



## Att utveckla en modell av anhörigstöd med Basal Kroppskännedom och Samtal i grupp

– ett utvecklingsprojekt under åren 2000-2009

*”Jag har blivit medveten om att man kan påverka sin situation genom att lära känna sin kropp.”*

*Lilly Ekenberg Sjukgymnast med FoU-ansvar, Fil.dr.*

*[lilly.ekenberg@brfsodrahamn.se](mailto:lilly.ekenberg@brfsodrahamn.se)*

*Medarbetare som medverkat och bidragit till projektets genomförande*

*Margit Jatko, Kurator, Luleå*

*Liisa Näätäsaari, Sjukgymnast, Kalix*

*Anneli Tapani, Kurator, Luleå*

*Ingrid Svenningsson, Kurator, Piteå*

*Inger Lundgren, Sjukgymnast, Piteå*

*Margareta Bäckström, Kurator, Kalix*

*Robert Lundqvist, FoU-enheten, NLL, statistisk bearbetning av enkät*

**Kontaktperson: Karin Hagnelöv, enhetschef, [karin.hagnelov@nll.se](mailto:karin.hagnelov@nll.se)**

**Juni 2010**



## Sammanfattning

Syftet med denna satsning på anhörigstöd var att pröva och utveckla en modell för anhörigstöd med Basal Kroppskännedom (BK) och samtalsstöd i grupp vid Länsenheten Råd och Stöd i Norrbotten.

Förberedelsearbetet bestod av en kurs i BK och samtal för en sjukgymnast och en kurator. Dessa två konstruerade en enkät med frågor om den anhöriges relation till vårdtagaren, upplevelse av anhörigrollen, upplevelse av stödinsatser och den anhöriges behov av förändringar. Enkäten konstruerades med idéer från ett frågeformulär använt i Socialstyrelsens ”Anhörig 300” projekt. Sjukgymnasten ledde en femdagars utbildning i BK för Länsenhetens alla kuratorer.

Sex anhöriggrupper med BK och samtal i grupp genomfördes under åren 2005-2009, en i Kalix, en i Piteå och fyra anhöriggrupper i Luleå. Antalet gruppträffar varierade mellan 8-11 träffar.

I anhöriggruppen i Kalix deltog fem kvinnor, som var och en levde tillsammans med en man med någon form av funktionsnedsättning. I Piteå deltog två män och tre kvinnor. Tre levde i en make/maka relation, två var föräldrar och en anhörig hade ett syskon med funktionsnedsättning. I Luleå genomfördes fyra anhöriggrupper. Anhörigkonstellationen i grupperna var män och kvinnor med anhörigrelation som make/maka och föräldrar till vuxna barn med funktionsnedsättningar.

Enkätutvärdering skedde i fem anhöriggrupper som besvarades vid tre tillfällen: 1) vid start av anhöriggrupp 2) vid kursavslut och 3) vid uppföljning cirka 6 månader efter kursavslut. Deltagarna gavs utrymme till att direkt efter BK-övningarna göra anteckningar om sina upplevelser direkt efter BK-övningarnas genomförande före gruppsamtalen. I en anhöriggrupp i Luleå var deltagandet så lågt att grupprocessen uteblev. I Kalix- Piteå- och två Luleågrupper medverkade deltagarna i en individuell processutvärdering om kroppsupplevelser.

Resultaten av den individuella processutvärderingen visade att deltagarna upplevde BK-övningarna, som en möjlighet till en egen skön stund med avslappning utan prestation. För många ledde detta till en större lyhördhet för kroppens signaler t.ex. om hur det är i relationen och att lägga märke till sina egna behov. Efter hand utvecklades tilliten i grupperna då deltagarna utifrån sin egen tillitsprocess öppnade sig och ”vågade börja berätta”. Enkätutvärderingen visade på marginella förändringar i skattningen av anhörigsituationen. I skattningarna framkom för makar en svag trend mot en något sämre upplevelse av anhörigsituationen medan föräldrarnas skattningar visade en svag trend mot en något bättre upplevelse av sin anhörigsituation. Kommentarererna i enkäten bekräftade denna trend.

Vår erfarenhet är att BK-övningar och samtal i grupp för anhöriga kräver en noggrann förberedelse och ett fruktbart möte/samarbete mellan kurator, sjukgymnast och gruppdeltagare.

I NkAs kunskapsöversikt och i NkAs lärande nätverk framhålls Mötet/samtalet som ”kanske som det mest underskattade anhörigstödet” (Winqvist, 2010). Eftersom denna form av stöd saknas i dagens anhörigstöd anser vi att vår modell är ett viktigt bidrag, som borde prövas och utvärderas i större skala.



# Anhörigstöd inom LSS Råd och Stöd

De ständigt pågående förändringarna i hälso- och sjukvården med bl.a. kortare vårdtider på sjukhus och fler behandlingar i öppen vård har medfört att en allt större del av vården sker i hemmet av anhöriga/närstående. En restriktivare biståndsbedömning från kommunernas och försäkringskassans sida har ytterligare bidragit till ökade krav på de anhöriga. Den särskilda insatsen rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) är ett komplement till re/habilitering och socialtjänst. Rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS är ett allsidigt expertstöd där medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska aspekter beaktas. Stödet skall också kunna riktas till anhöriga. Råd och stödteamen bedriver sin verksamhet utifrån Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i form av rådgivning och annat personligt stöd (Socialstyrelsen, 1994:1).

Rätt till rådgivning och annat personligt stöd kan man endast ha om man tillhör någon av följande grupper:

1. Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.
2. Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig skada.
3. Personer med andra fysiska och psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service.

Rådgivning och annat personligt stöd är en av de tio insatserna som finns i Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Landstinget ansvarar för den första insatsen som är rådgivning och annat personligt stöd. Resterande insatser ansvarar kommunerna för.

## Statligt stöd till anhöriga

En ny paragraf infördes i socialtjänstlagen i slutet av 1990-talet med uppdraget att underlätta vården för långvarigt sjuka, äldre eller personer med funktionshinder. Detta medförde en rad statliga satsningar inom området anhörigstöd. Ungefär samtidigt infördes en ny lag LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) med den särskilda insatsen rådgivning och annat personligt stöd, som ”bör vara allsidigt och kunna riktas till anhöriga (Socialstyrelsen, 1994:1, sid. 38).

Staten har sedan 1999 avsatt resurser till landets kommuner för att stimulera utvecklingen av stödet till anhöriga som vårdar långvarigt sjuka, äldre eller personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsens rapport om utvecklingsläget år 2005 visade att det fanns ett stort utbud av olika stödinsatser där kommunerna arbetade för att utveckla anhörigstödet samtidigt som det fanns brister i kommunernas anhörigstöd. Exempelvis samarbetade man inte med landstinget i någon högre grad. Likaså fanns brister när det gällde kommunernas kunskap om de anhörigas situation och behov av stöd (Socialstyrelsen, juni 2006). Socialstyrelsens rapport om utvecklingsläget år 2006 (juni,

2007) visade att allt fler kommuner arbetade med att utveckla stödet till anhöriga genom att öka bredden på insatser, genom personalutbildning om anhörigas livssituation och genom att samarbeta med frivilliga och ideella organisationer. Såväl länsstyrelsernas rapportering och kommunenkäten visade att samarbetet med primärvården ökar. Socialstyrelsen ansåg dock att de omöjliga kunde veta om dessa resultat berodde på de statliga satsningarna och om stödet verkligen nådde de anhöriga som hade behov av stöd. Rapporten om utvecklingsläget 2006 (Socialstyrelsen, juni 2007) byggde på en enkät till landets samtliga kommuner och en enkät till samtliga länsstyrelser om deras erfarenheter av att förmedla statliga stimulansmedel till kommunerna. En ny upptäckt som lägesrapporten 2007 redovisade är att kommunernas samarbete med landsting och primärvård ökat (Socialstyrelsen, juni 2008). Socialstyrelsens lägesbeskrivning 2007 omfattades dock ej av anhöriga till personer med enbart LSS insatser. I lägesrapporten 2008 riktade drygt hälften av kommunerna sitt anhörigstöd enbart till äldre anhöriga med en make/maka relation. Åtta procent av kommunerna redovisade att de riktade sitt stöd till alla som var anhöriga. De nya målgrupperna var främst anhöriga till personer med psykiska funktionsnedsättningar, men också till äldre invandrare, yrkesverksamma personer, syskon och anhöriga till barn och ungdomar med funktionsnedsättningar (Socialstyrelsen, 2009).

Ytterligare en satsning på anhöriga från statens sida är Nationellt kompetenscentrum (NkA) som bildades år 2008 av sju parter med olika kompetenser geografiskt spridda över Sverige med bl.a. Anhörigas riksförbund, Hjälpmedelsinstitutet och länssamordnarna för anhörigstöd i Norrland ([www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)). Syftet med NkA är att synliggöra de anhörigas situation och bidra till att utveckla ett varaktigt stöd till anhöriga äldre, personer med funktionsnedsättningar och långvarigt sjuka (Sand, 2010; Winquist, 2010).

### **Anhörigstöd - Riktlinjer och förstärkt lagstiftning**

Närstående perspektivet uppmärksammades även i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression- och ångestsjukdomar som beskrev en arbetsmodell i tre steg där patienters och närståendes kunskaper/behov bör tas tillvara vid utveckling av nya kvalitetsindikatorer inom området (Krevers, 2008).

Den 1 juli 2009 infördes en ändring i socialtjänstlagen (SoL) som förtydligar kraven på anhörigstöd (5 kap.10§ socialtjänstlagen). Bestämmelsen anger att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer närstående med funktionshinder. De ändringar som gjordes är:

- *Anhörigvårdare har ersatts av närstående*
- *Bör har ersatts av ska.*
- *Stöd och avlösning har ersatts av stöd.*
- *Skyldighet för kommunerna*
- *Ingen rättighet enligt SoL för den enskilde*
- *Krävs biståndsbeslut från kommunen*

I Socialstyrelsens meddelandeblad (November, 2009) betonas vikten av att vidga anhörigperspektivet så att det genomsyrar vården och omsorgen. All personal inom socialtjänst och hälso- och sjukvård ska bemöta anhöriga till långvarigt sjuka/äldre eller personer med funktionsnedsättning på ett re-

spektfullt sätt. Utöver den anhöriges viktiga roll för brukaren/patienten framhålls den anhörige också som en betydelsefull kunskapskälla och resurs för personalens förutsättningar att utföra ett fullgott arbete.

I hälso- och sjukvårdslagen finns ingen motsvarande bestämmelse som i SoL, 5 kap. 10§. Hälso- och sjukvården har däremot en lagreglerad uppgift att förebygga ohälsa, sjukdom eller skada. Personal inom hälso- och sjukvård kan därför tidigt identifiera och informera anhöriga om möjligheten att få stöd. Samarbete mellan landsting och kommun är därför viktigt.

### **Vilka är de närstående?**

Enligt Szebehelys bearbetning av ULF-undersökningen 2002-2003 visade sig var fjärde person mellan 55 år och äldre vara en informell hjälpgivare. Sammanlagt cirka 650 000 personer i åldersgruppen hjälper äldre, sjuka och personer med funktionsnedsättningar i eller utanför det egna hushållet (Socialstyrelsen, juni 2008; Sand, 2010).

Svensk sjuksköterskeförening genomförde i december år 2003 en arbetande konferens om närståendes behov av vård och omsorg (Östlinder, 2004). Trots att begreppet anhöriga används i det allmänna språkbruket valde denna konferens begreppet närstående, i stället för anhörig, därför att närstående begreppet används oftare som ersättning för anhörig i vetenskaplig litteratur men också i lagstiftande texter. En närstående kan förutom personer med släktskap vara vän, en granne eller en person från en utvidgad familj (Östlinder, 2004).

I ett europeiskt forskningsprojekt, EUROFAMCARE, riktat mot närstående till äldre personer i sex europeiska länder – Grekland, Italien, Polen, Sverige, Storbritannien och Tyskland definierades närstående som en vuxenperson 18 år eller äldre som ger stöd minst fyra timmar i veckan till någon närstående person 65 år eller äldre. I Sveriges projektdel gjordes strukturerade intervjuer med 921 närstående. Av dessa var 660 kvinnor (44 % döttrar till den äldre) och 258 var män (32 % söner till den äldre). Deras ålder var mellan 25-96 år – i genomsnitt 65 år. Ungefär hälften var gifta eller sammanboende med den de gav stöd till. Av de intervjuade närstående var en tredjedel förvärvsarbetande och resten var främst pensionärer (Krevers och Öberg, 2007).

I en enkätstudie om närstående till hemmaboende patienter med sjukdomen parkinson i Parkinsonförbundet var andelen kvinnor 62 % och andelen män var 38 %. Nittioåtta procent (98 %) hade en make/maka relation och 30 % av de närstående var under 65 år. Av dessa var en tredjedel sjukskrivna eller förtidspensionerade p.g.a. makens/makans sjukdom (Lökk, 2009).

