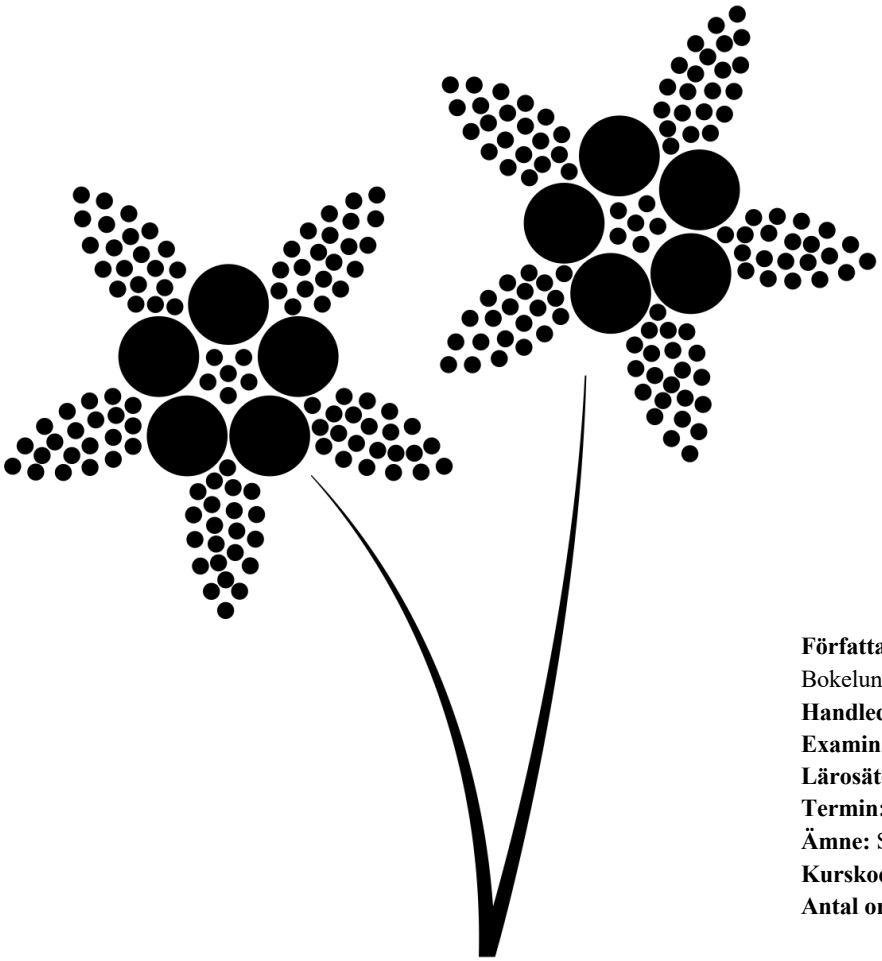
Linnéuniversitetet

Att stödja anhöriga

Professioners samverkan kring anhörigstöd vid demenssjukdom



Författare: Anna Germundsson & Annie Bokelund
Handledare: Ellen Sverkersson
Examinator: Peter Hultgren
Lärosäte: Linnéuniversitetet, Växjö
Termin: 6, HT25
Ämne: Socialt arbete
Kurskod: 2SA47E
Antal ord: 12 110

Linnéuniversitetet

Abstract

The aim of this study is to develop an understanding of and analyze how different professionals interpret their roles, responsibilities, and collaboration in the provision of caregiver support in the context of dementia, as well as to examine how communicative and organizational factors may influence this collaboration. The study is based on a qualitative method involving eight semi-structured interviews with professionals from four municipalities in southern Sweden. The collected material was analyzed using thematic analysis. The results show that the professionals view caregiver support as a shared responsibility, although their specific areas of responsibility differ clearly. Collaboration varies across municipalities and is influenced by limited knowledge of each other's roles, resource constraints, and restricted information exchange between the professions. The study highlights the need for clearer collaboration routines, joint meetings, and early professional interventions for caregivers throughout the course of the illness. Future research should focus on how a more equitable and cohesive system of caregiver support can be developed and how caregivers' participation in collaborative processes can be strengthened.

Nyckelord

Tvärprofessionell samverkan, anhörigstöd, anhörigvårdare, demens, samverkan

Tack

Vi vill inleda med att tacka vår handledare, Ellen Sverkersson. Tack för värdefull vägledning, stöd och råd under hela studiens gång. Vi vill också rikta ett stort tack till alla intervjupersoner som delade med sig av sina erfarenheter, utan er hade denna studie inte varit möjlig. Till sist vill vi tacka varandra för ett gott samarbete.

Linnéuniversitetet

Innehållsförteckning

1 Inledning ... 1
1.1 Problembakgrund ... 2
1.2 Problemformulering ... 3
1.3 Syfte & frågeställningar ... 4
1.4 Avgränsning ... 5

2 Bakgrundskapitel ... 6
2.1 Demens ... 6
2.2 Anhörig och anhörigvårdare ... 6
2.3 Anhörigstöd ... 7
2.4 Samverkan ... 8

3 Tidigare forskning ... 9
3.1 Anhörigvårdares livskvalitet ... 9
3.2 Anhörigas behov av stöd och insatser ... 10
3.3 Samverkan ... 12

4 Teori ... 15
4.1 Samverkansteori ... 15
4.2 Kommunikationsteori ... 16
4.2.1 Teoriernas relevans för studien ... 18

5 Metod ... 20
5.1 Vetenskapsteoretisk ansats ... 20
5.2 Kvalitativ metod ... 21
5.3 Datainsamlingsmetod ... 21
5.4 Urval och urvalsmetod ... 22
5.5 Tillvägagångssätt ... 23
5.6 Analysmetod ... 24
5.7 Etiska överväganden ... 24
5.8 Metoddiskussion ... 26
5.9 Arbetsfördelning ... 27

