiens syfte
Mot bakgrund av ovan beskrivning är det av största intresse att studera hur anhörigstödet gestaltar sig i några kommuner med skiftande karaktäristika och framför allt hur stödet kommer att utvecklas framöver. Syftet med föreliggande studie är därför att:

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

1.3. Genomförande4

Första och sista året genomförs en enkätstudie6 som inledningsvis beräknades riktas till 150 anhöriga/kommun inom de tre verksamhetsområdena. Anhörigenkäten följs upp genom telefonintervjuer med ett slumptägigt antal utvalda anhöriga i kommunerna.


NKA har via FoU Sjuhärads Välfärd ansökt om och beviljats etiskt tillstånd för studien av Etikprövningsnämnden i Göteborg.

Projektet avrapporteras årligen av respektive FoU-enhet i samverkan med NKA och en gemensam rapport skrivs av NKA i samverkan med FoU-enheterna. Resultaten presenteras även regionalt på konferenser eller seminarier av de medverkande FoU-enheterna och av NKA i samband med NKA:s fyra årliga regionala mötesdagar.


---

4 Undersökningens design bygger på den design som skapades i samverkan med professor Mike Nolan och Lennarth Johansson för ett treårigt implementeringsprojekt av COAT-instrumentet i Borås, Jönköping och Härnösand.
5 De frågeställningar som utgjort grunden för kartläggningen i samtliga kommuner och den kartläggningens känslighet som använts i Uppsala kommun återfinns i bilaga 1 respektive 2.
6 Se bilaga 3
2. Beskrivning av Uppsala kommun

Vision:

Uppsala är en kommun där alla människors lika värde, inneboende kraft och kreativitet respekteras och tas tillvara genom att var och en får möjlighet att påverka sin livssituation i en långsiktigt hållbar miljö som präglas av positiv dynamik, öppenhet och gemensamt ansvar.

(Beslut i Kommunfullmäktige maj 2007, Uppsala kommun 2009a s.5)

2.1 Folkmängd och åldersfördelning

Folkmängden i Uppsala kommun uppgick den 31 december 2010 till 197 787 invånare med 90 invånare per kvadratkilometer. Kommunen har under hela 2000-talet (och även längre tillbaka i tiden) haft ett födelse- och inflyttningsöverskott. Åldersfördelningen fördelad på kön framgår av tabell 1.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ålder</th>
<th>Män</th>
<th>Kvinnor</th>
<th>Totalt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0-6</td>
<td>9</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>7-15</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>16-19</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>20-24</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>25-44</td>
<td>30</td>
<td>28</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>45-64</td>
<td>23</td>
<td>24</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>65-79</td>
<td>10</td>
<td>11</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>80-</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Antal</td>
<td>97</td>
<td>100</td>
<td>198</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Uppsala Kommunfakta 2011, SCB)


2.2 Utbildning, lön och arbetsgivare


2.3 Insatser enligt Socialtjänstlagen och LSS

Av de personer som år 2010 fick stödinsatser enligt Socialtjänstlagen samt Hälso- och sjukvårdslagen fick 3 358 personer vård i eget boende (2 403 äldre, 862 vuxna samt 93 barn och ungdomar) och 1 696 bodde på särskilt boende (1 447 äldre, 234 vuxna och 15 barn, ungdomar). Av samtliga personer i åldrarna 65 år och äldre hade 13,5 procent någon beviljad insats (4,3 procent av dem som var 65-79 år och 37 procent av dem som var 80 år och äldre).
Enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt lagen om assistansersättning (LASS) hade 1 oktober 2010, 634 personer boende för funktionshindrade, 108 hade personlig assistans, 1 115 personer hade ledsagarservice, kontaktperson, avlösarservice i hemmet, korttidsvisstelse utanför hemmet och/eller korttidsstillsyn till skolungdomar över 12 år, 711 personer hade daglig verksamhet och 7 851 personer var färdtjänstberättigade. Vård och omsorg om äldre stod för 16,8 procent av kommunens nettokostnader, vård och omsorg för funktionshindrade för 13,2 procent och individ och familjekostnader för 9,5 procent (Uppsala kommun 2011b).

2.4 Kommunens politiska styrning och organisation

I Kommunfullmäktige fick efter valet år 2010 Moderata samlingspartiet, Centerpartiet, Folkpartiet liberalerna och Kristdemokraterna sammanlagt 41 mandat. Miljöpartiet de gröna, Socialdemokraterna och Vänsterpartiet fick sammanlagt 38 mandat och Sverigedemokraterna fick två mandat. Även under den tidigare mandatperioden var Alliansen i majoritet (SCB 2011).


Kommunstyrelsen (KS) leder kommunens verksamhet genom att utöva den samordnade styrningen och leda den årliga IVE-processen samt genom att föra en dialog med (och vid behov ställa krav på) nämnder, produktionsnämnder och kommunala bolag. Kommunstyrelsen utfärdar erforderliga regler, standards, föreskrifter o. dyl. för ekonomihanteringen, kommungemensamma redovisnings- och statistiksystem.

Kommunstyrelsen leder också kommunens näringslivspolitik.


Äldrenämnden är Uppsala kommuns politiska organ för äldrefrågor. Äldrenämnden är kommunens socialnämnd och hälso- och sjukvårdsutmanaren för invånare som är 65 år och äldre.

Nämnden för vuxna med funktionshinder (VFN) ansvarar för socialtjänst inklusive insatser för personer med funktionsnedsättning (dock ej för deras försörjningsstöd/socialbidrag), kommunal hälso- och sjukvård och bostadsanpassning. I nämndens ansvar ligger myndighetsutövning mot enskild eller sammanlagt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, socialtjänstlagen och lag om vård av missbruksåkare i vissa fall.

Barn- och ungdomsnämnden är ansvarig för åldersgruppen 0-20 år inom förskola, grundskola, obligatorisk särskola och skolbarnomsorg, fritids- och kulturverksamheter, föreningsstöd samt delar av socialtjänst för nämnda åldersgrupp. Myndighetsutövningen för barn och unga med funktionsnedsättning ligger på denna enhet.
Socialnämnden för barn och unga arbetar för målgruppen 0-20 år med råd- och stödinsatser, samt individuella förebyggande insatser, familjerättsliga frågor, handläggning och myndighetsutövning för barn och ungdomar i familjer med sociala problem och upphandling och ramavtal av hem av vård eller boende (HVB).

Utbildnings- och arbetsmarknadsnämnden ansvarar för gymnasieskola, gymnasiesärskola, kommunal vuxentutbildning, särsvux, svenskundervisning för invandrare, skolhälsovård, aktiverande och kompetenshöjande arbetsmarknadsinsatser, arbetsrehabilitering, sysselsättning, försörjningsstöd och ekonomiskt bistånd, flyktingmottagning och introduktion, konsumentrådgivning, budgetrådgivning och kommunens åliggande enligt Skuldsaneringslagen.


I missbruksvården är det Nämnden för Vuxna med funktionshinder (VFN) som har ansvar för personer mellan 21 och 64 år och Äldrenämnden för personer som är 65 år och äldre.

Nämnden för vuxna med funktionshinder är bestållare av verksamheterna: Trestegsboende; stödboende för vuxna med missbruk-/beroendeproblematik, Idun; stödboende för vuxna med missbruk-/beroendeproblematik, Kvinnoboende Siri, råd- och behandlingsgruppen för vuxna med missbruk-/beroendeproblematik, öppenvårdshuset för vuxna med missbruk-/beroendeproblematik, träffpunktscentrum för vuxna med missbruk-/beroendeproblematik och Plus-mottagningen (för unga vuxna med psykisk ohälsa och missbruk) (den del som ej finansieras av annan nämnd eller huvudman) (Uppsalas kommun 2009i).

Kontoret för barn, ungdom och arbetsmarknad (UAK) är ett gemensamt kontor för Barn- och ungdomsnämnden (BUN), Socialnämnden för barn och unga (SBN) samt Utbildnings- och arbetsmarknadsnämnden (UAN). Ingående enheter är Barn- och ungdomsenheten som svarar mot Barn- och ungdomsnämnden (och där myndighetsutövningen BUN ingår med biståndshandläggare för barn och unga 0-20 år), Sociala enheten som svarar mot Socialnämnden för barn och unga samt Utbildnings- och arbetsmarknadsstaben som svarar mot Utbildnings- och arbetsmarknadsstaben.

Produktionsnämnderna ska leda arbetet i enlighet med de avtal verksamheterna tecknat med kommunens uppdragssnämnder. Den politiska styrningen går från fullmäktige via uppdragssnämnderna. Produktionsnämnderna ansvarar för att de uppdrag man åtagit sig blir genomförda inom ramen för den ersättning man får och i enlighet med de övergripande styrdokument fullmäktige angivit. Produktionsnämnden för vård och bildning leder en omfattande verksamhet och skall skapa förutsättningar för bedrivande av kommunala kärnverksamheter. Gentemot brukaren ska verksamheterna kännetecknas av stor

Verksamheter som ger råd och stöd finns inom flera divisioner inom ”Vård & bildning”. I divisionen ”Vård & omsorg” finns sådan verksamhet i affärsområdet ”Socialpsykiatri & beroende”; Råd och behandlingsenheten. I divisionen ”Utbildning & lärande” i affärsområdet ”Resurs & kunskap” finns verksamheten ”Råd & stöd” som inriktas på råd och stöd gällande barn och ungdomar och erbjuder bland annat familjesamtal/behandling, enskilda samtal, föräldrautbildningar och stöd i hemmet.


I **IVE 2010-2013** står under rubriken valfrihet att eget val, konkurrensutsättning och utmanarrätt inom vård och omsorg ger nya aktörer och ökad valfrihet för medborgaren. Uppsala kommun införde eget val under år 2008 inom hemtjänst och daglig verksamhet. Utvecklingen av eget val kommer att fortsätta och kommunen ser gärna att nya vårdgivare etablerar sig i taget valfrihet och kvalitetsutveckling.

I december år 2010 bedrevs 37,7 procent av Nämnden för vuxna med funktionshinders och Äldrenämndens kärnverksamhet av externa utförare. Motsvarande siffra endast för Äldrenämnden är 44,8 procent.

### 2.5 Kommunens samverkan med ideell sektor.


Denna överenskommelse vidareutvecklades i en policy som beslutades av Kommunfullmäktige år 2006. Syftet med samverkanspolicyen är att uttala ett för Uppsala kommun gemensamt förhållningssätt i kontakten och samverkan med den ideella sektorn och enskilda volontärer/frivilliga. Förhållningssättet innebär att:

34
- Utgångspunkten för samverkan är att uppnå den enskildes bästa genom ett förtroendefullt arbete på jämböjd nivå med omsesidig vilja och respekt.

- Uppsala kommun skall i samverkan med den ideella sektorn verka för ett förbättrat samhällsklimat med gemenskap och respekt mellan människor i olika åldrar och med olika bakgrund samt för enskilda människors inflytande och delaktighet.

- Företrädare för Uppsala kommun skall kommunicera på ett sådant sätt att kommunens trovärdighet upprätthålls och stärks.

- Uppsala kommun skall i sina kontakter med den ideella sektorn uppträda och uppfattas som en organisation.

- Tvärsektoriell samverkan skall skapa förutsättningar för helhetssyn kring hur olika parter tillsamman kan möta enskilda människors behov.

- Uppsala kommun ger föreningsstöd till verksamhet som förstärker och kompletterar den verksamhet som kommunen bedriver (Uppsala kommun 2006b).

För att tydliggöra och konkretisera denna policy har Äldrekontoret utformat riktlinjer för samverkan med ideell sektor. Dessa riktlinjer antogs av kommunstyrelsen (den 9/9 2009, Uppsala kommun 2009k) och innebär att:

1. Ideella organisationer ska ges möjlighet till inflytande i planering och utveckling av kommunens verksamheter.

2. I utvecklingsprojekt ska berörda organisationer ges möjlighet att vara representerade i referensgrupp, i tillämpliga fall och om sådana finns, eller på annat sätt få framföra sina synpunkter.

3. Uppdragsnämndernas uppdrag/avtal ska, i tillämpliga fall, tydligt ange vad som förväntas av utföraren i förhållande till de ideella organisationerna.

4. För att främja informationsutbyte, dialog och samverkan ska nämnderna ha tydliga kontaktvägar till de ideella organisationerna.

5. De ideella organisationerna ska vara remissinstanser i ärenden där deras synpunkter är relevanta.


Ett inriktningssmål som Kommunfullmäktige beslutat om för Vård och omsorg är att samverkan med frivilligorganisationerna ska öka (Uppsala kommun 2009a).

2.6 Kommunens synpunktshantering

I kommunens kvalitetsprogram står att nämnderna i alla bestämmningar och avtal ska reglera att rutiner finns för hur medborgares/bruakares synpunkter och klagomål tas tillvara och nämnderna ska ha rutiner för hur synpunkter och klagomål rapporteras till nämnden. Vidare står det att:
Verksamheten ska ha rutiner för att på ett enkelt sätt ta emot, åtgärda och återföra inkomna synpunkter och klagomål på verksamheten. Målet är att verksamheten alltid i dialog med brukaren ska lösa problemet då det uppstår. I de fall detta inte fungerar ska brukaren känna till vart hon/han kan vända sig. Verksamheternas rätterutiner ska framgå av de åtaganden som offentliggjorts. Rätterutinerna ska innehålla information om till vem/vilka synpunkter och klagomål kan lämnas, utfästelser om återkoppling och information om eventuella åtgärder. Verksamheten ska dessutom kontinuerligt informera om brukarnas möjligheter att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten. Verksamheten ska vidare ha system för att redovisa inkomna synpunkter och klagomål samt de åtgärder som vidtagits. En sammanställning ska ske regelbundet. (Uppsala kommun 2001a s. 4)

I kvalitetsprogrammet står vidare att systematisk klagomålshantering är ett verktyg för att utveckla kvaliteten i verksamheten. Ett medborgar-/brukarfokus är det viktiga vid klagomålshanteringen och medborgaren/brukaren har rätt till ett värdigt bemötande, rätt att få framföra klagomål och synpunkter, rätt att bli tagen på allvar, rätt att bli lyssnad på samt rätt att få respons på sitt klagomål (Uppsala kommun 2001a).

På kommunens hemsida går det under rubriken ”Synpunkter och klagomål” att läsa att medborgaren skall ta kontakt med politiker i kommunfullmäktige eller uppdragsnämnd när han/hon vill föreslå en ny verksamhet eller om det inte finns tillräckligt med service inom ett verksamhetsområde. Om medborgaren inte tycker att verksamhet sköts på ett bra sätt uppmanas de att ta kontakt med chefen för verksamheten. I varje verksamhet finns en blankett för klagomål och synpunkter. Denna blankett finns även att hämta på hemsidan (www.uppsala.se).


Vi lämnar i och med detta kommunens organisation och övergår till fenomenet anhörigstöd och hur det har utvecklats i Uppsala.
3. Utvecklingen av anhörigstödet i Uppsala kommun


Kommunfullmäktige hade år 1997 antagit ett program ”Äldre 2000”, för trygg och god vård och omvårdnad av äldre och handikappade. Om de äldre stod det i programmet att de skulle få den vård, omvårdnad och rehabilitering som de behövde i det egna hemmet eller i en särskild boendeform så nära det egna hemmet som möjligt. Anhöriga beskrevs som en viktig resurs eftersom de tog ett mycket stort ansvar för omvårdnaden av de äldre. Anhörigas insatser skulle därför uppmärksamas och de skulle systematiskt få stöd (Uppsala kommun 1997). Målen för Äldre 2000 var att:

- I samverkan med den enskilde förstärka individens möjligheter att leva ett självständigt och värdigt liv.
- Vård och omsorg skall utformas i nära samverkan med de äldre och deras anhöriga.
- Den som vårdar anhörig skall ha bra stöd, i form av tillfälliga vårdplats, personligt stöd och rådgivning.

Även frivilliga organisationer lyftes fram som viktiga (Uppsala kommun 1996).

3.1 Anhörig 300


I den plan för utveckling av anhörigstöd som formulerades för åren 1999-2001 var målgruppen ”Anhöriga/närstående som vårdar i hemmet; t ex anhöriga till äldre, psykiskt långtidssjuka, demenssjuka, utvecklingsstörda, fysiskt handikappade, äldre invandrar och personer med svåra sjukdomar med hastigt förlopp och stort sjukvårdsbehov.” (Uppsala kommun 1999b s 1). Målsättningen var att sätta den som vårdar i centrum och att genom flexibilitet och mångfald kunna ge ett individuellt anpassat stöd som skulle underlätta

7 Lägg märke till att användningen av begreppet anhörig inte överensstämmer med definitionen tidigare i denna rapport.
kvarboende och öka livskvaliteten för den som vårdade. Det som skulle ästadkommas var att:
- göra informationen om vilket stöd som finns att få mera lättillgängligt
- hitta vägar att nå den som vårdar i hemmet på ett tidigare stadium
- vidareutveckla det påbörjade samarbetet med anhörig- och frivilligorganisationerna
- förenkla rutinerna och skapa ett bredt utbud av stödinsatser
- utveckla möjligheterna till individuellt anpassade lösningar
- skapa möjligheter till rekreation och påfyllning för anhörigvårdaren
- öka medvetenheten om anhörigvårdarens utsatta situation hos berörd personal (op. cit. s 2).

Intressant att konstatera är att utvecklingen har kommit en bra bit på väg gällande ovanstående punkter, men att de flesta fortfarande är aktuella i dagens utvecklingsarbete.


Mycket av anhörigstödet blev möjligt tack vare samverkan i nätverk. Visionen för arbetet var att den som vårdade eller hjälpte en närstående skulle ha någonstans att vända sig för att få information, stöd, hjälp och avlösning, samt kunna träffa andra i liknande situation och delta i sociala aktiviteter. Visionen var vidare att den enskilda människan skulle avgöra om hon ville ha hjälp och hur den skulle utformas och stöd skulle finnas 24 timmar om dygnet, årets alla dagar.

Anhörigkonsulenten arbetade för anhöriga genom att finna former för avlösning, enskilda samtal, råd och stöd när det gällde vård och omsorg i hemmet, information och utbildning om åldrande, sjukdomar, hjälpmedel m.m., erbjuda anhörigcirklar, förmedla kontakt med kyrkans och föreningslivets verksamheter, samt förmedla kontakt med bistandshandläggare, demensteam, distriktsköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut. Anhörigkonsulenten kunde också själv gå in i en familj och lösa av den anhörige under en akut eller begränsad tid. Anhörigkonsulenten utförde även uppsöksa verksamhet och fungerade som handledare för annan personal och frivilliga. Förutom anhörigkonsulenten kunde demensteamet erbjuda...
sakkunnigt stöd, rådgivning och tillfällig avlösning. Familjen kunde ha en personlig stödperson att vända sig till för stöd, råd och avlösning. Stödpersonerna hade sin ordinarie anställning i ett gruppboende (stödpersonsprjekt). Avlösningen kunde äga rum i eller utanför familjens hem och i vissa fall även i stödpersonens hem. Denna helt nya avlösningsform där avlösningen skedde i stödpersonens hem (personalhemsmodellen) syftade till att ge anhöriga möjligheter att vara hemma på egen hand och samtidigt ge den demenssjuka personen möjlighet att under tiden få vistas i en lugn och inte bara i en ”hemlik” miljö, utan i ett hem. En tanke var att speciellt demenssjuka personer som inte uppskattade verksamheter i grupp som exempelvis vid dagverksamhet, skulle gynnas av denna avlösningsform. Avlösningen var begränsad till 10-12 timmar per månad och var avgiftsfri. 


Så fort som anhörigkonsulent eller demensteam via distriktsstödskanslera eller annan fick vetskap om att anhörigvårdare fanns i en familj tog de i tidigt skede kontakt med familjerna och intervjuer gjordes med både den anhörige och den sjuke personen för att få en uppfattning om vad som eventuellt kunde underlätta. En viktig del i arbetet med att utforma individuellt anpassat anhörigstöd var det relationsskapande arbetet som genomfördes. Samtidigt var det viktigt att bygga upp goda relationer med de olika föreningarna av ordinarie äldreomsorgsverksamhet samt med frivilligkrafter av skilda slag för att alla tillsammans skulle kunna bidra till att finna lösningar på problem som anhöriga förde fram (Lidman 2002, Lanesjö 2001).


I Vaksala kommundel anställdes år 1999 en anhörigsjuksköterska som fick i uppdrag att utveckla kommundelens anhörigstöd. 


8 Stödpersonsprjektet och personalhemsmodellens första år utvärderades och avrapporterades till Socialstyrelsen (Winqvist 2002).
3.2 Efter Anhörig 300

Efter det att stimulansmedlen för Anhörig 300 upphörde avslutades vissa projekt som exempelvis stödpersonsprojektet och personalhemsmodellen, men som nämnts fortsatta många av de verksamheter som byggts upp.

Ansökningsstiden för projektmedlen år 2005 var kort och kommunerna i Uppsala län enades om att i ett gemensamt projekt ägna det första året åt att skapa en god kunskapsgrund samt att formulera och förranka planer för det anhörigstöd som respektive kommun avsåg att vidareutveckla under åren 2006-7. Grunden i detta projekt utgjordes av en FoU-cirkel som genomfördes av FoU äldre, Regionförbundet Uppsala län i form av åtta heldagsmöten. Deltagarna i cirkeln var projektleader i sina respektive kommuner och hade ansvar för det lokala utvecklingsarbetet.

FoU-cirkeln förväntades resultera i

- En fördjupad kunskap om anhörigas villkor och anhörigstödets betydelse, om olika former för stöd till anhöriga samt om metoder för uppföljning/utvärdering av detta stöd.

- En konkret och förankrad plan samt en ansökan till Länsstyrelsen om stimulansbidrag för det fortsatta lokala utvecklingsarbetet (Regionförbundet, FoU äldre 2005).

Förutom att delta i cirkelträffarna förväntades deltagarna att under projektperioden genomföra kartläggningar av behov och befintligt stöd, utvärderingar samt skapa nätverk med syftet att synliggöra och skapa intresse för anhörigstödsfrågorna i kommunen.

Innehållet i FoU-cirkeln kan beskrivas i termerna kompetensutveckling, inspiration, handledning, metodstöd och erfarenhetsutbyte. Utvärderingarna var mycket positiva och arbetet ledde fram till att alla kommuner skickade in välgrundade ansökningar och beviljades medel för fortsatt utveckling av anhörigstödet.

FoU ordnade även, som komplement till FoU-cirkeln, temadagar där kunskaper om anhörigas villkor kunde spridas till en bredare krets.


Arbetsgruppen bestod av samtliga anhörigkonsulenter, demensvårdsutvecklare och chefer för öppna och förebyggande insatser i kommunen.

Referensgruppen bestod av representanter från frivilligorganisationer samt äldremobudsmannen i Uppsala och chefen för Volontärverksamheten. Referensgruppen fick i uppdrag att inventera och kartlägga det stöd som de själva erbjud, omfattningen och vem det berörde samt att fånga in synpunkter från medlemmarna och anhöriga som nyttjade olika former av assistans.

Arbetsgruppen delades i tre undergrupper, var och en med sitt eget ansvarsområde. En grupp arbetade med inventering och kartläggning av kommunens egna verksamheter samt genomförde fokusgruppsintervjuer med sjukgymnaster, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och

Under arbetsprocessen fördes dialog och avstämning med FoU-cirkelns deltagare, handledare samt med uppräkningsstrategen från Äldrekontoret och Kontoret för vuxna med funktionshinder.

Kommunens slutrapport


I samband med gruppverksamheter, träffpunkter och anhörigcirkelar samverkade kommunen med frivilligorganisationer och föreningar. Föreläsningar och rekreationsserier anordnades tillsammans. Föreläsningsdeltagarna drev även egna anhörigrupper, självhjälpsgrupper, personligt samtalsstöd, trygghetsringning, telefonrådgivning samt andra verksamheter som praktisk hjälp och ledsagarservice.


Behovet av utbildning och kompetensökning bland all berörd personal gällande anhörigas situation och behov av stöd, betonades i slutrapporten och eftersom behoven förändras över tid så behövdes en ständig behovsinventering. Bäst kännedom fanns i kommunen om anhöriga till personer med demenssjukdomar. Kännedom om stödbehovens omfattning och innehåll fanns inte i samma utsträckning för anhöriga där diagnosen var en annan än demens.
Detsamma gällde situationerna för yngre anhöriga och invandrare. Ett mål som formulerades var att de insatser som gavs skulle ha en direkt grund och koppling till utvärderingar, forskning och beprövad erfarenhet. Dessutom efterlystes handledning för anhörigstödarna.

Den avgiftsfria avlösningen som utvärderades fick höga betyg av de anhöriga. Vikten av personkontinuitet hos avlösarna och värdet av att den närstående fick möjlighet till stimulans nämnades. Önskemål om att få mer tid för avlösning avsatt fanns och ett förslag var att anordna en öppen verksamhet där man under kortare tidsperioder skulle kunna ”lämna in” sin närstående. Andra önskemål som framkom var att kunna få hjälp med avgränsade uppgifter som var svåra att klara självt sedan maken/makan blivit sjuk (”fixare”), få möjlighet till omväxling genom att kanske bara bort, få avlösning under hela dagar och att kunna få hjälp med kort varsel.

Tre utvecklingsområden identifierades för fortsatt verksamhetsutveckling:

- Ett relevant, individanpassat stöd till anhöriga som är baserat på lyhördhet för den enskilde och som är väl förankrat i forskning, beprövad erfarenhet och omvärldsorter. Vi ser ett värde i att ta del av andras erfarenheter för att uppnå optimal utveckling.

- En lättillgänglighet för anhöriga och närstående, men även en lättillgänglighet för olika yrkeskategorier, som kan behöva hänvisa och samråda om hur anhörigstöd kan ges. Vi vill sprida kunskap om och befästa anhörigfokus så att det blir en självklar medvetenhet och samarbete. Vi vill kunna erbjuda olika aktörer komplettera varandra.” (Uppsala kommun, 2006, s. 2-3).

För att kunna förstärka synsätt och fokus på anhöriga hos all personal som mötte anhöriga, samordnas insatser och systematiskt utvärderas verksamheterna förordnades i slutrapporten att Uppsala kommun skulle satsa på att i samarbete med FoU arbeta fram utvärderingsinstrument för systematisk utvärdering av kommunens olika verksamheter. Ett annat förslag var att kommunen skulle bygga upp och driva ett Anhörigcentrum med samlad kompetens. Anhörigstödet skulle utvecklas tillsammans med frivilligorganisationerna, kommunala och privata vårdgivare samt landstingets primär- och slutenvård.


Konstateras kan att det endast är det anhörigstöd som har bedrivits med hjälp av statliga stimulansmedel som har dokumenterats och att dessa medel huvudsakligen har gått till att bygga upp ett anhörigstöd för anhöriga till äldre personer. En medvetenhet om att behovet av stöd även förekommer i andra anhöriggrupper har funnits en längre tid i kommunen, men det är först på senare tid som arbetet för att utveckla detta stöd har kommit igång på allvar.

Enheten för välfärd och FoU-stöd, Regionförbundet Uppsala län har anhörigstöd som ett av sina prioriterade områden. Ända sedan tiden för FoU-cirkeln år 2005 har enheten för FoU-stöd vid Regionförbundet samordnat ett länsövergripande arbete i ett länsnätverk bestående av anhörigkonsulenter och motsvarande från länets samtliga kommuner samt anhörigsamordnare från Akademiska sjukhuset (Regionförbundet Uppsala län 2009).

Vi övergår med detta till redovisningen av den kartläggning som har gjorts av anhörigstödet så som det såg ut under det första halvåret år 2010. Inledningsvis några ord om hur studien har genomförts.
4. Genomförande av kartläggningen i Uppsala kommun

Kartläggningen har i Uppsala, liksom i studiens övriga ingående kommuner, utgått från i förväg fastställda teman med tillhörande frågeställningar. Uppgiften har varit att på bästa möjliga sätt finna svar på frågorna inom äldre- funktionshinder- och individ- och familjeområdet för att täcka upp lagstiftningens målgrupper; anhöriga till äldre personer, anhöriga till personer med funktionsnedsättning respektive anhöriga till långvarigt sjuka personer.

4.1 Äldreområdet

Anhörigstödet inom äldreområdet har studerats på följande sätt:

**Uppdragskontor:** Samtal med och enkät till uppdragsstrateg på före detta Äldrekontoret, numera Kontoret för vård, omsorg och hälsa.

**Anhörigcentrum:** Gruppintervju med enhetschef, projektledare, samordnare och anhörigkonsulent. Individuella intervjuer med affärsområdeschefen för affärsområde ”Hemvård & kvarboende” samt med affärsområdeschef för ”Assistans, stöd & service”.

**Biståndsbedömt anhörigstöd:** Intervju med sektionschef för Sektionen hemvård och boende (myndighetsutövning).

**Utförare inom vård- och omsorgsverksamhet:** Kartläggningsenkät till enhetsverksamhetscheferna inom kommunernas affärsområden ”Hemvård & kvarboende” och ”Boende äldre” samt till de privata utförarna. Affärsområde ”Hemvård & kvarboende” utgjorde tiden för studiens genomförande av 19 distrikt/boenden/verksamheter.


**Affärsområdescheferna för affärsområdena ”Boende äldre” samt ”Hemvård & kvarboende” har intervjuts.**

En fokusgrupp har genomförts med representanter för äldreomsorg, anhörigcentrum och frivilligorganisationer. Resultatet av denna diskussion redovisas i kapitel 6, men då det

---

9 Se bilaga 1.
10 Se bilaga 2.
11 Affärsområdets olika verksamheter innefattar hemvård (ca 1300 kunder), växelvård-korttidsvård (178 platser), träffpunkter (17 stycken), joursjukvård, dagverksamheter (10 stycken), larmsamordning, anhörig- och närståendestöd, hälso- och sjukvårdsenheten, trygghetsjouren (ansvarar för 3350 trygghetslarm), arbetsledare journid.
12 I affärsområdet ingår 15 boenden med sammanlagt 616 boendeplatser (varav 28 korttidsplatser). En av verksamheterna är inriktad på medicinskt avancerad vård, en på palliativ vård, en annan på rehabilitering. Dessutom ingår Sjukvårdsteamet som bedriver avancerad hemsjukvård i området.
framkom information som gällde innehållet i kartläggningen har detta tagits med i redovisningen under denna punkt.

En mängd dokument har granskats\textsuperscript{13} liksom berörda delar av kommunens hemsida www.uppsala.se.

\textbf{4.2 Funktionshinderområdet}

Stödet till anhöriga inom funktionshinderområdet har studerats på följande sätt:

\textit{Uppdragskontor:} Samtal med och enkät till uppdragsstrateg på Äldrekontoret samt uppdragsstrateg på Kontoret för vuxna med funktionshinder. Intervju med två strateger på Sociala enheten, Socialnämnden för barn och unga.

\textit{Anhörigcentrum:} Gruppintervju med enhetschef, projektledare, verksamhetssamordnare och anhörigkonsulent. Individuell intervju med affärsområdeschefen för affärsområde ”Assistans, stöd & service”.