### **Vilka behov av stöd har anhöriga?**

I Socialstyrelsens lägesbeskrivning 2007 (Socialstyrelsen, juni 2008) konstaterades det att f.n. inte fanns någon möjlighet att via befintliga register, statistiksystem, eller på annat sätt spåra vilka insatser som enskilda anhöriga fick. För att få klarhet i hur samhällets anhörigstöd ser ut när det gäller dess kvalitet och effekter krävdes därför förändrade rättsliga förutsättningar. Bl.a. hade kommunerna inte någon skyldighet att dokumentera verksamhetsdelen anhörigstöd. Dessutom fanns också oklarheter när det gällde att definiera begreppet anhörigstöd.

Svensk sjuksköterskeförenings kunskapssammanställningar från konferensen i december 2003 visade på de närståendes komplexa verklighet pendlande

mellan upplevelser av meningsfullhet, samhörighet och att vara behövda. Å ena sidan kunde de uppleva hopp och trygghet, å andra sidan kunde de uppleva vanmakt och känna sig stigmatiserade. De närståendes upplevelser påverkades av vårdpersonalens förmåga att ge stöd och stärka de närståendes positiva krafter. Under konferensen diskuterades om det finns en gemensam kärna i att vara närstående oberoende av den närståendes ohälsotillstånd (Östlinder, 2004).

I en nationell uppföljning av patienter med stroke (Åberg et al, 2005) visade svaren på anhörigenkäten att de anhöriga beskrev en tung situation med egen ohälsa, hög grad av bundenhet och arbete med såväl tillsyn som hjälpinsatser i dagligt liv. I svaren framkom att närstående till yngre personer med stroke hade behov av att fortsätta med eget yrkesarbete och egna fritidsintressen. Två olika förhållningssätt framkom i kommentarerna till enkäten: a) de som anpassat till en ny livssituation och värdesatte sitt liv och b) de som var besvikna över livet som inte blivit som man planerat (Åsberg et al, 2005).

I EUROFAMCARE-projektet hade de intervjuade personerna behov av information om stöd och service, kunskap om de äldres sjukdom och hälsa och möjligheten att få tala med någon om sina problem. *Kännetecknande för bra stöd och service var ett gott bemötande, stödet var tillgängligt när det behövdes och gavs på utlovad tid samt att personalen hade god kompetens och gavs av samma personer* (Krevers och Öberg, 2007).

En enkätstudie om hemmaboende patienter med sjukdomen parkinson visade att relationen till vänner och föräldrar försämrades ju längre tid omsorgstiden varat (Lökk, 2009). I motsats till strokestudien (Åberg et al, 2005) skattade de anhöriga sin hälsa som tillfredsställande oberoende av hur länge den anhörige varit sjuk. En tredjedel svarade också att de hade sömnstörningar och drygt hälften (61 %) upplevde stress (Lökk, 2009).

NkAs kunskapsöversikter (Winqvist, 2010; Sand, 2010) om anhörigstöd visade att det till stor del saknades kunskap om kvalitativa aspekter på anhörigstödet innehåll kopplat till anhörigas behov. Mest kunskap fanns om sammanboende anhöriga med en make/maka relation och om anhöriga till personer med demenssjukdomar. Kunskapsöversikten visade också att olika anhöriga hade olika behov. Anhörigstödet borde därför enligt författaren (Winqvist, 2010) skraddarsys utifrån varje enskild persons behov. För förvärvsarbetande anhöriga fanns det ett stort behov av nya former av stöd.

Mötet/samtalet framhölls ”kanske som det mest underskattade anhörigstödet” (Winqvist, 2010). Denna form av stöd saknades i stort inom den genomförda kunskapsöversikten. Innehållet i dagens anhörigstöd blev därför till stor del osynliggjort.

### **Stödbehov - föräldrar till vuxna med funktionsnedsättning**

I NkAs kunskapsöversikter (Winqvist, 2010; Sand, 2010) saknades studier om anhöriga till vuxna barn med funktionsnedsättning. Vid kontakt med NkA visade det sig att det varit svårt att hitta någon samlad nationell överblick om anhöriga till vuxna barn med funktionsnedsättningar (2010-04-16). Enligt Socialstyrelsens ansvariga person i anhörigfrågor, Karin Lindgren (2010-04-20), är Socialstyrelsens uppdrag ”att informera och vägleda kommunerna i tillämpningen av lagstiftningen och följa upp och utvärdera hur kommunerna lever upp till SoL 5 kap 10§”. Inom kort skickar Socialstyrelsen ut en enkät till landets kommuner om hur anhörigstödet ser ut just nu.

”Varje kommun får tre enkäter som ställs till chefen för individ- och familjeomsorgen, chefen för äldreomsorgen och chefen för verksamheten för personer med funktionsnedsättningar. Förhoppningsvis får vi en bättre bild av stödet till olika anhöriggrupper. Vi hoppas också att vi ska få ett underlag för vad vi bör prioritera i det fortsatta vägledningsarbetet”(Karin Lindgren 2010-04-20).

I likhet med anhöriga i make/maka relationen påverkas föräldrarnas psykosociala situation genom att de lever under stor press och ofta med kronisk sömnbrist och minimal möjlighet till återhämtning (Bernehäll Claesson, 2004). Umgänge med vänner och släkt blir begränsat bl.a. beroende på att mycket tid går åt till att samordna insatser. Föräldrars ansvar för barn med intellektuella funktionsnedsättningar upphör heller aldrig helt. En del föräldrar anpassar sig nästan helt efter barnets behov (Gustavsson, 1989; 2004). Föräldrar till barn med flerfunktionsnedsättningar såg enligt Sarislan (2005) sitt barn inte som en enskild individ, utan som en svag del av sig själv som råkade leva utanför deras kroppar. Detta beroendeförhållande uttrycktes bl. a. av Bakk och Grünwald (1998) att föräldrar till barn med funktionsnedsättningar hade det som svårast när deras barn hade det svårt och när de som föräldrar inte kunde göra något för att hjälpa barnet.

Larsson (2001) visade i sin doktorsavhandling att flera föräldrar hade en smärtsam historia i mötet med sjukvården och habiliteringen. Han betonade att föräldrarnas smärtsamma upplevelser kunde vara ett hinder i utvecklingen av god samarbetsrelation med berörd personal om deras upplevelser inte tillåtit att uttryckas och bearbetas. De samarbetssvårigheter som Tolonen et al (2007) och Bohlin (2009) visade i sina intervjuer med anhöriga till vuxna personer med intellektuella funktionsnedsättningar och med någon form av tilläggsnedsättningar i funktionen kan kanske ha en sådan tidigare historia. Motsatsparet självständighet och oberoende är viktiga begrepp att uppmärksamma vid samarbetsproblem mellan föräldrar och personal. Först när personalen accepterade föräldrarna som en resurs kunde samarbetet fungera enligt Bohlin (2007).

### **Exempel på anhöriggrupper**

Svenska Röda Korset arbetar med att skapa mötesplatser för anhöriga/närstående i alla åldrar och kategorier tillsammans med kommun, landsting och andra organisationer. År 2001 publicerade Svenska Röda korset ett studiecirkelmateriale som handlar om den anhöriges egen hälsa och rätten att tänka på sig själv, om lagstiftning om stöd till anhöriga, om att ta vara på det friska hos den anhörige i dagliga livets aktiviteter och genom friskförflyttning, om mat, om hygien, omvårdnad och läkemedel samt sjukdomar/funktionsnedsättningar och åldrande (Svenska Röda korset, 2001). Detta studiemateriale används som diskussionsunderlag vid mötesplatser för anhöriga.

I stadsdelen Husie i Malmö kommun kunde alla anhöriga som vårdar en sjuk närstående gå i anhörigcirkel. Ledare för denna cirkel var antingen en arbetsterapeut, en distriktssköterska eller en sjukgymnast. Före cirkelstart gick kommunsjukgymnasten en tredagarskurs för professionella anhörigstödjare vid Röda korsets skola i Gripsholm. Behoven i gruppen styrde innehållet i cirkeln. En av deltagarna i anhörigcirkeln tyckte att det var bra att få mer kunskap men det bästa var att få träffa andra människor i samma situation (Dalenstam-Lindgren, 2004).

Enligt Socialstyrelsens slutrapport om anhörigstöd (2009) bedrivs anhörig-cirklar och anhörigrupper i 90 % av landets kommuner - ofta i samverkan med frivilligorganisationer som Röda korset eller Svenska kyrkan. Syftet med dessa grupper är att ge råd åt anhöriga och att ge möjlighet till utbyte av erfarenheter med andra i samma situation. De flesta av dessa grupper riktas mot anhöriga med demenssjukdomar och till make/maka.

### **Basal Kroppskännedom och anhörigstöd i grupp**

Arbetsformen Basal Kroppskännedom (BK) bygger på en medvetet uttalad människosyn med tyngdpunkt på helhetsperspektiv som innefattar såväl kroppsliga som psykologiska och existentiella dimensioner. Den är en arbetsform inom sjukgymnastiken och bygger på ett rörelsesystem utvecklat av den franske rörelsepedagogen Jacques Dropsy med rötter i österländsk, budistisk filosofi (Dropsy, 1987; 1988).

Den mentala närvaron – uppmärksamheten - är central under övandet. Det är enkla övningar i liggande, sittande, stående och gående - grundläggande för vardagslivets rörelser och som samordnas med andningen. Strävan är att finna harmoni och lätthet i rörelserna. BK är identitetsaktiverande övningar där man övar sig till en kroppslig jagkänsla och grundläggande trygghet i kroppen t.ex. att stå stadigt på sina fötter. Andra övningar är att få hjälp med att sätta gränser. En tredje form av övningar är interagerande. Det överordnade syftet med övningarna är att successivt integrera kroppen i den totala identitetsupplevelsen (Roxendal, 1987; 1995)

Målsättningen med BK är enligt Roxendal (1987) att öka individens förfogande över sin kroppslighet och att återupprätta förlorade element i kroppsjaget. Roxendal (1993) definierar kroppsjaget som "en persons upplevelse av kroppen, inställning till sin handlingsförmåga med kroppen och hans/hennes faktiska rörelseförmåga och rörelsemönster (s. 9). Övningarna kan också inriktas till att lösa upp muskulära spänningsförsvar. Detta kan medföra att tillbakahållna känslor kan komma till medvetande. För detta arbetssätt krävs att sjukgymnasten har psykoterapeutisk kompetens (Roxendal, 1995) eller att samarbete sker med någon profession med psykoterapeutisk kompetens.

BK, ofta kombinerad med zenmeditation (Hof, 2000) kan övas både individuellt och i grupp. Vid övande i grupp är gruppledarens funktion att stimulera deltagarna att söka sina resurser, såväl på det fysiska som det psykiska planet. I det aktiva kunskapssökandet utvecklar deltagaren förmågan att "lära sig" dvs. att reflektera, att ställa frågor, att ifrågasätta och att dra konsekvenser av sina erfarenheter. Ledaren strävar efter att skapa en trygg och tillåtande atmosfär och varje grupptillfälle avslutas med att deltagarna uttrycker något om hur de upplevt övningarna (Lundvik-Gyllensten och Nilsson-Ovesson, 1994). Närheten till kroppen ökar självupplevelsen. När självupplevelsen reflekteras och uttrycks i ord tydliggörs denna medvetenhet och kan därigenom bemötas och mötas av de övriga gruppdeltagarna. Detta ger en möjlighet till en tydligare identitetsupplevelse. Endast självupplevd erfarenhet och medveten insikt anses kunna leda till en verklig förändring i den egna livssituationen. (Dropsy, 1987; Duesund, 1996).

I BK ingår också massage och beröring, som är en viktig form av kommunikation. Via de massagetekniker som ingår i BK aktiveras såväl hållnings- och upprättningsreaktioner som autonoma reflexer (Mattsson, 1998).

Basal Kroppskänedom kan genomföras som individuell behandling men passar också mycket bra att utföras i grupp. Vid gruppbehandling övar var och en utifrån de egna förutsättningarna samtidigt som man får möjlighet till gemenskap med andra gruppdeltagare. I gruppsammanhang ges även utrymme till att dela erfarenheter och upplevelser av övandet med övriga deltagare” ([www.ibk.nu](http://www.ibk.nu), 2010-04-26).

Margareta Norman, sjukgymnast med psykoterapiutbildning, har arbetat som anhörigstödare i Motala i många år. När hon arbetade med grupper använde hon sig av Basal Kroppskänedom för att fokusera på den anhörige som individ därför att BK-övningarna hjälpte den anhörige att förstå att hans/hennes egna behov också är viktiga (Zollitsch Grill, 2007). Margareta började arbeta med anhöriga i ett rehabiliteringsprojekt där hennes kunskaper i stresshantering kunde användas i en anhöriggrupp. Numera arbetar hon som anhörigstödare i Linköpings kommun. Hon anser att det viktigaste med hennes arbete är att skapa rimliga förväntningar för de anhöriga om nyttan av rehabiliteringen. Anhöriga är enligt henne en bortglömd grupp där liten insats ofta ger stora resultat (Zollitsch Grill, 2007).

### Möte

Möte och samtal är enligt NkAs kunskapsöversikt och NkAs lärande nätverk (Winqvist, 2010) viktiga dimensioner i anhörigstödet där det saknas dokumenterad kunskap.