6 Resultat och analys ... 29
6.1 Professioners uppfattning om uppdrag och ansvar ... 29
6.1.1 Varierat ansvar med gemensam syn på behov ... 31
6.2 Samverkan och kommunikationsprocesser ... 35
6.2.1 Resonemang kring samverkan ... 35
6.2.2 Hinder och möjligheter i samverkan ... 37
6.2.3 Olika perspektiv och makt ... 40

7 Diskussion ... 42
7.1 Förslag till vidare forskning ... 45

8 Referenser ... 47

Bilagor

Bilaga 1
Intervjuguide ... **s.51**

Bilaga 2
Informationsbrev ... **s.54**

Bilaga 3
Samtyckesblankett……..……**s.55**

1 Inledning

> Jag tycker fortfarande att vi [anhörigkonsulenter] betraktas som en verksamhet vid sidan av lite grann. … Det är mycket positivt men fortfarande är det som en egen lite ö. Vi pratar om Nationella anhörigdagen – det får vi arrangera [själva]. Några dagar före den har vi Äldredagen – då är hela förvaltningen inblandad.
>
> Anhörigkonsulent

Citatet ovan är hämtat från Socialstyrelsens underlag till en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer (Socialstyrelsen 2020, s.81). I underlaget framkommer det att kommuners stöd till anhöriga ibland uppfattas som endast anhörigkonsulenternas ansvar, vilket lyfts fram som problematiskt. Detta synsätt säger en del om hur stödet till anhöriga fungerar i praktiken. En kommun kan erbjuda ett välfungerat anhörigstöd och ha ett integrerat anhörigperspektiv inom både socialtjänst och äldreomsorg, utan att ha en anhörigkonsulent anställd. Samtidigt kan en annan kommun med flera anhörigkonsulenter sakna ett fungerande stöd till anhöriga. I underlaget framgår det tydligt att enskilda anhörigkonsulenter sällan räcker till för att möta anhörigas behov, vilka kan vara stora. Utifrån detta betonas vikten av att anhörigstöd bör vara ett gemensamt ansvar för alla yrkesgrupper som i olika sammanhang möter anhöriga. Detta genom att uppmärksamma och på olika sätt stötta anhöriga (Socialstyrelsen 2020, s.80-81). Mot denna bakgrund blir det tydligt att det behövs flera professioner i arbetet med stöd till anhöriga som vårdar eller stödjer en närstående.

Att vårda en närstående med demens medför ofta att vardagen långsamt förändras, både för den som insjuknar men även för anhöriga runt om. Trots att samhället sedan en långt tid tillbaka uppmärksammat anhörigvårdares betydelse och utsatthet, är det många anhöriga idag som ändå står ensamma i ett tungt omsorgsansvar (Tellioğlu et al. 2014, s.324). Idag finns det flera professioner som på olika sätt arbetar och stödjer anhöriga, bland annat anhörigkonsulenter och

demenssjuksköterskor. Biståndshandläggare har även en nyckelroll i arbetet med stöd till anhöriga som vårdar en närstående. I Europa tillhandahålls allt fler sociala tjänster av informella omsorgsgivare, och de är inkluderade i socialarbetares ansvarsområde. Biståndshandläggare balanserar mellan sitt offentliga uppdrag gentemot klienter, alltså den vårdbehövande, samtidigt som det finns förväntningar på att stödja omsorgsgivare. Detta gör att biståndshandläggare har en unik roll i att ge stöd till anhöriga som vårdar en närstående (Joy Torgé et al. 2024, s.144-145).

Forskning visar att samverkan mellan professioner ofta brister och det medför en risk att även att stödet till anhöriga brister (Khemai et al. 2022, s.686). För att möta behoven hos anhöriga som vårdar en närstående med demenssjukdom behövs mer kunskap om hur samverkan vid anhörigstöd fungerar i praktiken utifrån professionellas egna erfarenheter. Aktuellt inledningskapitel belyser således kunskapsluckan som finns kring samverkan vid anhörigstöd, hur många som vårdar en närstående samt kommuners krav på samverkan.

1.1 Problembakgrund

I oktober 2025 lämnade regeringen ett förslag om ett förstärkt anhörigstöd. I Sverige ger omkring 1,2 miljoner personer vård och omsorg till en närstående (Regeringskansliet 2025). Att vårda en närstående kan kännas meningsfullt, men ett omfattande omsorgsansvar kan även påverka anhörigas mående och livskvalitet negativt. Omsorgsansvaret kan bland annat medföra psykiska påfrestningar såsom oro, sorg eller stress, vilket gör anhöriga till en särskild utsatt grupp sett till psykisk ohälsa. På samhällsnivå kan följderna av denna belastning ge uttryck i form av ökade vård- och omsorgskostnader, ojämlika och ojämnställda livsvillkor (Socialstyrelsen 2020, s.10-11,31). Förhållanden som kan betraktas som sociala problem, det vill säga utgöra negativa sociala förhållanden som behöver åtgärdas, då de omfattar många människor (Meeuwisse & Swärd 2013, s.96-97).

Anhörigas behov av stöd har fått allt större uppmärksamhet av regeringen men också via svensk forskning och sedan 2009 är kommunerna skyldiga att erbjuda stöd till anhöriga som ger vård eller stöd till någon de står nära (Winqvist 2016,

s.14). Denna skyldighet regleras i 13 kap. 9§ socialtjänstlagen där socialnämnden ska erbjuda stöd för personer som vårdar en närstående (SFS 2025:400). Anhörigstöd kan rikta sig direkt till anhörigvårdaren i form av till exempel stödsamtal, stödgrupper och utbildning. Stödet kan också ske indirekt genom insatser till den primära vårdbehövande såsom hemtjänst, dagverksamhet eller korttidsboende (NKA 2021).