\textit{Biståndsbedömt anhörigstöd:} Intervju med sektionschef för enheten LSS och socialpsykiatri (Nämnden för vuxna med funktionshinder)samt myndighetschef för myndighet barn och ungdom (Barn och ungdomsnämnden, BUN).


\textsuperscript{14} Affärsområdets olika verksamheter innefattar boenden (fem stycken inklusive ett skyddat kvinnoboende), korttidshem (fem stycken), HVB (sju stycken inkl. ett asylboende), familjehem, eftermiddagstillsyn/helgverksamhet, kontaktpersonverksamhet, personlig assistans, ledsagar- och avlösarservice samt Bollagruppen ledsagar/avlösare.

\textsuperscript{15} I affärsområdet ingår enheter för personlig assistans (tolv stycken), enheter för ledsagare (tre stycken), en enhet för anhöriganställda och anhörigcentrum samt i en enhet för kontaktpersonverksamhet.

\textsuperscript{16} I affärsområdet ingick vid tiden för enkätskikicket grupphestöder (33 stycken), servicebasen (14 stycken), korttidshem (tre stycken) samt en enhet för Träffpunkt äldre, en för leg. hälso- och sjukvårdspersonal och en för samordnare.
sände strategen ut enkäten till övergripande chefnivå för vidare beförordan till enskilda enhets-/verksamhetschefer. Endast två enkätvar har inkommit från de privata utförarna. Dessa enkäter ingår inte i analysen.

Affärsområdescheferna för affärsområdena ”Barn, ungdom & familj”, ”Boende vuxna”, ”Assistans, stöd och service” och ”Socialpsykiatri & beroende” har intervjuats.

En fokusgrupp har genomförts med representanter från verksamheter för personer med funktionsnedsättning, anhörigcentrum och frivilligorganisationer. Resultatet av denna diskussion redovisas i kapitel 6, men då det framkom information som gällde innehållet i kartläggningen har detta tagits med i redovisningen under denna punkt.

Dokument har granskats17 liksom berörda delar av kommunens hemsida.

Affärsområdet ”Barn, ungdom & familj” bedriver verksamheter för barn och ungdomar med funktionsnedsättningar liksom för barn och ungdomar med social problematik. Gränserna mellan dessa både områden är inte alltid tydliga. Uppdragsnämnderna som affärsområdet ”Barn, ungdom & familj” svarar mot är Barn – och ungdomsnämnden när det gäller barn och ungdomar med funktionsnedsättning och Socialnämnden för barn och unga när det handlar om social problematik. Om detta säger affärsområdeschefen att det är två helt olika kulturer och olika sätt att jobba. Huvuddelen av verksamheten är inriktad på barn och ungdomar med funktionsnedsättning varför redovisningen av enkätansvaren återfinns under denna rubrik.

Affärsområdet ”Socialpsykiatri & beroende” innehåller verksamheter för personer med psykiska funktionsnedsättningar samt för personer med beroendeproblem. Det senare är en verksamhet som traditionellt sett kan sägas tillhöra individ- och familjeområdet och enkätundersöknings redovisas därför i det sammanhanget.

4.3 Individ- och familjeområdet

Stödet till anhöriga inom individ- och familjeområdet har studerats på följande sätt:

Övergripande: Samtal med direktören för Kontoret för barn, ungdom och arbetsmarknad för att informera och få acceptans för projektet. Samtal med myndighetschef på Sociala enheten, Socialnämnden för barn och unga för att få en inledande information om bästa sätt att närma sig organisationen.

Uppdragsstrateger: samtal med och enkät till uppdagsstrateg på Åldekontoret samt uppdagsstrateg på Kontoret för vuxna med funktionshinder. Intervju med uppdagsstrateger

på Sociala enheten, Socialnämnden för barn och vuxna, Kontoret för barn, ungdom och arbetsmarknad. Mailkontakt med strateg på Utbildnings- och arbetsmarknadsenheten.

**Anhörigcentrum:** gruppintrivju med enhetschef, projektledare, verksamhetssamordnare och anhörigkonsulent, individuellt intervju med affärsområdeschefen för affärsområde ”Assistans, stöd & service”.

** biståndsbedömt anhörigstöd:** intervju med sektionschef för enheten LSS och socialpsykiatri (Nämnden för vuxna med funktionshinder) samt myndighetschef för myndighet barn och ungdom (Barn och ungdomsnämnden, BUN).

**Utförare inom ordinarie vård- och omsorgsverksamhet:** enkät till verksamhetscheferna inom kommunens affärsområden ”Socialpsykiatri & beroende” och ”Barn, ungdom & familj”.
Inom det senare området dröjs HVB hem och annan verksamhet där familjer kan ha sociala problem, men huvuddelen av verksamheten är inriktad på barn och ungdomar med funktionsnedsättning varför redovisningen av enkätsvaren återfinns under rubriken funktionshinderområdet.


Affärsområdescheferna för affärsområdet ”Socialpsykiatri & beroende” samt ”Barn, ungdom & familj” har intervjuats.

En fokusgrupp har genomförts med representanter från verksamheter inom individ- och familjomsorgen, anhörigcentrum samt frivilligorganisationer. Resultatet av denna diskussion redovisas i ett följande kapitel, men då det framkom information som gällde innehållet i kartläggningen har detta tagits med i redovisningen under denna punkt.

Dokument har granskats liksom berörda delar av kommunens hemsida. Dessutom har information inhämtats från kommunens hemsida www.uppsala.se
4.3 Att kartlägga anhörigstödet i Uppsala kommun – några förutsättningar


I frågeställningarna skall frågor besvaras som gäller ”kommunen”. Eftersom Uppsala kommun är stor och har en organisation med beställar- utförarmodell är det inte alltid självtakt vad som skall betraktas som ”kommunen”. Är det exempelvis uppdragssidan eller utförarsidan som är det intressanta? I denna kartläggning är ambitionen att täcka helheten.


Vid årsskiftet 2010 – 2011 slogs Äldrekontoret och Kontoret för vuxna med funktionshinder ihop till ett gemensamt kontor under namnet Kontoret för hälsa, vård och omsorg. För att underlätta kommande jämförelser utgår vi från det nya kontoret i organisationsbeskrivningarna.

I Uppsala kommun används ordet kund för den person som använder kommunens insatser och service. Enhets/verksamhetschef används som benämning i denna rapport på första linjens chefer det vill säga de chefen som är närmast kunden.

Uppsala kommun delfinansierar denna kartläggning och Thomas Eriksson vid Avdelningen för interna processer, Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har hjälpt till med att söka information och statistik. Hans slutrapport återfinns i bilaga 3.
5. Resultat av kartläggningen

Resultaten från intervjuerna, enkätorna, fokusgrupp och dokumentationen har sammanställts och presenteras i det följande under rubriken som kartläggningen skall besvara. De tre studerade områdena, äldre-, funktionshinder- respektive individ- och familjeförskaffande presenterar var och ett för sig och när det är relevant presenteras verksamheterna vid Anhörigcentrum under egen rubrik. 20

5.1 Mål

a. Har kommunen något formulerat mål för stödet till anhöriga? Vilket är målet och när formulerades det?

b. Hur definieras begreppet anhöriga?

Äldreområdet


Kommunen ska uppmuntra och stödja en utveckling där anhöriga och närstående, vill, kan och orkar vara ett stöd till seniorer med behov av hjälp. (Uppsala kommun 2009d, s. 5)

Under rubriken Att vara delaktig och känna sig behövd går att läsa:


I IVE, kommunfullmäktiges flerårsbudget för 2010-2013 (beslutad den 8-9 juni 2009) står

Under rubrikerna ”Vård och omsorg”, ”Trygghetsboende för äldre”:

Kommunerna ska erbjuda stöd till personer som vårdar eller stödjer anhöriga. Sveriges Kommuner och Landsting har kommit överens med regeringen om att kommunerna kompenserar med 300 miljoner kronor årligen för detta. (Uppsala kommun 2009a, s. 40-41)

Stöd till anhöriga förekom dock inte i kommunfullmäktiges beslut om inriktningssätt eller uppdrag.


20 Eftersom denna kartläggning avser år 2010 används imperfekt som tempus, även om beskrivna verksamheter fortfarande existerar.


När det gäller definitioner av begreppet anhörig så definierades i kommunens övergripande dokument den anhöriga som den person som var äldre, långvarigt sjuk eller hade en funktionsnedsättning det vill säga ”hjälpmottagaren” och närstående var den person som eventuellt hjälp te den anhöriga. Dessa definitioner stämmer med andra ord inte överens med de definitioner som tidigare angivits i denna rapport. Terminologin användes dock inte konsekvent inom kommunen. I den allmänna text i denna rapport som beskriver Uppsala kommuns anhörigstöd används begreppen på ett sätt som överensstämmer med nationella texter och de definitioner som tidigare gjorts av begreppen. I direkta citat anges ibland läsbeskrivningar för att göra klart vilken part som avses.

**Funktionshinderområdet**


När det gäller personer med funktionsnedsättning som var under 21 år så var det huvudsakligen Barn- och ungdomsnämnden och Kontoret för Barn, ungdom och arbetsmarknad som ansvarade för dem. I **IVE (Inriktning, verksamhet, ekonomi)** under rubriken ”Vård och omsorg” står det att barn och ungdomar med funktionsnedsättning ska få möjlighet att växa upp i sina föräldrabehem och att en förutsättning för det är att ett starkt stöd och avlastning utvecklas för föräldrarna. IVE beslutades av Kommunfullmäktige den 8-9 juni 2009 (Uppsala kommun 2009a).

I **barn- och ungdomsnämndens uppdragsplan** för 2010-2013 anges som effektmål under rubriken Vård och omsorg bland annat att ”Minst 90 procent av familjer med barn och ungdomar med funktionsnedsättning som ansöker om insatser ska vara nöjda med myndighetshetens bemötande och servicenivå” samt ”Minst 80 procent av dem som vänder sig till myndighetsheten ska vid första kontakten få en tydlig information om samhällets
insatser till personer med funktionsnedsättning.” Barn- och ungdomsnämndens updragsplan antogs den 11 juni 2009 (Uppsala 2009e).

I verksamheter som rörde barn och ungdomar var inte begreppet anhöriga etablerat och användes inte. Man talade, enligt myndighetschef, mer om föräldrar och insatser. En affärsområdeschef menade också att det inte gick att ge stöd till barnet/ungdomen utan att ha med hela familjen. På frågan om vad hon tänkte på när hon hörde begreppet anhörig blev svaret:


Individ- och familjeområdet

Det anhörigstöd som bedrevs på och administratorades av Anhörigcentrum vände sig till socialtjänstlagens samtliga målgrupper och då också till anhöriga till personer med exempelvis en beroendeproblematik (som var 21 år och äldre). De mål som gällde stödet till anhöriga till äldre och som formulerades i Äldrenämndens updragsplan gällde med andra ord även Anhörigcentrums verksamhet för denna målgrupp.

När det gäller beroende/missbruk så finns i IVE 2010-2013 ett inriktningsmål som kan sägas röra barn som anhöriga ”Det alkohol- och drogförebyggande arbetet med speciellt barnfokus i familjer med missbruckssproblem skall fördjupas” (Uppsala kommun 2009a s. 42). Socialnämnden för barn och unga, Barn- och ungdomsnämnden, Nämnden för vuxna med funktionshinder och Utbildnings- och arbetsmarknadsnämnden hade ett gemensamt uppdrag att fördjupa det alkohol- och drogförebyggande arbetet med speciellt barnfokus i familjer med missbrucksproblem.


Begreppen anhöriga eller anhörigstöd användes inte i verksamheter som riktade sig till barn. En intervjuad uppdragsstrateg sade att de inte tänkte på exempelvis insatser för barn till föräldrar med missbruk som anhörigstöd. En annan formulering i en intervju var ”anhörigstöd är föräldrastöd”. Inom verksamheter för vuxna var det vanligt att tala om familjen istället för om anhöriga, men ordet anhöriga förekom till exempel i benämningen anhöriggrupper.

---

21 Det socialpsykiatriska behandlingsteamet bedrev, i samverkan med landstinget, verksamhet för barn och ungdomar med svår psykisk problematik i kombination med självskadande beteende.
5.2 Handlingsplan för stöd till anhöriga
a. Har kommunen någon handlingsplan för stödet till anhöriga?
b. Vad innehåller den och när formulerades den?

Det fanns inte något i kommunen som benämndes handlingsplan för stödet till anhöriga. Möjlingen skulle enligt verksamhetsrepresentanter uppdrag och åtaganden kunna ses som en form av handlingsplaner.

Äldreområdet
Formuleringarna i uppdrag och åtagande kan variera med tiden, men som exempel kan ges ett förfrågningsunderlag avseende ett vård- och omsorgsboende där det står att: "Samverkan med närstående och andra, för den enskilde viktiga personer, ska ske utifrån den enskildes önskemål och medgivande.” "Brukarråd/anhörigträffar ska genomföras minst två gånger per år.” "Stöd och handledning ska ges till närstående i syfte att skapa förståelse för det rehabiliterande arbetssättet” ”Utföraren ska ge stöd till närstående och ha beredskap för att möta närstående i kris och vid behov hänvisa till annan kompetens.” (Uppsala kommun 2010f).

I exempel av förfrågningsunderlag gällande godkännande av utförare för hemvård står att ”Utförare ska utifrån brukarens önskemål samverka med närstående och andra, för brukaren viktiga personer.” (Uppsala kommun 2010g).

Funktionshinderområdet

I utförarnas avtal fanns enligt affärsområdeschefen för affärsområdet ”Boende vuxna” ett skakrav som angav att anhöriginformation skulle ske minst fyra gånger per år. Detta ska-kv kunde enligt chefen ifrågasättas utflyt från LSS eftersom kundens önskan måste respekteras om de inte ville att exempelvis mamma eller pappa skulle kontakta. Det fanns enhets/verksamhetschefer som menade att det var en sekretessöverträdelse att bjuda in anhöriga till enheterna medan andra chefer hade en annan syn och oronade fika och samkvämm på enheten.

Ett sätt att lösa detta dilemma blev att gemensamma anhörigträffar ordnades för alla enheter tillsammans, i lokal som inte tillhörde enskilt boende:


---

22Observera användandet av ordet närstående i de citerade texterna; läs anhöriga.
kvällar för att vi skulle dela upp det, men då kom det nittio, åttio, varje kväll.


5.3 Former av stöd till anhöriga

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

Fråga d. går för närvarande inte att besvara för kommunen som helhet. Se bilaga 3.

Anhörigcentrum


Det åtagande som gällde för kommunövergripande och öppna insatser, närstående och demensvårdsstöd, och som Anhörigcentrum arbetade utifrån innebar:

- att ge anpassat och verksamt stöd till hjälpgivande närstående (läs anhöriga) samt deras familjer för den enskildes möjlighet till ökad trygghet, självständigt och värdigt liv. Se anhöriga/närstående som en resurs och ge aktivt, varaktigt och individuellt utformat stöd.
- Tillhandahålla avgiftsfri avlösning, max 24 timmar per månad och familj utifrån familjens behov och önskemål. (Uppsala kommun 2009c, s. 40)

Anhörigcentrum fungerade som ett centrum för säkerställande av infrastrukturen gällande anhörigstödet med lättillgänglig information och system för kontinuerlig behovsinventering. Anhörigcentrum skulle också vara ett kunskapscentrum och mötesplats och bidra till fördjupade former för samverkan med ideella organisationer och frivilliga/volontärer (op. cit.). Anhörigcentrum ligger beläget i centrala Uppsala, men flera av anhörigkonsulenterna och demensvårdsutvecklarna hade sina arbetsplatser lokalisera på olika platser inom kommunen.


De former av stöd som gavs på Anhörigcentrum eller som samordnades och organiserades därför var stödjande samtal, anhöriggrupper, avgiftsfri avlösning, programverksamhet som syftade till att ge kunskap, information, samvaro och kanske en guldkant i tillvaron, anhörigcaféer, rekreationsdagar, må-bra-aktiviteter (t.ex. qigong, vattengymnastik, naturgrupper), information och vägledning (lotsning).

Om den avgiftsfri avlösningen kan nämnas att anhörig som vårdade en närstående i hemmet, med ett stort vård- och omsorgsbehov, hade en garanterad rätt till avgiftsfri och icke biståndsbedömd avlösning i hemmet 24 timmar per månad och om familjen inte hade annat bistånd. Om den anhöriga behövde mer än 24 timmars avlösning per månad utgick avgift för tiden som översteg 24 timmar. Enligt riktlinjerna för den avgiftsfria avlösningen var syftet att ”stödja och skapa trygghet för hjälpgivande anhöriga/närstående (läs anhöriga) och den som är i behov av stödet.” Den avgiftsfria avlösningen prioriterade alltså hjälpgivande anhöriga till personer utan biståndsbeslutat insats först och främst. Därefter följde hjälpgivande anhöriga till personer med biståndsbeslut i form av mattjänst, städinsats, färdtjänst och larm samt personlig assistans och boendestöd som ej var på plats när avlösaren var det och/eller som lämnade när den anhörige kom hem. På tredje och fjärde plats i prioriteringsordningen återfanns de som kunde få avlösning i samband med introduktion till dagverksamhet och/eller korttidsvård respektive introduktion till kontinuerliga insatser från hemvården. ”Speciell enstaka händelse och/eller stark oro kan vara grund för avgiftsfri avlösning även till de som inte är sammanboende, om situationen **ej kan lösas på annat sätt**, t.ex. insats från ideell sektor (volontär/frivillig)” (Uppsala kommun 2010b).

Anhörigkonsulenterna ansvarade för att familjerna fick en anhörigstödjare som passade familjen och de introducerade också anhörigstödjaren. Ambitionen som man oftast nådde upp till var att samma anhörigstödjare skulle komma varje gång. Vid ett stort antal avlösningstimmar i månaden var detta dock svårt att verkställa och flera anhörigstödjare kunde vara involverade i familjen.

Vissa möjligheter fanns också till avlösning i grupp på dagverksamhet, utan biståndsbeslut. I ”Klubb Balder” fanns fyra platser där personer med fysiska funktionsnedsättningar kunde vistas en heldag i veckan och i ”Onsdagsgruppen” kunde åtta personer med demenssjukdom tillbringa onsdagsaftermiddagarne.

Anhörigcentrum förde arbetsoanteckningar, och viss pinnstatistik, men inte statistik över vilka de anhöriga var som deltog i olika former av stöd. Någon ytterligare dokumentation fördes inte av respekt för anhörigas integritet och anhöriga kunde vara helt anonyma i sina kontakter med Anhörigcentrum. Om statistik skulle tas fram måste det göras på personnivå utifrån de enskilda anhörigkonsulenternas, demensvårdsutvecklarnas, anhörigstödjarnas med fleras egna arbetsoanteckningar. Eftersom antalet anhöriga uppgick till många hundra var detta inte realistiskt att göra i detta sammanhang. I tertialredovisningarna redovisades hur många
timmar anhörigstöd som gjordes i familjerna i hemmet och hur många timmar som gjordes i grupp. Det var alltså inte antalet personer som räknades utan antalet timmar anhörigstöd.

Den statistik som finns och som lämnats av samordnare på Anhörigcentrum visar att det totalt under 2010 var 725 personer som tog kontakt med Anhörigcentrum. Av dessa var 445 anhöriga och av de anhöriga var 107 anhöriga till någon under 65 år. Av de 445 kontaktnerna från anhöriga var det 112 som ledde till samtal med anhörigkonsulent.


Omfattningen av den avgiftsfria avlösningen uppgick inom demensstödet till 240 timmar per månad, varav 75 i grupp och anhörigstödet gav 550 timmar per månad varav 150 i grupp. Det var ungefär 80 familjer som hade avlösning varav 29 inom demensstödet. I snitt använde familjerna tio timmar avlösning per månad. Den absoluta majoriteten av dem som använde avgiftsfri avlösning var anhörig till någon som var 65 år och äldre.

**Äldreamrådet**

*Biståndsbedömt anhörigstöd*

I riktlinjerna för handläggning (Uppsala kommun 2008 s. 6) står som viktiga principer att ”om närstående (läs anhörig) svarar för vården och omsorgen om äldre med hjälpbehov, kan den som vårdar en anhörig få personligt stöd och rådgivning och vid behov bli avlöst,” samt att ”stöd till anhöriga är ett led i det förebyggande arbetet som gör att den närstående orkar bättre och att den enskilde kan bo kvar i bostaden.” Handläggning av god kvalitet förutsätter vidare bland annat ”vårdplanering där närstående medverkar om brukaren så önskar” och ”individuellt anpassade former för närståendestöd” (op. cit. s. 7).

De insatser som presenteras i riktlinjerna och som skulle kunna beskrivas som stöd för anhöriga där den närstående är 65 år och äldre är:

- Dagverksamhet för personer med demens och för personer med stora fysiska omvårdnadsbehov.
- Anhöriganställning, ledsagning
- Växelvårdsplats/avlastningsplats, korttidsboende
- Ibland kan make/maka ges bistånd för hemsysslor för att orka bedriva omsorgen.

Enligt sektionschefen för biståndshandläggarna var det inte självklart att se ledsagning och anhöriganställningar som anhörigstöd. Ledsagning var inte ett riktat anhörigstöd, men det fanns anhöriga som gärna ville ledsaga. Sektionschefen kände inte till något fall där anhöriga hade ansökt om bistånd för enskilda samtal. Ett tänkbart scenario i det fallet var att biståndshandläggaren skulle informera om de serviceinsatser som fanns och hänvisa till Anhörigcentrum för samtal. Om det inkom en ansökan och handläggaren bedömde den utifrån Socialtjänstlagen och om behovet kunde tillgodoses på annat sätt så kanske den anhöriga i alla fall skulle slussas över till Anhörigcentrum. Det berodde på hur frågeställningen skulle vara specificerad.

När det gällde anhöriganställningar, måste det finnas ett behov av omvårdnad hos den närstående för att anhöriga skulle nås av insatsen. Om det behövdes specifik kompetens (som kunde tillgodoses av anhörig) eller om behovet av vård inte var kontinuerligt över dygnet,
utan kunde förekomma när som helst och det inte gick för en hemtjänstgrupp att planera, då kunde det vara skäligt att bevilja en anhöriganställning. Den anhöriga skulle vara anställningsbar vilket innebar att det fanns en åldersgräns för anhöriganställning, men det gick att få dispens. Av de anhöriganställda var, enligt sektionschefen, många vuxna barn och vanligt var att den äldre personen hade utländsk bakgrund. Anhöriganställning kunde kombineras med hemtjänst. På frågan till sektionschefen om hon såg anställning som ett anhörigstöd blev svaret:


Antalet anhöriganställda till äldre personer uppgick under första halvåret 2010 till 68 personer.

För övriga biståndsbedömda stödinsatser fanns det inte uppgifter om vilka anhöriga som nåddes eftersom besluten beskrivdes i den närståendes akt och det framgick inte i kommunens statistik om dagverksamhet, växelvård ett cetera syftade till att vara anhörigstöd eller något annat. För att få fram statistik skulle varje ärende behöva granskas för att kunna ange rätt antal. Eftersom det handlade om tusentals bistånd var detta inte realistiskt att göra.

**Anhörigstöd inom vård- och omsorgsverksamhet**

I "Vård & bildnings" åtagande för kommunövergripande och öppna insatser står gällande **dagverksamhet** att utförarna ska erbjuda ett individuellt anpassat och verksamt stöd till anhöriga. Motsvarande formulering finns också gällande **korttidsplatser**. De ska erbjuda anpassat och verksamt stöd till anhöriga. Under rubriken ”Samverkan” framgår att samverkan med anhöriga och andra, för den enskilde viktiga personer ska ske, utifrån den enskildes önskemål och medgivande. Brukar/anhörigråd ska genomföras minst två gånger per år, stöd och handledning i rehabiliterande arbetssätt ska ges till anhöriga om hur den enskildes rehabiliteringsbehov bäst tillgodoses och verksamheten ska ha beredskap för att möta anhöriga i kris och vid behov hänvisa till annan specifik kompetens (Uppsala kommun 2009c).

Bland utförarna inom vård- och omsorgsverksamhet var det, bortsett från växelvård och dagverksamhet som till viss del syftade till att avlösa anhöriga, framförallt de enhets/verksamhetschefer som bedrev palliativ vård och medicinsk avancerad vård som nämnde i kartläggningsenkäten att de hade ett direktt anhörigstöd för de anhöriga som kom i kontakt med verksamheterna. Detta anhörigstöd utgjordes främst av samtal i olika former, ibland i gruppförsamling ledd av kurator samt efterlevandetid.

När det gäller frågan om vilka anhöriga som nåddes av stödet uppvisar svarerna från enhets/verksamhetscheferna en stor variation från att alla anhöriga nåddes, till närmast anhörig eller de som önskade ta emot stöd. I en växelvärdsenhet var svaret att det främst var döttrar och makar/makor som nåddes medan andra verksamhetschefer räknade upp fler familjerelationer. Stödet till anhöriga dokumenterades ofta inte (sex enkätvar). I enkätarna svarade några enhets/verksamhetschefer att det inte gick att svara på frågan om hur många anhöriga som fått stödinsats.andra chefer försökte besvara frågan utifrån antalet platser på enheten eller antalet dödsfall:

Kan ej svara på frågan! Vi har 47 boende och alla som frågar och som vi behöver kontakta stöttas på olika sätt i vardagen. Vi har ca 10 dödsfall/år.
Alla som vårdats på enheterna har fått anhörigstöd i någon form. Här har avlidit ungefär 130 vårdtagare sammanlagt på de båda enheterna och ungefär 10 har flyttat till annat boende.

Några enhets-/verksamhetschefer svarade att de erbjud stöd, men när innehållet i stödet granskades visade det sig att det utgjordes av det som vi i detta sammanhang bedömer som indirekt stöd, det vill säga huvudsyftet var inte att det skulle vara ett stöd för anhöriga utan ingick mer som rutin i omsorgsarbete för den närstående. Exempel på detta var att den anhöriga fick vara med vid ankomst- och uppföljningssamtal och vårdplanering tillsammans med vårdtagaren, att anhöriga fick samtala med kontaktmannen, men där samtalet inte rörde sig om anhörigas situation och reguljära anhörigträffar där information gavs om verksamheten. Dessa möten mellan anhöriga och personal kunde i sig eventuellt upplevas som stödjande för anhöriga, men de hade inte som huvudsakligt syfte att vara det. Ett flertal verksamhetschefer uppgav också att de hänvisade till Anhörigcentrum och till anhörigkonsulenterna när de mötte anhöriga som behövde stöd.

En majoritet av de tillfrågade enhets-/verksamhetscheferna svarade i enkäten annars nej på frågan om anhöriga erbjuds någon form av stöd i den egna verksamheten. Det betyder att resterande frågor i enkäten om anhörigstöd endast har besvarats av ett fåtal verksamhetschefer (sex stycken).

Affärsområdeschefen påtalade i en intervju att de endast gjorde sådant som de hade avtal på. Det betydde inom exempelvis hemvården att de inte "tog hand om" anhöriga:

Vi tar hand om frun i huset i hemtjänst, ja självklart att när mannen är hemma i huset när vi är där så ingår han i paketet, men vi gör ingenting utanför lägenheten när vi inte är där på avtalad tid för hustrun. Nu är jag lite fyrkantig. Det gör vi inte.

Affärsområdeschefen sade samtidigt på frågan om hur många det var i hans område som hade som uttalad arbetsuppgift att arbeta med anhörigstöd att alla hade det i någon mening, men avtalsmässigt fanns de bara i den del av organisationen där anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare fanns. Enkätvaren från verksamhetscheferna bekräftade denna beskrivning.

I uppdraget som berörde verksamheterna inom affärsområdet "Boende äldre" stod enligt affärsområdeschefen när det gäller anhöriga att verksamheterna skulle anordna anhörig- och brukarråd två gånger om året, men att en del enheter mer hade inriktat sig på anhörigträffar där de hade tagit in en föreläsare eller diskuterat utifrån något specifikt tema. Något systematiskt organiserat anhörigråd kände inte affärsområdeschefen till att det fanns på enheterna, men däremot att de flesta vid sidan av anhörigträffar också erbjud ett avslutningssamtal när den närstående inte längre bodde kvar. Till ett rehabiliteringsboende kom anhörigkonsulenter regelbundet för att informera anhöriga och erbjuder stöd. Affärsområdeschefen sade också att det anordnades anhörigstöd mer övergripande i kommunen, men att det inte uteslöt att stöd också skulle kunna anordnas mer lokalt. Till exempel skulle olika boendeenheter kunna samverka för att få ihop tillräckligt många anhöriga till anhöriggrupper som skulle kunna träffas för att utbyta erfarenheter.

Äldreombudsmannens arbete kunde till viss del definieras som direkt anhörigstöd då hon tog emot samtal från anhöriga som hade närstående som för illa och där de anhöriga inte visste hur de skulle göra för att få hjälp, mötte anhöriga i svåra känslomässiga situationer där skuld och sorg var framträdande samt tog emot klagomål, synpunkter och lyssnade på de anhöriga. Förutom att lyssna och ta de anhöriga på allvar kunde äldreombudsmannen ge information, kunskap och ibland framföra de anhörigas synpunkter direkt till verksamheterna. Hon kunde också hjälpa till med att lösa konflikter och svårigheter. Äldreombudsmannen stötte ibland på
exempel på negativa attityder bland vårdpersonal då hon kunde få höra att ”de bästa anhöriga är de som håller sig borta”. ”Det fanns också boendeenheter där nästan all kraft och energi gick åt till att bemöta en missnöjd anhörig” (Åkerlind Skuteli 2010).

**Funktionshinderområdet**

*Biståndsbedömt anhörigstöd*

Det biståndsbedömda stödet riktade sig till dem som enligt lagstiftning hade rätt till aktuell insats. När det gällde stöd till anhöriga till barn och ungdomar med funktionsnedsättning var det i många fall svårt att särskilja direkt och indirekt anhörigstöd. Ett insats som bara var till för anhöriga (utan att ordet anhörig nämndes) var avlösarservice i hemmet. Avlösarservice är en insats riktad till föräldrar till barn med funktionsnedsättning för att föräldrarna skall ha möjlighet att koppla av eller genomföra aktiviteter som barnet inte kan delta i. ”Vård & bildnings” affärsområde ”Barn, ungdom & familj” utförde avlösarservice utifrån biståndsbeslut. På kommunens hemsida gick det att läsa att avlösare rekryterades tillsammans med föräldrarna för att föräldrarna skulle känna sig trygga när de lämnade sitt barn.

Avlösarservice genomfördes alla tider på dygnet i hemmet och kunde även ges under natten för att ge föräldrar möjlighet att sova ostört. Samarbete skedde med landstinget om barnet behövde medicinsk kompetent personal. Som mest, med få undantag, kunde familjerna ha avlösarservice upp till 60 timmar i månaden. Handläggarna hade 25 timmar på egen delegation per månad och allt annat var nämndärenden. Avlösarservicen kunde enligt uppdragsstrateg ges även utanför hemmet.