Begreppet möte är ett av de centrala begreppen i Basal Kroppskänedom (Roxendal, 1995). Gertrud Roxendal hänvisar till dialogfilosofen Martin Bubers jag-du möte. Enligt Buber kan människan bara bli människa helt och fullt i mötet med en medmänniska. Som regel inträffar sådana möten sällan där vi upplever en annan människa som ett du därför att då måste vi ge den andra människan fullständig uppmärksamhet (Buber, 1985). Han beskriver människans två sidor, dels ”det” som konstitueras i mötet med tingen runt omkring. Dels ”du” som konstitueras i mötet med en annan människa. Buber anser att det bara är genom du-mötet som jag själv blir ett helt jag. Mötet kräver därför två personer som verkligen möts.

Roxendal (1995, s. 298) anser att detta kräver att ”sjukgymnasten måste presentera sig som en person (inte enbart som funktion eller en kunskap)”. För att presentera sig som person behöver sjukgymnasten ha grundläggande identitetsuppfattning om vem hon själv är för att det ska ske ett jag-du möte där jaget möter duet och jaget blir ett helt jag.

Kännetecknande för jag-du relationen är öppenheten och tilliten till varandra. En annan dialogfilosof är dansken Knud E. Lögstrup som reflekterat om tilliten (1994) som medför att mötet kräver ett stort ansvar därför att i varje möte med en annan människa lägger jag mitt liv i en annan människas händer och den andra människan sitt liv i mina händer.

### Råd och stödbegreppet

Den särskilda insatsen rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) definieras som ett komplement till re/habilitering och socialtjänst (SoS, 1994:1). Anhörigkontakten är en viktig del. Det rör sig om allsidigt expertstöd där medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska aspekter beaktas. Stödet skall också kunna riktas till anhöriga. I definitionen särskiljer man inte på rådet

respektive stödet. I Svenska akademins ordlista definieras råd som ”förslag att gå tillväga, anvisning”. För begreppet stöd finns ingen närmare definition (Svenska Akademien, 1998). Den engelska översättningen av stöd är support som också översätts till att bistå. Råd översätts till advice eller till det mera högtidliga begreppet counsel på engelska. Rådgivning översätts till advice eller guidance. Går man in på nätet och söker på begreppet counsel hittar man följande avgränsning av begreppet counseling: “Coaching tends to be future oriented, goal focused and asks the client to be accountable to themselves according to the specific goals agreed upon. *Counseling* tends to be oriented in equal measure to the past, present and future as well as problem and solution focused but less on [psychopathology](http://en.wikipedia.org/wiki/psychopathology) than psychotherapy” (<http://en.wikipedia.org/wiki/Counseling>).

### Mötet - ett stöd

Gurli Fyhr (1999) beskrev i sin bok om hur man bemöter sörjande personer så att mötet blir ett stöd och inte en börda. Sorgen är oftast en naturlig sår-läkningsprocess, som själv styr det läkande arbetet när det finns stöd och trygghet i den sörjandes omgivning. En viktig aspekt i detta stöd är att hjälparen ej har en ambition att försöka förstå varje persons unika sorgearbete. Hjälparens uppgift är istället att skapa förutsättningar för sorgearbetet och bemöta personen utifrån dennes behov.

Gurli Fyhr (1999) beskriver också hur sorgearbetet levs och bearbetas i två världar, ”drömvärlden” och ”den verkliga världen”. De personer vi möter i vårt arbete inom LSS Råd och stöd har drabbats av förluster och befinner sig många gånger i ett sorgearbete. När vi möter dessa personer kan de tidvis befinna sig drömvärlden. I drömvärlden är man inte mottaglig för råd – där- emot behöver man ”jagstöd”- dvs. trygghet i mötet med omgivningen, som lyssnar, tar emot och är behållare för känslomässiga reaktioner. Under sorgearbetets gång är de tidvisa besöken i drömvärlden, där det finns hopp, nödvändiga för att hämta styrka, uthärda och bära insikten om den verkliga världen. När man befinner sig i verkligheten är man mottaglig för den objektiva sanningen och mottaglig för information och för råd. Pendlingen mellan dröm- och den verkliga världen kan gå snabbt och kan ske många gånger under ett samtal. Medvetenheten om detta är viktig då vi i vårt expertstöd måste vara följsamma i brukarens eller de anhörigas behov av såväl jagstödjande som rådgivande under ett och samma samtal.

### Utveckling av modell ”BK och samtal” vid Länsenheten Råd och Stöd i Norrbotten

Under hösten år 2000 startade sjukgymnasten (LE<sup>1</sup>) vid enheten för råd och stöd i Luleå en anhörigkurs i grupp med övningar i Basal Kroppskännedom (BK). Denna kurs pågick under hösten år 2000 och under våren år 2001, sammanlagt 15 ggr, 2 timmar/träff. Utvärderingen var mycket positiv. En av anhöriga uttryckte sig bl.a. så här:

*”Tänk så lite man förstår om sin kropp. Reaktioner, andning, hållning, kroppsspråk. Ja, allt hänger ihop, kropp och själ. När tårarna helt plötsligt bara kom. Ja, då fick dom göra det. Det var tillåtet. Jag kände mig lite ”dum” men samtidigt trygg. Efteråt kändes det bra....man fick lov att bara VARA. Det här är en liten bit av en stor kaka som kan ge så mycket mer,*

<sup>1</sup> Lilly Ekenberg

*styrka, självkänedom, trygghet, personlighetsutveckling. Det är första gången som jag (som anhörig) fått hjälp och stöd.”*

Denna kurs i BK avslutades med ett dialogseminarium med ansvariga chefer och politiker för anhörigfrågor inom Luleå Kommun, Norrbottens läns landsting och Försäkringskassan. Vid detta seminarium berättade de fem kursdeltagarna i anhöriggruppen om sina erfarenheter som anhörig. Var och en av de fem anhöriga framförde också ett aktuellt avgränsat problem som berörde någon av ovan nämnda myndigheter och som de önskade få hjälp med att lösa.

Basal Kroppskänedom (BK) för anhöriga till personer med komplexa funktionsnedsättningar visade sig således vara ett lämpligt stöd. Däremot som ensam sjukgymnast upplevde sjukgymnasten (LE<sup>2</sup>) ett behov av att ha en socionom eller psykolog som samtalsstöd efter övningarna. Denna insikt ledde till en mera strukturerad satsning på processinriktat anhörigstöd inom Råd och Stödenheten med BK-övningar i grupp med sjukgymnast och samtalsstöd i grupp av kurator.

### **Anhörigstöd med BK och samtal i grupp inom Länsenheten**

Samarbetet mellan sjukgymnaster och socionomer inom Länsenheten Råd och Stöd inleddes med att en sjukgymnast (LE<sup>3</sup>) och en socionom (AT<sup>4</sup>) från Luleå deltog i en gemensam kurs i BK och samtal under hösten år 2004. Dessa två personer fick uppdraget att initiera start av anhöriggrupper inom hela Länsenheten LSS Råd och Stöd. I februari år 2005 ledde sjukgymnasten (LE) en femdagars utbildning i Basal Kroppskänedom för alla kuratorer i Länsenheten. Syftet var att kuratorerna skulle få en egenupplevelse av att arbeta med kroppen och sedan erfara hur kroppsupplevelsorna kunde uttryckas i ord. I oktober genomfördes ett lärande seminarium med kuratorer och sjukgymnaster från Luleå, Kalix och Piteå som lett anhöriggrupper på respektive ort.

### **Sex anhöriggrupper**

Sammanlagt sex anhöriggrupper med BK och samtal genomfördes inom Länsenheten i Norrbotten under åren 2005-2009, en i Kalix Råd- och Stödteam, en i Piteå Råd och Stödteam och fyra i Luleå Råd och Stödteam.

## **Anhöriggrupp BK och samtal <sup>5</sup> – Kalix**

Inbjudan gick till nio kvinnor som alla lever tillsammans med en man som har någon typ av funktionsnedsättning. Detta urval av kvinnor gjordes därför att vi såg en stor efterfrågan just hos den gruppen i Kalixområdet. Gruppdeltagarnas ålder varierade från 33 till 63 år, relationens längd från 10 år till 43 år. Antalet deltagare var sex första gången. En valde att inte fortsätta. Antalet deltagare blev därför fem. Gruppen träffades sammanlagt åtta gånger under hösten år 2005. Gruppdeltagarna önskade en förlängning av träffarna. I janu-

---

<sup>2</sup> Lilly Ekenberg

<sup>3</sup> Lilly Ekenberg

<sup>4</sup> Anneli Tapani

<sup>5</sup> Kurator Margareta Bäckström och sjukgymnast Liisa Näätäsaari

ari år 2006 träffades gruppen ytterligare tre gånger. Uppföljning skedde i maj år 2006.

### **Deltagarnas reflektioner**

Utvärderingsenkäten ifylldes av alla fem deltagare vid start samt efter avslut. Alla dessa fem personerna tyckte att de hade haft nytta av träffarna men upplevde att möjligheten till eget övande hemma var liten - man tar sig inte tid på samma sätt själv. En person mådde psykiskt så dåligt under tiden så för henne var anhöriggrupp eventuellt lite "fel timing". Vi lärde oss att de anhörigas situation verkligen är svår och att de skulle behöva få träffa andra i samma situation oftare, erfarenhetsgrupper. Det blir lättare att prata med någon som har upplevt samma saker än med professionella.

Deltagarna skrev även kommentarer/reflektioner efter varje träff. De flesta uttryckte ett stort behov av att få träffa andra i samma situation. Flera skrev i sina anteckningar att det känns bra att se att det finns andra i samma situation och att de kunde spegla sig själva i andra. De tyckte att träffarna gav en möjlighet att ha "en egen stund" utan prestation. De upplevde att det var lättare att komma in i "känsliga ämnen" när man lärde känna varandra, man vågade vara mer öppen på slutet. Det upplevdes viktigt att man får andra perspektiv på saker och ting och att det är viktigt att ha kännedom om sin kropp och dess signaler. Ökad medvetenhet om kroppens signaler som leder till större medvetenhet om hur det är i relationen och i livet. I utvärderingen tyckte alla att gruppen hade haft betydelse för deras egen del samt i relationen till anhörig till viss del men att de saknar de gemensamma träffarna med oss medverkande.

### **Våra (LN<sup>6</sup>; MB<sup>7</sup>) reflektioner**

Vi såg en process i gruppen – i början en försiktighet som växer till tillit och öppenhet gentemot andra deltagare samt oss som "professionella". Men de flesta av dessa kvinnor har svårt att ge sig själv tid, att sätta sig själv i centrum. Vissa var tvungna att prioritera någonting annat och kunde inte delta varje gång fast de önskade att kunna göra det. De hade även tendens att skynda sig hem för att de har en viktig roll att få vardagen att fungera. Vi kunde även se många likheter i relationer till sina respektive. Vissa av de yngre som inte hade levt så länge i en förändrad livssituation beskrev sin situation precis som några av de äldre hade haft det i början, de kunde se sig själva i varandra.

Det viktigaste var att anhöriggruppen resulterade till några träffar efteråt utan oss professionella; det blev som en erfarenhetsgrupp som fortsatte att träffas, vi hade möjliggjort en mötesplats och gjort oss själva onödiga.

Jag (LN<sup>8</sup>) hade kontakt med en av gruppdeltagarna under våren 2010, fyra år senare och hon berättade att hon träffat en av gruppdeltagarna och de hade bestämt att försöka återuppta kontakten med hela gruppen, åtminstone träffas en gång/månad.

---

<sup>6</sup> Liisa Näätsaari

<sup>7</sup> Margareta Bäckström

<sup>8</sup> Liisa Näätsaari.

## Anhöriggrupp BK och samtal<sup>9</sup> – Piteå

### Genomförande

Under september 2006 påbörjades förberedelserna inför start av anhöriggrupp med BK/samtal. Förberedelserna gjordes gemensamt av sjukgymnast och kurator. Övriga teammedlemmar var delaktiga i inventering av behov.

Lilly Ekenberg och Anneli Tapani besökte teamet 061106 för att delge erfarenheter från delprojekt 1 i Luleå. Under november månad skedde praktiska förberedelser som exempelvis strategiskt urval av deltagare, telefonkontakt med brukare samt närstående, planering/bokning av lokal, lån av utrustning, beställning av litteratur, litteraturstudier.

I januari 2007 skickades brev med inbjudan till deltagarna. Meditationspallar beställdes. Kontakt togs med handikapp- och äldreomsorgen, Piteå Kommun, angående medverkan och information om kommunens anhörigstöd.

I februari 2007 startade anhöriggruppen med sammanlagt fem deltagare, två män och tre kvinnor. Två var ålderspensionärer och tre var förvärvsarbetande. Tre deltagare hade en anhörigrelation som make/maka, två deltagare var föräldrar och en deltagare var ett syskon. Åldern varierade mellan 52 -76 år. Medelåldern var 63,6 år.

Anhöriggruppen träffades varje vecka vid nio tillfällen under våren med ett 10:e och avslutande tillfälle med uppföljning i oktober 2007. Varje tillfälle varade 2½ timmar. Varje tillfälle inleddes med välkomnande samt reflektion över upplevelser från föregående tillfälle. Tredje tillfället introducerades meditation som inledning för återstående träffar. Därefter följde BK-övningar i liggande, sittande, stående och gående samt efterföljande samtal med utgångspunkt ifrån övningarna. Vid sjunde tillfället närvarade representanter för handikapp- och äldreomsorgen. De redogjorde för Piteå kommuns anhörigstöd samt svarade på frågor.