Även om kommunernas ansvar omfattar alla anhöriga, finns det utsatta grupper som är i särskilt behov av stöd. En sådan grupp är anhöriga till personer med en demenssjukdom, demens beskrivs ofta som "de anhörigas sjukdom". I Sverige finns det cirka 130 000-150 000 personer med demens och tillsammans med de anhöriga är omkring 600 000 människor drabbade av sjukdomen (Hjärnfonden 2021). Tidigare forskning visar att anhöriga till personer med demenssjukdom upplever en särskilt stor belastning och har därmed ett omfattande behov av stöd (Elmståhl et al. 2017, s.1028). Enligt Socialstyrelsen är dock stödet till anhöriga till personer med demenssjukdom bristfälligt och behöver utvecklas. Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom rekommenderar kommuner att erbjuda anhörigstöd såsom utbildning, psykosociala och relationsbaserade program samt avlösningsinsatser via socialtjänsten. Olika former av stöd fyller olika funktioner och kan inte ersätta varandra. Avlösning kan minska belastningen av omsorgen och underlätta vardagen, medan exempelvis psykosocialt stöd kan lätta på den emotionella bördan. Oavsett vilket stöd som erbjuds för att möta anhörigas behov krävs dock en samverkan mellan aktörer och inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2020, s. 68, 75, 105).

1.2 Problemformulering

Trots att stöd till både äldre och anhöriga länge har varit ett prioriterat område inom äldreomsorgen, visar forskning på att många anhöriga fortfarande vårdar en närstående utan professionellt stöd. Detta har visat sig påverkar deras livskvalitet negativt (Tellioğlu et al. 2014, s.324). Forskning visar att anhöriga upplever ensamhet i sitt vårdande. Färre än hälften av anhörigvårdare känner till rätten till stöd och ännu färre har blivit erbjudna stöd. Samhället behöver således bli bättre på

att informera vilket stöd som finns att få och hur man kan få stöd i rollen som vårdare av en närstående med demenssjukdom (Falk Johansson 2024, s.19-22).

Konsekvenserna av ett bristande stöd förstärks av att anhörigvårdare ofta har omfattande fysiska, psykologiska och sociala behov. Ett fungerande stöd gentemot anhöriga ställer dock krav på samverkan mellan olika professioner för att kunna erbjuda rätt insatser (Lopez Hartmann et al. 2012, s.1). Khemai et al. (2022, s. 685) lyfter att trots kunskap om vikten av en tvärprofessionell samverkan, visar forskning att många anhöriga upplever brister i samverkan mellan olika professioner. Rawlinson et al. (2021, s.2-10) betonar att tydliga roller, fungerande kommunikation och respekt mellan professioner är avgörande för att uppnå god samverkan. Däremot betonar författarna likt som Khemai et al. (2022) att kunskapen om hur samverkan faktiskt ser ut i praktiken och vilka utmaningar som skapas mellan professioner är begränsad.

Kravet på samverkan regleras även i socialtjänstlagens 6 kap. 3§ och 7 kap. 1§ (SFS 2025:400), där det framgår att socialtjänsten ska samverka med andra samhällsaktörer. Enligt Akademikerförbundet SSR (2017, s.25) ska socialarbetare vara öppna för samverkan med andra professioner. Trots dessa riktlinjer och den tidigare forskningen om anhörigas upplevelser finns det en tydlig kunskapslucka. Tidigare forskning (Falk Johansson 2024, s.18-19; Tellioğlu et al. 2014, s.324) fokuserar främst på anhörigas perspektiv och upplevelser samt organisatoriska förutsättningar, medan professioners egna tolkningar, erfarenheter och upplevelser av samverkansprocesser uppmärksammats i betydligt mindre utsträckning. Det finns därför ett behov av att belysa professionernas egna perspektiv på uppdraget och samverkan, samt hur kommunikativa och organisatoriska aspekter kan ses påverka möjligheterna att erbjuda anhörigstöd.

1.3 Syfte & frågeställningar

Syftet med studien är att skapa förståelse för, och analysera hur, olika professioner tolkar sitt uppdrag, ansvar och samverkan med varandra i arbetet med anhörigstöd

vid demenssjukdom samt analysera hur kommunikativa och organisatoriska faktorer kan ses påverka denna samverkan.

Frågeställningar:

1. Hur ser biståndshandläggare, anhörigkonsulenter och demenssjuksköterskor på sitt uppdrag och ansvar i arbetet med anhörigstöd vid demenssjukdom?
2. Hur uppfattar biståndshandläggare, anhörigkonsulenter och demenssjuksköterskor samverkan med varandra i arbetet med anhörigstöd?
3. På vilket sätt kan kommunikativa och organisatoriska processer ses påverka denna samverkan?

1.4 Avgränsning

I studien har vi valt att avgränsa oss till biståndshandläggare, anhörigkonsulenter och demenssjuksköterskor. Vi är medvetna om att det kan finnas fler viktiga professioner i arbetet med anhörigstöd men har valt att avgränsa oss till dessa. Läs mer om motiveringen av valet av avgränsning i bakgrundkapitlet 2.3 Anhörigstöd.

2 Bakgrundskapitel

I aktuellt kapitel presenteras och förklaras begrepp samt sakuppgifter som är relevanta för studien. Först presenteras sjukdomen demens och vad den innebär för att tydliggöra hur sjukdomen påverkar den som insjuknar och därmed formar anhörigas behov av stöd. Därefter definieras och avgränsas begreppen anhörig och anhörigvårdare, som är av vikt att förtydliga sett till den målgrupp mot vilken samverkan riktas. Vi beskriver även vad anhörigstöd innebär och vilka professioner som arbetar med detta samt vilka av dessa vi har valt att fokusera på i studien. Avslutningsvis förtydligas begreppet samverkan, då det är ett brett begrepp som behöver avgränsas i relation till studiens syfte.

2.1 Demens

Enligt Nationalencyklopedin definieras *demens* som ett samlingsnamn för en rad sjukdomstillstånd som orsakas av sjukdomar eller skador i hjärnan. Detta kan leda till permanent nedsättning av kognitiva funktioner som språk, minne, problemlösning samt orienteringsförmåga. Sjukdomen orsakar att hjärnceller progressivt förtvinar och dör. Personer som drabbas av demens har svårt att genomföra vardagliga sysslor då minnet ofta försämras påtagligt. Oro, nedstämdhet och beteendeförändringar tillhör också sjukdomsbilden. Symtomen av sjukdomen kommer ofta smygande och i efterhand försvagas även kroppsliga funktioner. Den vanligaste formen av demens är Alzheimers sjukdom som står för 60 – 70% av fallen. Andra former av demens är Vaskulär demens, Lewykroppsdemens och Frontallobsdemens. Demens drabbar främst personer som är 65 år och äldre och i dagsläget finns inget botemedel mot demenssjukdom (Svenskt Demenscentrum 2021).