På myndighetssidan på Barn och ungdomsenheten gick det att få fram statistik över avlösarservice i hemmet, men att få fram statistik över andra stödinsatser för anhöriga skulle kräva att varje enskild journal granskades. Statistik för dem som använde sig av olika typer av insatser rapporterades i april och augusti. I augusti 2010 var det 110 personer som hade avlösen enligt LSS och åtta enligt SoL.

För de insatser där syftet ofta var att stödja anhöriga, men inte alltid, var siffrorna för augusti 2010: korttidshelg 50 personer, korttidsboende 100 personer, lägervistelse (på sportlov och sommarlov) 43 personer, korttidsstillsyn/eftermiddagstillsyn 117 personer, ledsgenning enligt LSS 111 och enligt SoL 6 personer, kontaktperson enligt LSS 68 och enligt SoL 16 personer, stödfamilj 40 personer och kontaktfamilj enligt SoL 9 personer. På ungdomsfritids gick 76 ungdomar och på ungdomshelg 76 ungdomar.


Enligt myndighetschefen BUN kunde kontakten med en biståndshandläggare vara ett bra stöd för anhöriga/föräldrar.

De insatser som beskrevs av sektionschefen på Sektionen för LSS och socialpsykiatri och som nämndes i Nämnden för vuxna med funktionshinders råd och handläggning gällande stöd och omsorg till personer med funktionsnedsättning 21 år, och som eventuellt skulle kunna ses som anhörigstöd var:
- Stöd i assistansliknande former som i undantagsfall kunde utföras av anhörig (SoL).
- Anhöriganställning där hjälpbehovet till största delen skulle utgöras av personlig omvårdnad (SoL) och stödet utgjordes av att den anhöriga inte behövde förserja sig med annat. Myndigheten var restriktiv med att endast bevilja anhöriganställning eftersom det kunde behövas personer i familjen som kom utifrån också. En hel del invandrarfamiljer där det fanns språkliga problem beviljades anhöriganställning.
- Korttidsplats (SoL), korttidsvistelse utanför det egna hemmet för att avlösa anhörig (LSS)
- Dagverksamhet för personer med demenssjukdom kunde ha syftet att avlösa anhöriga (SoL).
- Eftermiddagstillsyn för personer som på grund av tillsynsbehov inte kunde åka hem efter daglig verksamhet om det inte var någon som mötte upp i hemmet till exempel om föräldrar förvärvsarbetade (SoL).
- Kontaktperson (SoL).
- Avlösarservice i hemmet (LSS) (Uppsala 2010e).

Sektionschefen på Sektionen för LSS och socialpsykiatri nämnde att barnkonventionen fick genomslagskraft i handläggningen gällande semestervisiteller och korttidsvistelser som var generösare om det fanns minderåriga barn, syskon, till en person med till exempel utvecklingsstörning i hemmet. Syskonen var i detta avseende anhöriga som kunde behöva egen tid med föräldrar ibland eller lugn i hemmet. Omfattningen av de här besluten var inte stor (storleksordning fem ärenden per år) eftersom det inte var så många hemmaboende personer med funktionsnedsättning över 21 år som hade väldigt unga syskon. Kontaktpersoner kunde också användas för att avlösa föräldrar och yngre syskon.

Sektionschefen påpekade också att det var skillnad mellan anhöriga som hade en närstående som hade haft en funktionsnedsättning hela livet och nu var vuxen och anhöriga där den närstående hade fått en funktionsnedsättning senare i livet. De anhöriga i den senare situationen var i större behov av information, kunskap och kontakter än de andra anhöriga som var vana vid situationen sedan en längre tid tillbaka. De senare hade förmodligen fått denna information i instanser som handhade barn med funktionsnedsättning.

Sektionschefen nämnade att de också hänvisade anhöriga till Anhörigcentrum och till intresseorganisationer.

**Anhörigstöd inom vård- omsorgsverksamhet**

Enligt affärsområdeschefen för ”Boende vuxna” utfördes inte något specifikt anhörigstöd ute i detta affärsområdes verksamheter. Enligt avtalen skulle anhöriga informeras om verksamheterna. Vid behov av enskilt stöd till anhöriga kunde verksamheterna hänvisa till Anhörigcentrum eller habiliteringen. Affärsområdeschefen trodde dock inte att samtliga medarbetare kände till Anhörigcentrum. En komplikation var också att det var kunden som var huvudmanna vilket innebar att verksamheten inte kunde säga att de skulle ha en nära relation eller ordnat kontaktnät med anhöriga. I samband med inflyttningar stödde personalen anhöriga i den meningen att de arbetade för att de anhöriga skulle känna sig trygga i att låta den närstående flytta hemifrån.

Inte heller affärsområdeschefen för ”Assistans, stöd & service” menade att verksamheten bedrev något specifikt anhörigstöd, men att anhörigas situation beaktades i genomförandeplaner.


Affärsområdeschefen nämnde också att de hänvisade till Anhörigcentrums där det fanns resurser och personer som var vana vid att samtal med anhöriga. När det gällde frågan vilka anhöriga som stödet vände sig till så framförde affärsområdeschefen att det var en nackdel att Anhörigcentrums avgiftsfria avlösning främst riktades till personer som inte hade andra insatser:

Om min make råkar ut för någonting och jag är mitt i livet så kan jag inte bara sluta jobba för att ta hand om honom. Om jag inte blir anställd. Jag måste ha något att leva på. Det är lite skillnad. Vi har talat om för uppdragskontot många gånger för de tycker inte att vi får tag på tillräckligt många under 65 att hjälpa (med anhörigstöd). De som jobbar mellan 8 och 17 och sedan har sin make hemma på kvällen behöver också avlösning. Annars är de lästa mellan 17 till nästa morgon för biståndsbeslutet är utifrån personens behov och det är mellan 8 och 17 då den är ensam. Då blir det lika låst i alla fall så jag skulle vilja att avlösning och så vidare gäller även dem som har ett beslut. De som inte har dygnetruntinsatser. Om det är så att man inte vågar lämna.

Assistansen var utformad på den funktionshindrade personens villkor och det var enligt chefen inte alltid så att kunden och den anhöriga ville samma sak. En informationsinsats planerades då representanter för Anhörigcentrum skulle komma ut till affärsområdets verksamheter och informera om vad som fanns att tillgå på Anhörigcentrum. Det hade också hänt att verksamheten hade ordnat föreläsningar i egen regi dit anhöriga och kunden hade bjudits in tillsammans med assistenterna. Föreläsningarna handlade om specifika sjukdomar och vilket stöd som fanns att tillgå.

Av de två enhets/verksamhetscheferna i affärsområdet som besvarade kartläggningsenkäten var det en som uppgav att anhöriga erbjöd stöd i hennes verksamhet. Verksamheten var assistants- och kontaktpersonverksamhet och stödformen utgjordes av samtal med enhetschef samt hänvisningar till Anhörigcentrum. Enhetschefen vände sig till alla anhöriga, men nådde främst dem som själva var aktiva.


Av de fjorton **enhets/verksamhetschefer** som besvarade enkäten inom affärsområdet angav fyra att anhöriga erbjöds stöd inom deras verksamheter. De stödformer som det handlade om var avlösarservice till föräldrar med funktionshindrade barn, korttidstillsyn på ungdomsfrittids och korttidsvistelse på ungdomshelg, avlösning av föräldrar i form av stödfamilj, kontaktfamilj och familjehem. Enhets/verksamhetschefen för Familjehemmen svarade att hon hade ett åttiotal familjer som fungerade som avlastningsfamiljer. En chef för ett HVB-hem skrev att de alltid jobbade med föräldrarna när barnet var placerat där och att det utgjorde en del av behandlingen. Det huvudsakliga syftet beskrevs alltså inte i detta fall i termen av att vara ett stöd till de anhöriga utan ingick i behandlingen av den närmaste.

**SUF-Kunskapscentrum (Samverkan, Utveckling, Föräldraskap)** arbetade för att öka förståelsen för familjer där föräldrar hade kognitiva svårigheter och för att utveckla bedömningsinstrument, gruppverksamheter och pedagogiska modeller för nämnda målgrupp. Verksamheten bedrevs i samverkan mellan länets samtliga kommuner, landstinget, Regionförbundet Uppsala län och FUB (För barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning). En stödgrupp för barn till föräldrar med kognitiva svårigheter planerades inför år 2011 i Uppsala kommun (Nilsson 2010).

**Individ- och familjeområdet**

I uppdragsplanen för Utbildnings- och arbetsmarknadsnämnden nämns inte något som direkt eller indirekt kan tolkas som stöd till anhöriga. Ett undantag är att nämnden skall fördjupa det alkohol- och drogförebyggande arbetet med speciellt barnfokus i familjer med missbruksproblem (Uppsala kommun 2009h). När det gäller IFO/försörjningsstöd så bekräftade en strateg i ett mailsvar att det inte förekom något som skulle kunna betraktas som anhörigstöd där:

I den verksamhet som vår nämnd (Utbildnings- och arbetsmarknadsnämnden UAN) ansvårar för när det gäller IFO/försörjningsstöd arbetar vi främst med frågan om hushållets försörjning och vägar till egen försörjning. Vi har inget riktat arbete för anhöriga till personer/familjer som får socialbidrag som syftar till att ge dem stöd. Om en person som har socialbidrag också har andra insatser för att tillgodose andra personliga behov så är det övriga IFO som ger sådana insatser, och i så fall också anhörigstöd.

anhöriga till dem som bodde på de två stödboenden som fanns sade affärsområdeschefen att det kunde vara svårt att nå dem eftersom de boende hade mångåriga missbruk bakom sig och hade ofta inte längre kontakt med anhöriga.


I Uppsala kommun fanns fyra familjeenheter som låg under Uppsala Vård och bildning, Råd och stöd med Socialnämnden för barn och unga som uppdragsgivare. Verksamhetsbeskrivningarna såg olika ut, men Gottsunda familjeenhed skrev om sin verksamhet att de vände sig till barn och ungdomar i åldern 0-20 år och deras föräldrar. ”Det kan handla om barn och ungdomar som behöver stöd i sina egna upplevelser av svårigheter. Föräldrar som söker oss behöver stöd i sin föräldraroll.” Det senare kunde handla om reltionsproblem, kulturella svårigheter, ångslan eller oro för sin familjesituation eller andra svårigheter i föräldraskapet. Stöd kunde även ges till andra viktiga och närstående personer i barnets/den unges eller familjens nätverk. Besöken var kostnadsfria och besökaren kunde vara anonym. Tillgängligheten var god och brukare som hörde av sig per telefon blev upprindna senast påföljande dag. Ett första besök brukade kunna erbjudas inom en vecka. De metoder som användes var samtal, barnsamtal (inkluderat metoden Tejpnings, en metod där man arbetar med trädodcer för att rekonstruera krisssituationen), ”Metodiska samtal med barn i svåra livssituationer”, barnorienterad familjeterapi, föräldrastöd genom miljöterapeutiskt arbete, råd och stöd-familjebehandling, funktionell familjeterapi, gruppvårdenhet för barn ”Skilda världar” (för barn till separerade föräldrar med samarbetsvåghet), enskilda samtal med ungdomar, ungdomsmottagning, föräldrarådsn, nätverksmöten, föräldrarutbildning Cope, lokalt områdesarbete/ungdomsförebyggande arbete, samverkan skola socialtjänst polis,
Gottsunda områdesgrupp, kommunal samverkansgrupp, tidigt förebyggande arbete (besök i förskolor, skolor m.m.), familjecentererat arbete (samarbete med landstingets mödra-barnavård för barn mellan 0-5 år, föräldragrupper) samt Snorkel (förebyggande verksamhet gällande barn/ungdom med nedstämdhet/oro/ängest, samarbetsprojekt med landstinget). Även om inte benämningen anhörigstöd eller anhöriga nämndes i detta sammanhang handlade en del av verksamheterna vid familjeenheterna om att ge stöd till barn/unga som hade förälder med funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom eller föräldrar till barn i sådana situationer. Arbetet bedrevs utifrån ett systemteoretiskt synsätt vilket för familjeenheten innebar att ”varje människa formar och är formad av det som händer omkring henne och i relation till andra människor.” (Uppsala kommun 2011c, s 3).


Trappan var en verksamhet som låg under ”Råd och stöd” inom ”Vård & bildning”. Verksamheten vände sig till barn och ungdomar i åldern 5-20 år och deras föräldrar. All kontakt med Trappan var kostnadsfri och man kunde vara anonym. De syften med Trappans verksamhet som är av intresse i detta sammanhang var att ge stöd och hjälp till barn och unga i egenskap av anhöriga till föräldrar med alkohol/drogproblem, psykisk ohälsa, konfliktfyllda separationer eller upplevt våld samt att erbjuda stöd till barn och ungdomar till föräldrar med utvecklingsstörning eller andra intellektuella begränsningar. Barn och ungdomar fick genom att delta i gruppinnsatsar att ge stöd till föräldrar och ungdomar med liknande erfarenheter möjlighet att dela tankar och känslor. I gruppen gavs en ökad kunskap och förståelse av hur effekter av föräldrars problem kunde påverka alla i familjen. Deltagarna fick en ökad medvetenhet om sina egna behov och kunde arbeta med att bryta ohållsamma mönster. Grupperna bestod av 6-10 barn/ungdomar som träffades vid 10-12 tillfällen. Trappan genomförde 16-20 grupper per år. Verksamheten var inspirerad av systemteoretiskt tänkande utifrån Sharon Weshneider, Virginia Satir och Anton Antonovsky.

I Socialnämnden för barn och ungas verksamhetsberättelse för år 2010 framgår omfattningen av Råd- och stödverksamhetens föräldrarstöd: 112 personer hade fått enskilt stöd och 278 personer hade deltagit i gruppverksamhet.

5.4 Efterlevandestöd
a. Finns det något efterlevandestöd?
b. Beskriv efterlevandestödet! (innehåll, arbetsformer, målgrupp, ålder)
Anhörigcentrum
De enskilda kontakter som anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare hade, klipptes inte av direkt utan fick klinga av efter det att den näststående avlidit. Anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare kunde också lotta vidare till andra instanser som gav efterlevandestöd som exempelvis kyrkor, diakonin eller cancervården inom landstinget. Inom ramen för Anhörigcentrums verksamhet bedrevs inte några anhöriggrupper för efterlevande, men de grupper som fortgick under ledning av frivilliga kunde innehålla efterlevande. Efterlevandestöd fanns inte heller med i Anhörigstödets uppdrag.

Äldreområdet

När någon av våra patienter dött, informeras alltid anhöriga om vårt efterlevandestöd och vi tar kontakt efter en månad och erbjuder besök. Vem/vilka i teamet som tar ansvar för den enskilda uppföljningen, avgörs vid vår minnesstund. Ibland kan det vara nödvändigt med stöd från flera professioner i sjukvårdsteamet. Vi planerar det andra besöket efter 3 månader. Avslutande samtal genomfördes på ett par av de övriga enheterna och några av cheferna nämnde att de informerade om och hänvisade till kyrka, föreningar, anhörigstödjare med mera om den anhöriga ville tala med någon. I ett boende kontaktade sjuksköterska anhöriga efter dödsfallet och erbjöd samtal med läkare.

Funktionshinderområdet
Sektionschefen vid Sektionen för LSS och socialpsykiatri kände inte till något organiserat efterlevandestöd, men nämnde den allmänna medmänsklighet som fanns efter dödsfall och då anhöriga exempelvis skulle tömma lägenheten på en gruppbostad. Enligt motsvarande chef på myndighet barn och ungdom fanns inte något efterlevandestöd inom detta område.


Detsamma gällde verksamheterna inom affärsområdet ”Assistans, stöd & service”. Affärsområdeschefen sade att de inte hade något upparbetat sätt att agera på, men eftersom varje enhet endast hade tio, femton ärenden och kände personerna väldigt väl så hade de ofta kontakter efter dödsfall. Chefen sade vidare att det kanske skulle kunna vara en idé att bygga upp en rutin med efterlevandesamtal med anhöriga som inte bott tillsammans med den avlidne.

En av de två enhets/verksamhetschefer inom ”Boende vuxna” svarade i enkäten att de inte hade något metodiskt stöd, men att efterlevande hade behov av att ”dela sorgen” med boendepersonal och medboende varför det gavs tillfälle till samtal efter inträffat dödsfall.

Individ- och familjeområdet
Gottsunda familjeenhet (och kanske även övriga tre) bedrev ”Metodiska samtal med barn i svåra livssituationer”. En sådan svår livssituation kunde vara en förälders död. ”Samtalet
skedde i form av processamtal/bearbetande samtal för att utröna vad som skett, ge sammanhangsförklaringar och förtydliganden i den direkta dialogen.” (Uppsala kommun 2011c). I övrigt framkom inte något organiserat efterlevandestöd inom individ- och familjeområdet.

5.5 Relationer

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

Uppsala Produktion Vård & bildning hade en etisk kod som gällde för samtliga ingående verksamheter:

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

Kommunen hade också en kvalitetspolicy där visionen var att ”Uppsalaborna har förtroende för sin kommun och är nöjda med de tjänster som erbjuds.” Den enskilde brukare som tar emot en tjänst ska uppleva att:

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

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

Anhörigcentrum

Det anhörigstöd som utgick från Anhörigcentrum beskrevs av intervjupersoner i termer av att vara individanpassat, värdigt, flexibelt och att öppna dörrar istället för att stänga dem. De samtal som bedrevs karakteriserades som medmänskliga där syftet var att stötta anhöriga att finna lösningar på sina problem eller hur de kunde förhålla sig till dem. Stödet skulle vara lättillgängligt, man kunde komma in bara eller ringa till ett telefonnummer. Anhörigkonsulenterna visste att det för anhöriga kunde vara mycket arbetsamt att ha kontakt med många människor och försökte därför underlätta genom att ringa och ta reda på information för de anhörigas del eller genom att be andra att ta kontakt med de anhöriga.

Äldreområdet

Vården och omsorgen ska vila på en humanistisk människosyn om alla människors lika värde med respekt för självbestämmande och integritet. All vård och omsorg ska utformas i nära
Samverkan med vårdförmågan och dennes närstående för att optimalt förstärka dennes möjligheter och förutsättningar att leva ett så självständigt liv som möjligt. (Åldrenämndens uppräkningsplan, Uppsala kommun 2009b s. 18)

Åldrenämndens värdegrund, uttrycktes genom värdebegreppen: Trygghet, Inflytande, Tillgänglighet, Oberoende, Respekt och Bemötande = TITORB (Uppsala 2007a). De punkter som förtydligade vad TITORB innebar och som särskilt lyfte fram anhöriga var:

- Närmstaende ges ett gott stöd vid behov.
- Vårdtagaren och/eller de närmstaende ges medinflytande i vårdplaneringen.
- Vårdtagare och/eller de närmstaende får god information om hälsotillstånd, vårdinsatser och behandling.
- Vårdtagare och/eller de närmstaende får god information om personalen och deras funktion och hur man når dem på bästa sätt.
- All personal har ett vänligt och empatiskt bemötande mot vårdtagare och närstående.

Affärsområdeschefen för affärsområdet ”Boende äldre” sade att de anhöriga främst kom in under punktarna inflytande, respekt och trygghet, men hon sade också att fokus inom hennes affärsområde mest låg på de boende och att anhörigfrågorna skulle kunna uttals mer. Om inställningen till anhöriga sade affärsområdeschefen:

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

De sex enhets/verksamhetscheferna som besvarade denna enkätfråga beskrev förhållningssättet i termer av empati, medkänsla, respekt, lyhördhet för de specifika behov enskilda anhöriga hade, helhetssyn, människors lika värde, ett professionellt förhållningssätt, lyssnande och att arbeta utifrån mottot ”så här skulle jag vilja ha det själv”. En verksamhetschef i palliativ vård skrev att de anhöriga var lika viktiga som vårdförmågan.

**Funktionshinderområdet**


I intervjuerna med affärsområdescheferna refererade de till den gemensamma värdegrunden och till den etiska kodan. En fundering var om medarbetarna var medvetna om att vårdegrunden även gällde anhöriga.


"Vi har ju vår värdegrund och den skall gälla generellt över hela vår verksamhet. I och för sig nu när vi har fokus på anhöriga; undrar om vi tänker på den när vi beklagar oss över anhöriga."
Om inställningen till anhöriga framförde Affärsområdeschefen för ”Socialpsykiatri & beroende” att anhöriga var mycket viktiga för verksamheterna och de näststående och hon uppmanar personalen att ”se” dem. Ett exempel utgör områdeschefens inställning till att ha kontakt med anhöriga även om inte den näststående ville ha kontakt med dem:


Svaren från sex enhets/verksamhetscheferna på frågan om vilket förhållningssätt de hade till anhöriga reflekterade inte ett uttalat anhörigfokus. Svaren var att a) utifrån föräldrarnas behov ta hand om deras barn, b) att barnet skall uppleva trygghet, delaktighet, initiativförmåga, ett respektfullt bemötande och en meningsfull fritid c) vi arbetar efter syftet i biståndsbeslutet och d) etisk kod e) att bemöta med respekt samt f) att det var av nöden att personalen utvecklade och bibehöll en bra relation med kundens nätverk, men att det var kundens önskemål och behov som fick styra.

**Individ- och familjeområdet**

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

Den verksamhetsidé/värdegrund som beskrevs för Gottsunda familjeenhet löd: ”Familjen är den grundläggande enheten och den naturliga miljön för dess medlemmar och särskilt betydelsefull för barnens utveckling och välfärd. Föräldrarna är de som i första hand har ansvaret för barnets upphovsan och utveckling. Samhällets roll är att på olika sätt stödja föräldrarna i deras föräldraskap.” Det går vidare att läsa att grunden i familjeenheternas arbete utgjordes av samtal vilket kräver en tillitsfull relation. Arbetet bedrivs utifrån ett systemteoretiskt synsätt och verksamheten genomsyndrades av ett salutogent synsätt (Uppsala kommun 2011c s. 2).

Affärsidén som formulerats inom affärsområdet ”Socialpsykiatri & beroende” och där råd- och behandlingsenheten bedrev anhörigstöd lydde: ”Med stort engagemang, bred kunskap och med hög kvalité, ger vi stöd genom livet. Vi tar väl vara på människors egna förmågor till förändring och vi erbjuder verksamhet med spetskompetens.”

(http://vardochbildning.uppsala.se/vard/socialpsykiatri--beroende)

**5.6 Stödplaner**

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

Några stödplaner för anhöriga upprättades inte i några sammanhang inom något av områdena. I samband med den avgiftsfria avlösningen gjordes en skriftlig överenskommelse med den anhörige om avlösningens innehåll och utformning. Vi övergår därför till frågan om hur anhörigas situation beaktades samband med planering av omsorg, stöd och vård.

Äldreområdet


Det fanns i biståndshandläggningen inte några rutiner eller metoder för enskilda samtal med anhöriga.

Det är nog situationen som avgör. Jag kan tänka mig att man kan hamna i den situationen som biståndshandläggare även om man inte själv leder in det på det, men vi har inte någon sådan metod som vi jobbar utifrån utan det är mer situationen och vad situationen kräver. Många samtal med anhöriga sker på telefon också och då blir det individuellt. (sektionschef Sektionen för hemvård och boenden)

I enkäten till enhets-/verksamhetscheferna formulerades frågan: Hur beaktas anhörigas situation i samband med planering av omsorg/stöd/vård? Bland de 21 svaren märks ett par som betonade att det var kunden som verksamheten huvudsakligen var till för.

Det är ju kunden som är vårt främsta uppdrag inte de anhöriga, men såklart ser vi till helheten. (enhets/verksamhetschef hemvården)

Inom hemvården skrev några chefer att verksamheterna kunde signalera till anhöriga att de behövde avlösning och annat stöd i form av tid och utökade insatser eller motivera dem att ta emot stöd för egen del, men också motivera den närstående att ta emot hjälp för att stödja den anhöriga. Genom ge insatser till kunden avlastades anhöriga. I ett enkätssvar från hemvården poängterades också att anhöriga var en viktig resurs när det gällde att erhålla information och som stöd och hjälp i vård- omsorgsarbete och i ytterligare ett par enkäter framhölls att anhöriga var viktiga i planeringen. Vid larminstallationer bokades tid som passade anhöriga om de ville närvara. Affärsområdeschefen för ”Hemvård & kvarboende”
nämnde att anhöriga var med som en part och tog del av genomförandeplaner och arbetsplaner. Han fortsatte:

Ibland kan det vara viktigare att ha en god relation med den närstående (läs anhörige) än med kunden för att få bra förutsättningar för omsorgen. Det tror jag är en medvetenhet som ökat för varje år som går.

Av de tretton enhetsverksamhetschefer för boenden som besvarade frågan uppgav några i allmänna termer att anhörigas medverkan var viktig och stor. Lite mer specifika svar (fem stycken) var att anhöriga tillfrågades i samband med genomförandeplaner, inskrivningar, välkomstssamtal, vid uppföljningar och att de i samband med vårdplaneringar bidrog med viktig information om exempelvis sin situation, sin historia med den närstående och förväntningar på framtiden. Anhörigas situation kunde vidare beaktas genom att information gavs om det stöd som kunde fås från Anhörigcentrum eller kurator. Inom växelvårdsverksamhet var anhörigas situation central och planering skedde utifrån denna eftersom syftet kunde vara just att vården skulle utgöra stöd för anhöriga. Detsamma gällde dagverksamheten som också kunde ge möjlighet till övermatning för den närstående. Sjukvårdsdelar avstod av anhörigas delaktighet i vården. En chef nämnde att de var mycket medvetna om anhörigas ibland svåra känslomässiga situation, men inte hur det påverkade planeringen. Ett par chefer betonade särskilt att anhöriga skulle vara delaktiga i vårdrörelsen och ha en känsna av att ingå i teamet. Affärsområdeschefen för ”Boende äldre” sade angående vårplaneringer att anhöriga bjöds med och kunde delta utifrån önsknemål.

Erfarenheter från anhörigkonsulent/håll var att anhörigas situation i samband med vårplaneringar inte alltid beaktades. Det hände att anhöriga bad chefer att ge informationen i samband med vårplaneringar. Sjukvårdsdelar avstod av anhörigas delaktighet i vården. En chef nämnde att de var mycket medvetna om anhörigas ibland svåra känslomässiga situation, men inte hur det påverkade planeringen. Ett par chefer betonade särskilt att anhöriga skulle vara delaktiga i vårdrörelsen och ha en känsna av att ingå i teamet. Affärsområdeschefen för ”Boende äldre” sade angående vårplaneringer att anhöriga bjöds med och kunde delta utifrån önsknemål.

Erfarenheter från anhörigkonsulent/håll var att anhörigas situation i samband med vårplaneringar inte alltid beaktades. Det hände att anhöriga bad chefer att ge informationen i samband med vårplaneringar. Sjukvårdsdelar avstod av anhörigas delaktighet i vården. En chef nämnde att de var mycket medvetna om anhörigas ibland svåra känslomässiga situation, men inte hur det påverkade planeringen. Ett par chefer betonade särskilt att anhöriga skulle vara delaktiga i vårdrörelsen och ha en känsna av att ingå i teamet. Affärsområdeschefen för ”Boende äldre” sade angående vårplaneringer att anhöriga bjöds med och kunde delta utifrån önsknemål.

**Funktionshindrerområdet**

Några stödplaner för anhöriga upprättades alltså inte, men möjliga kan den plan som utarbetades tillsammans med föräldrarna vid avlösningsservice i hemmet, ungdomsfritids/helg och avlösning med hjälp av kontaktfamilj, stödfamilj och familjehem betraktas som en delstödplan eftersom syftet var just att avlösa förråderarna.

Enligt *sektionschefen* på Sektionen för LSS och socialpsykiatri gjordes personliga överenskommelser på boenden med den boende och då tog man även med anhöriga om den enskilde inte motsatte sig detta, men en strävan fanns också att stärka den enskilda som vuxen:

Vi tar ju emot personer från 21 år och uppåt så vi gör ju en skillnad när vi säger att nu är du vuxen och vi försöker liksom markera att vi förväntar oss andra saker av en vuxen än man gör av ett barn. Så därfor försöker vi vända oss väldigt mycket till den enskilde eller den legala företrädaren. /…/ Jag har suttit på många möten med anhöriga som tycker att dom vill bestämma väldigt mycket åt den enskilde, som inte är med på mötet och där vi ändå, vi lyssnar av för att dom har kunskap, men det är den enskildes önskan som vi försöker tolka.

Anhöriga/förråder till barn med funktionsnedsättning var självklara parter i samband med planeringar av olika slag. Enligt *affärsområdeschefen* för ”Barn, Ungdom & familj” var det mer frågan ”Hur får vi med barnet?” som var aktuellt. Hur kommer barnperspektivet in i planeringen, hur får barnen komma till tals? Det kunde vara så att föräldrarna behövde en sak och barnet behövde något annat. Av de sex enhetsverksamhetschefer som besvarade
enkätfrågan "Hur beaktas anhörigas situation i samband med planering av omsorg/stöd/vård?"), inom affärsområdet konstaterade flera att samverkan var stor med föräldrarna till barn som exempelvis vistades på korttidshem. En chef skrev att "vi anpassar oss till familjen i den mån det är möjligt utifrån våra förutsättningar". En annan chef skrev att föräldrarna var uppdragsgivare så all omsorg/stöd anpassades efter familjens önskemål. Förutsättningarna kunde se olika ut beroende på vilken sorts verksamhet som avsågs. Ett svar från en chef lät att de inte hade ett aktivt uppdrag att arbeta med anhörigstöd, men att det var viktigt att familjen var delaktig i ungdomens behandling. I ett korttidshem för utredningar av familjer skrev chefen att de personer som anhöriga ville ha med vid samtal och dylikt bjöds med och att placerade familjer uppmuntrades att bjuda in för dem viktiga anhöriga till boendet.

Affärsområdeschefen för "Assistans, stöd och service" sade om anhörigas delaktighet i planeringar:


Affärsområdeschefen sade också att anhöriga ofta hade väldigt mycket synpunkter på vilka personliga assistenter som skulle anställas.

Inom affärsområdet "Socialpsykiatri & beroende" sade affärsområdeschefen att i samband med den individuella planen gjorde man upp vilka anhöriga som fanns och vilken information de skulle få.

Inom affärsområdet "Boende vuxna" innehöll åtta av de sexton besvarade enkäterna, svar på denna fråga. Fyra av svaren betonade att det var kundens behov som gick främst: "Allt beror på kundens önskemål", "Vår prioritet är vår kund". Ett par personer skrev att det var biståndshandelagens beslut som styrde och lika många påpekade att det kunde se mycket olika ut från fall till fall. En av enhets/verksamhetscheferna skrev att "stor hänsyn tas alltid till anhöriga."

Individ- och familjeområdet
Av tolv svar från enhets- verksamhetschefer inom affärsområdet "Socialpsykiatri & beroende" påpekade sex personer att den närstående var myndig och/eller att han/hon avgjorde i vilken utsträckning anhöriga skulle vara delaktiga. På ett par av enheterna erbjuds anhöriga, om den närstående önskade, att vara med när personliga överenskommelser skrevs och på en annan att anhöriga i den mån de var berörda informerades vid förändringar av stöd. En chef nämnde att personalen hade full förståelse för att anhöriga många gånger hade haft ett tufft arbete och nu tyckte det var skönt att få dela eller lämna över ansvaret på någon annan. Observera att dessa enkätåsar representerar både verksamheter för socialpsykiatri och beroende.