Vid första, nionde och tionde tillfället fyllde deltagarna i en enkät med frågor om den anhöriges relation till vårdtagaren, upplevelse av anhörigrollen, upplevelse av stödinsatser och den anhöriges behov av förändringar (Bilaga 1). Vid varje tillfälle erbjöds även deltagarna att skriva ner sina personliga tankar och upplevelser utifrån dagens övningar.

### ANALYS AV INDIVIDUELL PROCESS

#### Sammanställning av deltagarnas reflexioner

Alla deltagarna uttryckte från första tillfället och framåt upplevelser av en skön stund, lugn och ro, avslappning och trötthet. Med tiden växte medvetenhet och upplevelser av kroppens fysiska, fysiologiska och psykiska funktion och processer. Deltagarna beskrev bland annat ökad medvetenhet om förändring av andningen, upplevelsen av förankring, kroppens tyngd, läge och storlek samt upplevd smärta.

Parallellt med ökad medvetenhet om det kroppsliga så fick personliga känslor och tankar mera plats och uttryck.

Deltagarna uttryckte värdet av att få mötas och att få egen tid för sig själva. Besöket av kommunens representanter för handikapp- och äldreomsorgen

---

<sup>9</sup> Sjukgymnast Inger Lundgren och kurator Ingrid Svenningsson

var uppskattat, medan själva informationens innehåll upplevdes vara från bra till dålig.

### **Nivåanalys**

Hos alla deltagarna utgjordes existensnivåerna främst av de fysiska och fysiologiska nivåerna. Alla deltagarna gav uttryck för den psykiska existensnivån. Den existentiella nivån berördes hos två av deltagarna i de egna skriftliga reflektionerna. Under de reflekterande samtalen berördes den existentiella nivån vid ett flertal tillfällen. Processbeskrivningen visade en process som gick från det fysiska, fysiologiska till det psykiska och ibland till det existentiella.

### **ANALYS AV ENKÄT**

Enkäten innehöll bakgrundsfrågor och frågor om den anhöriges relation till vårdtagaren, upplevelse av anhörigrollen, upplevelse av stödinsatser och den anhöriges behov av förändringar. Frågorna besvarades vid tre tillfällen: 1) I anslutning till start, 2) i anslutning till avslut och 3) vid uppföljning cirka fem månader. Dessa frågor kunde de anhöriga skatta från 0-10 (Bilaga 1). Ett exceldokument upprättades med variabelnummer för varje fråga och anvisning för registrering. Analys av svaren gjordes av Robert Lundqvist vid FoU-enheten i Luleå med hjälp av "PASW Statistics 18".

#### **Hur vill du beskriva er relation?**

Den upplevda relationen för alla 5 deltagare upplevdes bra från start (m= 1) och förändrades inte vid uppföljning 6 månader senare. För make/maka upplevdes relationen något mindre bra (m=2,0) vid interventionens avslut.

#### **Hur upplever du anhörigrollen?**

Anhörigrollen upplevdes mindre ansträngande vid uppföljningstillfället än vid kursstart (m= 4,8) och kursavslut (m=3,5 ) och uppföljning (m=3,8).

#### **Påverkar anhörigrollen din nattsömn?**

Nattsömnen var påverkad i hög grad vid kursstart (7,0) för make/maka, förändrades något vid kursavslut (m=7,5) men återgick till den ursprungliga nivån vid kursavslut till m =7,0.

#### **De praktiska hjälpinsatsernas tillräcklighet**

De anhöriga upplevde de praktiska hjälpinsatserna som mer otillräckliga vid uppföljning (m=6) än vid kursstart (m=4) för make/maka.

#### **Det känslomässiga stödets tillräcklighet**

Upplevelsen av det känslomässiga stödet vid kursstart (m=4) förändrades ytterst lite för make/maka under uppföljning (4,5). För en förälder förändrades upplevelsen av stödet från "ganska tillräckligt" (4) till "helt tillräckligt" (0).

#### **Har du något behov av förändring?**

Förändringsbehovet ökade från start (m=3,5) till (m=4) vid avslut och ökade igen (m=6,0) vid uppföljning för make/maka. För en förälder var behovet av förändring minimal och förändrades inte alls över tid. För ett syskon sjönk

behovet av förändring från 3 vid start till 2 vid kurslut och till 1 vid uppföljning.

### **Sammanfattning**

Deltagarnas upplevda relation till sina anhöriga förändrades inte för gruppen som helhet. Däremot upplevdes relationen något mindre bra för maka/make direkt vid kursavslut. Anhörigrollen upplevdes mindre ansträngande vid uppföljningstillfället än vid kursstart och kursavslut. Den praktiska hjälpen upplevde man otillräcklig i högre grad vid uppföljning än vid kursstart. Det känslomässiga stödet förändrades marginellt. Behovet av förändring i den aktuella livssituationen ökade från start, från avslut till uppföljning för make/maka.

## **Luleå - Fyra anhöriggrupper med BK och samtal**

I alla grupper i Luleå inleddes BK-övningarna med 5 min meditation. BK-övningarna var främst jagstödande, samlade övningar i liggande och stående under de första träffarna. Mot slutet av kursen utökades övningarna i några grupper även till gränssättande och kommunikationsövningar. I övningarna deltog även kuratorn. Övningarna pågick under ca 50 minuter och leddes av sjukgymnasten. Efter övningspasset erbjöds deltagarna att göra egna anteckningar om sina tankar och upplevelser. Därefter inleddes grupp-samtalet, som leddes av kurator och som var av avlastande och gruppstödande karaktär och pågick ca en timme.

## **Anhöriggrupp BK och samtal 1<sup>10</sup> – Luleå/Boden**

I januari/februari 2005 påbörjade kuratorn, som var kontaktperson mot de anhöriga, planeringen genom att tillsammans med övriga teammedlemmar inventera behovet av anhörigstöd i grupp vid Luleå/Boden-teamet. Under våren 2005 erbjöds anhöriga kvinnor och män i Luleå och Boden, som hade rätt till kvalificerade stödinsatser enligt LSS att delta i en grupp där övningar i Basal Kroppskännedom (BK) kombinerades med samtal tillsammans med sjukgymnast och kurator. I mars år 2005 samlades anhöriggruppen till en informationsträff då bl.a. en anhörig som deltagit i en anhörig-kurs i BK våren 2001 berättade om sina upplevelser.

### **Genomförande**

Anhörigkursen startade i april år 2005 med sex personer, fyra kvinnor och två män. Fyra var anhöriga till barn och två var anhöriga till maka. En person arbetade deltid, två var förtidspensionärer och tre var ålderspensionärer. Innan kursen påbörjades erbjöds deltagarna att fylla i en enkät med frågor om den anhöriges relation till vårdtagaren, upplevelse av anhörigrollen, upplevelse av stödinsatser och den anhöriges behov av förändringar. Enkäten (Bilaga 1) konstruerades med idéer från frågeformulär använda i Socialstyrelsens ”Anhörig 300” projekt (2001), som utvecklats i Storbritannien och

---

<sup>10</sup> Sjukgymnast Lilly Ekenberg och kurator Anneli Tapani

kallas för Carers Assessment of Difficulties Index (CADI). Enkäten besvarades förutom i anslutning till start även i anslutning till avslut och vid uppföljning cirka fem månader senare.

Varje träff inleddes med zen-meditation i ca 5 minuter. Därefter erbjöds deltagarna att göra enkla övningar i liggande, sittande och stående i ca 50 minuter. Efter hand utökades innehållet även till kommunikationsövningar – att kunna ge och att kunna ta emot – och till övningar med gränssättning. Övningarna anpassades efter de olika gruppernas och gruppdeltagarnas behov.

Efter övningspasset erbjöds deltagarna att göra egna anteckningar om sina tankar och upplevelser. Dessa anteckningar överlämnades vid slutet av kursen till gruppledarna. Anteckningarna låg sedan till grund för en kvalitativ analys av varje deltagares individuella process utifrån de fyra existensnivåer som används inom BK nämligen (1) den fysiska, som omfattar den fysiska kroppen och vånaderna, (2) den fysiologiska, som omfattar inre biologiska processer, (3) den psykiska, som omfattar känslor, tankar och vardagliga handlingar och (4) den existentiella, som handlar om varat och förmågan till självreflektion (Roxendal, 1987; Roxendal och Winberg, 2002).

Kursen pågick under april-maj 2005 med sammanlagt 8 träffar à 2 timmar med övningar/samtal. I juni-september 2005 sammanställdes och bearbetades utvärderingen.

## Resultat

Resultat av gruppdeltagarnas individuella process i anhöriggrupp 1 respektive anhöriggrupp 2 redovisas först. Därefter redovisas en deskriptiv analys av enkätsvaren för anhöriggrupp 1,2 och 3. Den fjärde anhöriggruppen hade så låg närvaro vid gruppträffarna. Därför gjordes ingen skriftlig utvärdering av den.

### RESULTAT INDIVIDUELL PROCESS

Arbetsformen Basal Kroppskännedom (BK) innefattar såväl fysiska och fysiologiska som psykologiska och existentiella dimensioner. Den individuella processen analyserades kvalitativt utifrån dessa existensnivåer. I analysen kunde man följa deltagarnas individuella process – från en fysisk dimension till en mer psykisk/existentiell sådan. Resultaten illustreras med deltagarnas citat.

#### *Person 1*

Såg anhöriggruppen som en möjlighet att göra annat. Börjar öppna sig mera andra träffen, och under tredje träffen att observera andra. Vid den fjärde träffen börjar personen ta in sig själv. Femte gången finns ett igenkännande och uttryck om bundenhet, sårbarhet och kroppsligt uttryckt stress. Sjätte gången är personen fullt ut närvarande i sig själv.

”Varit ledsen - undrar om sorgen tränger sig upp. Den där stora tröttheten i svanken - ibland värken där - är det där min kroppsliga spänning är?”

Sista gången uttrycker personen behov av fler gruppträffar med kroppsövningar och samtal därför att personen mår bättre på alla existensnivåerna.

”Synd att det var sista gången. Några träffar till hade fått övningarna att falla på plats. Det har varit så skönt att vara bland andra som vet

vad det handlar om. Kroppen mår bättre och stressnivån har sjunkit rejält. Förr kände jag mig som om jag fallit i en vild fors och bara kämpade för att hålla huvudet över vattenytan. Nu har jag fotfäste ibland och tror att jag kan ta mig iland.”

### *Person 2*

De första två träffarna beskriver personen sin kroppsliga smärta och är rädd att göra fel. Den tredje träffen är personen nöjd med sina prestationer och är utvilad efter övningarna. Den fjärde gången tar personen in de andra i gruppen. Den femte gången upplever personen en förståelse för meningen med övningarna. Frågar sig om övningarna har haft positiv påverkan på vardagslivet. Sjunde gången känner personen igen sig hos andra och upplever återigen fysisk och existentiell smärta. Sista gången uttrycker personen en tillfredsställelse med sitt relaterande till andra och förmågan att kunna reflektera över sina egna behov.

”Det känns oerhört bra och jag önskar att det kunde bli fler. Nyttigt att höra hur andra har det. Ska verkligen gå in för att göra rörelserna regelbundet för att se om mina besvär blir mindre.”

### *Person 3*

Personen befinner sig på alla existensnivåerna under hela processen, som illustreras med citat från varje träff.

1) ”Det känns som att börja gå upptäcktsfärd i sin egen kropp. Hur hittar jag där? Det ska bli en spännande resa. Jag promenerade hem efter träffen. Skönt att rensa tankarna i vår luften. När jag kom hem var jag mycket trött, ovanligt irriterad. Ja, rent av ilsken. Varför vet jag inte - ingen orsak. Min man skakade på huvudet - ”du behöver vila och ta igen Dig.”

2) ”Promenaden hem kändes väldigt skön. Den här gången kände jag mig glad, faktiskt lycklig. Det var längesedan. Är det våren tänkte jag? Eller är det resultatet av våra övningar, att hitta balans i vår egen kropp? Det var i alla fall en skön känsla.”

3) ”Förstår att min kropp är ett viktigt instrument för att kunna må bättre, och även att kunna känna och utforska dess signaler. Det känns skönt att upptäcka att min kropp är en tillgång och inte en börda. Jag har känt mig mycket trött och sliten sista året. Skönt att också få känna att dessa två timmar är mina - vilken lyx att få ägna den tiden åt sig själv. Det känns också spännande att få ta del av de övriga deltagarnas berättelser, alla verkar ha sina problem att leva med.”

4) ”Vi slutar med öppna samtal om vår livssituation, det känns att tankar och känslor nu också får komma fram, vi börjar bli en grupp där man vågar börja berätta. Skönt.”

5) Vi börjar nu känna varandra och vågar öppna oss och prata om det jobbiga som vi bär med oss. Två timmar går nu alldeles för fort.”