2.2 Anhörig och anhörigvårdare

Enligt Socialstyrelsens termbank definieras *anhörig* som ” en person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna*”* (Socialstyrelsen 2010). Definitionen av anhörigvårdare varierar. Enligt förarbetena till förändringen i socialtjänstlagen som

trädde i kraft 1 juli 2009 definieras *anhörigvårdare* som personer som vårdar eller stödjer närstående (Prop. 2008/09:82). I studien har vi valt att använda oss av denna definition. I tidigare forskning på området används olika termer för personer som vårdar en närstående eller släkting. I aktuell studie används både begreppet *anhörig* och *anhörigvårdare* synonymt, eftersom rollerna ofta överlappar varandra. Den som ger vård till en närstående är samtidigt en anhörig och anhörigvårdare. Båda rollerna kan vara krävande, då de innebär både praktiskt och emotionellt ansvar som kan påverka vardagen och livskvaliteten (Socialstyrelsen 2020, s.23,25). När vi skriver anhörig avser vi dock alltid anhörigvårdare, men båda begreppen används till förmån för språklig variation.

2.3 Anhörigstöd

Som tidigare nämnts finns det både direkt och indirekt stöd som kan erbjudas till anhöriga. I de flesta kommuner finns personer som arbetar med anhörigstöd, vilka ofta benämns som anhörigkonsulenter. De arbetar med att utveckla, informera och erbjuda olika former av direkt stöd till anhöriga, som inte kräver ett beslut från en biståndshandläggare. Biståndshandläggare kan erbjuda indirekt stöd i form av olika avlösningsinsatser, vilket däremot kräver ett beslut. I många kommuner finns även demenssjuksköterskor och demensteam som arbetar med anhörigfrågor (NKA 2021). Det kan finnas fler professioner, organisationer och föreningar som arbetar med stöd till anhöriga till personer med demens. I studien har vi valt att avgränsa oss till biståndshandläggare, anhörigkonsulenter och demenssjuksköterskor. Detta eftersom dessa professioner har centrala och kompletterande roller i stödet till anhöriga. Tillsammans representerar de både vård- och omsorg, myndighetsutövning och socialt stöd, vilket gör de särskilt relevanta för studien.

Kommuners krav på anhörigstöd regleras även i socialtjänstlagen (SFS 2025:400) 13 kap. 9§:

> Socialnämnden ska erbjuda stöd till den som vårdar en närstående som är äldre eller långvarigt sjuk och till den som stöder en närstående med funktionsnedsättning.

2.4 Samverkan

Det finns flera definitioner av begreppet samverkan. Kunskapsguiden (2024) definierar samverkan enligt följande: ”Samverkan innebär att socialtjänsten samverkar och samarbetar på olika nivåer. Detta kan exempelvis ske mellan olika yrkesgrupper inom en kommun men också på organisatorisk nivå mellan olika kommuners socialtjänst och regionernas hälso- och sjukvård.” Enligt Socialstyrelsen (2024) innebär samverkan när två eller fler aktörer gemensamt arbetar mot ett visst syfte eller mål. Detta sker genom att aktörer med olika uppdrag och expertis möts över någon form av organisatorisk gräns. Som tidigare nämnt reglerats kravet på samverkan i socialtjänstlagen 6 kap. 3§ och 7 kap. 1§ (SFS 2025:400).

3 Tidigare forskning

I detta avsnitt presenteras tidigare forskning. Databasen Onesearch, Google Scholar och Social Service Abstract användes för att söka vetenskapliga artiklar och avhandlingar. Sökord som användes var: *informal caregiver*, *family caregiver*, *support* och *interprofessional collaboration.* Avsnittet baseras på en svensk avhandling, nationella och internationella vetenskapliga artiklar som är relevanta för området. Tidigare forskning är främst inriktad på anhörigvårdares upplevelser, deras behov av stöd men belyser också samverkan mellan professioner. Det finns mycket begränsad forskning som utgår från professionellas perspektiv och upplevelser av samverkan i stödet till anhöriga som vårdar en närstående med demens. Tidigare studier som har valts är inriktade på medicinsk forskning och forskning inom socialt arbete. Tidigare medicinsk forskning är viktig att lyfta fram för att skapa förståelse för hur det är att vara anhörigvårdare och vilka påfrestningar omsorgsansvaret innebär. Det saknas dock tidigare forskning som specifikt belyser tvärprofessionell samverkan inom anhörigomsorg. Mot denna bakgrund har vi ändå valt att inkludera tidigare forskning om tvärprofessionell samverkan, som kan användas som ett verktyg i analysen för att kunna dra tolkningar av hur anhörigstöd vid demenssjukdom kan förstås och översättas till ett tvärprofessionellt samverkansperspektiv.

3.1 Anhörigvårdares livskvalitet

Cheng, Yang och Ma (2025, s. 2) förklarar att antalet personer som vårdar en anhörig med demens förväntas öka i takt med en åldrande befolkning. Antalet anhörigvårdare som lider av fysiska och eller psykiska hälsoproblem till följd av oavbrutet repetitivt arbete är många. Det kan handla om svår emotionell utmattning som påverkar anhörigvårdares sömn, blodtryck samt en ökad känsla av stress och oro. Dahlrup et al. (2015, s. 268) visar också att det finns ett tydligt samband mellan hög vårdbelastning och sämre mående. I studien visade det sig att anhörigvårdare som ansåg sig lida av hög vårdbelastning hade sämre hälsa samt livskvalitet. Den försämrade livskvaliteten tog sig ofta i uttryck av ensamhet och minskade sociala interaktioner. I likhet med Dahlrup et al. belyser även Cheng et al. (2025, s. 3- 4)

att anhörigvårdare förlorar sociala kontakter till följd av att deras närstående med demenssjukdom kräver mycket energi och ständig uppmärksamhet. De lyfter också att anhörigvårdarnas ekonomiska förutsättningar påverkas negativt. Flera anhörigvårdare uppger att de har behövt minska sin arbetstid för att tillgodose den närståendes omfattande omsorgsbehov.