5.7 Information, tillgång till stöd och motivationsarbete

a. Hur sker informationen om det stöd till anhöriga som finns?

b. I vilket skede nås anhöriga?

c. Hur får anhöriga tillgång till de olika stödformerna?

d. Hur försöker kommunen nå ut till dem som inte redan är kända?
Anhörigcentrum

Vård & bildning hade, enligt uppdragsstrategen i sitt uppdrag för 2010-2011 att göra anhörigstödet känt. Det anhörigstöd som det på olika sätt informerades om, var det som genomfördes i Anhörigcentrums regi.

I uppdrag till utföraren angav uppdragskontoret enligt uppdragsstrateg i ska-krav bland annat:

- utförraren ska ha plan för informationsspridning och interaktion med olika intressenter så att detta uppdrags olika delar blir känt för medborgare.

- informationsinsatserna ska vara tidsatta och återkommande för att bli känt, både på grupp- och individnivå. – information om alla delar i anhörigstödet ska anpassas och vara lättillgängligt.

I tilläggsuppdraget för år 2010 framgick att det skulle finnas en plan för kontinuerlig information om alla stödinsatser som fanns att få. Informationen skulle spridas så att den nådde medborgarna och skulle tydliggöra att anhörigstöd fanns, att olika insatser kunde efterfrågas, att alla insatser var utan kostnad för den enskilde och att anhöriga för egen del kunde få tillgång till avlösning och hälsofrämjande aktiviteter som ett stöd och erkännande för det arbete de utförde. Det stod också att olika informationsaktiviteter skulle genomföras som PR-kampanjer via media, ”nätet”, flygblad, bussreklam, ”aktiviteter” vid träffpunkter med mera (Uppsala kommun 2010c).


Under året fortsatte även den länsövergripande samverkan mellan kommunernas anhörigstöd och anhörigsamordnare på Akademiska sjukhuset. Portofria vykort där anhöriga kunde fylla i att de ville bli kontaktade av Anhörigstödet fanns utplacerade på strategiska ställen i kommunerna och på vårdinrättningar. I väntrummet på akutmottagningen på Akademiska sjukhuset fanns vykortet och information om anhörigstöd visades i en monitor. Vårdpersonal hade blanketter att fylla i när de hade informerat anhöriga om kommunernas anhörigstöd och frågat om en anhörigkonsulent fick ta kontakt. Samtliga vykort och blanketter skickades till Anhörigcentrum i Uppsala för att sedan vidarebefordras till anhörigstödet i berörd kommun.

Exempel på direktinformation till anhöriga var information som fanns att hämta i broschyrer, på kommunens hemsida och i annonser i tidningar. Information spreds också med hjälp av vård- och omsorgspersonal och andra yrkeskategorier som mötte anhöriga i olika sammanhang samt i samband med kommunens organiserade uppsökande verksamhet till
personer som var 80 år och äldre och inte hade hemtjänst. Anhörigcentrum förmedlade också information till, till exempel kuratorer i olika verksamheter. Denna typ av information som sändes ut från Anhörigcentrum gick till 350 mottagare, inkluderande bland andra kommunens verksamheter, landstinget, bibliotek, föreningar med flera. Personalen på Anhörigcentrum var med på mässor (bland annat på den Åldremässan som genomfördes en gång om året och de hälsodagar som ordnades för äldre), deltog i uppsökaende verksamhet på arbetsplatser och föreningar och tog emot studiebesök, bland annat av skolklasser från omvårdnadsskola. Alla tillfällen att sprida information togs till vara.

Anhöriga tog kontakt med Anhörigcentrum i alla skeden, men framför allt när något inträffat, kanske i samband med någon form av kris. Det kunde till exempel vara i början när en närstående fått en diagnos och den anhöriga tog kontakt för att få mer information och samtalen kunde föras in på den anhörigas situation eller senare i skedet när den anhöriga kanske börjat känna att hon/han inte orkade längre eller någon annan ansåg att det inte höll längre och det blev aktuellt att få hjälp utifrån. Beroende på anhörigas situation och förutsättningar såg sammanhanget mycket olika ut i skedet när anhöriga nåddes.

Ambitionen var att etablera kontakt med anhöriga i ett så tidigt skede som möjligt. Om inte annat för att anhöriga skulle veta att stödet fanns att tillgå vid behov. Det är dock inte självklart alla gånger vad som menas med att nås:

> Nu har jag varit här och berättat. Då har du blivit nådd, men du har kanske inte nått av det.

(anhörigkonsulent)

For att komma i kontakt med Anhörigcentrums verksamheter inklusive den avgiftsfria avlösningen gick det bra att vända sig direkt till anhörigkonsulenter, demensvårdsutvecklare och till Anhörigcentrum.

### Äldreområdet

I anslutning till biståndshandläggningen fanns en telefonkanal och en informationsgrupp som kunde berätta om det anhörigstöd som fanns och mycket information gavs också enligt sektionschefen (Sektionen för hemvård och boenden) av handläggarna i samband med biståndshandläggning och vårdplanering. Biståndshandläggarna nådde enligt sektionschefen ofta de anhöriga för första gången i samband med en vårdplanering. Det näst vanligaste var när anhöriga ringde för att informera sig om något och på så sätt fick kontakt med en handläggare. De stödformer som var biståndsbedömda fick anhöriga tillgång till efter att ha fått bifall på ansökan.


På en fråga till affärsområdeschefen för ”Hemvård & kvarboende” om personalen inom hemvården kände till anhörigstödet så att de kunde informera om det, blev svaret att affärsområdeschefen gärna skulle vilja kunna svara ja, att alla 800 anställda kände till det,
men han kunde inte borga för det. Han bedömde att det fanns tillräckligt många på varje enhet som kände till det och som kunde dela med sig av informationen.

**Affärsområdeschefen för ”Boende äldre”** sade att informationen i boendena om boendenas anhörigstöd var mer allmänt utformad:


**Funktionshinderområdet**

**Upptagsstrategen** på Kontoret vuxna med funktionshinder angav att information fanns på kommunens hemsida samt att det låg i kontorets uppdrag till Vård & bildning att göra anhörigstöd känt under 2010 – 2011.


**Myndigheten** barn och ungdom kunde nå föräldrar till sjuka barn redan när de låg på BB och det var dags för vårdplanering. I samband med detta gavs information och ansökningar om insatser togs emot. Även om information gavs i ett tidigt skede var det inte säkert att informationen nådde fram:

> Det finns individuella planer att upprätta och folk tar inte till sig så mycket av allt det här i början. Det är för mycket, de är fortfarande i chock. Men så småningom kanske de börjar tänka att något sådant där kan också vara bra. (myndighetschef barn och ungdom)

I den utvärdering av myndighetsutövningen för barn och unga som genomfördes år 2010 uppgav biståndshandläggarna när det gällde stödbehov för små barn att det ofta var landstinget som informerade föräldrarna om lämpliga stödinsatser och att det inte var ovanligt att handläggarna kontaktades av sjukhuset där barnet behandlats eller att kontakt togs av barnets förskola eller skola. Det var mycket olika hur den första kontakten togs eftersom varje familjesituation var unik. Det förekom också att en kurator från landstinget valde att ordna ett möte mellan föräldrar, barn, biståndshandläggare och där kurator deltog i mötet (Eliasson, Gunvik-Grönblad 2010).

En del barn var kända av habiliteringen, men inte av *myndighetskontoret* barn och ungdom. Habiliteringen kallade då till möte och efter det fortsatte kontakten mellan kommunens tjänstemän och föräldrarna.

Myndighetsenheten barn och ungdom arbetade aktivt för att utöka informationen till ungdomar och deras anhöriga om deras rättigheter och möjligheter. Tidigare utvärderingar

Biståndshandläggarna inom området vuxna med funktionshinder bedrev en del informationsverksamhet i föreningsars regi, på psykiatriportalen med mera.

Affärsområdeschefen för ”Boende vuxna” kom fram till att det skulle vara idé att informera anhöriga om de möjligheter till stöd som fanns i kommunen redan i ett tidigt skede:

"Jag tror nog om jag ska vara riktigt ärlig att vi inte alls tänker på att det skulle kunna vara, kanske också till nytta för oss, att vi redan vid första mötet talar lite informellt om, att om du har behov så finns det här. Vi har det ju i vår verksamhet. Det här var jättenyttigt det här märker jag!".

Inom området ”Boende vuxna” gavs information om korttidsboende som avlösning av biståndshandläggare. En enhets/verksamhetschef för gruppboende och servicebas skrev att information gavs i mötet/samtalet och att detta var lättare i gruppbostäder där personal kunde möta anhöriga i vardagen medan det var svårare på servicebaser där man kanske aldrig träffade anhöriga. Ibland behövdes en del motivationsarbete eftersom det kunde vara svårt även för föräldrar till vuxna barn att ”lämna barnen ifrån sig”:


(affärsområdeschef)


Inom affärsområdet ”Assistans, stöd & service” svarade en enhets/verksamhetschef att enkät är informerade om stöd och att anhöriga i vissa ärenden nåddes direkt från start. När det gäller anhöriga till vuxna personer med funktionsnedsättning trodde sekstionschefen på Sektionen för LSS och socialpsykiatri att det var många som värde hemma utan att
kommunen visste om det. Strateg på Sociala enheten trodde att det kunde vara svårt att nå ut till en del invandrarfamiljer.

**Individ- och familjeområdet**
Socialnämnden för barn och unga hade utarbetat en broschyr om de verksamheter som nämnden finansierade: "Rådgivning och stöd vid personliga problem – vart vänder jag mig som barn, ungdom eller förälder för att få hjälp?" Informationen fanns i verksamheterna och på kommunens hemsida.

Trappans personal gav kontinuerliga föreläsningar för professionella som i sin vardag mötte målgruppen och deras familjer, på olika utbildningar för lärare, forskollärare, polis, läkare, skol- och distriktsköterskor, behandlingsassistenter, idrottsledare samt på psykiatrins anhörig- och patientutbildningar. Trappan informerade också om sin verksamhet på psykiatrins vårdavdelningar, inbjöd till öppna föreläsningar två gånger per termin och hade Öppet hus en gång per år. Under två veckor under hösten hade verksamheten affischer som reklam på uppsalabussarna (Uppsala kommun 2011d).


**5.8 Uppsökande verksamhet**

a. Finns det någon uppsökande verksamhet
b. Beskriv den uppsökande verksamheten! (Målgrupp, ålder, arbetsformer)

**Äldreområdet**
Inom Äldrenämnden gjordes uppsökande hembesök till personer som var 80 år och äldre och som inte hade hemtjänst. Årliga hembesök erbjöds. Syftet var att i en hälsofrämjande anda bidra till att medborgare kände sig välinformerade och upplevde trygghet i sin vardag. Bland annat gavs information om kommunens anhörigstöd.

Under 2010 etablerade de uppsökande handläggarna kontakt med 90 procent av de seniorer som under året skulle fylla 80 år. Andelen som ville ta emot ett hembesök var 39 procent (279 personer) (Uppsala kommun 2011f).

Hembesök gjordes också av anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare när behov påkallats.

**Funktionshinderområdet**
Uppdragsstrategen på kontoret för vuxna med funktionshinder angav att det i kommunen inte fanns någon uppsökande verksamhet för detta kontors målgrupp.

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

**Individ- och familjeområdet**
Enligt Program för Individ- och familjeomsorgen i Uppsala kommun hade råd- och stödverksamheten och myndighetsfunktionen ett informationsansvar och ansvar för uppsökande verksamhet enligt 3 kap. 4§ Socialtjänstlagen:
4 § Socialnämnden skall i den uppsökande verksamheten upplysa om socialtjänsten och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp. När det är lämpligt skall nämnden härvid samverka med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.

5.9 Anhörigas synpunkter om eget stöd

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

Om anhöriga hade synpunkter på sitt eget stöd kunde de använda sig av kommunens och respektive utförares rutiner för synpunktshantering.

Anhörigcentrum


Äldreområdet

Vid biståndsbegärt anhörigstöd, där det var den närstående som tog emot insatsen i form av exempelvis korttidsboende eller dagverksamhet så vände sig anhöriga enligt sektionschefen (förmåvård och boenden) oftast till aktuell handläggare. Om anhöriga ville ha en oberoende kontakt så vände de sig till äldreombudsmannen, demensvårdsutvecklare, anhörigkonsulent eller Anhörigcentrum. Eftersom det inte gick att särskilja om syftet med de biståndsbegärdna insatserna var stöd till anhöriga eller något annat och insatserna involverade de närstående var det fortsatta svaret densamma på den här frågan som på frågan gällande synpunkter på närståendes vård och omsorg.

Ja, vad menar du med eget stöd? Det är ju den enskilde som får insatsen. Vi har ett system som tar emot synpunkter. Vi tar emot synpunkten och tittar på om det är en biståndshandläggningssynpunkt eller en verksamhetsfråga. (sektionschef biståndshandläggning)
kommunens synpunktshantering, nämntes inte. En chef skrev att detta var ett förbättringsområde.

På Vård & bildnings hemsida fanns en informationsbroschyr där det framgick hur synpunktshanteringingen gick till. Affärsområdeschefen för ”Boende äldre” påtalade att det stod i deras broschyr att de gärna tog emot synpunkter och förbättringsidéer. Broschyren delades ut i samband med inflytning.

Affärsområdeschefen för ”Hemvård & kvarboende” nämnt att han aldrig fått något samtal där anhörig velat föra fram klagomål på sitt eget stöd.

De fyra enhets/verksamhetschefer som besvarat frågan om hur anhörigas synpunkter togs tillvara skrev att de försökte tillmötesgå önskemål så långt som möjligt, personalgruppen samtalerade och försökte rätta till, att de lyssnade och lärde samt att synpunkter som fördes fram genom kommunens synpunktblankett fördes vidare till verksamhetschef eller affärsområdeschef.

Vid Kontoret för hälsa, vård och omsorgs avstämningstillfällen, både tertialuppföljning och screeninguppföljning, av uppdragen till ”Vård & bildning” frågade kontoren efter inkomna synpunkter. Resultaten kunde mynna ut i uppföljningsbesök och/eller åtgärds- handlingsplan. Resultaten togs också tillvara i kommande uppdrag/upphandlingar.

**Funktionshinderområdet**

Om anhöriga hade synpunkter på sitt eget stöd kunde de använda sig av kommunens och respektive utförares rutiner för synpunktshantering.


Om exempelvis avlösningen i hemmet inte fungerade för föräldrar till barn under 21 år, vände sig föräldrarna, enligt myndighetschefen barn och ungdom, först till arbetsledaren inom produktionen och om det ändå inte blev bättre kontaktade de myndighetskontoret. Just avlössarservice i hemmet trodde myndighetschefen att den vara passad utifrån de berörda personernas situation ”när man får bestämma lite mer hur man vill ha det så tror jag att det blir bättre också”. Myndighetschefen trodde inte att föräldrarna fick information om kommunens synpunktshantering i samband med att de ansökte om insatser, men att de tillfrågades om de ville lämna in ett klagomål (på blankett) i samband med att de vände sig till kontoret och var missnöjda med något. Enligt myndighetschefen berodde sedan åtgärderna på klagomålets art. Erfarenheter var att om alla inblandade parter klarade av att samarbeta så gick det att lösa även mycket komplicerade situationer. På myndighetskontoret fanns besökarna en enkät där de kunde uttrycka hur besöket hade varit. Svaret lämnades anonymt i en låda.

Sektionschefen på Sektionen för LSS och socialpsykiatri sade att hon aldrig fått synpunkter från anhöriga om deras stöd. Däremot hade hon själv tankar om vad som skulle kunna göras bättre:

Många av de här föräldrarna till funktionshindrade vuxna har ju fortfarande en sorg över barnet de inte fick, även om de har glädje över det barn som de har så finns det fortfarande en sorg hos många som jag upplever att de aldrig har blivit av med. /.../ Och vad ska bli när jag inte är kvar? Och den oron kan slå över och bli någonting väldigt destruktivt också. När man väl är där kan det nästan vara för sent att göra någonting, så det stödet ska sättas in långt tidigare.
Affärsområdeschefen för ”Boende vuxna” hade aldrig fått in några synpunkter från anhöriga om deras stöd.

Enhets/verksamhetscheferna inom ”Barn, ungdom & familj” svarade att föräldrarna vände sig till dem eller till biståndshandläggare (fyra enhets/verksamhetschef som ansvardes för korttidsboende för vuxna personer med utvecklingsstörning skrev att anhöriga vände sig till sin handläggare om de hade synpunkter. Två enhets/verksamhetschefer angav att de gjorde sitt bästa för att ta tillvara synpunkter från anhöriga respektive att insatsen skedde i dialog med den som fick insatsen.

På motsvarande sätt som för äldreområdet följdes vid Kontoret för hälsa, vård och omsorg synpunkterna upp vid tertialuppföljning och screeninguppföljning. Resultaten kunde mynna ut i uppföljningsbesök och/eller åtgärds- handlingsplan. Resultaten togs också tillvara i kommande uppdrag/upphandlingar.

Individ- och familjeområdet

Kommunens och respektive utförare rutiner för synpunktshantering gällde även anhörig inom individ- och familjeområdet. Information om detta fanns på kommunens hemsida.

Öppenvårdsbehandlings anhöriga vände sig enligt enhets/verksamhetschef till personalen vid enheten eller använde sig av kommunens synpunkshantering.

5.10 Anhörigas synpunkter om insatser för den näststående

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

Äldreområdet

Om anhöriga hade synpunkter på den nästståendes vård och omsorg kunde de använda sig av kommunens och respektive utförare rutiner för synpunktshantering. Anhöriga fick information om synpunktshanteringen via respektive utförare information/broschyr och kommunens hemsida.

Vid biståndssyndrom anhörigstöd där det var den näststående som tog emot insatsen i form av exempelvis korttidsboende eller dagverksamhet så vände sig anhöriga enligt sektionschefen ofta till aktuell handläggare. När det kom in en synpunkt på det biståndssyndromet stödet gjordes en bedömning om det var en biståndshandläggningssynpunkt eller en verksamhetsfråga. Om det var en verksamhetsfråga inkrävdes ett svar från verksamheten. Skäligheten i svaret bedömdes och om andra skulle kopplas in i ärendet.

Händelseanmälningar registrerades på utförarnivå. Detta var ett sätt att följa hur bra verksamheter var på att följa sina avtal. En händelseanmälan kunde inte göras via hemsidan. Samtliga tjänstemän på kontoret hade uppdraget att ta emot händelseanmälningar och skulle efterhöra om personen i fråga ville göra en sådan.

Om det var en synpunkt som rörde myndighetsutövningen tog sektionschefen hand om det och frågade om personen ville göra en händelseanmälan eller vad hon/han ville uppnå. Önskemål om att byta handläggare tillgodosågs.

Anhöriga skulle, när det gällde det biståndssyndrom stödet, få information om synpunktshanteringen i mötet med biståndshandläggaren och när den enskilde hade fått sitt beslut skulle han/hon veta att de hade möjlighet att föra fram synpunkter. När
biståndshandläggaren följde upp skulle hon/han vara lyhörd för eventuella brister och lyfta frågan om att anmäla.

Synpunkter som kom till biståndshandläggarna som rörde verksamhetsfrågor återkopplades till berörda verksamheter. Verksamheten fick besvara frågor på hur de såg på vad som hänt och vad de skulle göra för att det inte skulle upprepa. Om det till biståndshandläggarna kom in anmälningar om upprepade händelser så lyftes det till strategnivå vilket kunde leda till avtalsuppföljning eftersom man inte földe de förfrågningar, förordningar och rutiner som fanns enligt förfrågningsunderlaget i avtalet.

Enligt affärsområdeschefen för "Hemvård och kvarboende" vände sig de allra flesta som hade klagomål till enhets/verksamhetscheferna. Om problemen inte gick att lösa på den nivån kom det till affärsområdeschefen som fick cirka ett eller två sådana samtal i månaden (hemvården har cirka 1 600 kunder).


Enhets/verksamhetscheferna menade att synpunkterna togs tillvara på något sätt. De kunde behandlas direkt med kontakttmanen, annan berörde personal eller diskuterades på teamträffar, arbetsplatsträffar, reflektionsstunder, med mera. En del synpunkter ledde till att lokala rutiner ändrades eller ledde till vårdplanering. Uppföljningsmöten och återkoppling nämndes som viktigt av några av cheferna. Allvarliga klagomål kunde behandlas av verksamhetschef och/eller MAS. På en enhet angavs att synpunkterna dokumenterades i SoL, HSL. En verksamhetschef nämnde att den boende var i centrum och att deras synpunkter gick först.

I hemvården kunde enligt enhets/verksamhetschefernas enkätsexemplet synpunktsblanketten delas ut till nya kunder. En chef skrev att dom anhöriga hörde av sig informerades de om möjligheten, men att det inte fanns någon systematik i detta. Inom särskilda boenden kunde anhöriga informeras genom personal, på anhörigmötet, via anslagstavlor och i välkomningsbrochyr. Informationen kunde framföras i samband med inflyttning och i ett boende bifogades en synpunktsblankett i informationsmaterialet. Affärsområdeschefen för "Boende äldre" nämnde att det i en informationsbrochyr som alltid delades ut vid inflyttning stod att verksamheten gärna tog emot synpunkter och förbättringsåtgärder.

I kommunen fanns sedan år 2002 en äldreombudsman (AO) anställd. I Äldreombudsmannens uppdrag ingick att:

- Ge information, lyssna och ge stöd och vägledning.
- Ta emot och förmedla synpunkter och klagomål på kommunens verksamhet, inklusive verksamheter som på kommunens uppdrag utförs av entreprenörer.
- Företrädde de äldre/anhöriga genom att medvetandegöra kommunen i frågor som är väsentliga för äldres välfärd.
- Avge en årlig rapport till Kommunfullmäktige.


Ett konkret exempel på hur Anhörigcentrum arbetade med anhörigas synpunkter i relation till utförare av vård och omsorg var då ett boende hade problem med missnöjda anhöriga och Anhörigcentrum erbjud boendet att bedriva anhöriggrupper i Anhörigcentrums lokaler och med stöd av frivilliga från Röda Korset (Anhörigcentrum hade inte anhöriga på särskilda boenden som målgrupp i sitt uppdrag). Detta föll mycket väl ut och personal, två personer, som deltog i grupperna lärde sig mycket. Att träffas i neutral miljö och med anhöriga i fokus leddde till att alla upplevde sig mer sedda och hörda, det blev verkliga möten. Verksamheten fortsatte med en ny grupp anhöriga och personalen deltog på arbetstid. Ett annat exempel är då anhörigas synpunkter på växelvården resulterade i att anhörigkonsulenter bedrev utbildning där.

**Funktionshinderområdet**

Precis som inom äldreområdet kunde anhöriga använda sig av kommunens och respektive utförare rutiner för synpunktshantering om de hade synpunkter på den närståendes vård och omsorg. Kontoret för hälsa, vård och omsorg följde också upp synpunkterna på samma sätt.

Affärsområdeschefen för "Assistans, stöd & service" svarade på motsvarande sätt att klagomål framfördes direkt till enhetschefen. Anhöriga kunde också lämna in en vanlig synpunktsblankett. Kunden hade hela tiden möjlighet att byta utförare:


I affärsområdet "Boende vuxna" genomfördes regelbundna anhörigträffar. På dessa träffar uppmanades de anhöriga att komma med synpunkter på verksamheterna och de informerades om kommunens synpunktshantering. De erbjöds också möjlighet att på mötet tala med cheferna direkt. Det fanns också förförklanderat dokument som anhöriga kunde skriva på, vika ihop och lägga på postlådan. På de enskilda enheterna trodde affärsområdeschefen att det kunde brista i rutinerna att skriva ner muntliga klagomål.

Även de enhets/verksamhetschefer inom "Barn, ungdom & familj" (åtta personer), "Boende vuxna" (14 personer) och "Assistans, stöd & service" (en person) som besvarade enkätfrågan skrev att anhöriga främst vände sig till verksamheten direkt i form av berörd chef eller personal. Någon nämnde biståndskonkurrent och högre chefer.

Tre av enhets/verksamhetscheferna inom "Barn, ungdom & familj" skrev i enkäten att de skickade hem synpunktsblankett till anhöriga, visade den och/eller informerade om hur synpunkter kunde framföras. En chef för ett barnboende skrev att de hade mycket nära samverkan med föräldrarna.

Enligt sju enhets/verksamhetschefer inom "Barn, ungdom & familj" som besvarade enkätfrågan togs synpunkterna upp på arbetsplatsträffar och på andra möten som hölls kring barnen. Av de nio enhets/verksamhetschefer i "Boende vuxna" skrev fyra personer att synpunkterna användes i enheternas utvecklingsarbete. Tre personer nämnde att frågorna diskuterades i något forum som exempelvis på arbetsplatsträff, i personalgrupp, i samråd- och utvecklingsgrupper eller i samband med personliga överenskommelser. En chef betonade att synpunkterna diskuterades ur kundens perspektiv och att återkoppling sedan skedde till anhörig eller god man.

Ett exempel på hur anhörigas synpunkter kom till användning i praktiken utgörs av det så kallade "Bollaprojektet" som vände sig till familjer med barn och ungdom med autism med beslut om avlösarservice och ledsagning. Vid en medborgardialog där föräldrar till barn med funkionsnedsättning var inbjudna framkom synpunkter på att föräldrarna exempelvis hade svårt att få stöd på sommaren då mycket var stängt, att det tog lång tid att lära upp personer som avlöste i hemmet och arbetade med ledsagning vilket slukade många insatstimmar samt att kontinuiteten bland avlösare och ledsagare kunde bli bättre. Syftet med "Projektet Bolla" var att öka personalkontinuiteten och säkerställa att den enskilde erhöll sina beviljade timmar avseende avlövnings hemmet och ledsagning. Trygghet, tillförlitlighet, delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet skulle genomsyras projektet (Uppsala kommun 2007?b).

Verksamheten var permanentad och innebar att avlösar- och ledsagartimmarna kunde lägga ihop i en pott där huvuddelen utgjordes av fasta återkommande tider, men med möjlighet att
undanta viss del av tiden för flexibelt användande. Antalet avlösare/ledsagare kunde på så sätt begränsas till ett mindre antal personer.

**Individ- och familjeområdet**

Kommunens och respektive utförares rutiner för synpunktshantering gällde för anhöriga även inom detta område.

Av de tio enkätsvar från *enhets/verksamhetscheferna* i affärsområdet ”Socialpsykiatri & beroende” framgick att anhöriga kunde vända sig till verksamheten direkt. Till antingen chef, kontakttman eller annan personal. En annan väg som angavs av ett par chefer var att vända sig till biståndshandläggaren. På en av enheterna satt Vård & bildnings blankett; Vi vill veta vad du tycker, anslagen. Andra hade blanketten på boendet och anhöriga informerades enligt fyra av cheferna då den närstående flyttade in. Information gavs också vid träffar för anhöriga.

Om klagomål framfördes så ordnades, enligt enkätsvar i en verksamhet, forum för dialog. Två chefer angav att de beaktade synpunkterna i planeringen av verksamheten, fyra chefer nämnde att synpunkterna diskuterades i personalgruppen och på möten, tre chefer påtalade att eventuella åtgärder alltid skedde i samverkan med den närstående och en chef angav att många kunder inte hade någon anhörig som ville ha kontakt.

**5.11 Uppföljning och utvärdering**

a. Görs uppföljning av stödet till anhöriga på individnivå? I så fall hur?

b. Görs utvärdering av de olika anhörigstödsformerna? I så fall hur?

c. Involveras anhöriga i utvärderingen av stödet till anhöriga? I så fall hur?

d. Involveras anhöriga i utvärderingen av vård och omsorg? I så fall hur?

e. Går det att få en sammanställning över dem som har tillgång till anhörigstöd med avseende på variabler som ålder, kön, relation till den vårdade, den vårdades vårdbehov och tid som anhörigvårdare?

**Anhörigcentrum**

Anhörigcentrums verksamhet följdes kontinuerligt upp på individnivå av anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare i samtal med anhöriga. Uppföljningen var inte standardiserad, men anhörigkonsulenterna ringde upp anhöriga och följde upp hur de hade det efter kanske en vecka eller tre månader efter senaste kontakten beroende på situation. Anhörigkonsulenterna hade kontinuerlig kontakt med anhörigstödjarna som avlöste i familjerna. På så sätt fick anhörigkonsulenterna signaler om det var något som inte var bra eller om det var dags för en ny kontakt.


För Anhörigcentrums verksamhet gick det inte att få fram övergripande, heltäckande information om de anhöriga eftersom uppgifterna ej systematiskt insamlades och de anhöriga kunde delta helt anonymt i verksamheten. Till viss del kunde informationen inhämtas via anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare som förde arbetsanteckningar.
Äldreområdet


När det gäller de biståndsbedömda insatserna så gick det inte att inhämta statistik gällande de anhöriga eftersom biståndet lades in på de närstående. Man får inte föra statistik på personer som inte egentligen är föremål för socialtjänstinsatser.


När det gäller utvärdering av de olika stödformerna frågade uppdragsskontoren i tertial-, screening- och på-plats-uppföljning efter de olika stödformerna och volymerna.

Kommunen hade också under året deltagit i lärande nätverk (Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd samt Förvärvsarbetande anhöriga) som arrangerats i NKA:s regi. Ett syfte med dessa nätverk för kommunen del var att identifiera utvecklingsområden och förbättringar för anhörigas del.
En synpunkt från en affärsområdeschef var att uppföljningarna i allmänhet borde inriktas på att hitta modeller för att kommunikerar med medborgarna om hur de tycker att deras vård och omsorg fungerar och utifrån detta utveckla hur man ska upphandla eller styra vårdgivarna. Det fanns enligt denna chef ett behov av nya uppföljningsmodeller.

I vård- och omsorgsverksamheterna gick det inte heller att beskriva de anhöriga som erhållit stöd då anhörigstödet inte dokumenterades. Undantag från detta utgjorde efterlevandestödet inom palliativ verksamhet.

**Funktionshinderområdet**


Vart tredje år sände myndighetskontoret ut enkäter till en del av sina brukare med syftet att utvärdera biståndshandläggarrollen. Utifrån resultatet gjordes handlingsplaner och åtgärdsscheman. Insatser för anhöriga särskiljdes inte från andra i detta material. Myndighetschefens menade att avlösarservicen i hemmet var en fungerande insats för föräldrarna eftersom många utökade timantalet och klagomål sällan förekom. En utvärdering genomfördes år 2010. 293 brukare (huvudsakligen föräldrar) av 522 tillfrågade besvarade en enkät om bemötande och andra dimensioner av handläggningen. Även biståndshalläggare och chefen för enheten intervjuades (Eliasson, Gunvik-Grönblad 2010).


Verksamheterna hade kontakter med intresseorganisationer och fick genom detta synpunkter. Uppdragsgivarna genomförde också medborgardialoger.