6) ”Smärtan i axlarna är borta. Rörligheten mkt bättre. Det känns som ett trolleri. Vilken underbar dag, jag kan röra mig nästan obehindrad. Vilken underbar känsla. Otroligt. Känner mig minst 10 år yngre idag.”

7) ”Tänk att få hjälp med att lösa upp och motverka spänningar, att bli medveten om hur man gm kroppskänedom och övningar kan påverka sin egen kropp. Känner att jag blivit rörligare än före kursen. Härligt! Helt underbart att få äga tiden och att få jobba med sig själv.”

8) ”Övningarna har varit väldigt bra, jag har blivit medveten om att man kan påverka sin situation genom att lära känna sin kropp. Tiden har känts alltför kort för att lära in rörelserna ordentligt. En mycket fin kurs som gett mycket, inte minst perspektiv på sin egen tillvaro och en fin social kontakt med de övriga deltagarna.”

#### *Person 4*

Är mån om att göra rörelserna på rätt sätt från början. Kan så småningom även ta emot massage och bara vara. Håller sig i huvudsak till den fysisk/fysiologiska nivån från början men närmar sig den existentiella nivån i slutet.

”Det var jätteskönt att komma ut bland andra. Hela helheten har varit bra.”

#### *Person 5*

Var reserverad och tveksam inför sitt deltagande i anhöriggruppen men avläste en god stämning i gruppen och var sedan positiv till övningarna och samtalen. Upplevde ett igenkännande vid samtalen. I det sista mötet var personen självreflekterande och närvarande och uttryckte insikt om kopplingen mellan det existentiella varandet och den fysiska kroppen.

#### *Person 6*

Söker fysiska förklaringar till det återkommande onda i kroppen. Nästsista gången börjar det onda i kroppen klinga av. Ersätts av existentiella reflektioner över det gemensamma tunga i tillvaron.

”När man gör kroppsresan känns höger ben, vaden, väldigt tung som tidigare. I övrigt känns det bra. Samtalen om andras elände ger förståelse hur svårt det kan vara att situationen hemma ska kunna förändras om än servicen kunde förbättras.”

## **Anhöriggrupp BK och samtal 2<sup>11</sup> – Luleå**

Den andra anhöriggruppen med samma upplägg som anhöriggrupp 1 genomfördes i Luleå under våren 2007 med fem personer. Tre anhöriga var kvinnor och två var män. Fyra var förvärvsarbetsande och en var förtidspensionär. Alla fem anhöriga hade en make/maka relation. En person var exmaka. Gruppen träffades sammanlagt 11 gånger. Deltagarna besvarade ett frågeformulär (Bilaga 1) i anslutning till start, i anslutning till avslut och vid uppföljning cirka fem månader senare. Efter varje tillfälle erbjöds deltagarna att göra egna anteckningar om sina tankar och upplevelser. Dessa anteckningar överlämnades vid slutet av kursen till gruppledarna. Anteckningarna låg se-

<sup>11</sup> Sjukgymnast Lilly Ekenberg och kurator Margit Jatko

dan till grund för en kvalitativ analys av varje deltagares individuella process.

### RESULTAT AV INDIVIDUELL PROCESS

Arbetsformen Basal Kroppskännedom (BK) innefattar såväl kroppsliga som psykologiska och existentiella dimensioner. Analysen av den individuella processen utgick från tidigare beskrivna existensnivåer. Fyra av fem deltagare valde att göra anteckningar om sina upplevelser efter varje övningstillfälle. Analysen visade att deltagarna gjorde en omväxlande resa i de fyra dimensionerna. En person var mest inriktad mot de fysiska/ fysiologiska dimensionerna i sina anteckningar.

#### *Person 8*

Från början är personen inriktad på kroppen och på upplevelsen av mindre spänningar och bättre spänningsbalans i kroppen. Mot slutet inriktad på upplevelsen av att dela med sig och lära av de övriga deltagarnas erfarenheter. Kursen borde tidsmässigt ha kommit tidigare i hennes liv.

”Bra kurs, mycket att ta hjälp ifrån. Skulle ha haft det för längesedan.”

#### *Person 9*

Funderar från början över sin upplevelse av att kroppen är trött av övningarna. Samtidigt gör allt detta gott. Reflekterar över sitt motstånd mot kommunikationsövningar. Riktas mer och mer efterhand från sin egen situation mot omvärlden och mot att glädjas över ”det lilla” i livet.

”Kursen bra för kropp och själ. Nu känner jag att jag ”hajar.”

#### *Person 10*

Har fokus på kroppsliga övningar och upplevelser under hela processen. Upplever sig ha det välordnat i jämförelse med de andra deltagarna.

”Oj, vad jobbigt alla har det på olika sätt. Jag tycker nog att jag har det någorlunda bra och ordnat. Men jag har fått kämpa för det. Detta är sista gången och det har verkligen stärkt mig och gjort mig mer uppmärksam på och i kroppen.”

#### *Person 11*

Från början inriktad mot kroppslig avspänning. Upplever samtalskraft.

”Det var svårt att slappna av från början. Sen blev det skönt. Jag tror man måste vara med om detta för att man ska förändra? fundera? om livet. Man ska kunna ta hand om sin närstående.”

### Uppföljning 5 månader efter gruppstart

En extra uppföljning (Bilaga 2) av denna grupp gjordes med frågor till de anhöriga om de lärt sig något av BK och samtal som de kunnat använda sig av under de gångna fem månaderna.

#### **Dig själv och dina behov:**

”Att koppla av, att känna stöd, att bara vara.”

”Jag mediterar ibland – mycket skönt efteråt. Använder mig av kroppsresan när det är svårt att somna. Händer oftare och oftare.” ”Jag kan slappna av med hjälp av vissa övningar. Jag är inte ensam med liknade problem.”

*”De mjuka skonsamma och avslappnande övningarna jag fått lära mig har hjälpt mig.”*

#### **Relationen till din anhörig:**

*”Pratar mer med varandra.”*

*”Nånstans inne i mig känner jag styrkan att ”säga emot mer” – det tror jag att vårens träffar har hjälpt mig till.”*

*”Ja, lättare att säga nej.”*

#### **När det gäller i kontakten med hälso- sjukvård och myndigheter**

*”Det är lite bättre”.*

*”Svårt att nå ut .Mycket krävs för att få hjälp med det man bör få.”*

*”Njaa – Egentligen inte. Men doktor och en del andra kontaktpersoner blev intresserade av att höra om gruppen.”*

## **Anhöriggrupp BK och samtal 3<sup>12</sup> – Luleå**

En tredje anhöriggrupp med samma upplägg som anhöriggrupp 1 och 2 genomfördes i Luleå under senhösten 2007 och vintern 2008 med fem deltagare. Fyra var föräldrar till anhöriga och en hade en make/maka relation. Två personer var ålderspensionerade, två var förtidspensionerade och en var förvärvsarbetande. Gruppen träffades sammanlagt 11 gånger inkluderad uppföljningen hösten 2008. Deltagarna besvarade ett frågeformulär (Bilaga 1) i anslutning till start, i anslutning till avslut och vid uppföljning cirka fyra månader senare. Efter varje tillfälle erbjöds deltagarna att göra egna anteckningar om sina tankar och upplevelser. Alla deltagare tackade nej till detta.

#### **Deskriptiv analys av enkät 1, 2, och 3 i Luleå**

Resultaten av enkätsvaren sammanställdes av delprojekt 1 våren 2005, delprojekt 2 våren 2007 och delprojekt 3 hösten 2007 i Luleå. Ett exceldokument upprättades med variabelnummer för varje fråga och anvisning för registrering. Enkäten innehöll bakgrundsfrågor och frågor om den anhöriges relation till vårdtagaren, upplevelse av anhörigrollen, upplevelse av stödinsatser och den anhöriges behov av förändringar. Frågorna besvarades vid tre tillfällen: 1) I anslutning till start, 2) i anslutning till avslut och 3) vid uppföljning cirka fem månader. Analys av svaren gjordes av Robert Lundqvist vid FoU-enheten i Luleå med hjälp av "PASW Statistics 18". I resultaten redovisas även de anhörigas kommentarer efter respektive fråga.

## **RESULTAT AV ENKÄTANALYS 1, 2 och 3 i LULEÅ**

I de tre anhöriggrupperna i Luleå deltog sammanlagt 16 anhöriga varav åtta hade en make/maka relation och åtta var föräldrar till barn över 18 år.

---

<sup>12</sup> Sjukgymnast Lilly Ekenberg och kurator Margit Jatko

### **Anhöriges kön, arbete utanför hemmet och anhörigrelation**

Av de 16 anhöriga i Luleå som deltog i anhöriggruppen var 10 kvinnor och sex var män. Två av de sex männen var föräldrar och fyra hade en make/maka relation. För kvinnornas del var sex föräldrar och fyra hade en make/maka relation. Av de 10 kvinnorna var hälften hel eller deltidsarbetande och hälften var antingen ålders- eller förtidspensionärer. Fem av sex män var antingen ålders- eller förtidspensionärer.

### **Antal år med anhörig med funktionsnedsättning**

För de åtta anhöriga hade maken/makan haft funktionsnedsättning från 4 - 64 år (m=19,5) De åtta föräldrarna hade 227 anhörigårs erfarenhet av barnens funktionsnedsättning med en variation från 5-49 år (m=28,3).

### **Hur vill du beskriva er relation?**

Make/maka relationen skattades ganska bra (m=3,2) vid start av anhöriggrupp och ännu bättre direkt efter kursavslut (m=2,8). Vid uppföljning några månader senare skattades relationen något mindre bra (m=4,1; Figur 1). Trots att relationen skattades bra visar kommentarerna att personerna i make/maka relationen upplever både sorg, irritation och en nyorientering i livssituationen. Den person som upplevde irritation vid kurslut skattade sin relation som "superbra" vid kursstart.

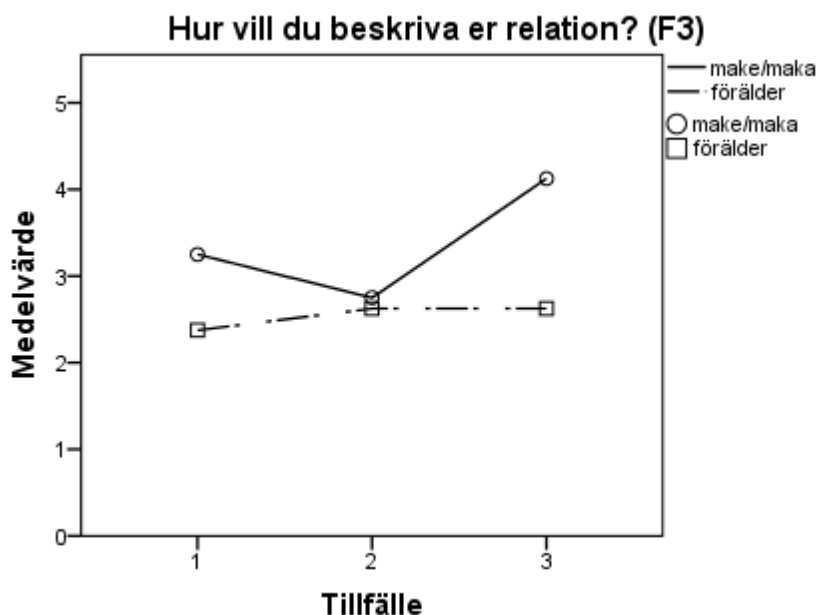
*"Från att ha "delat" allt – haft så mycket gemensamt - har vi nu inget."*

*"Tycker att man blir mer irriterad i relationen."*

*"Långt ifrån som tidigare men ändå bra efter omständigheterna."*

Föräldrarnas skattning av sin relation skattades något sämre vid uppföljning (m=2,6) än vid start (m=2,1; Figur 1). Föräldrakommentarerna speglar oron över de vuxna barnens beroende av föräldrarna.

*"Vår son har svårt att klara sin egen tillvaro och får ofta ångest när han är ensam. Han är också mycket opraktisk. Har svårt att sova ensam. Vi är hans trygghet och fasta punkt."*



**Figur 1.** Relation till anhörig (0=Bra, 10=Dålig).

**Du som inte bor tillsammans med en anhörig, hur ofta har ni kontakt med varandra?**

Av de åtta anhöriga svarade sju. Alla var föräldrar till vuxna barn och skattade sina kontakter något närmare alltför ofta nivån ( $m=1,4$ ) såväl vid start som vid kurslut. Skattningen förändrades marginellt vid uppföljningen ( $m=1,5$ ; 1= alltför ofta, 2= lagom, 3= alltför sällan). I kommentarerna uttryckte föräldrarna oro över sin bundenhet och oro inför framtiden.

*"Man är ständigt jour. Svårt att resa bort och det behövs i så fall mkt förberedelse. Vi är gamla. Hur blir det när vi inte finns? Får han den hjälp och det stöd han behöver?"*

**Upplevelse av anhörigrollen**

Anhörigrollen i make/maka relationen skattades i stort sett på samma nivå vid start ( $m=5,2$ ) som vid kurslut ( $m=5,0$ ) och vid uppföljning  $m=5,2$ ; Figur 2). Make/maka relationen skattades förhållandevis lite ansträngande trots att kommentarerna speglade en mer ansträngande hemsituation. Några makar upplevde sig mycket belastade med personal dygnet runt i hemmet, andra för att bära allt ansvar för familjen och stimulera maken med funktionsnedsättningar till egna initiativ.