I likhet med ovanstående resultat påvisar också Falk Johansson (2024, s. 18 - 19) att många anhörigvårdare tappar bort sig själva i omvårdandet och upplever mer psykisk påfrestning än fysisk. Som anhörigvårdare påverkas självständigheten, såväl som relationer och självbild. Att självbilden förändras och den egna identiteten hamnar i skuggan av den närståendes behov som anhörigvårdare är vanligt och också något som även Andréasson (2021, s. 26) belyser i sin avhandling. Relationen mellan den anhöriga som vårdar och den närstående som vårdas tenderar att förändras och gå från en partnerrelation till en patientrelation. Relationen blir allt mer professionell och leder ofta till en förlust av närhet och intimitet (Andréasson, 2021 s. 23 - 24; Falk Johansson, 2024 s. 49).

Sammanfattningsvis visar den tidigare forskningen att antalet anhörigvårdare ökar och många drabbas av psykiska och fysiska besvär på grund av ett högt omsorgsansvar. Den visar ett samband mellan ett omsorgsansvar, sämre livskvalitet och minskad social interaktion. Anhörigvårdare riskerar även att tappa sin självständighet när omsorgen tar över. Denna kunskap är viktig för vår studie då den visar på hur anhörigas mående och livskvalitet påverkas av att vårda en närstående med demenssjukdom. Studien av Cheng, Yang och Ma (2025) som används i kapitlets första stycke är en kinesisk studie. Vi vill därför notera att Kina inte har samma demografiska mönster eller välfärdspolitik som Sverige. Trots detta bedöms källan vara relevant för att belysa anhörigvårdares livskvalitet.

3.2 Anhörigas behov av stöd och insatser

Falk Johansson (2024, s.21, 63) visar i sin avhandling att makar som vårdar en partner med demens har ett behov av individanpassat stöd utifrån deras unika situation. Vårdares behov kan omfatta den personliga hälsan, information eller

utbildning om partnerns demens samt information om tillgängligt stöd. Det finns även sociala behov och behov av avlastning. Existentiella behov kan handla om framtiden, förändringar och oro. Emotionella behov är ofta kopplat till upplevelser av sorg samt känslor av ensamhet, skam, skuld, ilska och frustration.

Det finns olika former av stöd som kan erbjudas till anhörigvårdare till en person med en demenssjukdom. Curto Romeu et al. (2024, s.5-6) förklarar i sin studie att det behövs olika stödinsatser för att minska omsorgsbördan. Information och utbildning utgör bland annat viktiga stöd för att anhörigvårdare ska kunna hantera sin nya livssituation. Psykosocialt stöd är betydelsefullt för den emotionella och psykiska hälsan. Det bidrar också till anhörigvårdares välmående och hjälper de att hantera sin situation samt undvika att vårdandet blir till en börda. Avlösningsinsatser kan ge vårdgivaren en tillfällig paus från sina vårdande aktiviteter och skapar utrymme för återhämtning. Enligt Joy Torgé et al. (2024, s.145) är avlösningsinsatser riktade till personer som har en demenssjukdom men till förmån för den anhöriga. Det kan exempelvis vara växelvård eller korttidsboende som personen med demens bor på under en period i månaden, vilket kan avlasta den anhöriga. Curto Romeu et al. (2024, s.8) lyfter gruppinterventioner som en annan form av stöd, som innefattar socialt stöd, möjligheten att dela erfarenheter med andra samt att ta del av kunskap om olika former av stöd. Även Tokosova et al. (2021, s.9) lyfter stödgrupper som en insats som kan minska bördan hos vårdargivare. Detta genom att stödgrupper blir en trygg plats att dela sina känslor och erfarenheter med andra. Atoyebi et al. (2021, s.382) menar dock att behovet av stöd kan förändras över tid, därav är det viktigt att vårdgivaren till en person med demenssjukdom får tillräckligt professionellt stöd under hela sjukdomsförloppet.

Något som återkommer i tidigare forskning är behovet av ett flerdimensionellt stöd. Både Tokosova et al. (2021, s.10) och Abrahams et al. (2018, s.222) menar att ett flerdimensionellt stöd såsom rådgivning, telefon- och onlinestöd, utbildning och stödgrupper kan minska anhörigvårdares börda och depression. Lopez Hartmann et al. (2012, s. 1, 13) förklarar i sin studie att det behövs olika stödinsatser för att täcka

vårdgivares fysiska, psykologiska och sociala behov. Det kräver samarbete och samverkan mellan olika yrkesgrupper.

Sammanfattningsvis visar tidigare studier i korthet att anhöriga som vårdar en närstående med demens har varierande behov av individuellt anpassat stöd och att stödet kan utformas på olika sätt. Insatser i form av utbildning, psykosocialt stöd, avlastning och stödgrupper kan dock ses främja anhörigvårdares livskvalitet samt minska börda och depression. Studier om anhörigas behov är nödvändigt att lyfta för att visa att behoven kan vara individuella och varierande, men också hur det kan mötas via olika insatser. Tidigare forskning visar att anhörigstöd omfattar insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård, vilket tydliggör att flera professioner och aktörer är involverade i stödet till personer som vårdar en närstående med demenssjukdom.