Utvärdering av de olika stödformerna gjordes av Uppdragskontoren genom frågor i tertial-, screening- och på-plats-uppföljning om de olika stödformerna och volymerna. Frågan gällande om anhöriga involverades i utvärderingar av den nästståendes omsorg besvarades av
uppdragsstrategen för nämnanden för vuxna med funktionshinder att om den enskilde så önskade kunde anhöriga delta i brukarundersökningar.

Individ- och familjeområdet
På Öppenvårdsbehandling testades vid tiden för kartläggningen ett sätt att utvärdera verksamheten på som involverade anhöriga.

En brukarundersökning hade genomförts på verksamheten ”Råd & stöd” för åldersgruppen 0-20 år. Verksamheter som berördes var de fyra familjeheterna, Ungdomscentrum och Trappan. 540 personer (av 567 personer som fick en enkät) besvarade den. Av dessa var 57 procent föräldrar vilka i detta sammanhang är att betraktas som anhöriga. Det framgår inte vilka verksamheter som föräldrarna hade deltagit i, men enkätsvaren var mycket positiva med 90 – 95 procent nöjda personer på varje dimension som studerades.


När det gäller råd- och stödverksamheterna går det inte att få sammanställningar över de anhöriga som har fått stöd.

5.12 Organisation
a. Beskriv hur stödet till anhöriga är organiserat!
b. Finns det någon/några person/-er som uttalat har som uppgift att arbeta med stöd till anhöriga?
c. Finns det någon person som har uttalat ansvar att i sitt arbete utveckla stödet till anhöriga?
d. Finns det någon person som har uttalat ansvar för verksamheten, stöd till anhöriga?
e. Vad har den ansvariga personen för position i organisationen?
f. Vad har den ansvariga personen för befogenheter?
g. Vem fattar beslut om vem som ska få anhörigstöd?

Anhörigcentrum
Ansvaret för Anhörigcentrums verksamhet låg under år 2010 i två ansvarssätt och med tre olika enhetschef. I affärsområdet ”Assistans, stöd & service” hade en enhetsverksamhetschef ansvaret för anhörigställningar och Anhörigcentrum (inklusive två anhörigkonsulenter med inriktning på anhöriga till yngre personer, 21 – 65 år). I affärsområdet ”Hemvård och kvarboende” ansvardes en enhetsverksamhetschef för demensvårdsutvecklarna och en annan enhetsverksamhetschef för de anhörigkonsulenter som
arbetade för anhöriga till äldre personer. Från och med 1/1 2011 ligger detta anhörigstöd samlat i ett affärsområde.

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

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

Uppdragskontoren hade enligt strateg ansvar för att utveckla stödet till anhöriga. Till dessa kom enhetscheferna för Anhörigcentrums verksamhet som hade ansvaret att utföra uppdraget driva och utveckla verksamheten. Ett annat svar på frågan om ansvarsfördelning var att samtliga personer som arbetade inom anhörigstödet hade ansvaret att utveckla verksamheten.

I Anhörigcentrums verksamheter var det den anhörige själv som fattade beslutet om att få stöd eftersom insatserna inte var biståndsbedömda och därmed skulle nå ut till alla anhöriga som ville ha dem.

Uppdragsnämnderna beslutade om riktlinjer som preciseras i uppdraget om hur exempelvis avlösningsinsatserna skulle prioriteras bland olika grupper anhöriga.

**Äldreområdet**


Inom de palliativa verksamheterna och på ett omvårdnadsboende fanns enligt enhets/verksamhetscheferna en person som hade som ansvarsområde att utveckla stödet till anhöriga. En chef hänvisade in enkäten till demensvårdsutvecklare och anhörigkonsulenter.

Uppdragsstrategen angav att affärsområdeschefer inom Vård & Bildning var de personer som hade uttalat ansvar för verksamheten att bedriva anhörigstöd. Affärsområdeschefer skulle enligt uppragsstrategen ha detta uppdrags alla delar i sin verksamhet med ansvar, mandat att besluta och samverka med uppragskontoren. De få enhets/verksamhetschefer som besvarade enkätfrågan om vem som ansvarade för stödet till anhöriga nämnde sjukskötterska och verksamhetschef. I sjukvårdstemat omnämndes även kuratorer, läkare, arbetsterapeut och sjukgymnast (tre enkätvar).

När det gäller frågan om vem som fattade beslut om anhörigas möjlighet att få stöd så var det biståndshandläggare som fattade beslut om de biståndsbedömda insatserna. I enhets/verksamhetschefernas enkätvar (fem svar) kan vi från ett håll läsa att det stod i verksamhetens uppdrag att anhöriga skulle ha stöd och från andra att alla anhöriga skulle få det stöd de behövde och att kontaktmannen axlade det ansvaret, ibland tillsammans med
sjuksköterska och läkare. Enskilda beslut fattades sällan om detta. En chef angav att politikerna fattade beslut om vem som skulle få anhörigstöd och att det inte fanns ekonomiska resurser avsatta för detta.

**Funktionshinderområdet**


Det biståndsbedömda anhörigstödet utfördes inom Vård och bildning av affärsområdena ”Assistans, stöd & service”, ”Boende vuxna”, Socialpsykiatri och beroende” samt ”Barn, ungdom och familj”.

Inom affärsområdet ”Assistans, stöd & service” belyste affärsområdeschefen vikten av att anhörigstöd fanns med i uppdrag och ekonomins betydelse. Verksamheten fick endast ersättning för de timmar de var hemma hos kunden vilket inte motiverade till andra insatser utanför detta.

Fokus ska man ha och göra folk medvetna om anhörigas situation och samtal och att vi kan hänvisa och allithopa, men så mycket mer kan vi inte göra om vi inte får riktade pengar till det.


Enhets/verksamhetschef som ansvarade för korttidshem för vuxna personer med utvecklingsstörning som avlösning för anhöriga svarade att enhetschef och boendeassistenten hade ansvar för den verksamheten.

**Individ- och familjeförvaltningen**

Inom öppenvårdsbehandlingen ingick anhörigstöd som en del i verksamheten. Psykolog och socionom arbetade med detta. Råd- och stödverksamheterna var öppna för alla som ville ha dem. Trappan och andra verksamheter inriktade på barn och familjer har beskrivits tidigare i texten.

**5.13 Samverkan med ideella sektorn**

a. Sker det någon samverkan med ideella sektorn?

b. Med vilka organisationer sker samverkan?

c. Beskriv hur samverkan går till!

**Anhörigcentrum**

*Anhörigcentrum* hade omfattande samverkan med många olika organisationer som Röda korset, Anhörigföreningen i Uppsala (Anhörigas riksförbund), Uppsala demensförening, Alzheimerföreningen, Johanniterhjälpen (Ideell förening som bedriver hjälpverksamhet), Strokeföreningen, Parkinsonföreningen, Föreningen Balans, SeSam (Se lärande organisationer i Samverkan), Attention (intresseorganisation för neuropsykiatiska funktionshinder), Npf-portalen (neuropsykiatiska funktionshinder) och Ananke (stödförening...

Äldreområdet
De fem enhets/verksamhetschefer som svarade ja på frågan om samverkan med ideella sektorn nämnde Diakonicentrum, kyrkan, Vänsam och Röda korset. Cheferna angav att verksamheterna kunde få hjälp med ledsagning, promenader, stödsamtal, sällskap, musik och sång det vill säga inte alltid direkt anhörigstöd.

Funktionshinderområdet
Myndighetskontoret Barn och ungdom hade regelbundet informationsutbyte med Attention, RBU (Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar) och FUB (Riksförbundet för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning).

Sektionen för LSS och socialpsykiatri för vuxna personer med funktionsnedsättning hänvisade till och informerade om föreningar som FUB och föreningen Autism.

Affärsområdescheferna hade regelbundna träffar med föreningar som exempelvis FUB.

En enhets/verksamhetschef inom ”Barn, ungdom & familj” skrev att de samverkade med föreningar när det gällde föreläsningar som ibland även vände sig till anhöriga.

Individ- och familjeområdet
Trappan hade en referensgrupp för barn till psykiskt sjuka och barn till alkoholberoende föräldrar där bland andra representanter från KRIS (kriminellas revansch i samhället) och Frälsningsarméns sociala arbete ingick. Gruppen träffades två gånger per termin. Trappan medverkade också i en arbetsgrupp med personer från socialtjänsten och frivilligsektorn i Uppsala läns olika kommuner. Gruppen hade ansvaret för utvecklingsfrågor och temadagar med fokus på barn i dysfunktionella familjer. VVV, vara vettig vuxen, var en studiecirkel där Trappan tillsammans med frivilligorganisationer utbildade vuxna i att bättre kunna se och möta utsatta barn (Uppsala kommun 2011d).

Öppenvårdsbehandling samverkade enligt enkätvar från enhets/verksamhetschef med Föräldraföreningen mot narkotika (FMN) och Al-Anon. De hänvisade till dessa föreningar.

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

På uppdragskontorsnivå fanns inte någon samverkan gällande anhörigstöd inom verksamheterna riktade till vuxna utan det skedde mellan utförarna inom kommunen och landstinget.
Anhörigcentrum

Anhörigcentrum hade inte någon samverkan med primärvården. I uppdraget stod att de skulle samverka med primärvården, men det hade inte gått att etablera ett sådant arbete trots upprepade informationsatsningar och andra kontaktförsök från Anhörigcentrums sida. Informationsbroschyrer fanns på vissa primärvårdsmottagningar.


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

Äldreområdet

Biståndshandläggarna samarbetade mycket med landstinget i samband med vårdplaneringar och hembesök och för att få specifik information och bedömningar av enskilda individer. I vilken mån detta berörde anhörigas situation är oklart.

Samverkan med landstinget byggde enligt en affärsområdeschef mycket på enskilda medarbetare och deras eget nätverk, på personligt engagemang och ansvarstagande. Den ena av de två enhets/verksamhetschefer inom vård- och omsorgsverksamheterna som svarade ja på enkätfrågan om samverkan med landstinget hade kontakt med palliativa rådgivningsteamet, psykiatrin, geriatriken, tandläkaren samt Akademiska sjukhuset ibland. Oklart är i vilken omfattning kontakten gällde stöd till anhöriga. Den andra verksamhetschefen uppgav att de hade kontakt med kurator inom landstinget.

Funktionshinderområdet

Gällande barn och ungdomar i behov av särskilt stöd fanns riktlinjer gällande samverkan mellan Landstinget i Uppsala län och Uppsala kommun. Målet för samverkan var bland annat att ”alla barn och unga les ett sådant stöd att de i möjligaste mån kan föstras, bo och leva i sin familj och vara kvar i sin förskolegrupp/skolklass som de tillhör”. Om föräldrarna stod det att ”föräldrarna har huvudansvar för sina barn och ska i alla skeden ansvara för och vara delaktiga i överläggningar och beslut som rör deras barn.”. Samordnade individuella genomförandeplaner ska upprättas för att få struktur på samarbetet ”och en kontaktperson för barnet/ungdomen ska utses för att föra arbetet framåt, samordna resurserna och se till att den samordnade genomförandeplanen följs och överlämnar ansvaret när det blir aktuellt.” (Uppsala

Nämnden för Barn och ungdom hade också tillsammans med Socialnämnden för barn och unga tecknat avtal med Landstinget om gemensamma insatser för barn, speciellt flickor, med psykisk funktionsnedsättning i kombination med självskadande beteende. I vilken utsträckning stöd till anhöriga fanns med i denna verksamhet är oklart (Uppsala kommun 2009e).


Inom affärsområdet ”Barn, unga & familj” var samverkan stor med habiliteringen, barnsjukhuset och barn- och ungdomspsykiatrin, men även med psykiatriska verksamheter som riktade sig till unga vuxna eftersom barnpsykiatrin tog emot barn upp till 18 år. Frågan är i vilken omfattning samverkan rörde anhörigfrågor. Inom affärsområdet ”Assistans, stöd & service” var samverkan med landstinget omfattande, men inte gällande specifika anhörigfrågor. En enhets/verksamhetschef svarade i enkäten att samverkan skedde i form av möten med Vuxenhabiliteringen och daglig verksamhet.

Individ- och familjemonrådet

Uppsala kommun genom Socialnämnden för barn och unga, Barn- och ungdomsnämnden och Utbildnings- och arbetsmarknadsnämnden hade som tidigare nämnts utarbetat gemensamma riktlinjer tillsammans med Uppsala läns landsting när det gällde arbetet med barn och ungdomar i behov av särskilt stöd (Uppsala kommun, Uppsala läns landsting 2009).

Socialnämnden för barn och unga, Barn- och ungdomsnämnden och landstingets mödra- och barnhälsovård hade samverkansavtal kring familjecentrerat arbete om tidigt stöd till barn 0-5 år och deras familjer. Dessa två kommunala nämnder hade också ett samverkansavtal med landstinget när det gällde det socialpsykiatriska behandlingsteamet för barn och ungdomar med svår psykiatrisk problematik i kombination med självskadande beteende. I ett effektmål stod att även föräldrarna skulle vara trygga med dessa insatser, men oklart är om och i vilken utsträckning direkt stöd till föräldrar och andra anhöriga gavs (Uppsala kommun 2009g).

Beroendekliniken på landstinget hänvisade enligt enkätsvar från enhets/verksamhetschef anhöriga till Öppenvårdsbehandlingen

5.15 Personal

a. Hur många personer arbetar med stöd till anhöriga (har avsatt tid) inom er verksamhet i kommunen?
b. Hur många årsarbetare finns det totalt?
c. Var har denna personal för befattningar?
d. Vad har de för grundutbildning?
e. Vad har den personal som arbetar med stöd till anhöriga för utbildning i anhörigstöd?
f. Vad har de för yrkesbakgrund?

Ovanstående frågor är omöjliga att ge ett heltäckande svar på avseende hela kommunens verksamhet eftersom det inte alltid går att särskilja anhörigstöd från andra verksamheter.

Anhörigcentrum


Äldreområdet

Inom boendena fanns det inte någon som hade i sin tjänst som specifik uppgift att inriktar sig på anhöriga. Det fanns en del ombudsfunktioner på boendena, men inte något anhörigombud. Svaret från affärsområdeschefen för ”Hemvård & kvarboende” på frågan om hur många personer det var som hade som uttalad uppgift att arbeta med anhörigstöd lät:


Enhets/verksamhetscheferna inom palliativ vård, växelvård och dagverksamhet angav att det ingick i alla anställdas arbetsuppgifter. En chef för ett omvårdnadsboende svarade att inte någon hade avsatt tid för detta och en annan att det var kontakttännans ansvar (sex enkätsvar). En enhets/verksamhetschef på boende uppgav att all personal hade gått en femhalvdagarskurs i anhörigstöd och att två anställda hade ytterligare utbildning motsvarande cirka fem universitetspoäng. En annan chef nämnde kortkurser som Demensförbundets konferenser och Sesams föreläsningsserier och en tredje angav också kortare föreläsningar. I
en annan verksamhet uppgav chefen att samtliga var utbildade i hur man bemöter människor (fem enkätsvar).

Byständshandläggarna bedrev, enligt sektionschefen (Sektionen för hemvård och boende), inte något direkt stöd till anhöriga.

Funktionshinderområdet

Inom affärsområdet "Boende vuxna" var det endast verksamhetschefen för korttidshem för personer med utvecklingsstörning som besvarade frågan eftersom de bedrev avlösning av anhöriga. Tjugo personer hade avsatt tid för detta och antalet årsbetare uppgick till cirka 16. De befattningar det handlade om var boendeassisterenter och enhetschef och personalen hade omvårdnadsutbildning.

Individ- och familjeområdet
Trappan hade sju årsbetare: tre socionomer, en socialpedagog, en beteendevetare, en skötare samt enhetschef. På verksamheten fanns ytterligare en socionom på 100 procent som var anställd av psykiatridivisionen Uppsala läns landsting. fyra personer hade grundläggande psykoterapeututbildning. Sex personer hade tvåårig vidareutbildning i systemteori. En medarbetare var utbildad i Barnorienterad familjeterapi, en annan var utbildad i Beardslees familjeterapi. Hela personalgruppen hade deltagit i olika barngruppsutbildningar samt MI (motiverande intervju). Fem medarbetare hade gått utbildning i "Krissamtal med barn som bevittnat våld i sina familjer" samt metoden Tejpning. Flera i personalgruppen hade gått utbildning i mäns våld mot kvinnor. Hela arbetsgruppen hade regelbunden extern handledning av handledarutbildad psykoterapeut (Uppsala kommun 2011d).

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

En socionom och en psykolog inom Öppenvårdsbehandlingar arbetade med anhörigstöd som en del i sin verksamhet (enkätsvar).

5.16 Utbildung
a. Vad har personalen i allmänhet för utbildning i anhörigstöd?

Äldreområdet
I kartläggningsenkäten vände sig denna fråga till samtliga enhets/verksamhetschefer inom vård- och omsorgsverksamheterna och den besvarades av 19 personer. Av dessa angav 17 att personalen inte hade någon specifik utbildning i anhörigstöd, med reservation för vad som eventuellt ingick i grundutbildningarna.

Samtliga biståndshandläggare, hälso- och sjukvårdsfunctioner och bosamordnare vid enheten som handlade bistand enligt socialtjänstlagen när det gällde hemvård och boenden (ett 80-tal personer), hade deltagit i en tvådagar lång demensutbildning där anhörigfrågor ingick

Kompetensutvecklaren inom Vård & bildning skrev som svar på en fråga om genomförda utbildningar att anhöriga närmades i alla sammanhang när service och bemötande behandlades och att anhörigfrågor fanns med i de material som utarbetats för det arbetsplatsförlagda lärandet.

Funktionshinderområdet


Inom affärsområdet ”Assistans, stöd & service” hade medarbetarna, enligt affärsområdeschefen inte någon speciell utbildning rörande anhörigas situation:

Men det är väl att tänka på. Alla inom assistansen, nästan, har väl anhöriga på något sätt som också upplever en kris utifrån att de närstående har blivit så försämrade att de måste ha assistans eller varit med om en olycka. Oavsett om de bor ihop eller om man är där och hälsar på. /…/ Så där finns det nog mer att jobba med. Det tror jag.

Inom ”Vård och bildning” fanns sex personer som arbetade med handledning till personalgrupper. Affärsområdeschefen sade att dessa handledare användes ganska flitigt till exempel när det gällde problematitioner som inkluderade anhöriga. Även extern handledning användes. Detta var speciellt viktigt när det var åtta, nio personer som arbetade runt en person, men som sällan hade tillfälle att träffa varandra.

Samtliga enhets/verksamhetschefer inom affärsområdena ”Boende vuxna”, ”Socialpsykiatri & beroende”, ”Barn, ungdom & familj”, ”Assistans, stöd & service” som besvarade enkäten uppgav också att personalen inte hade någon utbildning gällande anhörigstöd. Personalen på
två av korttidshemmen inom affärsområdet ”Barn, ungdom & familj” hade fått utbildning om etiskt förhållningssätt och bemötande, men inte specifikt riktat mot anhöriga. Cirka 26 personer deltog. I ett gruppboende deltog fyra boendeassistenten i utbildningen ”Att vara anhörig till en funktionshindrad”.

**Individ- och familjeområdet**

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

**5.17 Budget**

a. Hur stor var budgeten för stödet till anhöriga under 2010?

Kontorens ersättning under 2010 var 9 411 tkr till utföraren av öppna insatser, alltså insatser utanför biståndsbeslut. I denna summa ingick kostnad för anhörigkonsulenter, demensvårdsutvecklare, Anhörigcentrum samt Träffpunkter och frivilligsamordning, syn- och hörselinstruktörer samt badassistans. I summan ingår alltså inte det anhörigstöd som var biståndsbedömt som exempelvis växelvård och dylikt eller det stöd som gavs inom ramen för enskild vård- omsorgsverksamhet.

b. Hur stor är budgeten för äldreomsorgen totalt under 2010?

De budgeterade medlen uppgick enligt uppdragsstrateg till 1 722 mkr.

c. Hur stor är budgeten för funktionshinderverksamheten totalt under 2010?

Nämnden för vuxna med funktionshinders budget var 1 082 tkr år 2010. Till detta kommer budgeten för unga med funktionsnedsättning.

d. Hur stor var budgeten för IFO totalt under 2010?


Enligt IVE 2010-2013 budgeterades 783 565 tkr till individ och familjeomsorgen varav 133 878 tkr till missbrukar- och övrig vård vuxna och äldre och barn- och ungdomsvård.

Vård och omsorg om äldre stod för 16,8 procent av kommunens nettokostnader, vård och omsorg för funktionshindrade för 13,2 procent och individ och familjeomsorgen för 9,5 procent (Uppsala kommun 2011b).
6. Resultat av fokusgruppsintervjuer


- Är det något som ni skulle vilja komplettera sammanställningen med?
- Stämmer bilden/kartläggningen med verkligheten?
- Hur tycker ni att anhörigstödet fungerar idag?
  
  Vad fungerar bra? Beskriv!
  
  Vad fungerar mindre bra? Beskriv!
  
  Finns det några utvecklings behov? Vilka är dessa?
- Är det något mer som ni skulle vilja lägga till?

I det följande skall resultaten av den första omgångens fokusgrupper presenteras.

6.1 Äldreområdet

Deltagare i fokusgruppen var anhörigkonsulent, affärsområdeschef ”Boende äldre”, personal på växelvårdsboende (två personer), verksamhetssamordnare Anhörigcentrum, projektledare och chef Anhörigcentrum, biståndshandläggare Äldrekontoret och uppdragsstrateg Äldrekontoret. Tillfrågad politiker samt representant för anhörigförening uteblev. Ledare för samtalen var Marianne Winqvist och Bo Lerman, Regionförbundet Uppsala län.

Stämde kartläggningen med verkligheten?

Bilden som kartläggningen gav av stödet för anhöriga till äldre personer stämde enligt gruppdeltagarna med verkligheten. En kommentar som gavs var att det var svårt med terminologin inom kommunen när det gällde begreppen anhöriga respektive närstående. Begreppen användes på olika sätt inom olika verksamheter och dessutom användes de inte konsekvent.

En annan kommentar var att mycket av det stöd som anhöriga fick inte var synligt eller att det inte definierades som stöd. Anhöriga kunde till exempel ha samtalskontakter med biståndshandläggare eller enhetschef under lång tid vilket kunde vara stödjande, men kanske inte sågs som just stöd. En reflektion från en av cheferna var att verksamheterna inte definierade till exempel välkomst- och avskedssamtal som anhörigstöd. Om personalen skulle vara medveten om att det kan vara ett stöd för anhöriga skulle fler ange att de bedriver anhörigstöd och samtalsformer skulle kanske också utvecklas till att bli än mer fokuserade på anhöriga och anhörigas situation. Medvetenheten om anhörigas betydelse skulle på så sätt också kunna öka.

Situationen att vara anhörig till en person som är äldre kan variera mycket. Att vara anhörig till en äldre person säger inte heller något om varför man behöver stöd. Beror det på att den äldre har en funktionsnedsättning, är sjuk eller ”bara” gammal?

Vad fungerade bra gällande stödet till anhöriga inom äldreområdet?

En chef som var med från början när anhörigstödet i kommunen började utvecklas, men som sedan hade varit borta från verksamheten ett tag, men nu återvänt sade att utvecklingen hade varit jätterolig. Det som från början var idéer och kanske bedrevs i mindre projekt hade nu
blivit permanentad verksamhet som fungerade bra. En person som arbetade med anhöriga nämnde att arbetet var väldigt tacksamt.

Att Anhörigcentrum fanns och fungerade och att det skedde mycket aktiviteter och utveckling där framfördes som mycket positivt. Personalen som arbetade där brann för anhörigfrågorna och de som var inriktade på anhöriga till äldre personer hade arbetat under lång tid med anhörigstöd och var mycket erfarna.

Den avgiftsfria avlösningen på upp till 24 timmar per månad var en hjärtefråga och fungerade enligt anhörigkonsulent mycket bra. Det var lätt för anhöriga att få tillgång till servicen, det behövdes inte något biståndsbeslut och det var samma avlösare hela tiden i familjerna. De anhöriga var nöjda.

En annan fördel med anhörigstödet var att det bara var en kanal in för medborgarna. För att komma i kontakt med anhörigstöd behövdes bara ett telefonnummer; det till Anhörigcentrum. Personalen där försökte undvika att bara skicka den anhöriga vidare utan tog istället reda på den information anhöriga efterfrågade eller etablerade kontakt mellan anhöriga och berörd person. På så sätt måste inte anhöriga själva ringa runt:

Jag känner att jag sträcker på mig när jag säger det. För det tycker jag annars, man hör många anhöriga som säger att det är så mycket namn, det är så mycket ställen. Är det landstinget eller är det kommunen, vart ska jag vänta mig? Så det känns ju bra och väldigt mycket av de frågor som de som hör av sig till oss med, blir besvarade i den första kontakten. Då blir man nöjd med det man får.

De statliga satsningarna hade varit välkomna och det faktum att de kom successivt, i omgångar, hjälpte till att bygga upp verksamheten stegvis. Det hade inte gått att bygga upp allt på en gång. Arbetet med att kontinuerligt och systematiskt göra behovsinventeringar hade också givit positiva resultat.

Kommunen kunde vara bra på att hitta lite okonventionella lösningarna på vad som var bra för den enskilda familjen. Ett exempel var dagverksamheter som också erbjöd möjlighet till övernattning. Detta gjorde att övergången till växelvård blev enklare.

Exempel gavs också på verksamheter som blivit mer anhörigsäkra. På en växelvårdsenhet organiserades arbetet om för att passa anhöriga bättre. Tidigare hade kontaktmänns ansvar för och var knutna till specifika rum på avdelningen. Nu var de knutna till specifika personer/boenden vilket gjorde att de boende fick samma kontaktperson vid de olika vårdtillfällena (även om de inte bodde i samma rum varje gång).

**Vad fungerade mindre bra gällande stödet till anhöriga inom äldreområdet? Tänkbara utvecklingsområden.**

De utvecklingsområden som identifierades kan sorteras under rubrikerna; förbättringar inom ordinarie vård- och omsorgsverksamhet, Anhörigcentrums verksamhet, samverkan och utveckling av stödformer.

**Förbättringar inom ordinarie vård- och omsorgsverksamhet**


Ja, jag känner igen det här, det är ju mycket motivationsarbete och mycket skuldkänslor och ofta en lång process innan folk kan tänka sig att ta emot växelvård och lämna bort en anhörig såhär. Det är ju därför det ofta blir sent, men vi försöker att ta det tidigt. (biståndshandläggare)


Ett bra initiativ hade tagits av sjukgymnast på rehabiliteringsboende. Hon hade konstaterat att patienter blev utskrivna snabbare än tidigare från Akademiska sjukhuset och att anhöriga hade en svår situation och många frågor som de kom med till sjukgymnasten, sjukskötterska med flera. På Anhörigcentrum bestämdes då att en anhörigkonsulent skulle finnas en dag i månaden på boendet för att kunna besvara frågor och etablera kontakter med anhöriga. Detta hade inte slagit väl ut på det sättet att ett falt anhöriga hade vånt sig till anhörigkonsulenter. Ett skäl till detta var att många var så starkt fokuserade på att komma hem och tänkte att det blir bra bara man är hemma igen. Anhöriga var helt enkelt inte mottagliga för erbjudandet om
stöd i detta skede. Personalen på boendet måste också engageras för att informera enskilda
anhöriga om möjligheten att träffa anhörigkonsulenten, att lotsa dem dit. Funderingar fanns på
att starta ett anhörigcafé på rehabiliteringsboendet för att på ett smidigare sätt kunna komma i
kontakt med anhöriga. Ett annat förslag var att personalen, när patient/boende åkte hem,
skulle fråga anhöriga om de fick lämna kontaktuppgifter till anhörigkonsulent så att hon
kunde ringa upp en tid efter hemkomsten för att höra hur läget var.

Ett större fokus på anhöriga skulle kunna utvecklas generellt inom vård och omsorg. En
representant från Anhörigcentrum menade att alla säger att anhöriga är viktiga, men det gäller
att detta syns även i handling. En jämförelse gjordes med föräldrar i skolan. Budskapet är att
föräldrar är viktiga, men de skall helst bara koka kaffe och inte lägga sig i så mycket. På ett
boende hade de haft utbildning i anhörigfrågor och de hade efter detta startat anhöriggrupper.
Detta skulle kunna utvecklas på fler boenden.

**Anhörigcentrum**

Anhörigcentrum skulle kunna vidareutveckla sitt arbete på ett par punkter. I uppdraget låg
inte stöd till anhöriga med närstående på särskilt boende. Gruppen diskuterade möjligheterna
att också få med dessa anhöriga i uppdraget. Kontakterna med anhöriga klipptes inte av direkt
när den närstående flyttade till särskilt boende, men kontakten tillåts avklinga. Enligt
uppdragssstrateg skulle boendena själva ha ett verkamt anhörigstöd. Ett exempel på att
Anhörigcentrum ändå kunde spela en roll i detta sammanhang var att erbjuda sina lokaler för
sårskilda boende när de hade anhörigträffar. Detta hade genomförts med ett boende vars
Silviasystrar hade anhöriggrupp tillsammans med volontärer från Röda Korset. Resultatet var
mycket positivt där personalen tyckte att de hade lärt sig oerhört mycket.

De här anhöriga möter de på sitt jobb, men då möter de dem inte som den personen utan som
kopplad till den som de ska vårda. Här möts de på en neutral plats och fokus är att prata om
deras frågor. Det blev inte som när de hade möttena på de här vanliga anhörigträffarna. Då var
det väldigt mycket prat om bemanning och klagomål. Man hörde att det här har pågått länge och
det här är samma klagomål och samma svar och så. De kom liksom ingen vart. Så det är ett sätt
att jobba med anhöriggrupper, att man kan använda de erfarenheter som våra föreningar har och
i mån av plats faktiskt använda våra lokaler, kvällstid och så. (Samordnare Anhörigcentrum)

En synpunkt som framfördes var att alla som möter anhöriga i sitt arbete borde kunna berätta
att det finns ett anhörigcentrum och hur man kan få kontakt, det skulle ingå i arbetet. En
m mening var att det inte behöver vara krångligare än så att erbjuda anhörigstöd. Inte minst
viktigt skulle detta vara för distriktsstöterskor som träffar många utan biståndsbeslutade
insatser.

Statistiken över Anhörigcentrums verksamheter och vem som nås av aktiviteterna behövde
utvecklas.

**Samverkan**

Trots ansträngningar från Anhörigcentrums sida hade det varit svårt att etablera samverkan
med primärvården. Anhörigstödet behövde nå fram bättre med information till sjuksköterskor
och läkare.

Ett annat utvecklingsområde rörde anhörigas roll i samband med vårdplaneringar. När någon
skulle hem från sjukhuset var fokus självklart på den som hade behoven, men det skulle
finnas mer utrymme för frågan om hur anhöriga hanterade det hela. Bryggan mellan
Akademiska sjukhuset och anhörigstödet kunde förbättras. Kommunens vårdplaneringsteam
på Akademiska sjukhuset borde åtminstone kunna lämna över en broschyr om kommunens
anhörigstöd.
Utveckling av stödformer


6.2 Funktionshinderområdet

Deltagare i fokusgruppsintervjun var anhörigkonsulent, närvårdskoordinator psykiatri, projektledare och chef Anhörigcentrum, uppdragsstrateg, samordnare, biståndshandläggare, chef korttidsboende, representant från HSO (Handikappförbunden) och Anhörigföreningen. Tillfrågad politiker uteblev. Ledare för samtalet var Marianne Winqvist och Bo Lerman, Regionförbundet Uppsala län.