*"Låst. Att aldrig få vara "ensam" i mitt hem – jo efter kl. 21.30. Hemskt att alltid ha personal i mitt hem" samtidigt som det behövs - kluvet."*

*"Allt ansvar ligger på mig för allt som rör familjen både planering, beslut och genomförande."*

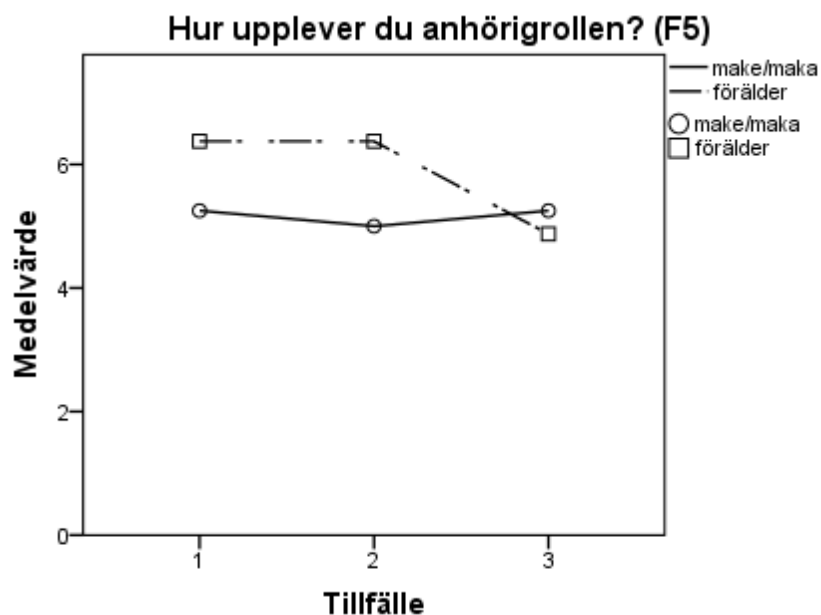
*"Allt arbete är mitt, hemmet, bilen, maten, städning osv"*

*"Blir mer och mer att pusha på. Har svårt att ta egna initiativ till saker."*

Föräldrarna skattade ansträngningen något lägre vid uppföljning (m=4,9) än vid start (m=6,4; Figur 2). Flera föräldrar beskriver hur anhörigrollen periodvis är mera ansträngd både för dem vars barn har flyttat hemifrån och för dem vars barn bor hemma.

*”När dottern mår sämre då mår jag också dåligt, kan inte koppla av, vaknar ofta.”*

*”Våra kontakter präglas av hennes förtvivlan och uppgivenhet.”*



Figur 2. Upplevelse av anhörigrollen. (0= Inte alls ansträngande, 10=Mycket ansträngande).

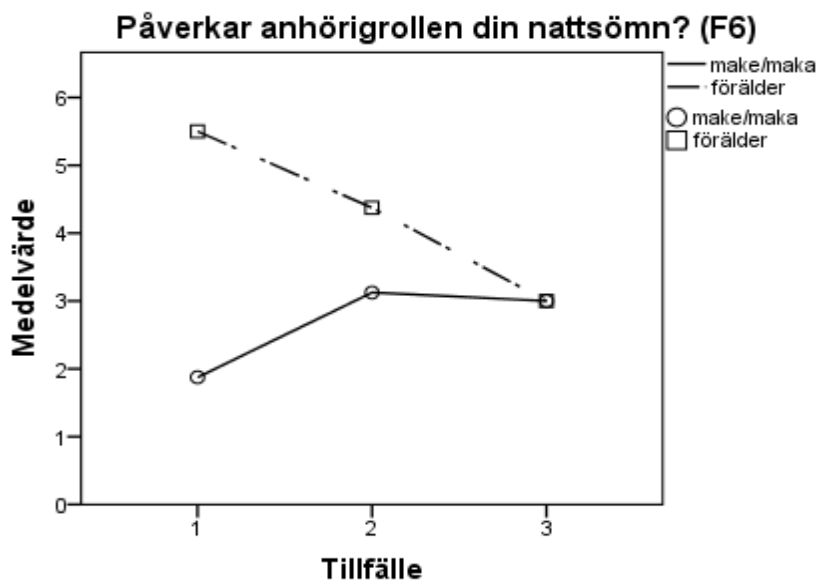
### Påverkar anhörigrollen din nattsömn?

Nattsömnen påverkades ytterst marginellt enligt skattningen av make/maka: från m= 1,9 vid start, till m= 3,1 vid kursslut och till m= 2,5 vid uppföljning (Figur 3).

Föräldrarna skattade en något större påverkan på nattsömnen: Vid start m= 5,5, vid kursslut m=4,4 och vid uppföljning m=4,6 (Figur 3). Några föräldrar upplevde sin nattsömn mera påverkad p.g.a. ändrad dygnsrytm hos det vuxna barnet och även av nattliga funderingar och bekymmer.

*”Sonen har vänt på dygnets timmar. Är uppe sent (ca 2-3), stiger upp ca 13-14. Svårt att sova när sonen är uppe så sent.”*

*”Ligger ofta och grubblar över saker som rör min dotter.”*



**Figur 3.** Anhörigroll och nattsömn.(0= Nej, inte alls; 10= Ja i hög grad).

### De praktiska hjälpinsatsernas tillräcklighet

För make/maka ökade upplevelsen av otillräcklig praktisk hjälp från kursstart (m=4,1) till kursavslut (m=6,1) och till uppföljning (m=6,0; Figur 4). Anhöriga till make/maka kommenterar bristerna i stöd efter kursen.

*"Ingen hemtjänst numera, ingen ekonomisk kompensation om jag är hemma när han blir dålig. Får ta ut semester eller komplodigt. Har hjälpsamma grannar och vänner som hjälper till."*

*"Det finns ingen direkt hjälp. Allt sker på beställning på fastställda tider på vardagar."*

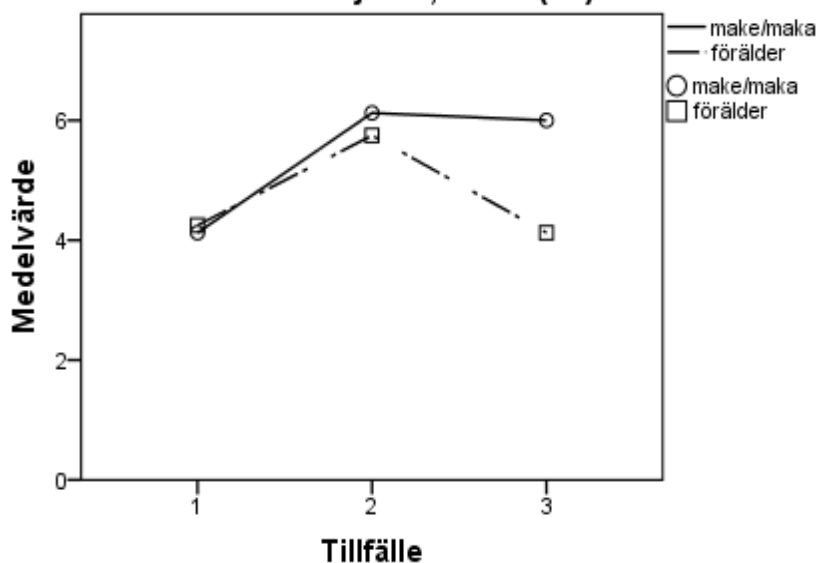
Föräldrarna skattade hjälpinsatserna något mer tillräckliga vid uppföljningen (m=4,1; Figur 4). Föräldrarna beskrev hur man inom familjen ofta fick av stöd av varandra.

*"Vi är två som försöker trösta varandra och prata tillsammans."*

*"Min man och mina övriga barn, men de behöver lika mycket stöd och uppmuntran som jag. Sina vänner vill man inte belasta för mycket."*

*"Det är skönt att ha stöd av familjemedlemmar. Svårt för utomstående att förstå våra svårigheter när de inte syns utåt."*

### Hur mycket praktisk hjälp har du med t.ex. avlösning, hemtjänst, m m? (F7)



Figur 4. Praktiska hjälpinsatsers tillräcklighet (0=Tillräckligt; 10= Helt otillräckligt).

#### Det känslomässiga stödets tillräcklighet

För make/maka skattades stödet mer otillräckligt vid uppföljningen (m=6,3) än vid start (m=4,1; Figur 5). Anhöriga i make/maka-relationen saknade professionellt känslomässigt stöd och gemenskap i sitt sociala liv. Några fick stöd från i arbetsliv, familj och vänner.

*”Det finns ingen snabb hjälp att få. Man får ge sig till tåls tills hemtjänsten kommer, 2 ggr/vecka 3 timmar/gång. Om jag eller vi vill göra något så måste vi följas åt. Min fru kan inte vara ensam. Hon är rädd.”*

*”En bra förändring vore att andra människor pratade mer med mig och min sambo när vi är ute i olika sammanhang. Vi blir ofta isolerade för oss själva - även bland de vi känner.”*

*”Jag har syskon som uppmuntrar och kompisar som hjälper till – och även grannar.”*

*”Av sina barn och vänner får man stöd.”*

Det känslomässiga stödet skattades mera tillräckligt av föräldrarna vid uppföljningen (m=3,9) än vid start (m=5,4; Figur 5).

Föräldraanhöriga fick professionellt stöd och stöd av bekanta och någon saknade familjens stöd.

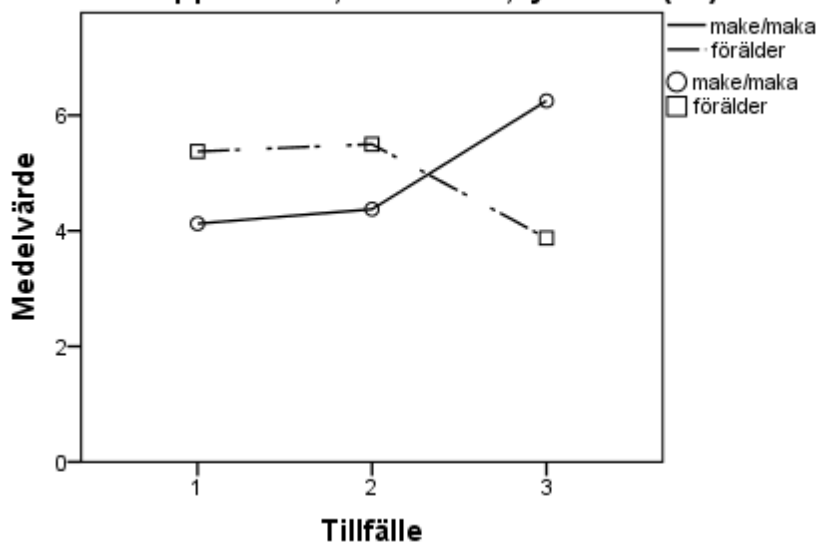
*”Bra stöd från Råd och Stöd. Tyvärr bromsar vår son hjälpen. Vill inte inse sitt handikapp och vägrar att ta emot viss hjälp.”*

*”Vet inte hur det skulle se ut. Det blir väl så här resten av mitt och hennes liv. Behov av avlastning av syskon och pappan. Behöver få känna att jag har möjlighet att vara ledig en helg t.ex. utan att ha dåligt samvete föra att jag*

inte hälsar på dottern. Vet inte hur det skulle se ut. Det blir väl så här resten av mitt och hennes liv.”

”Jag har en del bekanta men de kanske inte räcker till.”

### Har du något känslomässigt stöd t.ex. någon som tröstar, uppmuntrar, berömmar, lyssnar? (F8)



Figur 5. Känslomässigt stöd. (0= Tillräckligt; 10= Helt otillräckligt.)

### Förändringsbehov

För make/maka ökade förändringsbehoven från (m=3,8) till kurslut (m=5,5) och minskade något vid uppföljning (m=5,1; Figur 6). Makar skattade förändringsbehoven ganska lågt som visserligen ökade vid anhöriggruppens uppföljning. Kommentarererna speglade stora förändringsbehov om nedsatt arbetstid, avlastningsbehov, behov av egen tid men också funderingar över att ej kunna se någon förändring.

”Min situation är fortfarande helt otillfredsställande och ohållbar. Sjukersättning börjar nu diskuteras eftersom den är tidsbegränsad. Blir väl att jag går upp till heltid efter sista november. Vi får se. Kommer antagligen inte att gå bra. Inga ljuspunkter finns framöver. Men allt rullar på hur som helst.”

”Behov av avlastning i hemmet.”

”Få honom att vara självständig så jag får mer tid för mig själv.”