3.3 Samverkan

Många anhörigvårdare tar ett stort individuellt ansvar för omvårdnaden av en närstående, något som utan stöd kan ses öka stress, oro kopplat till den höga vårdbelastningen. Forskning belyser vikten av samverkan mellan olika professioner för att underlätta för anhörigvårdare. En effektiv samverkan mellan flera professioner kan hjälpa anhörigvårdare att minska den höga vårdbelastningen (Tellioğlu et al. 2014, s.324). Khemai et al. (2022, s.686) lyfter att många anhörigvårdare till en närstående med demens upplever att det finns brister i samverkan mellan olika professioner trots kunskapen om samverkans betydelse. Bristande kommunikation och otydliga roller kan skapa ytterligare stress för anhöriga. Tellioğlu et al. (2014, s.324) konstaterar att samverkan mellan olika professioner skapas genom en tydlig kommunikation, ansvarsfördelning och koordinering, något som kan vara avgörande för anhörigvårdares livskvalitet. Ambrose Miller och Ashcroft (2016, s. 106-107) lyfter också kommunikation och maktdynamik som två aspekter i samverkan. Där dålig kommunikation och otydliga maktrelationer kan hindra effektiv samverkan. När olika professioner

kommunicerar genom sina handlingar lär man sig om varandras olika roller, vilket främjar samverkan och förståelsen för andras roller.

Cheng et al. (2025, s. 6) lyfter att stödet till anhöriga som vårdar en närstående bör ses över genom att stärka samverkan mellan olika professioner inom äldreomsorgen och vården. Dessutom framhåller dem att det krävs ytterligare utbildning för professioner som möter anhöriga till en närstående med demens, för att förstå deras behov bättre och förbättra deras livskvalitet. Samverkan kan också ske tvärprofessionellt, vilket Rawlinson et al. (2021, s. 2, 10) fokuserar på inom primärvården, och presenterar resultat som skulle kunna ses överförbart i arbetet med stödet till anhörigvårdare. Författarna betonar att tydliga roller, fungerande kommunikation och ömsesidig respekt mellan professioner är centrala för att uppnå effektiv samverkan.

En tvärprofessionell samverkan mellan socialarbetare och vårdprofessioner är avgörande för att kunna tillgodose anhörigas behov och ge anhöriga ett heltäckande stöd (Ambrose-Miller och Ashcroft 2016, s. 101). Tvärprofessionell samverkan definieras som en interaktiv process där teammedlemmar anstränger sig för att på ett effektivt sätt uppnå gemensamma mål. Det är nödvändigt att förhandla om roller, ansvar och arbetsuppgifter för att kunna uppnå dessa mål. Socialt arbete utmanas av komplexa situationer där det finns standarder för kvalitet på tjänster, begränsade resurser samt komplexa vårdsystem, vilket ställer krav på en tvärprofessionell samverkan. Socialarbetare måste därför anpassa sig till organisatoriska förändringar och hantera komplexa situationer som kan uppstå i praktiken. Även inom vården finns det utmanande situationer, där samverkan, koordinering och nätverksbyggande ses som nödvändigt. Genom att arbeta tvärprofessionellt kan teammedlemmar få nytta av olika professioners kunskaper, värderingar och erfarenheter (Lanteigne och Iancu et al. 2025, s.455).

Lanteigne och Iancu (2025, s.455) lyfter fördelar med tvärprofessionell samverkan både för klienter och professionella. För klienter innebär det bättre tillgång till professioner med olika kompetenser, fler tjänster och mer effektiva insatser. För

professionella ger det kunskap, stöd och bättre resultat av insatser. Lanteigne och Iancu (2025, s.456-457) beskriver även utmaningar i tvärprofessionell samverkan på flera nivåer. På individnivå kan personliga uppfattningar om andra professioner, brist på flexibilitet, envishet och attityder till samverkan, påverkar dynamiken. Att undervärdera eller övervärdera andra professioner, kan skapa skillnader i makt och status. På teamnivå kan bristande förståelse för yrkesroller och ansvar leda till otillräckliga förväntningar på teammedlemmar. Konflikter kan uppstå kring professionell identitet, olika tillvägagångssätt, mål, hierarki, maktobalans och motstridiga perspektiv vid bedömning av situationer. På organisatorisk nivå kan ledarskap, personalhantering, arbetsrelationer, hierarkier, maktstrukturer, resursfördelning och statusskillnader mellan yrkesverksamma påverkar den tvärprofessionella samverkan.

Avslutningsvis visar forskning att brister i samverkan kan leda till ökad stress och vårdbelastning för anhöriga. En tvärprofessionell samverkan kan bidra till ett mer samordnat stöd. Kommunikation, tydliga roller, ansvarsfördelning och respekt är centrala aspekter för att samverkan ska fungera. Genom att olika professioner inom socialt arbete och vård-och omsorg samverkar kan man bättre tillgodose anhörigas behov. Detta kan stärka anhörigvårdares livskvalitet.

4 Teori

Det teoretiska ramverket till studien bygger på *samverkansteori* och *kommunikationsteori*. Tillsammans ger teorierna ett ramverk för att utifrån ett aktörsperspektiv knutet till olika professioner involverade i anhörigstöd, analysera både de organisatoriska förutsättningarna och de kommunikativa processerna i samverkan mellan professionerna.

4.1 Samverkansteori

Begreppet samverkan är brett och det finns flera teorier om vad samverkan innebär och hur den formas. Enligt Danermark (2000, s.8) innebär samverkan att flera personer arbetar tillsammans mot ett gemensamt mål. Myndigheter och andra offentliga aktörer är enligt statsmakterna skyldiga att samverka. Danermark (2000, s. 8,12-15) lyfter tre centrala faktorer som påverkar förutsättningarna för samverkan. *Kunskaps- och förklaringsmässiga faktorer* som grundar sig i att yrkesverksamma kan ha olika utbildningar, olika synsätt på ett visst problem och olika tankar om hur problemet bäst kan lösas. *Formella och informella regler* som kan styra samverkan genom bland annat lagstiftning, regelsystem och anvisningar. Även den *organisatoriska situationen* påverkar samverkan via att yrkesverksamma kan ha olika organisatoriska positioner. Dessa faktorer är relevanta vid analys av studiens resultat eftersom professionerna har olika utbildningar och kunskaper, vilket i sin tur kan påverka hur de tolkar sitt uppdrag och ansvar i arbetet med anhörigstöd. Formella och informella regler kan forma och styra professionernas olika handlingsutrymme, vilket kan påverka samverkansprocessen. Den organisatoriska situationen och professionernas olika positioner kan påverka hur uppdrag och ansvar tolkas i arbetet med anhörigstöd. Eftersom professionerna kan tillhöra olika verksamheter, förvaltningar eller huvudmän kan de ha skilda mål, styrdokument och prioriteringar, vilket kan leda till otydlighet kring vem som ansvarar för vad i stödet till anhöriga.