Stämde kartlägningen med verkligheten?

Gruppens deltagare kände igen bilden som kartlägningen gav. En enhets/verksamhetschef påtalade att kartläggningsenkäten hade varit svår att besvara.


En annan synpunkt som framfördes var att biståndshandläggarna allt mer fattade ledsagarbeslut på kvartals- eller helårsbasis och att detta var ett direkt anhörigstöd eftersom det gav flexibilitet. Tidigare var man tvungen att förbruka timmarna inom månaden.

En spontan reaktion efter presentationen av kartlägningen från en affärsområdeschef var att det fanns väldigt lite stöd till anhöriga till personer med funktionsnedsättning under 65 år. Speciellt för dem som hade sina närstående i gruppbo. En förklaring var att stödet hade en annan tradition inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning där intresseorganisationer och habilitering har bedrivit mycket arbete. Speciellt om funktionsnedsättningen funnits sedan barndomen.

99
Vad fungerade bra gällande stödet till anhöriga inom funktionshinderområdet?


Vad fungerade minde bra gällande stödet till anhöriga inom funktionshinderområdet?

Tänkbara utvecklingsområden.

Diskussionen om svårigheter och tänkbara utvecklingsområden sammanfattas nedan under rubriken; olika grupper av anhöriga, förbättringar inom ordinarie omsorgsverksamhet, utveckling av anhörigstödsformer och samverkan.

Olika grupper av anhöriga

Anhörigcentrum hade inte anhöriga till personer som bodde på boenden i sitt uppdrag, men anhöriga fick naturligtvis komma på programpunkter och ringa och ställa frågor. I Anhörigcentrums uppdrag ingick inte heller anhöriga till personer som var under 21 år och i den gruppen märkte anhörigkonsulenter ett behov av stödinsatser.

Önskemål framfördes om att Anhörigcentrums verksamhet även skulle vända sig till anhöriga till personer under 21 år.

Det var inte heller ovanligt att även föräldern hade en funktionsnedsättning. Önskemål framfördes om att Anhörigcentrums verksamhet även skulle vända sig till anhöriga till personer under 21 år.


Representanten från HSO betonade att en grupp anhöriga som inte alltid upptäcktes var yngre anhöriga, till exempel tonåriga barn eller unga vuxna som hade föräldrar som hade olika funktionsnedsättningar, inte minst psykiska. Frågan var hur de skulle fångas upp.
Anhörigkonsulenten nämnde att hon kom i kontakt med denna grupp anhöriga. Landstinget, som oftast fick den första kontakten med anhöriga borde kunna ge information om möjligheterna att få stöd på Anhörigcentrum.

Barn som anhöriga ansågs vara ett område med utvecklingspotential. En situation som hade blivit vanligare var att personer med funktionsnedsättning fick barn som omhändertogs.

Hur skall man komma i kontakt med anhöriga som inte har sina närstående i kommunens verksamheter? Gruppen trodde att mörkertalet var stort och att det fanns många anhöriga som kämpade på i ensamhet. Det gällde att få allmänheten att känna till anhörigstödet.

Biståndshandläggaren nämnde att det låg i handläggarens roll att informera om anhörigstöd och att alla biståndshandläggare skulle ha Anhörigcentrums visitkort att dela ut till alla de kom i kontakt med. Anhörigcentrum skulle skicka informationskort till handläggningkontoren.

**Förbättringar inom ordinarie omsorgsverksamhet**
Ett problem för anhöriga till personer som bodde kvar hemma och hade daglig verksamhet enligt LSS var när den dagliga verksamheten stängde fyra veckor under sommaren. Då blev familjen utlämnad. Skulle det gå att ha vikarier inom den dagliga verksamheten?

Det fanns i verksamheterna en rädsla för att anhöriga skulle komma med kritik, även om detta blivit bättre på senare år. Någon menade att personal idag tvärtom kunde tycka att anhöriga med sin kunskap kunde bidra till att utveckla verksamheter. Tidigare såg verksamheterna anhöriga (föräldrar) som hot mot självständigheten hos vuxna som bodde på gruppobostäder. Ett annat sätt att arbeta skulle kunna innebära att hjälpa personerna i gruppobostäder att ha en anhörigkontakt. En del klarade inte av att hålla relationerna vid liv.


Ett utvecklingsområde skulle kunna vara att formulera bra inriktningsmål för att sedan bryta ner dem i effektmål i uppraggen. Hur skulle de skrivas så att resultatet blev ett bra stöd för de anhöriga som behövde detta? Om det stod i uppraggen att det skulle finnas ett anhörigfokus i alla verksamheter då blev det per automatik uppföljning av det. Det behövdes, enligt uppragsstrategen inte betyda att man styrde hur det skulle gå till, men det är ändå lag på att det ska vara stöd och kanske inte bara att man ska ha färdiga broschyrer att lämna.

Vid inflyttning på gruppbostad gavs mycket stöd till föräldrar. Ju tidigare verksamheten kom in i detta desto mer kunde de stötta. Samverkan har förekommit med habiliteringen där boende och daglig verksamhet har inbjudits för att presentera sina verksamheter för föräldrar som börjat fundera på barns flytt från hemmet.

**Utveckling av anhörigstödsformer**
Ett problem kunde förekomma då till exempel en make hade assistans i hemmet mellan klockan åtta och fem på eftermiddagen. När hustrun kom hem från jobbet så hade familjen inte någon mer assistans vilket innebar att makan blev bunden under hela sin fritid till hemmet och omsorgen. Den avgiftsfria avlösnningen i hemmet skulle kunna vara ett stöd i denna situation. En motbild till denna problemsituation gavs som innebar att situationen ofta var självliv:


I diskussionen som utspann sig visade det sig finnas osäkerhet om hur riktlinjerna för avlösningsverksamheten såg ut. Frågan var hur mycket biståndsbedömda insatser som personer med funktionsnedsättning kunde ha och ändå få tillgång till den avgiftsfria avlösnningen.

Ett anhörigstöd som efterlystes var korttidsvistelse för personer med fysisk funktionsnedsättning för att ge familjen möjlighet att för en kortare tid leva familjeliv utan den närstående. I de fall korttidsvistelse erbjöds, gavs den tillsammans med personer med utvecklingsstörning.

En idé som framfördes till Anhörigcentrum var att arbeta med anhörigcoach. Inom psykiatrin utvecklades försök med brukarcoach och frågan var om motsvarande skulle vara gångbart som anhörigstöd. En anhörigcoach är en anhörig som har längre erfarenhet av att vara anhörig och som kanske genom eget stöd har kommit att känna sig trygg i sin egen anhörigroll och därmed kan stötta nyblivna anhöriga. Tanken var att det är bra att få tillstöd av någon som själv har varit i situationen. Ett annat förslag var att det i alla verksamheter skulle finnas en anhörigsamordnare. Anhörigsamordnarna skulle träffa varandra med jämna mellanrum, få stöd och utbildning och också kunna samverka med landstinget. En chef på boende sade att kontaktmannen till viss del hade det ansvaret.


familjen exempelvis skulle kunna åka på semester. Det hade blivit svårare att få tillgång till god man eftersom det rådde brist på dem.

Enligt anhörigkonsulenten ringde många till Anhörigcentrum och bad om juridisk hjälp. Eftersom anhörigkonsulenterne inte besatt denna kunskap hjälpte de till med att etablera kontakt med lämplig person.

Många anhöriga yrkesarbetade och då gällde det att arbetsgivaren hade ett anhörigfokus, för sina medarbetare. Kommunen som arbetsgivare borde kunna föregå med gott exempel.

En fråga som ställdes var om det överhuvudtaget behövdes mer stöd för anhöriga än det stöd som bedrevs av habiliteringen.

**Samverkan**

En fråga som ställdes är om landstinget och kommunen kan arbeta tillsammans med stöd till anhöriga. Svaret blev Ja, absolut. Samverkan fanns också mellan kommunerna i länet.

### 6.3 Individ- och familjeområdet

Deltagare i fokusgruppsintervjun var anhörigkonsulent, verksamhetssamordnare Anhörigcentrum, projektledare chef Anhörigcentrum, två enhets/verksamhetschefer, uppdragstrateg, chef Sektionen för individ- och familjeomsorg vuxna och personal träningsboende. Tillfrågad politiker och representanter från ideella föreningar uteblev. Ledare för samtalet var Marianne Winqvist och Bo Lerman, Regionförbundet Uppsala län.

**Stämde kartläggningen med verkligheten?**

Fokusgruppen inleddes med att efter redovisningen av kartläggningen utreda vilket anhörigstöd som avsågs. Handlade det endast om Anhörigcentrums verksamhet eller om stöd till anhöriga mer generellt?

Det var inte enkelt med gränsdragningarna mellan olika nämnder och kontor. En fråga som ställdes gällde var den person kunde få stöd, som var en ung dotter till en person som var demenssjuk. Den avgörande faktorn i detta fall var hur gammal personen med demenssjukdomen var.

En annan fråga gällde om uppdragstrategerna på kontoret för barn, ungdom och arbetsmarknad skrev något om anhöriga i sina uppdrag, mål och annat. Ett svar på detta var att terminoslogin var en annan inom individ- och familjeområdet där begreppet anhöriga inte nämndes utan när det gällde barn talade man mer i term av familj och föräldrar. Inte heller inom individ- och familjeomsorgen vuxna tänkte man på anhöriga så som det gjordes inom det kommunövergripande (specifika) anhörigstödet. Anhöriga kanske, enligt sektionschef för myndighetsutövning, kunde stöttas med någon specifik behandling, men man talade inte om anhörigstöd generellt.

Inom individ- och familjeomsorgen vuxna rådde osäkerhet om huruvida de kunde hänvisa anhöriga till Anhörigcentrums verksamheter.

Ett påpekande som gjordes var att det inte fanns några anhöriganställningar inom individ- och familjeomsorgen.

En person ansåg att boendestöd skulle klassas som anhörigstöd eftersom det kunde avlasta en mamma eller pappa som hade kämpat hårt med sitt funktionshindrade barn.
En sammanfattande reflektion om kartlägningsresultatet var att det fanns få riktade insatser för anhöriga och att det fanns utvecklingsmöjligheter i samverkan mellan kommunens omsorgsverksamheter och Anhörigcentrum. Anhöriga skulle i större utsträckning än vad som gjordes, kunna hänvisas till Anhörigcentrum.

**Vad fungerade bra gällande stödet till anhöriga inom individ- och familjeområdet?**

En stor fördel som framfördes var att Anhörigcentrum fanns och att verksamheten där allt mer utvecklades för att möta anhöriga inom individ- och familjeomsorgen.

Inom biståndshandläggningen i sektionen för individ- och familjeomsorg vuxna stöttades de anhöriga som ville ha hjälp i anslutning till att den närstående gick på behandling. Information gavs till klienter eller brukare om att det fanns möjligheter för deras anhöriga att också få vissa insatser som till exempel anhörigvecka som kunde ges i anslutning till tolvstegsbehandling.

Vi har inte gått in och tittat på personens ekonomi utan då har vi beviljat det. För det kostar ju förstås, vi har beviljat det i samband med att klienten eller brukaren har fått sin behandling. Och det har kännts bra, vi är överens om att vi gör så i kommunen.

**Vad fungerade minde bra gällande stödet till anhöriga inom individ- och familjeområdet? Tänkbara utvecklingsområden.**

Sammanfattningen av diskussionen om svårigheter och utvecklingsmöjligheter presenteras under rubrikerna; sekretessens betydelse, att nå anhöriga, utveckling av anhörigstöd samt samverkan.

**Sekretessens betydelse**

Sekretessen beskrevs av verksamhetsföreträdare som ett hinder i kontakten med anhöriga. Detta bemöttes av representanter från Anhörigcentrum som menade att det alltid gick att ge mycket stöd endast utifrån den anhörigas situation.

Ibland kanske man fastnar på det där hindret sekretess och så låter man föten sitta fast där utan att komma förbi eller runt eller hitta någon annan lösning.

Jag tror att man fastnar lite när man tänker att den anhöriga vill komma för att prata om Pelle. Det handlar det ju egentligen inte om, men jag mår dåligt för att jag har det så jobbigt med ångesten eller oron eller det som situationen ger mig. Man behöver inte prata om det som är sekretessbelagt…

En annan reflektion var att sekretessens kunde hjälpa till med det som många anhöriga tyckte var svårt; att se till sig själv och sin egen situation och att tala om detta. Sekretessen hjälpte till för att fokus i samtalet verkligen skulle ligga på den anhöriga. En erfarenhet från möten med anhöriga som kanske hade haft samtalskontakt med kuratorer i olika verksamheter, varit med i grupper på habiliteringen och så vidare var att de anhöriga inte tyckte att detta hade varit något anhörigstöd eftersom det varit så ”sjukdomsfokuserat”. Den centrala frågan hade inte varit hur anhöriga mådde.

Ett exempel som gavs på hur svårt det kan vara att möta anhöriga och att inte få säga något, var när en anhörig ringde och frågade om en person bodde kvar på ett boende. Följande dialog utspann sig:

I: Ja, men det är ju lite att kringgå då att be att få återkomma och kolla med den boende först.

Öfta intog anhöriga en företrädarroll gentemot verksamheterna. I det läget ansågs det inte lämpligt att lämna anhörigas huvudfrågor vid sidan för att koncentrera sig på hur anhöriga mådde. Detta skulle kunna uppfattas som kränkande. Frågan var i vilka forum och vilka sammanhang som det kunde vara lämpligt att "se" den anhöriga.

Att nå anhöriga

Ett problem som framfördes inom individ- och familjeverksamheterna var att anhöriga osynliga. Även om arbetet handlade om barn och unga kunde det vara svårt att få kontakt.

När anhöriga beskrevs som osynliga från verksamhetshåll så blev kommentaren från Anhörigcentrum att det är just osynliga som många anhöriga upplevde att de var eller kände sig. Det handlade om att de inte hade blivit sedda och att de satt inne med mycket kunskap som de ville att någon skulle fråga efter eller lyssna på. Oberoende av om hindren för kontakt låg hos de anhöriga själva i form av exempelvis skuld och skam eller i organisationers tillkortakommande att räkna med anhöriga, var detta ett utvecklingsområde.

En idé som väcktes var att verksamheten vid ett flerstegsboende skulle kunna arbeta mer utifrån ett anhörigaperspektiv. Speciellt i steg fyra där man kunde bo längre:

Det är ju ändå ett ganska stabilt ställe och där kommer min tanke att man skulle kanske försöka få igång något med våra brukare. Att man faktiskt underlättar så att man kanske kan hitta sina anhöriga och försöka bjudas in dem. Det händar ju faktiskt ibland att de tar tag i den här situationen med vår hjälp och det är ju helt fantastiskt. Man kanske inte har träffat sina barn på tjuo år eller någonting så…

under dagen. Men sen erbjuder vi ju faktiskt att man kan få stödsamtal och t.o.m. sova kvar hos sina föräldrar om man är tillräckligt gammal, eller någon kär gammal vän eller mamma och pappa. Så det är ju ganska bra, men jag känner att det behövs ju ännu mera.

En snarlik tanke som framfördes och som kanske skulle kunna utvecklas var att hjälpa de missbrukare som kände att de hade gjort föräldrar, sin partner eller andra illa att förmedla den informationen till anhöriga. Många har "bränt" sina kontakter, kört dem i botten. "Det är ju så mycket besvikelser". Att kunna tala om sina skuldäsnesslor för anhöriga skulle kunna hjälpa båda parter att komma vidare.


**Utveckling av anhörigstöd**


En direkt fråga som ställdes från verksamhetshåll till representanterna på Anhörigcentrum var om verksamheterna kunde hänvisa anhöriga till yngre personer dit. Ibland hände det att anhöriga var trötta och slutkörda, men att de inte tyckte sig få någon hjälp från exempelvis habiliteringen. Eftersom Anhörigcentrum inte hade denna målgrupp i sitt uppdrag var väl tanken att personalen som mötte den anhöriga i verksamheten skulle kunna ge stöd.


De specifika verksamheterna kom fram till att de borde diskutera vad det här med anhörigstöd betydde i deras verksamhet och komma fram till att så här jobbar vi med anhörigstöd. Detta gjordes inte vid tiden för fokusgruppintervjun. Ett sätt att möta kravfallet i lagstiftningen var att hänvisa till Anhörigcentrum, men det var inte en hållbar strategi.

Men sen, var gränserna går för vad vi ska göra, vad ni på boendena ska göra, vad som ingår i det här, det får man väl prata om så att det är ju väldigt trist också för anhöriga om vi liksom häller på och skyfflar emellan, det funkar inte heller.

**Samverkan**

Kommunens anhörigstöd hade byggts upp utifrån ett äldreperspektiv. Lärdomar kunde dras av detta, men verksamheten måste utvecklas för att även passa andra målgrupper. Det rådde enighet om att många anhöriga behövde stöd på olika sätt och det gällde att hitta former och att utveckla dem tillsammans, Anhörigcentrums verksamhet och det stöd och den omsorg som bedrevs i kommunens övriga verksamheter. Ett exempel som gavs på positiv samverkan var det som Anhörigcentrum hade med landstingets Npf-portal som hjälpte vuxna som hade eller
trodde sig ha adhd, add, Asperger eller Tourettes syndrom. I det sammanhanget hade parterna lärt sig mycket av varandra. Även om mycket av Anhörigcentrums stöd var uppbyggt för anhöriga till äldre personer så fanns det enligt en kommentar mycket i anhörigkapet som var generellt och många erfarenheter som delades oberoende av vilken diagnos eller funktionsnedsättning som den närstående hade.

Det framkom i samtalet att det fanns en del okunskap i gruppen om det anhörigstöd som fanns i kommunen i Anhörigcentrums regi. Ett resultat av fokusgruppen blev att deltagarna utbytte kontaktuppgifter för att kunna fortsätta att informera varandra och för att diskutera den fortsatta utvecklingen av anhörigstödet.
7. Resultat av enkätundersökning till anhöriga


Resultatet av enkätstudien presenteras nedan i form av frekvenstabeller. Siffrorna gäller för samtliga anhöriga, det vill säga anhöriga till äldre, funktionshindrade respektive långvarigt sjuka personer. I de fall det förekommer statistiskt säkerställda skillnader mellan dessa gruppers resultat kommenteras det i den löpande texten. Detsamma gäller de båda urvalsgrupperna det vill säga de som fått stöd från Anhörigcentrum och enkäten distribuerad av anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare respektive anhöriga som fått avlösar service i hemmet och hade barn med funktionsnedsättning. Det skall hållas i minnet att den sista gruppen endast utgörs av 24 personer.

Bakgrundsfrågor

Av de 136 anhöriga som besvarade enkäten var cirka två tredjedelar kvinnor och en tredjedel män medan det omvända förhållandet rådde bland de närstående (se tabell 2).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Källa</th>
<th>Kvinnor</th>
<th>Män</th>
<th>Totalt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anhöriga till äldre/funktionshindrade/långvarigt sjuka personer</td>
<td>63</td>
<td>37</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Näststående som var äldre/funktionshindrade/långvarigt sjuka</td>
<td>36</td>
<td>64</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Åldersfördelningen bland kvinnor och män framgår av tabell 3. Vi kan där se att den största andelen av de anhöriga var i åldrarna 65-79 år medan det var ungefär lika stora andelar bland de närstående som var i ålgrupperna 65-79 år respektive 80 år och äldre. Drygt hälften av respondenterna var med andra ord anhöriga till äldre personer.

24 Frågeformuläret återfinns i sin helhet i bilaga 4.
Tabell 3
Andel män och kvinnor bland anhöriga och närstående fördelade på ålder (%)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ålder</th>
<th>Anhöriga n=70</th>
<th>Närstående n=90</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Kvinnor</td>
<td>Män</td>
</tr>
<tr>
<td>- 19</td>
<td>6</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>20 - 34</td>
<td>12</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>35 - 49</td>
<td>52</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>50 - 64</td>
<td>26</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>65 -79</td>
<td>36</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>80 -</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
</tr>
</tbody>
</table>

När det gäller relationen till den närstående så dominerade bland de anhöriga makar/makor/partner och de utgjorde drygt hälften av respondenterna. Nästan var tredje respondent var förälder till den närstående. Av kvinnorna var det 64 procent som sammanbodde med den närstående och motsvarande andel för männen var 88 procent. I tabell 4 framgår relationerna till den närstående fördelade på män och kvinnor.

Tabell 4
Relation till närstående fördelat på kön (%)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Relation till närstående</th>
<th>Kvinnor</th>
<th>Män</th>
<th>Totalt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Maka/make/partner</td>
<td>61</td>
<td>48</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>Förälder</td>
<td>21</td>
<td>48</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Syskon</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Barn</td>
<td>11</td>
<td>4</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Annan släkt</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Vän/granne</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Den största delen av de närstående bedömdes av de anhöriga vara måttligt beroende av hjälp/stöd/vård. Intressant att konstatera i tabell 5 är att en större andel av männen beskrevs ha ett stort beroende av hjälpstöd/vård jämfört med kvinnorna.

Tabell 5
Beroende av hjälp/stöd/vård fördelat på kön (%)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beroende av hjälp/stöd/vård</th>
<th>Kvinnor</th>
<th>Män</th>
<th>Totalt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mycket beroende</td>
<td>24</td>
<td>41</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Måttligt beroende</td>
<td>44</td>
<td>44</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Lite beroende</td>
<td>26</td>
<td>8</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Oberoende</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anhörigas välbefinnande
I tabell 6 redovisas svar på frågor som avser att mäta olika dimensioner av anhörigas livskvalitet. Det är omöjligt att avgöra hur mycket av resultatet som kan förklaras av anhörigskapet, men av de områden som ingår i frågorna är det främst frågan om huruvida anhöriga kände sig pigga och utvilade som sticker ut. Hela 30 procent av respondenterna kände sig sällan eller aldrig pigga och utvilade.
Tabell 6
Livskvalitet hos den anhörige (%)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Hela tiden</th>
<th>Den mesta tiden</th>
<th>Mer än hälften av tiden</th>
<th>Mindre än hälften av tiden</th>
<th>Sällan</th>
<th>Aldrig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Glad, på gott humör</td>
<td>2</td>
<td>15</td>
<td>33</td>
<td>31</td>
<td>17</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>n=131</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lugn, avslappnad</td>
<td>2</td>
<td>17</td>
<td>31</td>
<td>33</td>
<td>15</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>n=131</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aktiv, stark</td>
<td>1</td>
<td>12</td>
<td>36</td>
<td>33</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>n=129</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pigg, utvilad</td>
<td>3</td>
<td>11</td>
<td>28</td>
<td>28</td>
<td>22</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>n=131</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liv fullt av saker</td>
<td>8</td>
<td>18</td>
<td>22</td>
<td>31</td>
<td>21</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>som intresserar n=131</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Endast på en av ovanstående frågor återfinns signifikanta skillnader mellan de tre anhöriggrupperna. Det gäller frågan om huruvida de anhöriga var pigga och utvilade och det visade sig att anhöriga till personer med funktionsnedsättning var de som i minst utsträckning svarade att de kände sig pigga och utvilade och de upprätthöll också större andelar på svarsalternativen att de sällan eller aldrig var pigga och utvilade (57 procent jämfört med 24 procent för anhöriga till äldre och 15 procent för anhöriga till långvarigt sjuka) (p=0,006).

Statistiskt säkerställda skillnader finns också på denna fråga i jämförelsen mellan de anhöriga som fått stöd via Anhörigcentrum och de föräldrar till barn med funktionsnedsättning som fått avlösning i hemmet. Av de anhöriga som fått stöd via Anhörigcentrum svarade 15 procent att de den mesta av tiden eller alltid var pigga och utvilade medan motsvarande andel för den andra anhöriggruppen var 8 procent. På motsvarande sätt svarade 25 av de anhöriga som fått stöd via Anhörigcentrum att de sällan eller aldrig var pigga och utvilade medan 54 procent av de anhöriga till barnen med funktionsnedsättning uppgav samma sak (p=0,013).

En majoritet av de anhöriga skattade både sin hälsa och sin livskvalitet som helhet som varken bra eller dålig (se tabell 7).

Tabell 7
Upplevd hälsa och livskvalitet som helhet (%)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Mycket bra</th>
<th>Bra</th>
<th>Varken bra eller dålig</th>
<th>Dålig</th>
<th>Mycket dålig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hälsa n=117</td>
<td>3</td>
<td>33</td>
<td>52</td>
<td>11</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Livskvalitet n=131</td>
<td>2</td>
<td>26</td>
<td>57</td>
<td>14</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Upplevelse av erhållt stöd

När de anhöriga skulle avgöra hur tillfreds de var med det stöd som de fått fick de på en tiogradig skala ta ställning till hur nöjda de som helhet var. En minoritet (12 procent) kan klassas som missnöjda då de valde svarsalternativ 1-3. Svarsalternativen 4-7 valdes av 40 procent och 48 procent kryssade i alternativ 8-10 och kan därmed betraktas som nöjda.

Information i olika former utgör viktiga delar av stöd till anhöriga. När anhöriga på en femgradig skala fick ta ställning till påståenden som mätte nöjdhet med olika former av information visar resultatet att ungefär en femtedel av de anhöriga inte var nöjda med fem av de sex olika dimensionerna av information som studerades och att hela 35 procent var missnöjda med informationen om ekonomiska former av stöd (se tabell 8).
Svaren på frågorna gällande tillfredsställelsen med informationen uppvisar vissa skillnader mellan de olika anhörigrupperna. Där det förekommer signifikanta skillnader mellan grupperna är det genomgående de anhöriga till personer med funktionsnedsättning som var minst nöjda med informationen. I tabellen nedan framgår att anhöriga till äldre personer och anhöriga till personer med långvarig sjukdom uppvisar snarlika svarsfördelningar medan de anhöriga till personer med funktionsnedsättning bryter detta mönster markant. De största skillnaderna återfinns på frågorna gällande anpassning av hemmet samt tekniska hjälpmedel.

### Tabell 8
I vilken mån de anhöriga var nöjda med den information de får (%)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nöjd med information om:</th>
<th>Instämmer ej (1-2)</th>
<th>3 (4-5)</th>
<th>Gäller ej mig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>min närmädes sjukdom och behandling n=132</td>
<td>21</td>
<td>14</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>vilken sorts hjälp och stöd som finns och hur jag får det n=131</td>
<td>19</td>
<td>22</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>de ekonomiska former av stöd som finns och hur jag får dem n=131</td>
<td>35</td>
<td>18</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>att anpassa hemmet så det blir mer lämpligt att hjälpa/stödja/vårda i n=131</td>
<td>18</td>
<td>10</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>tekniska hjälpmedel och var jag kan få dem n=131</td>
<td>20</td>
<td>13</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>vem jag kan kontakta i akuta situationer n=131</td>
<td>18</td>
<td>15</td>
<td>57</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nöjd med information om:</th>
<th>Instämmer ej (1-2)</th>
<th>F**</th>
<th>A***</th>
<th>LS***</th>
<th>Instämmer (4-5)</th>
<th>F</th>
<th>A</th>
<th>LS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>vilken sorts hjälp och stöd som finns och hur anhörig får det (p=0,036)</td>
<td>33</td>
<td>12</td>
<td>19</td>
<td>12</td>
<td>71</td>
<td>56</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>att anpassa hemmet så det blir mer lämpligt att hjälpa/stödja/vårda i (p=0,000)</td>
<td>60</td>
<td>18</td>
<td>16</td>
<td>25</td>
<td>67</td>
<td>68</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tekniska hjälpmedel och var anhörig kan få dem (p=0,001)</td>
<td>54</td>
<td>18</td>
<td>12</td>
<td>35</td>
<td>63</td>
<td>73</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vem anhörig kan kontakta i akuta situationer (p=0,005)</td>
<td>36</td>
<td>16</td>
<td>15</td>
<td>43</td>
<td>68</td>
<td>70</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Anhöriga till personer med funktionsnedsättning, ** Anhöriga till äldre personer, *** Anhöriga till personer med långvarig sjukdom

En statistiskt säkerställd skillnad mellan de två grupperna anhöriga som fått stöd via Anhörigcentrum och föräldrar till barn med funktionsnedsättning som fått avlösning i hemmet återfanns på frågan gällande information om tekniska hjälpmedel. 65 procent av de anhöriga som fått stöd via Anhörigcentrum var nöjda medan motsvarande andel för den andra anhörigruppen var 33 procent. Andelen som inte var nöjda uppgick för gruppen anhöriga vid Anhörigcentrum till 17 procent och för föräldrarna till barn med funktionsnedsättning till 57 procent (p=0,002).

En motsvarande fråga som den gällande informationen ställdes också gällande nöjdhet med den hjälp som anhöriga fick. Även här sticker den ekonomiska dimensionen ut med störst
andel missnöjda anhöriga. Hjälpen med de känslomässiga aspekterna kommer på andra plats i detta avseende (se tabell 10).

**Tabell 10**

<table>
<thead>
<tr>
<th>I vilken mån de anhöriga är nöjda med den hjälp de får (%)</th>
<th>Instämmer ej (1-2)</th>
<th>3</th>
<th>Instämmer (4-5)</th>
<th>Gäller ej mig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>med de fysiska/praktiska aspekternas av hjälpa/stödja/vårda, n=132</td>
<td>21</td>
<td>16</td>
<td>46</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>med de känslomässiga aspekternas av hjälpa/stödja/vårda, n=127</td>
<td>27</td>
<td>31</td>
<td>38</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>att tala öppet om sin anhörigroll, n=127</td>
<td>21</td>
<td>23</td>
<td>48</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Nöjd med det ekonomiska stöd jag får som anhörig, n=126</td>
<td>35</td>
<td>10</td>
<td>21</td>
<td>35</td>
</tr>
</tbody>
</table>

I jämförelse mellan de olika anhöriggrupperna återfinns en signifikant skillnad som innebär att anhöriga till personer med funktionsnedsättning var mindre nöjda än övriga grupper när det gällde de fysiska/praktiska aspekternas av hjälpa/stödja/vårda. Andelen anhöriga som instämde i påståendet att de var nöjda uppgick för de anhöriga till personer med funktionsnedsättning till 39 procent medan motsvarande siffror för anhöriga till äldre personer respektive anhöriga till personer med långvarig sjukdom var 67 respektive 53 procent. Motsvarande resultat återfinns när siffrorna för dem som inte instämde i påståendet, granskas. Av de anhöriga till personer med funktionsnedsättning var det 42 procent som inte instämde att de var nöjda och motsvarande andel bland anhöriga till äldre personer och anhöriga till personer med långvarig sjukdom uppgick till 18 respektive 21 procent (p=0,035).