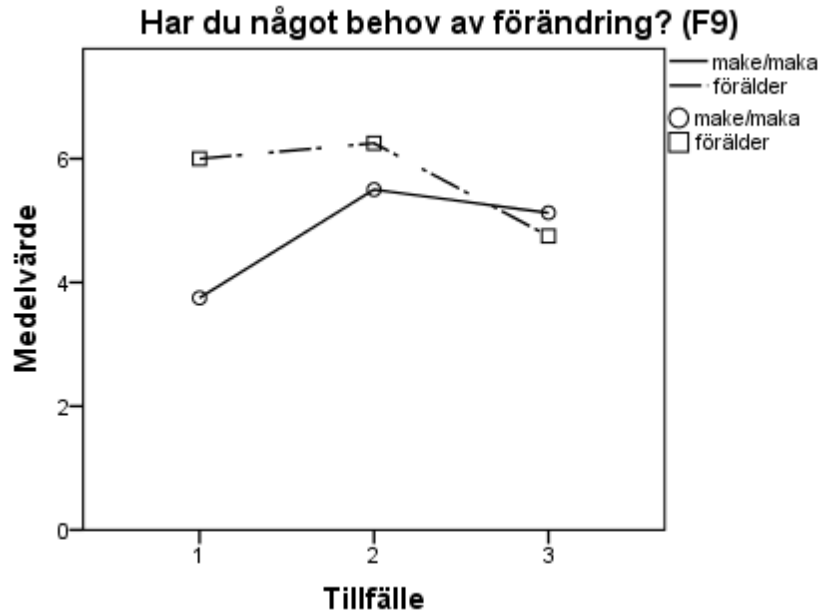
”Vet ej vad förändringen skulle bestå i.”

Föräldrarna skattade sina förändringsbehov som ganska stora vid kursstart (m=6) och något större vid kursavslut (m=6,3). Vid uppföljning skattades förändringsbehoven något lägre (m=4,8); Figur 6). Föräldrarnas kommentarer är färre men de var oroade över sina barns framtid när barnen inte längre kunde bo hemma. Föräldrar med barn i gruppboende var frustrerade över ständigt nya problem.

”Vi önskar mera av praktisk handledning och stödsamtal. Kanske någon kontaktperson som kan ersätta oss föräldrar så småningom.”

”Mest för dotterns skull och med på tanke på mitt åldrande.”

”Efter tre års planeringsarbete uppstår det nya problem att lösa. För tillfället ett problem som funnits länge men uppdagas nu. Frustration.”



Figur 6. Förändringsbehov. (0= Nej, inte alla; 10= Ja, mycket stort)

## SAMMANFATTNING RESULTAT - ANHÖRIGENKÄT

Resultaten visade på marginella förändringar i skattningen av anhängigrollen efter interventionen. I skattningarna framkom för makar en svag trend mot en något sämre upplevelse av anhängigsituationen medan föräldrarnas skattningar visade en svag trend mot en något bättre upplevelse av sin anhängigsituation. Make/maka relationen skattades något bättre vid kursavslut än vid start. Däremot skattades make/maka relationen sämre vid uppföljningen ett halvår senare. De praktiska hjälpinsatsernas otillräcklighet skattades sämre vid kursavslut än vid start. Skattningen förändrades ej från kursavslut till uppföljning. I make/maka relationen skattades det känslomässiga stödet något mera otillräckligt vid uppföljning än vid kursstart. Förändringsbehoven hos make/maka skattades ganska lågt vid kursstart och kursavslut men ökade sedan vid kursuppföljning.

Gruppen föräldrar skattade sin situation något bättre vid uppföljningen när det gäller känslomässigt stöd, upplevelse av anhängigrollen och nattsömn. Även behovet av förändring skattades lägre vid uppföljning än vid start.

### Anhängiggrupp BK och samtal 4<sup>13</sup> – Luleå

Under våren 2009 genomfördes en anhängiggrupp enligt tidigare upplägg. Rekrytering till denna anhängiggrupp påskyndades p.g.a. att en anhängig var

<sup>13</sup> Sjukgymnast Lilly Ekenberg och kurator Margit Jatko

mycket angelägen om att delta. Flera tidigare intresserade anhöriga tackade nej. Sex anhöriga nappade på erbjudandet av vilka fyra var föräldrar till vuxna barn och två hade en make/maka relation. Alla fyra föräldrarna var förvärvsarbetande. Av två makar var en maka ålderspensionär och en make förvärvsarbetande. Deltagarna i denna grupp uteblev så många gånger att grupprocessen därigenom uteblev. En person deltog åtta av nio tillfällen. Ytterligare en person deltog i sex av nio tillfällen. Av de övriga fyra deltog två vid fyra tillfällen, en vid två och den sjätte endast vid informationen. Enkäterna besvarades endast av en person.

Orsaken till det låga deltagandet i anhörigruppen kan bero på att flera av de anhöriga hade fått sina Råd och stöd insatser beviljade så nära inpå anhörigruppens start. Fem av sex förvärvsarbetande hade också svårt att frigöra sig från sitt arbete en eftermiddagstid.

## **Samarbete med Luleå Kommun**

I varje kurs har deltagarna getts möjlighet att diskutera sina behov och önskemål med Luleå Kommuns representanter för anhörigstöd. Anhörigkonsulterna har fått möjlighet att informera om Luleå kommuns stödformer för anhöriga och ta in synpunkter från de deltagande anhöriga i de fyra grupperna BK och samtal. En av anhörigrupperna fick även träffa Luleå Kommuns kommunalråd.

## **DISKUSSION**

### **INDIVIDUELL PROCESS**

Alla deltagare som fullföljde BK och samtal upplevde BK-övningarna som en skön stund för sig själv då man får vara trött och inte behöver prestera. Från början var många försiktiga i mötet med andra i gruppen och var mera inriktade mot den egna kroppens fysiska/fysiologiska dimensioner t.ex. rörlighet och smärta. Så småningom utvecklades tilliten i grupperna då var och en utifrån sin egen tillitsprocess öppnade sig mer allteftersom och ”vågade börja berätta” och förstod att kropp och själ hör ihop. BK-övningarna är förutom spänningreglerande även identitetsaktiverande vilket de individuella processbeskrivningarna också visade (Roxendal, 1987; 1995). Vid uppföljningen av grupp 2 i Luleå uttryckte flera anhöriga hur kursen hjälpt dem till att även hemma se till sina egna behov och bättre klara av gränssättning till sin närstående. Liknande erfarenheter hade man i anhörigrupper i Motala där BK-övningar fick de anhöriga att förstå att deras behov också är viktiga (Zollitsch-Grill, 2007).

## **ENKÄT**

### **Upplevelse av anhörigrelationen**

Make/makarelationen skattades nästan ”bra”. Samtidigt visade de anhörigas kommentarer en upplevelse av att befinna sig i olika faser av en sorgprocess med irritation men också en nyorientering där de anhöriga anpassat sig till förlusten av något väsentligt i deras liv (Cullberg, 1975; Gut, 1994).

För föräldrarna förändrades inte skattningen av relationen före, efter kurslut och vid uppföljningen. Föräldrarnas upplevelser handlade mer om en oro inför framtiden om vad som kan hända deras barn när de själva inte finns som stöd. Föräldrar till barn med funktionsnedsättningar har ett livslångt ansvar för sitt barn och därför oroar de sig för hur det kommer att bli för deras vuxna barn efter deras död (Gustavsson, 1989).

### **Upplevelse av anhörigrollen**

I likhet med upplevelsen av relationen till den anhörige skattades anhörigrollen för make/makar förhållandevis lite ansträngande trots att kommentarerna visade att några upplevde sig mycket belastade som ensam ansvarstagande person i familjen och med personal dygnet runt i hemmet. Detta gällde såväl förvärvsarbete make som maka. I NkAs kunskapsöversikt (Sand, 2010) framkom att förvärvsarbete anhörigas behov finns mycket lite belyst i den forskning som gjorts i Sverige. Sand (2010) anser därför att det ökande anhörigansvaret och arbetsmarknadspolitiken kommer att vara en viktig socialpolitisk fråga under överskådlig tid (Sand, 2010).

För föräldrarna var anhörigrollen periodvis mera ansträngd både för dem vars barn hade flyttat hemifrån och för dem vars barn bodde hemma. När barnet mår dåligt mår också föräldrarna dåligt (Bakk och Grunewald, 1998).

### **Påverkar anhörigrollen din nattsömn?**

Föräldrarna skattade att deras nattsömn påverkades. Nattsömnen var något lägre vid kurslut som och vid uppföljning. Denna förändring kan också bero på att barnets situation var bättre vid uppföljningen. En av föräldrarna beskrev att *"när dottern mår sämre då mår jag också dåligt och kan inte koppla av, vaknar ofta."*

### **De praktiska hjälpinsatsernas tillräcklighet**

För såväl make/maka som föräldrar ökade upplevelsen av otillräcklig praktisk hjälp från kursstart till kursavslut. Däremot minskade upplevelsen av otillräckligt praktiskt stöd bland föräldrarna vid kursuppföljning. Anhöriga till make/maka kan ha blivit mer varse om brister i stödet till dem som anhöriga. I gruppsamtalen fick de anhöriga kännedom om möjligheter till stöd dels av varandra och dels av Luleå Kommuns anhörigkonsult. De som förvärvsarbetade tvingades att stanna hemma och t.ex. ta ut semesterdagar och hjälpa sin make/maka. En lösning för förvärvsarbete anhöriga skulle kunna vara ett socialförsäkringssystem för anhöriga liknande det som finns för tillfällig vård av barn (Sand, 2010).

Även de anhöriga som var pensionärer var bundna vid fastställda tider när de kunde få hjälp. De saknade en flexibilitet och en individualisering av anhörigstödet. Liknande svårigheter framkom även vid intervjuer med anhöriga i EUROFAMCARE-projektet i Sverige (Krevers och Öberg, 2007).

### **Det känslomässiga stödets tillräcklighet**

I likhet med det praktiska stödet för make/maka skattades det känslomässiga stödet mer otillräckligt - ej vid kursavslutet - men däremot vid uppföljningen. Flera makar uttryckte under kursens gång en ensamhet i tvåsamheten. Makar saknade kanske därför mer det professionella känslomässiga stödet än vad anhöriga föräldrar gjorde.

Tvärtemot för make/maka skattade föräldrarna det känslomässiga stödet mera tillräckligt vid uppföljningen. Anhörigträffarna kan eventuellt ha bidragit till denna förändring. Vid gruppsamtalen berättade flera föräldrar om smärtsamma upplevelser i mötet med sjukvården och med rehabiliteringen. Enligt Larsson (2001) är det viktigt att föräldrarna ges möjlighet att uttrycka och bearbeta smärtsamma upplevelser för att utveckla en tillitsfull samarbetsrelation med den personal t.ex. gruppboendet som barnen är beroende av.

### **Förändringsbehov**

Makar skattade förändringsbehoven ganska lågt som ökade vid anhöriggruppens uppföljning. I kommentarerna uttryckte några anhöriga förändringsbehov om nedsatt arbetstid, avlastningsbehov, behov av egen tid men också tankar om att det kanske inte kommer att bli så stora förändringar. Liknande resultat visade Åsberg et al (2005) att många närstående till yngre personer med stroke hade behov av att fortsätta med yrkesarbete och behov av egen fritidssysselsättning. Liksom i Åsberg, et als studie (2005) speglade kommentarerna i den individuella processen och kommentarerna i enkäten en besvikelse över hur livet blev men också att det gick att anpassa sig till denna uppkomna livssituation. En anhörig med make/maka - relation och med långvarig kontakt med Råd och Stöd insatser kommenterade: *”Oj, vad jobbigt alla har det på olika sätt. Jag tycker nog att jag har det någorlunda bra och ordnat”*.

Föräldrarnas förändringsbehov skattades högre än makars vid kursstart. Förändringsbehoven skattades lägre vid uppföljningen ca ett halvår efter avslutad anhöriggrupp. De hemmaboende barnens föräldrar önskade mer stödsamtal och kontaktperson som skulle kunna ersätta föräldrastödet. Föräldrar med barn i gruppboende var frustrerade över att det ständigt uppstod nya problem. Liknande anhörig erfarenheter beskrev flera föräldrar i Tolonen et als studie i Örebro län (2007) och i Bohlins intervjuer med anhöriga och personal i gruppboende. Att sådana samarbetsvårigheter kan uppstå ansåg Bohlin (2009) bero på personalens sätt att förhålla sig till begreppen självständighet och frigörelse. Samarbetet fungerar först när personalen accepterade föräldrarna som en resurs (Bohlin, 2007).

## **ATT ANVÄNDA BK OCH SAMTAL SOM GRUPPSTÖD FÖR ANHÖRIGA – VAD HAR VI LÄRT OSS?**

Med den belastade livssituation många anhöriga/närstående levde i, såväl make/maka som föräldrar till vuxna barn, var det viktigt att möta och avläsa deltagarnas behov av t.ex. beröring/guidning av kroppsrörelser (Roxendal och Wahlberg, 1992). Våra erfarenheter visade att det är viktigt att sjukgymnasten har en god kompetens i BK för att kunna välja ut lämpliga övningar för gruppdeltagarna. Genom BK-övningar får man tillgång till de erfarenheter och upplevelser som kroppen är bärare av såväl på fysisk/fysiologisk nivå som på psykisk/relationell nivå. I våra anhöriggrupper har samtalen varit av avlastande och gruppstödande karaktär. Om man istället valde kognitivt inriktade gruppsamtal efter övningarna kunde den kroppsliga öppenheten kanske bättre tas tillvara och förstärka förståelsen hur man som anhörig tänker,

känner och handlar och därmed blir agenter i sina egna liv. (Nilsson, 2005; FoU-seminarium, 2009-12-15). För att kunna använda sig av det kognitiva förhållningssättet krävs teoretiska kunskaper men också praktisk övning om sambandet mellan tanke-känsla-handling-kropp (Stjernfeldt, 2005).