Maktskillnader i kunskap kan skapa problem i samverkan genom att vissa typer av kunskap har mer status och tyngd än andra. Olika grad av politisk styrning kan

också påverka möjligheterna till samverkan. Exempelvis är hälso- och sjukvården i liten utsträckning politiskt styrd medan socialtjänsten är starkt politiskt styrd (Danermark 2000, s.26, 36). Skillnader i makt och politisk styrning kan påverka professioners samverkan vid anhörigstöd. Olika begränsningar i beslut och bedömningar kan leda till varierande resurser och insatser, vilket påverkar stödet till anhöriga. Det kan också påverka hur biståndshandläggare, anhörigkonsulenter och demenssjuksköterskor tolkar sitt uppdrag och ansvar.

4.2 Kommunikationsteori

Idén bakom Habermas kommunikationsteori grundar sig på förståelse mellan människor, vilket går att uppnå genom kommunikation. För att kunna uppnå en gemensam förståelse krävs en kommunikation som är fri från makt, status och otrygghet (Habermas 1996). Alvesson och Sköldberg (2007, s.294) tolkar Habermas teori som att kommunikation skapar möjlighet till att dela information, men det ses också som en process där mening, samförstånd och social ordning skapas gemensamt. Enligt Habermas styrs det moderna samhället i hög grad av pengar och makt med ett stort fokus på effektivitet och måluppfyllelse. Detta styrsätt begränsar möjligheten till kommunikation och öppna samtal. Hans kommunikationsteori ställer sig därför kritisk till hur det moderna samhället styrs och han lyfter istället fram en annan idé om rationalitet, där språkanvändning och ömsesidig kommunikation är huvudsakliga resurser för att minska irrationellt handlande.

Med irrationellt handlande menar Habermas handlingar som inte grundas i ömsesidig förståelse, utan i störd eller begränsad kommunikation. För att förklara detta talar han om två rationaliseringsprocesser i samhället, *systemet* och *livsvärlden*. Systemet är de delar av samhället som styrs av förutbestämda regler, rutiner och mål, där effektivitet och måluppfyllelse står i fokus. Livsvärlden däremot är den del av samhället där människor kommunicerar och skapar gemensam förståelse, bygger relationer och skapar mening tillsammans (Alvesson 2002, s.94-95).

Det *kommunikativa handlandet* är enligt Habermas kopplat till livsvärlden. Han definierar det som handlingar som syftar till att upprätthålla mänskliga relationer och som präglas av öppenhet, ömsesidighet och strävan efter samförstånd. I det kommunikativa handlandet är både handling och kommunikation centrala samt att mening har en avgörande betydelse (Habermas 1996). För att kommunikationen ska vara meningsfull måste vissa giltighetsanspråk vara uppfyllda, vilka är: begriplig, trovärdig, legitim och uppriktig. Utan dessa förutsättningar är kommunikation meningslöst (Alvesson & Sköldberg 2007, s.296-297). Habermas beskriver störningsfri kommunikation som ett ideal, där människor kan diskutera öppet, argumentera och föra dialog. Dessa förutsättningar finns i språket och språkanvändningen, vilket gör att vi kan bli förstådda och trodda på samt acceptera varandras uttalanden (Alvesson 2002, s.95). Livsvärlden utgör grunden för det kommunikativa handlandet och det utvecklas genom språk, värderingar och normer. I livsvärlden skapas sociala relationer såsom familj, arbete och vänner (Habermas 1996).

Den andra delen av samhället som styrs genom *systemet* är de delar av samhället som frikopplats från människors upplevda erfarenheter, normer och värden. När systemets logik, som är präglad av effektivitet, kontroll och styrning, får ett allt större inflytande över samhället, finns en risk att livsvärlden trängs undan (Alvesson 2002, s.94-95). I studien kan professionerna förstås som verksamma inom ett system som präglas av budgetar och regelverk när det gäller arbetet med anhörigstöd. Samtidigt förutsätter samverkan kommunikativt handlande och därmed livsvärldens logik. På så sätt kan teorin hjälpa till att se när systemets logik påverkar den kommunikativa logiken i samverkan mellan biståndshandläggare, anhörigkonsulenter och demenssjuksköterskor. Utifrån detta synsätt ser vi i studien inte bara professionella som enskilda individer som utbyter information, vi ser också hur de via kommunikation formar hur deras uppdrag, roller och ansvar ska tolkas.

Motsatsen till den störningsfria kommunikationen är den *systematiskt förvrängda kommunikationen.* Här är maktförhållanden och ideologisk dominans aspekter som

försvårar kommunikationen. En sådan kommunikation präglas av manipulation, tveksamheter och oärlighet, vilket gör det svårt att uppnå en ömsesidig förståelse (Alvesson & Sköldberg 2002, s.299). Habermas teori kan belysa hur olika språkbruk, förförståelse eller prioriteringar hos professionerna kan få konsekvenser för samordningen av stödet till anhöriga

Habermas teori har kritiserats för att vara för intellektualistisk, eftersom den utgår från att människor kan nå ömsesidig förståelse genom rationella argument. Kritiker menar att detta förutsätter öppna och jämlika dialoger, vilket sällan existerar i verkligheten. Kritiker menar också att teorin överskattar kommunikationens förmåga att lösa problem, då kommunikation ofta präglas av känslor, intressen och konflikter. Detta gör det svårt att uppnå ömsesidig förståelse. Annan kritik är att teorin ställer för höga krav på människors kritiska flexibilitet, trots att det finns djupa normer och värderingar. Sammanfattningsvis menar kritiker att oenighet ibland är naturligt och att ömsesidig förståelse inte alltid är realistiskt (Alvesson & Sköldberg 2002, s.300-301).