En i det närmaste signifikant skillnad (p=0,052) fanns också på frågan som gällde hjälpen att tala öppet om anhörigrollen. Av de anhöriga till personer med funktionsnedsättning var det 40 procent som uppgav att de inte var nöjda med hjälpen att göra detta medan motsvarande andel bland anhöriga till äldre personer och anhöriga till personer med långvarig sjukdom var 15 respektive 19 procent.

Även i jämförelsen mellan anhöriga som fått stöd via Anhörigcentrum och anhöriga till barn med funktionsnedsättning som fått avlösning i hemmet kan vi se skillnader för frågorna som handlar om hjälpen med att tala om anhörigrollen samt frågan om det ekonomiska stödet. I tabell 11 framgår att de anhöriga som fått stöd via anhörigcentrum var nöjdare med hjälpen med att tala om sin anhörigroll medan det motsatta rådde gällande nöjdheten med det ekonomiska stödet där anhöriga till barn med funktionsnedsättning som fått avlösning i hemmet uppväxte större andel nöjda.

**Tabell 11**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Andel anhöriga som ej instämmer eller instämmer på påståenden gällande hur nöjda de är med hjälpen de får (%)</th>
<th>Instämmer ej (1-2)</th>
<th>Instämmer (4-5)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nöjd med den hjälp jag får</td>
<td>AC*</td>
<td>Avl**</td>
</tr>
<tr>
<td>att tala öppet om min anhörigroll (p=0,002)</td>
<td>18</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Nöjd med det ekonomiska stöd jag får som anhörig (p=0,006)</td>
<td>60</td>
<td>36</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Anhöriga som fått genom Anhörigcentrum ** Anhöriga till barn med funktionsnedsättning som fått avlösning i hemmet
Ytterligare frågor som ställdes i enkäten gällde i vilken utsträckning det stöd de anhöriga fick bidrog till att på olika sätt underlätta tillvaron för den anhöriga och den närstående. I tabell 12 framgår att drygt hälften av de anhöriga ansåg att stödet bidrog till att göra livet bättre för både den egna delens skull som för den närståendes, att stödet hjälpte för att fortsätta hjälpa/stödja/vårda samt bibehålla den egna hälsan och en god relation med den närstående. Däremot var andelarna mindre bland de anhöriga som instämde i påståendena att stödet hjälpte för att bemästra stress samt hjälpa/stödja/vårda mer effektivt. När det gäller frågan om möjligheterna att planera för framtiden är det intressant att konstatera att 30 procent av de anhöriga inte ansåg att frågan berörde dem. När det gäller frågan om att kunna fortsätta arbeta, var 47 procent av de anhöriga till barn med funktionsnedsättning som fått avlösning i hemmet som instämde i påståendet "hjälper mig att kunna fortsätta arbeta", medan andelen instämmande var 29 procent bland de anhöriga till barn med funktionsnedsättning som inte fått avlösning (p=0,042).

Tabell 12
I vilken mån den hjälp och stöd som erbjuds bidrar till att göra livet bättre för den anhörige och den närstående (%)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Den hjälp och stöd jag får:</th>
<th>Instämmer ej</th>
<th>3</th>
<th>Instämmer</th>
<th>Gäller ej mig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>bidrar till att göra livet bättre för mig, n=128</td>
<td>20</td>
<td>23</td>
<td>55</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>bidrar till att göra livet bättre för min närstående, n=126</td>
<td>18</td>
<td>25</td>
<td>51</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>hjälper mig att fortsätta hjälpa/stödja/vårda min närstående, n=127</td>
<td>21</td>
<td>18</td>
<td>58</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>hjälper mig att bemästra den stress hjälpen/stödet/vårdens innebär, n=128</td>
<td>31</td>
<td>20</td>
<td>43</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>hjälper mig att hjälpa/stödja/vårda mera effektivt, n=125</td>
<td>28</td>
<td>25</td>
<td>39</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>hjälper mig att planera för framtiden, n=131</td>
<td>27</td>
<td>21</td>
<td>22</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>bidrar till att jag mår bra och kan bibehålla min hälsa, n=130</td>
<td>17</td>
<td>20</td>
<td>51</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>hjälper mig att bibehålla en god relation med den som jag hjälper/stödjer/vårdar, n=132</td>
<td>17</td>
<td>20</td>
<td>51</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>hjälper mig att kunna fortsätta arbeta, n=129</td>
<td>16</td>
<td>7</td>
<td>13</td>
<td>64</td>
</tr>
</tbody>
</table>

På en av de ovanstående variablerna förekommer en signifikant skillnad mellan de tre anhöriggrupperna. De som var anhöriga till personer med långvarig sjukdom var minst övertygade om att det erhållna stödet bidrog till att de mådde bra och kunde behålla sin hälsa. Av de anhöriga till långvarigt sjuka personer var det 32 procent som instämde i påståendet. Bland anhöriga till äldre personer och anhöriga till personer med funktionsnedsättning var motsvarande siffror 58 respektive 38 procent. Andelarna anhöriga som inte instämde i att hjälpen bidragit positivt till hälsan var för anhöriga till långvarigt sjuka personer 45 procent, anhöriga till äldre personer 22 procent och anhöriga till personer med funktionsnedsättning 24 procent (p=0,047).

Bedömningen om huruvida stödet bidrog till möjligheterna att kunna arbeta skilde sig åt mellan de anhöriga som fått stöd via Anhörigcentrum och de anhöriga till barn med funktionsnedsättning som fått avlösning i hemmet. I den senare gruppen var andelen större som instämde i påståendet att stödet bidragit till att kunna fortsätta arbeta (47 procent i jämförelse med 29 procent) och andelen var mindre som inte instämde i samma påstående (16 procent i jämförelse med 57 procent) (p=0,042).

En inte oviktig del av anhörigstödet utgörs av avlösningsverksamhet med syftet att ge anhöriga egen tid. Av de anhöriga var det mellan 22 – 25 procent som inte instämde i påståenden som att stödet de fick gjorde det möjligt att ha ett liv utanför
hjälpen/stödet/vården, att de var nöjda med möjligheterna till avbrott och att ta semester. Vi vet inte om dessa andelar anhöriga har fått avlösning eller ej, men kan konstatera att det troligen finns behov av ytterligare avlösningsverksamhet.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabell 13</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>I vilken mån den hjälp och stöd som erbjuds bidrar till att ge den anhörige ett avbrott i hjälpen/stödet/vården (%)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Den hjälp och stöd som jag får gör det möjligt att ha ett liv utanför hjälpen/stödet/vården, n=133</td>
</tr>
<tr>
<td>Nöjd med de möjligheter jag har till avbrott från vårdandet, n=131</td>
</tr>
<tr>
<td>Nöjd med de möjligheter jag har att ta semester, n=131</td>
</tr>
</tbody>
</table>

På ett av påståendena ovan förekommer det en statistiskt säkerställd skillnad mellan de olika målgrupperna. Det gäller påståendet om möjlighet till avbrott där de anhöriga till äldre personer särskiljer sig genom att vara mest positiva. Av de anhöriga till äldre personer var 63 procent nöjda med möjligheterna till avbrott medan motsvarande andel för anhöriga till personer med funktionsnedsättning och anhöriga till långvarigt sjuka personer uppgick till 42 respektive 37 procent (p=0,014)

Slutligen följer några frågor om kvalitén på det stöd som den anhöriga har fått. Glädjande att konstatera är att majoriteten av de tillfrågade synes vara mest positiva. Av de tillfrågade instämde i påståendet att de blev bemötta med värdighet och respekt. Svarsfördelningen på frågan gällande ekonomin är svår att tolka, men en fråga som sticker ut handlar om uppföljningen av stödet där en fjärdedel av samtliga anhöriga angav att stödet inte följdes upp så ofta som de ville (se tabell 14).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabell 14</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Kvalitén i den hjälp och stöd som erbjuds (%)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Den hjälp och stöd jag får har god kvalitet, n=125</td>
</tr>
<tr>
<td>Den hjälp och stöd jag får stämmer alltid med det som vi kommit överens om, n=128</td>
</tr>
<tr>
<td>Nöjd med det sätt som jag är involverad i planering och beslut om den hjälp och stöd som jag behöver, n=127</td>
</tr>
<tr>
<td>Bli bemött med värdighet och respekt av dem som ger hjälp och stöd, n=132</td>
</tr>
<tr>
<td>Den hjälp och stöd jag får följs upp så ofta som jag skulle vilja, n=130</td>
</tr>
<tr>
<td>Den hjälp och stöd jag får ger god valuta för pengarna, n=130</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Påståendet gällande involveringen i planering och beslut föreligger det en statistisk säkerställd skillnad mellan de tre anhöriggrupperna där åter de anhöriga till personer med funktionsnedsättning är de som var mest negativa. När det däremot gäller frågan om de anhöriga instämde i påståendet om huruvida den hjälp och det stöd de fick följdes upp så ofta som de ville, var det de anhöriga till långvarigt sjuka personer som utmärkte sig genom att vara minst nöjda (se tabell 15).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Instämmer ej (1-2)</th>
<th>Instämmer (4-5)</th>
<th>F</th>
<th>A</th>
<th>LS***</th>
<th>F</th>
<th>A</th>
<th>LS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nöjd med det sätt som jag är involverad i planering och beslut om den hjälp och stöd som jag behöver, p=0,003</td>
<td></td>
<td>39</td>
<td>23</td>
<td>10</td>
<td>50</td>
<td>67</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>Den hjälp och stöd jag får följs upp så ofta som jag skulle vilja, p=0,029</td>
<td></td>
<td>23</td>
<td>16</td>
<td>50</td>
<td>50</td>
<td>64</td>
<td>37</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Anhöriga till personer med funktionsnedsättning, ** Anhöriga till äldre personer, *** Anhöriga till personer med långvarig sjukdom

Anhöriga som fått stöd via Anhörigcentrum uppvisade ett mer positivt resultat på frågan som behandlar det sätt som anhöriga var involverade i planering och beslut, än vad de anhöriga till barn med funktionsnedsättning som fick avlösning i hemmet gjorde. Av de anhöriga som fått stöd via Anhörigcentrum instämde 64 procent i påståendet om att de var nöjda medan motsvarande andel för den andra anhöriggruppen var 55 procent. Ser vi till siffrorna på svarsalternativen som visar andelen anhöriga som inte instämde var siffran för ”Anhörigcentrums anhöriga” 22 procent i jämförelse med 32 procent för den andra gruppen anhöriga (p=0,024).
8. Telefonintervjuer med anhöriga

Som en uppföljning och fördjupning av enkätsstudien genomfördes telefonintervjuer med anhöriga. Frågorna som behandlades var vilket stöd och hjälp som de anhöriga fick från kommunen hur det fungerade och vad som kunde förbättras. Följdfrågor ställdes utifrån svaren på de övergripande frågorna.


Intervjupersonerna utgörs av sex kvinnor och fyra män. Åtta var anhöriga till äldre personer och två till personer med funktionsnedsättning. Relationerna till de närmaste var: makar (fyra), makar (två), särbo (en), sambo (en) och mammor (två).

Resultat

De intervjuade anhöriga var överlag nöjda med det stöd och den hjälp de fick från kommunen. Flertalet var nöjda med den information de fått och de visste var de skulle vända sig om de behövde hjälp och stöd. Anhörigcentrum var mycket uppskattat och beskrives av flera i positiva ordalag. Det som uppskattades var till exempel bemötandet, informationen och att de följe upp. En av de intervjuade lyfte särskilt fram som positivt att Anhörigcentrum även vände sig till yngre anhöriga.


Avlösning via korttidsboende fungerade också bra enligt de personer som intervjuades. För de anhöriga var det betydelsefullt att få en lugnare tid och kunna ta hand om sig själv.

Majoriteten av de anhöriga var vid tiden för intervjun eller hade tidigare varit med i någon av de anhöriggrupper som kommunen anordnat. Flertalet uppskattade grupperna och tyckte att det var skönt att träffa andra för att prata och lyssna. En anhörig uttryckte att det var skönt att "för en gångs skull bli sedd." Samtalsledarna fick överlag gott omdöme. Flera påpekade dock att mycket av diskussioner kretsadde kring sådant som var jobbigt och att anhörigträffarna därför inte blev någon avkoppling: "Ska jag gå någonstans så ska det vara roligt, annars ger det inte så mycket." En av de anhöriga tyckte att taket var för lågt i anhöriggruppen vilket tog sig uttryck i att samtalsledarna försökte hindra henne att föra fram sin kunskap och sina synpunkter. Samma anhörig tyckte också att det saknades kompetens och bra bemötande hos biståndshandläggarna.

---

25 Redovisningen i detta avsnitt bygger på den rapport som Helena Kästel från företaget Utblick har sammanställt efter att ha genomfört intervjuerna med de anhöriga.
Rekreationsresan som kommunen ordnade till Järlåsagården var uppskattad av många och beskrevs i termer av viktig återhämtning och avkoppling samt tid för samtal: "Det var första gången det ordnades något för mig. Jag är fortfarande rörd. Nu var det min tur att bli omtyckt."

**Positiva erfarenheter:**

***Anhörigcentrum***
- Bra kontakt
- Bra på att följa upp
- Bra information om vart man ska vända sig
- Positivt att de även vänder sig till anhöriga med unga närstående
- Ovärderligt bemötande

***Avtäckning i hemmet***
- Betydelsefullt
- Fungerar bra, samma person som kommer
- Flexibelt med tider
- Möjlighet att ”spara” timmar
- Pigg och alert personal

***Ledsagare***
- Värdefullt
- Fungerar om personkemin stämmer

***Avtäckning genom korttidsboende***
- Betydelsefullt
- Möjlighet till att själv komma ut mer
- Välbehövligt lugn för den anhörige

***Anhörigträffar***
- Skönt att få prata med andra
- Bra samtalsledare
- Nyttigt att träffa andra
- Bra information
- Fantastiskt erbjudande från kommunen
- För en gång skull ”bli sedd”

***Rekreationsresor***
- Uppskattad resa till Järlåsagården
- Välbehövligt
- Något unikt för den anhörige
- Tid för samtal

***Information och kommunikation***
- Engagerad personal
- Bra information om vart man ska vända sig
- Hembesök om man önskar

**Kritiska synpunkter:**

***Avtäckning i hemmet (ej den avgiftsfria)***
- Varierande erfarenhet bland hemtjänstpersonalen
- Bristande språkkunskaper

***Anhörigträffar***
- För mycket prat om sådant som var jobbigt
- En känsla av att gruppen "baktalade" sina närstående
- Lite som förenar de anhöriga bortsett från den närståendes sjukdom
- "För lågt i tak" – samtalsledare ville ej lyssna på den anhöriges kunskap och idéer

**Färdtjänst**
- Omöjligt med färdtjänst kortare sträckor på landet

**Förslag och idéer avseende utveckling av stödet:**
- Erbjuder mer stimulans för de närstående
- Avlösning i hemmet med kort varsel
- Anhörigrupper för vuxna barn
- Informera biståndshandläggare om kommunens boendealternativ
9. Diskussion

Utvecklingen av anhörigstödet och betydelsen av kommunens organisation

Uppsala var i nationell jämförelse tidigt ut med att uppmärksamma anhörigas situation och behov av stöd. Redan år 1997 antog kommunfullmäktige ett program inom äldreomsorgen där anhöriga lyftes fram som en viktig resurs och det betonades att de skulle ha bra stöd i form av tillfälliga vårdplats, personligt stöd och rådgivning. Ån idag är det dessa insatser mycket av anhörigstödet kretsar kring, men vi kan också lägga till avlösning utanför vårdboenden som en viktig insats samt så kallade må-дра-aktiviteter. De statliga satsningarna på utvecklingen av anhörigstöd har gynnat kommunen som har tagit väl vara på dem.


De statliga satsningarna distribuerades på ett sådant sätt att de framför allt gynnade utvecklingen av anhörigstödet inom äldreområdet. Utvecklingen i Uppsala, liksom i Sverige i övrigt, har därför främst inriktats på anhöriga till äldre personer. Inom denna grupp har det mest av stödet gått till anhöriga till personer med demenssjukdomar samt till anhöriga som sammanbott med den sjuke. I kommunen fanns därför mest erfarenhet av stöd till anhöriga till äldre personer och väl prövade metoder för stöd till dem.

När kommunens anhörigstöd eller "anhörigstödet" nämns, avses oftast den verksamhet som bedrivs i och via Anhörigcentrum. Det är till utvecklingen av den verksamheten som mycket av de statliga stimulansmedlen på senare tid har gått och den stora informationskampanjen som riktade sig till kommunens innevånande var inriktad på Anhörigcentrums verksamhet. På detta sätt kan sägas att mycket av anhörigstödet är centraliserat och att resurser lagts på att utveckla expertkunskap och det som kan kallas för det specifika anhörigstödet. Ett annat vägval skulle ha varit att satsa mer på ett integrerat anhörigstöd i de ordinarie vård- omsorgsverksamheterna och där tyngdpunkten kunde ha varit att utveckla ett tydligare anhörigfokus. Det ena behöver inte utesluta det andra, men konstateras kan att den stora majoriteten av enhets- verksamhetschefer i samtliga områden uppgav att de inte hade något stöd till anhöriga i sina verksamheter. De stora undantagen från detta var enheter där det bedrevs palliativ och medicinskt avancerad vård samt självklart de verksamheter som ägnade sig åt avlösning i olika former.

Cheferna hänvisade ofta till Anhörigcentrums arbete när anhörigstöd kom på tal och de hänvisade även enskilda anhöriga till anhörigkonsulent och demensvårdsutvecklare. En risk med detta är att verksamheterna inte känner ansvar för att utveckla något stöd på hemmaplan.
utan hänvisar till ”experterna”. Ibland är detta självklart det enda rätta, speciellt när anhöriga behöver tala med någon som inte är direkt kopplad till den närstående, men en del av de svårigheter som anhöriga upplever handlar om frågor som rör ordinarie vård- och omsorgsverksamheter och mest effektivt är det naturligtvis om problem kan löses där de hör hemma eller ännu hellre; att svårigheter bearbetas för att undvika att de blir till problem.

Det blev tydligt under kartläggningen att den kommunala organisationen och den ekonomiska styrningen hade stor betydelse för i vilken utsträckning verksamheterna uppmärksammade anhörigas behov. En förklaring till att stödet till anhöriga till äldre personer var så väl utvecklat är att detta (kanske på grund av statliga stimulansmedel) funnits med som mål i äldreprogram sedan lång tid. Denna studie visar att så länge stöd till anhöriga inte lyftes fram i de enskilda verksamheternas uppdrag på ett klokt sätt, så fanns det inte. Av största vikt är med andra ord att anhörigas situation uppmärksammas i övergripande dokument som IVE, inriktningssål, effektmål och uppdragssplaner för att sedan via enskilda uppdrag och åtaganden föras ”ner” i de enskilda verksamheterna. Det är en grannlaga uppgift att formulerab uppdrag och målsättningar på olika nivåer på ett sådant sätt att de bidrar till att gynna utvecklingen av stöd till anhöriga med god kvalitet. Här återstår en del utvecklingsarbete att göra.

Kommunens organisation och uppdelning mellan olika nämnder och kontor gav konsekvenser för hur anhörigstödet organiseras och vilka målgrupperna för stödet blev. Eftersom Äldrenämnden och Nämnden för vuxna med funktionshinder initialt samverkade kring uppbryggnaden av Anhörigcentrum blev en konsekvens att Anhörigcentrums verksamhet inriktades på anhöriga till närstående som var över 21 år. I intervjuer och fokusgrupper framkom en stark önskan om att denna åldersgräns skulle upphöra. En annan begränsning för anhörigcentrums verksamhet var att den inte riktade sig till anhöriga som hade närstående på särskilt boende. En grundläggande tanke när stödet till anhöriga initialt byggdes upp var att insatserna skulle skjuta upp behovet av särskilt boende. En annan tanke var att anhöriga som hade närstående på särskilt boende, skulle få sitt behov av stöd tillgodosett där. Även denna begränsning av verksamheten beklagas av intervjuer och även det visade sig också att det fanns en del missuppfattningar om vem som hade möjlighet att få tillgång till Anhörigcentrums insatser. Även internt inom kommunen behövdes informationssatsningar.

**Ord, begrepp och skilda kulturer**

Att begreppen anhörig – närstående användes i kommunen på precis motsatt sätt i jämförelse med lagstiftning och nationella dokument utgjorde en komplikation i kartläggningsarbetet, men mer besvärligt var att terminologin inte användes konsekvent och att det i många av kommunens dokument därmed var helt omöjligt att avgöra vem som avsågs med anhöriga respektive närstående. I Uppsala kommun definierades i övergripande och styrende dokument den anhöriga som den person som var äldre, hade en funktionsnedsättning eller var långvarigt sjuk medan den närstående eventuellt hjälpte denna person och kanske behövde stöd. Denna definition till trots så fanns i kommunen ett anhörigstöd, Anhörigcentrum, anhörigkonsulenter med mera.

Ett annat dilemma rörande anhörigbegreppet var att inte hela socialtjänsten använde sig av denna term varför missförstånd kunde uppkomma. Det var främst inom äldreomsorgen som anhöriga var ett etablerat begrepp medan det inte låg lika nära till hands inom funktionshinder- och individ- och familjeområdet där terminologin istället utgick från familjen, föräldrar och så vidare (men även inom råd och stödverksamhet bedrevs anhöriggrupper). Att mötas över verksamhetsgränserna för att diskutera anhörigstöd visade sig vara givande i samband med att fokusgrupperna genomfördes. Det fanns då tillfälle att
Diskutera begrepp och annat för att undvika missförstånd och det blev också tydligt att det förekom anhörigstöd inom till exempel individ- och familjedområdet fastän det inte benämndes som just anhörigstöd. En idé kan därför vara att ha ett forum med representanter från olika delar av socialtjänsten som träffas regelbundet för att diskutera anhörigfrågor; vem som gör vad och varför.

Vad som var att betrakta som anhörigstöd var inte heller självklart. I projektet skall den verksamhet kartläggas som har som syfte att utgöra just ett stöd för anhöriga det vill säga ett direkt anhörigstöd. Inom kommunen fanns många exempel på sådan verksamhet även utanför Anhörigcentrums gränser. Det fanns i kommunen också många insatser som kunde ha flera syften; att de till exempel både skulle vara stimulerande, rehabiliterande eller annat för den närstående och samtidigt fungera som avlösning för den anhöriga. Svårigheter var att syftena med olika insatser inte definierades fullt ut och att det inte gick att ta fram statistik över allt stöd som gavs till anhöriga.

Det är också viktigt att särskilja anhörigstöd och anhörigvänlig vård och omsorg. Även om anhöriga upplever det positivt att ”få vara med” i vårdplaneringar och att bli väl bemötta är detta exempel på indirekt anhörigstöd det vill säga att anhöriga mår väl av att ordinarie vård- och omsorgsverksamheter fungerar bra. Att ordinarie verksamheter har god kvalitet är att betrakta som självklart och bör därför inte klassas som stöd. Detta betyder dock inte att det inte fanns anledning för en del verksamheter att se över anhörigas situation och sitt anhörigfokus. Även gällande verksamheter som syftade till att stödja anhöriga (till exempel korttidsboenden), framkom synpunkter på att de inte i tillräckligt stor omfattning tog hänsyn till anhörigas situation, att organisationen skulle kunna vara mer flexibel och att innehållet i verksamheten skulle kunna vara av högre kvalitet.

**Studiens genomförande**


I studien ingick att anhöriga själva skulle få chansen att uttala sig om sina erfarenheter av att ha fått stöd. En stor svårighet med detta var att få tillgång till listor med namn och adressuppgifter till anhöriga. Mycket av det biståndssökta stödet inkluderar den närstående och handlades som ett sådant ärende. Även om syftet med exempelvis korttidsboende eller dagverksamhet var att avlösa anhörig framkom inte det i statistiken utan man skulle behöva gå igenom samtliga beslut för att försöka utröna vad syftet med beslutet var. Detta var inte realistiskt att göra. Den enda biståndssökta insatsen där det från början stod klart att syftet för alla som fick insatsen var att stödja anhöriga, var avlösningsservicen i
hemmet för barn med funktionsnedsättning. Efter tillstånd från barn- och ungdomsnämnden lämnades adresslistor ut på föräldrar som fått denna avlösning.

Anhörigcentrums verksamheter dokumenterades i form av pinnstatistik och utvärderingar efter fullföljda aktiviteter, men det fanns inte något register över vilka anhöriga som hade varit i kontakt med Anhörigcentrum och vilket stöd de fått. Anhöriga kunde om de så önskade vara helt anonyma. För att få tillgång till namn fick därför anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare sammanställa listor från sina arbetsanteckningar över anhöriga som de varit i kontakt med. Slumpmässiga urval gjordes utifrån dessa listor och anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare distribuerade sedan enkäter till de anhöriga. På detta sätt skyddades de anhörigas integritet och anonymitet. Eftersom svaren på enkätena skickades direkt till NkA vet inte heller anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare vilka anhöriga som har besvarat enkäten. En stor skillnad i resultatet mellan anhöriga som fått stöd via Anhörigcentrums och de anhöriga som fått avlösarservice i hemmet enligt LSS, var svarsfrequensen på enkäten. Anhöriga som fick enkäten distribuerade av anhörigkonsulenter och demensvårdsutvecklare, det vill säga personer som de haft kontakt med, besvarade enkäten i mycket större omfattning.

Inom råd- och stödverksamheter fördess inte heller några register eller dokumenterades vilka anhöriga som fått stöd, inte heller här gick det att få fram kontaktuppgifter. Detsamma gällde stöd inom ordinarie vård- omsorgsverksamhet.

I verksamheter där förutsättningarna är att anhöriga kan vara anonyma och där det är viktigt att inte ”klientgöra” är det bra att anonymitet garanteras och att stödet är lättillgängligt. Vad som däremot skulle vara önskvärt är att de verksamheter som ägnar sig åt stöd till anhöriga dokumenterade syftet med sina verksamheter så att det skulle kunna gå att få fram statistik över hur omfattande stödet är. Idag går detta inte att besvara för Uppsala kommun.

Tänkbara utvecklingsområden

Mycket av det stöd som gavs till anhöriga fungerade bra. Speciellt lyftes Anhörigcentrum fram som ett gott exempel i fokusgrupper samt i intervjuer med såväl chefer som anhöriga. Det insamlade kartläggningsmaterialet gav också upphov till reflektioner om en del utvecklingsområden.


Anhörigas möjlighet till delaktighet varierade. Inom äldreområdet var enligt utsagor anhöriga viktiga som informationskällor, speciellt i de fall den närstående inte själv kunde förä sin talan. Inom funktionshinder- samt individ- och familjeområdet och när det gällde barn, var föräldrarna självlkara parter, men när det gällde vuxna individer poängterades i många enkäter och intervjuer att det var den enskilda som verksamheten var till för och att hänsyn till och

Även om anhöriga fick vara med vid vårdplaneringar, diskussioner om genomförandeplaner med mera, var det inte självklart att deras situation uppmärksammades. Det hände att anhöriga bad anhörigkonsulenter att vara med som stöd för att de anhörigas synpunkter skulle komma fram.

Stor möda har från Anhörigcentrums sida ägnats åt att göra verksamheten känd och i ett tilläggssupdrag har det gällt att informera allmänheten. Det visade sig vid flera tillfällen under kartläggningen att det fanns en del brister i socialtjänstens kunskap om dels anhörigcentrums verksamhet, vem den var till för och vad den innebar, men också brist på kunskap om befintligt anhörigstöd utanför Anhörigcentrum. Exempel på det sistnämnda var det stöd som fanns för barn som anhöriga, för anhöriga till personer med missbruksproblematik och det efterlevandestöd som gavs inom palliativ vård. Det är viktigt att allmänheten känner till de möjligheter till stöd som kommunen kan erbjuda, men det är också synnerligen viktigt att alla medarbetare i socialtjänsten gör detsamma för att i sin tur kunna hänvisa eller informera. Av särskild betydelse har biståndshandläggare som ofta är de personer som inom kommunen träffar anhöriga först och i ett tidigt skede.


Samverkan med den ideella sektorn var väl utvecklad vid anhörigcentrum, men inte lika påtaglig i de övriga verksamheterna. Det var också oklart i vilken utsträckning föreningar, kyrkor och dylikt var resurser just för anhöriga i de ordinarie vård- och omsorgsverksamheterna. Samma sak gällde samverkan med landstinget. I ordinarie- vård- och omsorgsverksamheter fanns på många håll en väl utvecklad samverkan med olika delar av landstinget, men det var svårt att få grepp om i vilken omfattning denna samverkan inkluderade anhöriga. För Anhörigcentrums del återstod en del utvecklingsarbete att göra i relation till Primärvården. Detta var en organisation som intervjuuppgift som uppfattade som mycket svår att etablera kontakt med. Likaså behövde samverkan utvecklas i samband med vårdplaneringar vid utskrivning från sjukhus. Syftet för sådana samtaler skulle kunna innefatta både att planera för den närmsta första framtid och att uppmärksamma anhörigas
situation. För övrigt utgjorde samverkan med akuten på Akademiska sjukhuset och anhörigsamordnaren där ett paradexempel på konstruktivt arbete som inte hade många motsvarigheter i övriga landet.

Släende är att utbildningsnivån var så låg när det gällde utbildningar om anhöriga och att utbildningar inte genomförts i någon större omfattning under de studerade åren. För att kunna ge en anhörigvänlig vård och omsorg och dessutom stöd, är det en förutsättning att det finns grundläggande och god kunskap, samt inte minst förståelse av anhörigas situation. Med tanke på förstärkningen av lagtexten gällande stöd till anhöriga skulle det vara på sin plats att satsa på kompetenshöjning generellt inom socialtjänsten. På varje enskild enhet borde personalen diskutera vad som ligger på deras ansvar när det gäller anhörigas situation och behov av stöd.

Även när resultaten på enkäterna till anhöriga analyserats stod det klart att anhörigstödet kan utvecklas ytterligare. Det skall poängteras att stöd till anhöriga självklart inte kan eller kanske skall, lösa anhörigas samtliga problem. Vi vet inte heller hur anhörigas svar gällande det egna välbefinnandet skiljer sig från hur andra personer skulle ha besvarat frågorna, men det är uppeseendeväckande att till exempel 30 procent av respondenterna (som utgörs av anhöriga som har fått stöd i någon form) sällan eller aldrig kände sig pigga och utvilade. Av resultaten att döma står det också klart att informationen till anhöriga kan förbättras ytterligare och att det framför allt var det känslosmässiga och ekonomiska stödet som anhöriga inte var nöjda med. Stödet till anhöriga skulle också behöva förbättras när det gäller att bemästra stress, hjälpa/stödja/vårdha mer effektivt och att planera för framtiden.

När det gäller kvalitén i den hjälp och det stöd som anhöriga fått var det ungefär en femtedel som inte var nöjda med olika dimensioner som delaktighet, uppföljning och efterlevnad av överenskommelser. På en övergripande fråga om hur tillfreds de anhöriga var med det stöd de fick kan tolv procent klassas som missnöjda och 48 procent som nöjda. Det kan tilläggas att det stöd de anhöriga har uttalat sig om inte kan kopplas till någon specifik insats utan skall tolkas som en bedömning av det sammantagna stödet.