Våra erfarenheter visade också att det är svårt att anpassa gruppstöd med BK och samtal till alla anhöriga som är i behov av stöd därför att varje anhörigsituation är unik. Erbjudande att ingå i anhöriggrupp bör därför ske när den anhöriga själv uttrycker behov av kontakter med andra i liknande situationer. Vårt förslag är att kuratorn, som tillsammans med sjukgymnasten leder BK och samtal, intervjuar, och därefter i samråd med sjukgymnasten och Råd- och Stödteamet erbjuder intresserade anhöriga att delta i anhöriggrupp med BK och samtal.

Detta utvecklingsprojekt resulterade i en anhöriggrupp i Kalix, en anhöriggrupp i Piteå och fyra anhöriggrupper i Luleå. BK-övningar och samtal i grupp kräver en noggrann förberedelse och ett fruktbart möte/samarbete mellan kurator, sjukgymnast och gruppdeltagare.

I NkAs kunskapsöversikt och i NkAs lärande nätverk framhålls mötet/samtalet som "kanske som det mest underskattade anhörigstödet" (Winqvist, 2010). Eftersom denna form av stöd saknas i dagens anhörigstöd anser vi att vår modell är ett viktigt bidrag, som borde prövas och utvärderas i större skala.

## Referenser

- Bakk, A., & Grunewald, K. (1998). Omsorgsboken: en bok om människor med begåvningsmässiga funktionshinder. Liber: Utbildning AB.
- Buber, M. (1985). Jag och Du. Stockholm: Petra Bokförlag.
- Bernehill Claesson, I. (2004). Vardagens villkor för familjer med barn med funktionshinder – Familjestöd. Lärarhögskolan, Stockholm. Licentiatuppsats.
- Bohlin, U. (2009). Gruppbestaden - samlade artiklar. *Intra*, 16-17.
- Dalenstam-Lindgren, B. (2004). Anhörigcirkeln ger kunskap och stöd. *Sjukgymnasten*, nr 3, 28-29.
- Dropsy, J. (1987). *Leva i sin kropp*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dropsy, J. (1988). *Den harmoniska kroppen*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Duesund, L. (1996). *Kropp, kunskap & självuppfattning*. Liber Utbildning AB
- Cullberg, J. (1975). *Kris och Utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- FoU-seminarium (2009-12-15). Ekenberg, L. & Gunnari, K. *Samverkan i praktiken – Basal Kroppskännetendom och kognitiv coaching vid Grytnäs vårdcentral*. Norrbottens läns landsting.
- Fyhr, G. (1999). *Hur man möter människor i sorg*. Stockholm: bokförlaget Natur och Kultur.
- Gut, E. (1994). Ångest, sorg och depression sent livet. *Socialmedicinsk tidskrift*, 7-8. 339-348.
- Gustavsson, A. (1989). *Samhällsideal och föräldraansvar. Om föräldrar till förståndshandikappade barn*. Stockholm: Norstedts förlag AB.
- Gustavsson, A. (2004). *Delaktighetens språk*. Lund: Studentlitteratur.
- Hof, H. (2000). *Bli mer människa*. Uppsala: Benedictum.
- Krevers, B., & Öberg, B. (2007) *Närstående till äldre - deras behov av användning och stöd*. EUROFAMCARE. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), maj 2007, artikelnr 2007-123-16
- Krevers, B. (2008). *Patient- och närståendeperspektivet i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer*. En arbetsmodell utvecklad inom riktlinjerna för depression och ångestsjukdom. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), mars 2008, artikelnr 2008-123-8.
- Larsson, M. (2001). *Organiserande av stöd och service till barn med funktionshinder. Om projektnät, språkliga förpackningar och institutionella paradoxer*. Doktorsavhandling, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Lundvik-Gyllensten & Nilsson-Ovesson. (1994). Basal Kroppskännetendom. Gruppbehandling vid psykosomatiska spänningstillstånd. *Socialmedicinsk tidskrift* 5-6, 239-242.
- Lögstrup, K.E. (1994). *Det etiska kravet*. Göteborg: Daidalos.

- Lökk, J. (2009). Anhörigvårdare – oorganiserad, oerkänd och oavlönad omsorgsresurs. Enkätstudie av närstående vårdgivare till parkinsonpatienter. *Läkartidningen*, 41,(106), 2616-2619.
- Mattsson, M. (1998). *Body Awareness, applications in physiotherapy*. Umeå university: Department of Psychiatry and Family Medicine, medical dissertation.
- Nilsson, G. (2005). Patienten känner trots en tung ryggsäck att förändring är möjlig. *Medicinsk Forum*, nr 1, 18-21.
- Roxendal, G. (1987). *Ett helhetsperspektiv - sjukgymnastik i framtiden*. Lund: Studentlitteratur.
- Roxendal, G. & Wahlberg, C.(1992) *Vårdandets vardag – händer i möte*. Lund: Studentlitteratur.
- Roxendal, G. (1993). *BAS-skalan. Body awareness Scale med BAS-hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Roxendal, G. (1995). Psykosomatiskt inriktad sjukgymnastik. I *Psykosomatisk medicin*. Red. Sivik T. Och Theorell, T. Lund: Studentlitteratur.
- Roxendal, G. & Winberg, A. (2002) *Levande människa. Basal Kroppskänedom för rörelse och vila*. Natur och Kultur.
- Sand, A-B. (2010). *Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg. Kunskapsöversikt 2010:1*. Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga/Fokus Kalmar län.
- Sariaslan, G. (2005). *Flerfunktionshinder, ur ett föräldraperspektiv*. Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete: C-uppsats.
- Socialstyrelsen 1994:1. *LSS. Allmänna råd från Socialstyrelsen*.
- Socialstyrelsen (2001). *Närståendes vård av äldre. Anhörigas och professionellas perspektiv*. Artikelnr: 2001-124-6.
- Socialstyrelsen. *Kommunernas anhörigstöd. Utvecklingsläget 2005*. Artikelnr 2006-131-21. www. Socialstyrelsen.se, juni 2006.
- Socialstyrelsen. *Kommunernas anhörigstöd. Utvecklingsläget 2006*. Artikelnr 2006-131-37. www. Socialstyrelsen.se, juni 2007.
- Socialstyrelsen. *Kommunernas anhörigstöd. Utvecklingsläget 2007*. Artikelnr 2008-131-30. www. Socialstyrelsen.se, juni 2008.
- Socialstyrelsen (2009). *Kommunernas anhörigstöd. Slutrapport*.
- Stjernfeldt, A. (2005). Om kognitivt förhållningssätt. *Socialmedicinsk tidskrift*, 5, 375-382.
- Svenska Röda Korset (2001). *Att vara anhörig till någon som vårdas i hemmet eller särskilt boende*.
- Tolonen, A., Börmark, S., & Sjöqvist Nätterlund, B. (2007). *Upplevelse av vardagliga aktiviteter - Personer med utvecklingsstörning och deras anhöriga berättar*. Scriptum, Rapportserie från Habiliteringens forskningscentrum, Örebro.
- Winquist, M. (2010). Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd. *Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg. Kun-*

*skapsöversikt 2010:2* .Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga/Fokus Kalmar län.

Zollitsch Grill, H (2007). Anhöriga är en glömd grupp. *Sjukgymnasten*, 5, 13-14.

Åsberg, K.H., Johansson, L., Staaf, A., Stegmayr, B., & Wester, P.O. (2005) Livet efter stroke - ny nationell studie. Förnyad uppföljning av strokedrabbade visar ökande beroende av anhöriga. *Läkartidningen*, 41(102), 2938-2941.

Östlinder, G. (red, 2004). *Närståendes behov. Omvårdnad som akademiskt ämne III*. Svensk sjuksköterskeförening.

# Enkät nr 1 om anhörigsituationen

Namn:

## Relationen till den anhörig som är funktionshindrad

1. Vilken är din relation till den anhörig som är funktionshindrad?

(Kryssa i den ruta som gäller för Dig!)

Make/Maka ( )      Förälder ( )      Barn ( )      Syskon ( )

2. Hur gammal är er relation?

.....  
.....  
.....

3. Hur vill du beskriva er relation?

Bra Dålig  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....

4. Du som inte bor tillsammans med din anhörig, hur ofta har ni kontakt med varandra? ( personligt sammanträffande, telefonkontakt eller på annat sätt )

Alltför ofta kontakt ( )

Lagom ofta kontakt ( )

Alltför sällan kontakt ( )

(Kryssa i den ruta som gäller för Dig!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Bilaga 1

### Upplevelsen av anhörigrollen

5. Hur upplever du anhörigrollen?

Inte alls ansträngande Mycket ansträngande  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Påverkar anhörigrollen din nattsömn?

Nej inte alls Ja, i hög grad  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Stödinsatser

7. Hur mycket praktisk hjälp har du med t.ex. avlösning, hemtjänst, personlig assistens, ekonomisk kompensation, hjälp av vänner, anhöriga etc?

Tillräckligt Helt otillräckligt  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....

## Bilaga 1

8. Har du något känslomässigt stöd t.ex. någon som tröstar, uppmuntrar, berömmar, lyssnar?

Tillräckligt Helt otillräckligt  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Förändringsbehov

9. Har du något behov av förändring?

Nej, inte alls Ja, mycket stort  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Beskriv

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

10. Din anhörig har funktionshinder sedan år.....

.....  
.....

11. Din egen ålder .....år

Kön            Man ( )    Kvinna ( )

## Bilaga 1

### Förvärvsarbete

12. Förvärvsarbetar du? Ja ( ) Nej ( )

*Om Ja - i så fall* heltid ( ) eller deltid ( )

13. Ålderspensionär Ja ( ) Nej ( )

14. Uppbär du sjukersättning/sjukbidrag Ja ( ) Nej ( )

*Om Ja - i så fall* hel/helt ( ) eller partiell/partiellt ( )

15. Är du sjukskriven? Ja ( ) Nej ( )

*Om Ja - i så fall* hel/helt ( ) eller partiell/partiellt ( )

16. Är du arbetslös Ja ( ) Nej ( )

*Om Ja - i så fall* hel/helt ( ) eller partiell/partiellt ( )

### Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....

### Övriga synpunkter

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Enkät nr 2 om anhörigsituationen

Namn:

### Relationen till den anhörig som är funktionshindrad

3. Hur vill du beskriva er relation?

Bra Dålig  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....

4. Du som inte bor tillsammans med din anhörig, hur ofta har ni kontakt med varandra? ( personligt sammanträffande, telefonkontakt eller på annat sätt )

Alltför ofta kontakt ( )  
Lagom ofta kontakt ( )  
Alltför sällan kontakt ( )

(Kryssa i den ruta som gäller för Dig!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Upplevelsen av anhörigrollen

## Bilaga 1

5. Hur upplever du anhörigrollen?

Inte alls ansträngande Mycket ansträngande  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Påverkar anhörigrollen din nattsömn?

Nej inte alls Ja, i hög grad  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Stödinsatser

7. Hur mycket praktisk hjälp har du med t.ex. avlösning, hemtjänst, personlig assistens, ekonomisk kompensation, hjälp av vänner, anhöriga etc?

Tillräckligt Helt otillräckligt  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....

8. Har du något känslomässigt stöd t.ex. någon som tröstar, uppmuntrar, berömmar, lyssnar?

## Bilaga 1

Tillräckligt Helt otillräckligt  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Förändringsbehov

9. Har du något behov av förändring?

Nej, inte alls Ja, mycket stort  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Beskriv

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Övriga synpunkter

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Enkät nr 3 om anhörigsituationen

Namn:

### Relationen till den anhörig som är funktionshindrad

3. Hur vill du beskriva er relation?

Bra Dålig  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....

4. Du som inte bor tillsammans med din anhörig, hur ofta har ni kontakt med varandra? ( personligt sammanträffande, telefonkontakt eller på annat sätt )

Alltför ofta kontakt ( )  
Lagom ofta kontakt ( )  
Alltför sällan kontakt ( )

(Kryssa i den ruta som gäller för Dig!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Bilaga 1

### Upplevelsen av anhörigrollen

5. Hur upplever du anhörigrollen?

Inte alls ansträngande Mycket ansträngande  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Påverkar anhörigrollen din nattsömn?

Nej inte alls Ja, i hög grad  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Stödinsatser

7. Hur mycket praktisk hjälp har du med t.ex. avlösning, hemtjänst, personlig assistens, ekonomisk kompensation, hjälp av vänner, anhöriga etc?

Tillräckligt Helt otillräckligt  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....

## Bilaga 1

8. Har du något känslomässigt stöd t.ex. någon som tröstar, uppmuntrar, berömmar, lyssnar?

Tillräckligt Helt otillräckligt  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Kommentarer

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Förändringsbehov

9. Har du något behov av förändring?

Nej, inte alls Ja, mycket stort  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Ringa in den siffra som passar dig bäst!)

Beskriv

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Övriga synpunkter

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....