10. Slutsatser
Utifrån det sammantagna resultatet från kartläggningen och synpunkterna från de anhöriga dras följande slutsatser:

- Synen på vad som är att betrakta som anhörigstöd och hur anhöriga skall definieras skiljer sig åt mellan socialtjänstens olika verksamhetsområden. Diskussioner över verksamhetsgränserna skulle kunna bidra med förståelse och kunskap och utvecklingsarbete skulle kunna samordnas.

- Inom äldreomsorgen ligger tonvikten på det så kallade specifika anhörigstödet (det som bedrivs via Anhörigcentrum), inom funktionshinderområdet dominerar det biståndsbedömda stödet och inom individ- och familjeområdet kan det befintliga stödet huvudsakligen harroreras till pågående verksamhet där anhöriga kan erbjudas stöd för egen del i anslutning till nödständiges behandling. Dessa hårdagna skillnader skulle kunna ligga till grund för en fortsatt analys av dimensioner som skulle kunna tjäna på att lyftas fram inom olika verksamheter.

- Anhörigas situation och behov av stöd måste uppmärksammas i styrdokument av olika slag och på alla nivåer för att det skall ha genomslagskraft i de enskilda verksamheterna.
- Varje enskild enhet inom socialtjänsten bör reflektera kring hur 5 kap. 10 § i socialtjänstlagen berör verksamheten och hur arbetet skall genomföras för att leva upp till lagstiftningens intentioner.

- Kunskap och förståelse bland personal och nyckelpersoner gällande anhörigskap och stöd till anhöriga kan förbättras genom fortbildning, reflektion och andra kompetenshöjande insatser.

- De insatser som görs för anhöriga måste synliggöras i statistik. För att lyckas med detta måste syftet med genomförda insatser dokumenteras. Pinnstatistiken för serviceinsatser skulle i många fall kunna göras mer omfattande och ”beskrivande” och när det gäller stödet till anhöriga inom ordinarie vård- och omsorgsverksamheter skulle det vara ett värde om de stödinsatser som förekommer beskrivs i termer av omfattning, innehåll med mera.

- Mycket av det stöd som genomförs uppskattas av anhöriga, men mer systematiskt insamlad kunskap saknas om vilket stöd som är bra för vilka anhöriga och vilka anhöriga som nås av stödet.

- Frågor gällande sekretess och dokumentation var aktuella i många utsagor och diskussioner. Kunskap om hur dessa frågor kan hanteras och metodutveckling efterlyses.

- Resultaten på enkäten till anhöriga visade att stödet till anhöriga behöver utvecklas ytterligare. Av värde är att inkludera anhöriga i diskussionerna om hur svarsfördelningarna på enskilda frågor kan tolkas och vad som skulle kunna förbättras för att uppnå än större andelar nöjda anhöriga.

- När statistiskt säkerställda skillnader mellan de olika anhöriggruppernas svar på enkäten uppträdde var det oftast anhöriga till personer med funktionsnedsättning som utmärkte sig genom att vara minst tillfreds med sin situation och sitt stöd. Detta antyder att denna grupp anhöriga behöver särskild uppmärksamhet.

- I diskussioner om utvecklingen av stödet till anhöriga får inte anhörigas ekonomiska situation glömmas bort.

- Konkreta förslag som framförts är att kommunen anammar den nationella definitionen av anhörig – närstående och att Anhörigcentrums verksamhet inte skall ha några begränsningar när det gäller ålder eller användande av övrig service eller insatser.
Referenser


Anhörigcentrum, 2010, Återkommande informationskampanjer, stödinsatser, utveckling, Uppsala


Eliasson, J., Gunvik-Grönblad, I., 2010, Utvärdering av myndighetsutövning avseende bistånd till barn och unga med funktionsnedsättning i Uppsala kommun, 2010:05, Uppsala


http://vardochbildning.uppsala.se/vard/socialpsykiatri--beroende, uppdaterad 12/5 2010, 2012-02-29


Nilsson, A., 2010, Rapport år 1 Utveckling av stöd till gruppverksamhet för barn till föräldrar med kognitiva svårigheter, SUF-Kunskapscentrum, Uppsala

Regionförbundet Uppsala län, FoU äldre, 2005, Projektbeskrivning för ett länsövergripande projekt för lokal utveckling av varaktiga stödformer till anhöriga som hjälper och vårdar närstående, Uppsala

Regionförbundet Uppsala län, 2009, Verksamhetsplan 2010, Uppsala

SCB, 2011, Uppsala Kommunfakta 2011


Uppsala kommun, 1997, *”Äldre 2000”*, för trygg och god omvårdnad av äldre och handikappade, Uppsala


Uppsala kommun, 1999a, *Vi lär av varandra. Äldre 2000*, Uppsala

Uppsala kommun, 1999b, *Plan för utveckling av anhörigstöd i Uppsala kommun*, förslag, Kommunstyrelsens kontor, produktionsenheten, Uppsala

Uppsala kommun, 2001a, *Kvalitetspolicy för Uppsala kommun*, Uppsala


Uppsala kommun, 2001c, *Överenskommelsen. Samverkan om frivilligt socialt arbete mellan Uppsala kommun och frivilligorganisationer*, Uppsala

Uppsala kommun, 2002, *Styrning, roller och ansvar i Uppsala kommun*, Uppsala


Uppsala kommun, 2006b, Policy för Uppsala kommuns samverkan med den ideella sektorn, Uppsala

Uppsala kommun, 2007a, Program för vård och omsorg om äldre i Uppsala kommun, Uppsala

Uppsala kommun, 2007b, Uppdragsbeskrivning för ””Projekt Bolla”, Kontoret för barn, ungdom och arbetsmarknad, Uppsala

Uppsala kommun, 2008, Riktlinjer för handläggning av ärenden enligt SoL och LSS inom äldreomsorgen för personer över 65 år, Äldrenämnden, Uppsala

Uppsala kommun, 2009a, IVE Inriktning, verksamhet, ekonomi 2010-2013, Uppsala

Uppsala kommun, 2009b, Äldrenämndens uppdragsplan 2010 och planering för 2011-2013, Uppsala

Uppsala kommun, 2009c, Åtagande 2010 kommunövergripande verksamheter och öppna insatser, Uppsala produktion Vård och bildning, Uppsala

Uppsala kommun, 2009d, Program Senior i Uppsala – nu och fram till 2030, Ett program för äldrepolitiken i Uppsala kommun, reviderad av Uppsala Kommunfullmäktige 2009-09-28, Uppsala

Uppsala kommun, 2009e, Uppdragsplan 2010-2013, Barn- och ungdomsnämnden, 2009-06-11, Uppsala

Uppsala kommun 2009f, Uppdragsplan 2010-2013, Nämnden för vuxna med funktionshinder, Uppsala

Uppsala kommun 2009g, Uppdragsplan 2010 – 2013 Socialnämnden för barn och unga, Uppsala

Uppsala kommun 2009h, Uppdragsplan 2010-2013 Utbildnings- och arbetsmarknadsnämnden, Uppsala

Uppsala kommun, 2009i, Förfrågningsunderlag 2010 till verksamheter bedrivna av Nämnden för vård och bildning för personer 21 år och äldre och för vilka Nämnden för vuxna med funktionshinder är beställare, Uppsala

Uppsala kommun, 2009j, Riktlinjer för samverkan med ideell sektor, Äldrekontoret, Uppsala

Uppsala kommun, 2009k, Sammanträdesprotokoll. Förslag till riktlinjer för samverkan med den ideella sektorn, Kommunstyrelsen, Uppsala


Uppsala kommun, 2010b, Riktlinjer för avgiftsfri avlösning inom närstående- och demensvårdsstöd, Äldrekontoret, Uppsala

Uppsala kommun, 2010c, Tilläggsuppdrag inom Öppna insatser 2010 avseende Anhörigcentrum, Äldrekontoret, Uppsala

Uppsala kommun, 2010d, Äldrenämndens uppföljningsplan, Äldrenämnden, Uppsala
Uppsala kommun, 2010e, Råd och vägledning vid handläggning gällande stöd och omsorg enligt socialtjänstlagen och LSS till personer med funktionsnedsättning 21 år och äldre, 2010-01-28, Nämnden för vuxna med funktionshinder, Uppsala

Uppsala kommun, 2010f, Förfrågningsunderlag avseende drift av vård- och omsorgsboendet Hasselparken, Uppsala kommun, Äldrekontoret, Uppsala

Uppsala kommun, 2010g, Förfrågningsunderlag för godkännande av utförare i Uppsala kommuns valfrihetssystem för hemvård, Äldrekontoret, Uppsala

Uppsala kommun, 2010h, Sammanfattande rapport angående avtalsuppföljningar utförda första halvåret 2010, Äldrekontoret, Uppsala

Uppsala kommun, 2010i, Förfrågningsunderlag Gällande villkor för att bli godkänd leverantör av ickevalsalternativ för personlig assistans enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS/LASS), Nämnden för vuxna med funktionshinder, Uppsala


Uppsala kommun, 2011a, Uppsala 2010 Statistik för Uppsala kommun, broschyr, Uppsala

Uppsala kommun, 2011b, Uppsala 2011 Statistik för Uppsala kommun, http://www.uppsala.se/SiteSeeker/ShowCache.aspx?resid=15106982&q=+%253c%256b%2576+Uppsala+kommun+2011+id%3dsv%26hitnr%3d3%26url%3dhttp%253a%252f%252fwww.uppsala.se%252fDokumentarkiv%252fExtensiv%252fDokument%252fOm+kommunen%252fOm+kommunen+komm%252fUppsala_2011_SVE_korr.pdf&uaid=BC0F4916ED94ADD994CFF654384726FD%3a3231322E3138312E3132372E3938%3a5246252941802856654

Uppsala kommun, 2011c, Verksamhetsbeskrivning 2011 Gottsunda familjeenhet i Uppsala kommun, Uppsala

Uppsala kommun, 2011d, Verksamhetsbeskrivning 2011 Trappan i Uppsala kommun, Uppsala vård och bildning, råd och stöd, Uppsala

Uppsala kommun, 2011e, Verksamhetsberättelse 2010, Socialnämnden för barn och unga, Uppsala

Uppsala kommun 2011f, Årsrapport Uppsökande hembesök i Uppsala kommun 2010, Kontoret för hälsa, vård och omsorg, Uppsala

Uppsala kommun & Uppsala läns landsting, 2009, Gemensamma riktlinjer för arbetet med barn och ungdomar i behov av särskilt stöd, 2009.10-29, Uppsala

Winqvist, M., 2002, Uppdrag Anhörig – utvärdering av en ny stödform, projektredovisning, Socialstyrelsen, Stockholm


Bilaga 1 Kartläggningens frågeställningar

1. Mål
   a. Har kommunen något formulerat mål för stödet till anhöriga?\(^{26}\)
   b. Vilket är målet?
   c. När formulerades det?
   d. Hur definieras begreppet anhöriga?

2. Handlingsplan för stöd till anhöriga
   a. Har kommunen någon handlingsplan för stödet till anhöriga?
   b. Vad innehåller den?
   c. När formulerades det?

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

4. Efterlevandestöd
   a. Finns det något efterlevandestöd till anhöriga?
   b. Beskriv efterlevandestödet! (innehåll, arbetsformer, målgrupp, ålder)

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

6. Stödplaner
   a. Upprättas det några stödplaner för anhöriga?
   b. Hur beaktas anhörigas situation i samband med vårdplanering?
   c. Hur många anhöriga hade stödplan upprättad under första halvåret 2010?

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

8. Uppsökande verksamhet
   a. Finns det någon uppsökande verksamhet?
   b. Beskriv den uppsökande verksamheten! (Målgrupp, ålder, arbetsformer)

9. Anhörigas synpunkter om eget stöd
   a. Vart vänder sig anhöriga om de har synpunkter på sitt eget stöd?
   b. Finns det någon etablerad rutin för hur det kan göras?
   c. Hur får anhöriga information om det?

\(^{26}\) Samma frågeställningar användes för äldre-, funktionshinder- och IFO-gruppen.
d. Hur tas de synpunkter som framkommer till vara i utvecklingen av stödet till anhöriga?

10. Anhörigas synpunkter om insatser för den närstående
   a. Vart vänder sig anhöriga om de har synpunkter på deras närståendes vård och omsorg?
   b. Finns det någon etablerad rutin för hur det kan göras?
   c. Hur får anhöriga information om det?
   d. Hur tas de synpunkter som framkommer till vara i utvecklingen av äldreomsorgen/funktionshinderverksamheten/individ och familjeomsorgen?

11. Uppföljning och utvärdering
   a. Görs uppföljning av stödet till anhöriga på individnivå?
      i. I så fall hur?
   b. Görs utvärdering av de olika anhörigstödsformerna?
      i. I så fall hur?
   c. Involveras anhöriga i utvärderingen av stödet till anhöriga?
      i. I så fall hur
   d. Involveras anhöriga i utvärderingen av äldreomsorgen/funktionshinderverksamheten/individ och familjeomsorgen?
      i. I så fall hur
   e. Går det att få en sammanställning över dem som har tillgång till anhörigstöd med avseende på variabler som ålder, kön, relation till den vårdade, den vårdades vårdbehov och tid som anhörigvårdare?

12. Organisation
   a. Beskriv hur stödet till anhöriga är organiserat!
   b. Finns det någon/några person/-er som uttalat har som uppgift att arbeta med stöd till anhöriga?
   c. Finns det någon person som har uttalat ansvaret att i sitt arbete utveckla stödet till anhöriga?
   d. Finns det någon person som har uttalat ansvaret för verksamheten, stöd till anhöriga?
   e. Vad har den ansvariga personen för position i organisationen?
   f. Vad har den ansvariga personen för befogenheter?
   g. Vem fattar beslut om vem som ska få anhörigstöd?

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

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

15. Personal
   a. Hur många personer arbetar med stöd till anhöriga (har avsatt tid) inom er verksamhet i kommunen?
b. Hur många årsarbetare finns det totalt?
c. Var har denna personal för befattningar?
d. Vad har de för grundutbildning?
e. Vad har den personal som arbetar med stöd till anhöriga för utbildning i anhörigstöd?
f. Vad har de för yrkesbakgrund?

16. Utbildning
   a. Vad har personalen i allmänhet för utbildning i anhörigstöd?
   b. Bedrivs det någon utbildning i anhörigstöd i kommunen under 2009 och 2010?
      i. Vilken utbildning?
      ii. Vilka deltog i den utbildning som bedrevs under 2009 och 2010?
         (ange utbildning, antal individer och befattningar)

17. Budget
   a. Hur stor är budgeten för stödet till anhöriga under 2010?
   Hur stor är budgeten för äldreomsorgen/funktionshinderverksamheten/individ
   och familjeomsorgen totalt under 2010?

Borås 20100820, L. Magnusson, E. Hanson och M Winqvist
Bilaga 2 Kartläggningsenkät

1. Vilka verksamheter/enheter ingår i ditt ansvarsområde:

Former av stöd till anhöriga

2. Erbjuds anhöriga stöd i någon form inom den verksamhet som du är ansvarig för?

☐ Ja    ☐ Nej → Gå till fråga 29

OM JA:

Vilka olika former av stöd till anhöriga erbjuds inom den verksamhet som du ansvarar för?

Vilka vänder sig stödet till anhöriga till?

Vilka anhöriga nås med stödet?

Hur många anhöriga fanns det som användare av respektive stödform under första halvåret 2010? (ange antal anhöriga per stödform)

Efterlevandestöd

3. Finns det något efterlevandestöd till anhöriga inom ramen för din verksamhet?

☐ Ja    ☐ Nej

OM JA, Beskriv efterlevandestödet! (innehåll, arbetsformer, målgrupp, ålder)

Relationer

4. Finns det någon uttalad värdegrund att arbeta utifrån i stödet till anhöriga?

☐ Ja    ☐ Nej

5. Försök att beskriva det förhållningssätt som de som arbetar med stöd till anhöriga arbetar utifrån?

Stödplaner

6. Upprättas det några stödplaner för anhöriga inom den verksamhet som du ansvarar för?

☐ Ja    ☐ Nej

OM JA,

Hur många anhöriga hade stödplan upprättad under första halvåret 2010?

Information

7. Hur sker informationen om det stöd till anhöriga som finns?

8. I vilket skede nås anhöriga?

9. Hur får anhöriga tillgång till de olika stödformerna?
Anhörigas synpunkter om eget stöd

10. Vart vänder sig anhöriga om de har synpunkter på sitt eget stöd?

11. Finns det någon etablerad rutin för att ta emot anhörigas synpunkter på sitt eget stöd?

□ Ja □ Nej

OM JA,
Hur får anhöriga information om det?

12. Hur tas anhörigas synpunkter på sitt eget stöd till vara i utvecklingen av stödet till anhöriga?

Uppföljning och utvärdering

13. Görs uppföljning av stödet till anhöriga på individnivå?

□ Ja □ Nej

OM JA: Hur?

14. Görs utvärdering av de olika anhörigstödsformerna?

□ Ja □ Nej

OM JA: Hur?

Involveras anhöriga i utvärderingen av stödet till anhöriga?

□ Ja □ Nej

OM JA: Hur?

15. Involveras anhöriga i utvärderingen av vården/omsorgen/stödet som ges till kunden/brukaren/omsorgstagaren/klienten?

□ Ja □ Nej

OM JA: Hur?

16. Dokumenteras det i den verksamhet som du är ansvarig för om anhöriga får någon form av stöd för egen del?

□ Ja □ Nej

Organisation

17. Beskriv hur stödet till anhöriga i din verksamhet är organiserat.

18. Finns det någon/några person/er som uttalat har som uppgift att arbeta med stöd till anhöriga?

□ Ja □ Nej
19. Finns det någon person som har uttalat ansvar att i sitt arbete utveckla stödet till anhöriga?

□ Ja  □ Nej

20. Finns det någon person som har uttalat ansvar för verksamheten stöd till anhöriga?

□ Ja  □ Nej

OM JA:
Vad har den ansvariga personen för position i organisationen?

21. Vem fattar beslut om vem som ska få anhörigstöd?

Samverkan med ideella sektorn

22. Sker det någon samverkan med ideella sektorn i stödet till anhöriga?

□ Ja  □ Nej

OM JA:, Med vilka organisationer sker samverkan?
Beskriv hur samverkan går till.

Samverkan med landstinget

23. Sker det någon samverkan med landstinget i stödet till anhöriga?

□ Ja  □ Nej

OM JA: Med vilka verksamheter sker samverkan?
Beskriv hur samverkan går till.

Personal

24. Hur många personer arbetar med stöd till anhöriga (har avsatt tid för detta) inom den verksamhet som du ansvarar för?

25. Hur många årsarbetare skulle du uppskatta att det totalt blir som arbetar med stöd till anhöriga i den verksamhet som du ansvarar för?

26. Vad har personalen som arbetar med stöd till anhöriga för befattningar?

27. Vad har personalen som arbetar med stöd till anhöriga för grundutbildning?

28. Vad har den personal som arbetar med stöd till anhöriga för utbildning i anhörigstöd?

Utbildning

29. Vad har personalen i allmänhet för utbildning i anhörigstöd?

30. Bedrevs/bedrivs det någon utbildung i anhörigstöd i din verksamhet under 2009 och 2010?

□ Ja  □ Nej

135
Om ja,

Vilken utbildning?

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

Anhörigas synpunkter om insatser för den närstående

31. Var vänder sig anhöriga om de har synpunkter på deras närståendes omsorg/stöd/vård?
32. Finns det någon etablerad rutin för hur det kan göras?

□ Ja □ Nej

OM JA: Hur får anhöriga information om det?

33. Hur tas de synpunkter som framkommer till vara i utvecklingen av omsorgen/stödet/vården?

34. Hur beaktas anhörigas situation i samband med planering av omsorg/stöd/vård?

Stort tack för dina svar!
Bilaga 3 Rapport Kartläggning av anhörigstöd

Handläggare: Thomas Eriksson
Datum: 2011-09-12

Bakgrund

Den skärpning av Socialtjänstlagen, som genomförts, innebär att "kommunerna ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder."


Arbetet

Kontoret för hälsa vård och omsorg (HVK) är delaktig i att ta fram uppgifter till projektet gällande anhöriga som haft tillgång till insatser som utformats för att vara anhörigstöd alternativt har tydliga inslag av anhörigstöd i utförandet. Inhämtande av uppgifter från Anhörigcentrum har Marianne Winqvist på Regionförbundet själv gjort.

De uppgifter som efterfrågats är namn och adress på anhörig, vilken typ av stöd han/hon fått mellan första oktober 2010 och första april 2011 samt inom vilket av områdena äldreomsorg, funktionsnedsättning och missbruk/ beroende/socialpsykiatri som stödet givits

Ett först möte hölls med företrädare för avdelningen för individuellt stöd (AIS) 31/5 inom kontoret för hälsa vård och omsorg. Vi konstaterade då att det, förutom från Anhörigcentrum, skulle bli svårt att få fram de efterfrågade uppgifterna. Uppfattningen var dock att det kanske skulle kunna gå med en rimlig arbetsinsats om vi fick in uppgifter från utförarna på personer som varit föremål för insatser som utformats för att vara anhörigstöd alternativt haft tydliga inslag av anhörigstöd i utförandet. Efter ett antal telefonsamtal till olika utförare så visade det sig att detta även var svårt för dem att få fram. Svårigheterna att få fram uppgifter handlade i första hand om verksamhetsstödets förmåga att fånga upp/särskilja det som är anhörigstöd. Även sättet som bistånd beviljas har haft betydelse för svårigheten att identifiera och ta fram de efterfrågade uppgifterna.


Erfarenhet
Med anledning svårigheterna att få fram de efterfrågade uppgifterna avser kontoret för hälsa vård och omsorg att omgående påbörja en diskussion om hur dessa uppgifter fortsättningsvis på ett kvalitetssäkrat sätt ska kunna tas fram.

Thomas Eriksson
Uppdragsstrateg
Kontoret för hälsa vård och omsorg, Uppsala kommun
# UTVÄRDERING AV STÖD OCH HJÄLP TILL ANHÖRIGA

Nedan finns en rad med påståenden om det stöd och hjälp som du som anhörig får från din kommun med att hjälpa, stödja och vårda din närstående. Tänk alltså på den hjälp och stöd som du själv får som anhörig och ringa in det alternativ som passar bäst eller stämmer bäst med din uppfattning.

1 = Jag instämmer inte alls  
5 = Jag instämmer helt  
0 = Det är inte relevant för mig

<table>
<thead>
<tr>
<th>Instämmer inte alls</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>Det är inte relevant för mig</th>
<th>0</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Jag är nöjd med den information som jag som anhörig får om min närståendes sjukdom/funktionsnedsättning och dess behandling</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Jag är nöjd med den information som jag som anhörig får om vilken sorts hjälp och stöd som finns och hur jag gör för att få det</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Jag är nöjd med den information som jag som anhörig får om de ekonomiska former av stöd som finns och hur jag bär mig åt för att få dem</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Jag är nöjd med den information som jag som anhörig får om att anpassa hemmet så att det blir mer lämpligt för att vårda i</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Jag är nöjd med den information som jag som anhörig får om tekniska hjälpmedel och var jag kan få dem</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Jag är nöjd med den information som jag som anhörig får om vem jag kan kontakta i akuta situationer</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Jag är nöjd med den hjälp som jag får med de fysiska/praktiska aspekterna av att hjälpa/stödja/värda</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Instämmer inte alls</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>Instämmer helt</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---------------------</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>----------------</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Jag är nöjd med den hjälp som jag får med de känslomässiga aspekterna av att hjälpa/stödja/vårda</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Jag är nöjd med den hjälp som jag får med att tala öppet om min anhörigroll</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10. Jag är nöjd med det ekonomiska stöd som jag får som anhörig</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11. Den hjälp och stöd som jag får som anhörig bidrar till att göra livet bättre för mig</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12. Den hjälp och stöd som jag får som anhörig bidrar till att göra livet bättre för min närstående</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13. Den hjälp och stöd som jag får som anhörig hjälper mig att fortsätta hjälpa/stödja/vårda min närstående</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14. Den hjälp och stöd jag får som anhörig hjälper mig att bemästra den stress som det innebär att hjälpa/stödja/vårda</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15. Den hjälp och stöd jag får som anhörig hjälper mig att hjälpa, stödja och vårda mer effektivt</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16. Den hjälp och stöd jag får som anhörig har god kvalitet</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17. Den hjälp och stöd jag får som anhörig stämmer alltid med det som vi kommit överens om</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18. Jag är nöjd med det sätt som jag är delaktiv i planering och beslut om den hjälp och stöd som jag behöver</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nr.</td>
<td>Fråga</td>
<td>Instämmer inte alls</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Den hjälp och stöd som jag får som anhörig gör det möjligt för mig att ha ett liv utanför vårdandet</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Jag är nöjd med de möjligheter jag har till avbrott från att hjälpa/stödja/vårda</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>Jag blir bemött med värdighet och respekt av dem som ger mig hjälp och stöd</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Jag är nöjd med de möjligheter jag har att ta semester</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Den hjälp och stöd jag får som anhörig följs upp så ofta som jag skulle vilja</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>Den hjälp och stöd som jag får hjälper mig att planera för framtiden</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>Den hjälp och stöd jag får som anhörig bidrar till att jag mår bra och kan bibehålla min hälsa</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>Den hjälp och stöd som jag får som anhörig hjälper mig att bibehålla en god relation med den person som jag hjälper och stödjer</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>Den hjälp och stöd som jag får som anhörig ger god valuta för pengarna</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>Den hjälp och stöd jag får som anhörig hjälper mig att kunna fortsätta förvärvsarbeta</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Vi är också intresserade av hur du tycker att din hälsa och livskvalitet är.

### 29. Som helhet, hur tycker du att din hälsa är?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mycket bra</th>
<th>Bra</th>
<th>Varken bra eller dålig</th>
<th>Dålig</th>
<th>Mycket dålig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Under de senaste två veckorna…..

<table>
<thead>
<tr>
<th>30. har jag känt mig glad och på gott humör</th>
<th>Hela tiden</th>
<th>Den mesta tiden</th>
<th>Mer än hälften av tiden</th>
<th>Mindre än halva tiden</th>
<th>Sällan</th>
<th>Aldrig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>31. har jag känt mig lugn och avslappnad</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>32. har jag känt mig aktiv och stark</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>33. har jag vaknat och känt mig pigg och utvilad</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>34. har mitt liv varit fyllt av saker som intresserar mig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 35. Som helhet, hur tycker du att din livskvalitet har varit de senaste två veckorna?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mycket bra</th>
<th>Bra</th>
<th>Varken bra eller dålig</th>
<th>Dålig</th>
<th>Mycket dålig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Utvärdering av stöd och hjälp till anhörig, FoU Sjuhärad Välfärd, 2007-09-05, EH, JN, LM, MN
36. Tänk över hur **nöjd** du är som **helhet med den hjälp och stöd som du får** som anhörig.

Ringa in det alternativ som bäst stämmer överens med din uppfattning.

1 = Jag är **totalt missnöjd** med den hjälp och stöd som jag får som anhörig
10 = Jag är **fullständigt nöjd** med den hjälp och stöd som jag får som anhörig

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
<th>8</th>
<th>9</th>
<th>10</th>
</tr>
</thead>
</table>

Kommentarer
Om du har någonting mer att berätta om den hjälp och stöd som du får som anhörig, skriv det här!
(var snäll och skriv på baksidan om det är för lite rader)

37. Vilken **relation** har du till **personen du hjälper/stödjer/vårdar**?
   (Vad är Du i förhållande till den du vårdar?) Markera med kryss

- Make/maka/partner ☐
- Syskon ☐
- Barn ☐
- Svärson/svärdotter ☐
- Annan släkting ☐
- Vän/granne ☐

Utvärdering av stöd och hjälp till anhörig, FoU Sjuhärad Välfärd, 2007-09-05, EH, JN, LM, MN
38. Ditt kön?  
Markera med kryss  
Man ☐  Kvinna ☐

39. Din ålder? ……………

40. Din sysselsättning?  
Markera med kryss  
Heltidsarbete ☐  Deltidsarbete ☐  
Pensionär ☐  Arbetslös ☐  
Studerande heltid ☐  Annat ☐  
……………………

41. Var bor du i relation till personen du hjälper/stödjer/vårdar? Markera med kryss  
I samma hushåll ☐  I olika hushåll men i samma hus ☐  
På gångavstånd ☐  Inom 10 min körväg med bil/buss ☐  
Inom 30 min körväg med bil/buss ☐  Inom 1 tim körväg med bil/buss ☐  
Över 1 tim körväg med bil/buss ☐

42. Var bor du i relation till personen du hjälper/stödjer/vårdar? Markera med kryss  
I samma hushåll ☐  I olika hushåll men i samma hus ☐  
På gångavstånd ☐  Inom 10 min körväg med bil/buss ☐  
Inom 30 min körväg med bil/buss ☐  Inom 1 tim körväg med bil/buss ☐  
Över 1 tim körväg med bil/buss ☐

43. Hur beroende av hjälp är den person som du hjälper/stödjer/vårdar?  
Mycket beroende ☐  
Klarar inte att utan hjälp utföra de mesta aktiviteterna i det dagliga livet (t.ex. åta själv eller att gå på toaletten)

Måttligt beroende ☐  
Klarar att utföra en del vanliga aktiviteter i det dagliga livet (som t.ex. tvätta sig, klä sig och åta själv) men klarar inte att utan hjälp utföra de praktiska aktiviteterna i det dagliga livet (som t.ex. handla, laga mat och städa)

Lite beroende ☐  
Klarar att utföra de mesta aktiviteterna i det dagliga livet, men behöver lite hjälp med några praktiska aktiviteter i det dagliga livet (som t.ex. handla, laga mat och städa)

Oberoende ☐  
Klarar att utföra de mesta aktiviteterna i det dagliga livet och behöver sällan eller aldrig någon hjälp

Utvärdering av stöd och hjälp till anhörig, FoU Sjuhärad Välfärd, 2007-09-05, EH, JN, LM, MN
44. Var snäll och räkna upp de olika former av hjälp, stöd och vård som du ger till din närstående?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Olika former av hjälp, stöd och vård</th>
<th>Hur ofta?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

45. Var snäll och räkna upp de olika former av vård, hjälp och stöd som den du vårdar får från kommunen eller andra organisationer?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stödformer</th>
<th>Hur ofta?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Utvärdering av stöd och hjälp till anhörig, FoU Sjuhärad Välförd, 2007-09-05, EH, JN, LM, MN
46. Var snäll och räkna upp de olika former av **hjälp och stöd som du får** som anhörig?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stödformer</th>
<th>Hur ofta?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

47. **Hur kan den hjälp och stöd** som du får som anhörig **förbättras**?

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

☐ Nej, jag vill inte bli kontaktad för telefonintervju.

Om du har några frågor kontakta:

- Annica Larsson-Skoglund, Nationellt kompetenscentrum Anhöriga,
  tel 0480-418024

Adress:
Nationellt kompetenscentrum Anhöriga
FoU Sjuhärad Välfärd
Högskolan i Borås
501 90 Borås

Tel: 0480-418020