Sammanfattningsvis kan begreppen kommunikativt handlande, livsvärlden och systemet fungera som analytiska verktyg för att förstå vilka kommunikativa processer som formar samverkan och professionernas uppdrag kring anhörigstöd. Studien baseras på intervjupersonernas egna berättelser och sett till dessa används teorin för att tolka hur professionerna upplever och beskriver kommunikationen i samverkan, snarare än för att observera samspelet i praktiken.

4.2.1 Teoriernas relevans för studien

Vi vill uppmärksamma att Danermarks teori om samverkan är från år 2000 och Habermas kommunikationsteori från år 1996. Detta innebär att teorierna inte omfattar de förändringar som har skett inom offentlig sektor som exempelvis ökad digitalisering, ny lagstiftning och förändrade organisatoriska villkor (OECD 2023, s.13). Däremot behandlar teorierna grundläggande strukturer för samverkan såsom makt, kommunikation och roller, vilket gör att de fortsatt är relevanta i dagens välfärdsarbete. I studien används samverkansteori och kommunikationsteori i

relation till varandra för att skapa en fördjupad förståelse av samverkan inom anhörigstöd. Samverkansteorin lyfter ett strukturellt och organisatoriskt perspektiv, medan kommunikationsteorin kompletterar detta genom att fokusera på kommunikativa processer.

5 Metod

I detta avsnitt redovisas metodologiska val, tillvägagångssätt, urval samt analysmetod som ligger till grund för det inhämtade materialet i studien. Här presenteras även etiska överväganden, arbetsfördelning och avslutningsvis en kort diskussion om val av metod.

5.1 Vetenskapsteoretisk ansats

Den *hermeneutiska traditionen* grundar sig i tolkning och förståelse. Inom hermeneutiken är förståelse av människors upplevelser, föreställningar och känslor centralt. Traditionen kan användas för att söka sanning som förståelse av meningssammanhang (Sohlberg & Sohlberg 2019, s.72, 309). Hermeneutik som vetenskapsteoretisk ansats kan användas i studien för att tolka professionernas erfarenheter och den mening de tillskriver sitt arbete. Det är en lämplig metodologisk utgångspunkt eftersom den söker förståelse snarare än förklaring. Sohlberg och Sohlberg (2019, s.72) beskriver att tolkningens uppgift är att medla mellan olika förförståelse. I studien innebär det att när vi som författare vill förstå deltagarnas berättelser kommer vår förförståelse möta deltagarnas förförståelse. På så sätt skapas en dialog mellan olika tolkningar där en fördjupad förståelse växer fram i mötet mellan dem.

Idén till studien väcktes när vi båda en sommar vikarierade som biståndshandläggare inom äldreomsorgen. Vi upplevde då att många anhöriga saknade kännedom om vilket stöd som fanns att få samt uppfattade att det var svårt att behöva ta många kontakter för att få rätt stöd. Detta väckte vårt intresse att utforska om och hur olika professioner samverkar vid anhörigstöd vid demenssjukdom. Eftersom vi har tidigare erfarenhet av att arbeta som biståndshandläggare är vi medvetna om vår förförståelse och att den kan påverka analysen av resultatet. Bryman (2018, s.65) framhåller att kvalitativ forskning inte kan vara värderingsfri, vilket gör det viktigt att säkerställa att inverkan och förförståelse i forskningsprocessen är kontrollerad. Detta har vi förhållit oss till genom reflexivt förhållningssätt och en medvetenhet om vår förförståelse. Genom

kontinuerliga diskussioner av våra analyser och ett öppet förhållningssätt för olika tolkningar har vi försökt minska risken för att vår förförståelse ska styra analysarbetet.

5.2 Kvalitativ metod

Utgångspunkten i studien är en kvalitativ metod i form av intervjuer. Syftet med kvalitativa metoder är att tolka och förstå människors handlingar och upplevelser som kommer att ge en ökad förståelse för ett fenomen. Genom att använda sig av en kvalitativ metod skapas en djupare insikt i hur människor upplever och tolkar sin verklighet. Den kvalitativa forskningsmetoden är motsatsen till den kvantitativa forskningsmetoden som handlar om undersökningsmetoder som producerar ett material som bygger på siffror eller tal och som gör det möjligt för kvantifierbara analyser (Justesen och Mik- Meyer 2011, s. 12). En kvantitativ metod kan *förklara* ett fenomen, men i vår studie är det inte lika fördelaktigt som en kvalitativ metod som istället ger en djupare *förståelse* för ett fenomen. Den kvalitativa forskningsmetoden ses idag som ett nödvändigt inslag i samhällsforskning för att förstå och få kunskap om samhällets olika processer (Ahrne och Svensson 2015, s.14).

5.3 Datainsamlingsmetod

I studien samlades empirin in genom kvalitativa intervjuer. Intervjuer i någon form är vanligt inom kvalitativa metoder och används för att undersöka en viss problemställning. I intervjuer kan det ingå flera deltagare samt flera personer som intervjuar som byter kunskap och erfarenheter med varandra (Justesen och Mik-Meyer, 2011 s. 46). Den aktuella studien baseras på semistrukturerade intervjuer genomförda med stöd av en intervjuguide där två teman och huvudfrågor redan på förhand formulerats. De två teman som intervjuguiden baserades på var: *Uppdrag och ansvar beträffande anhörigstöd* samt *kommunikation och samverkan* (Se Bilaga 1). Innan intervjuerna genomfördes hölls det två pilotstudier med två utomstående personer. Bryman (2018, s. 332) beskriver pilotstudier som ett bra verktyg för att testa så intervjufrågorna fungerar som det är tänkt samt om det finns några eventuella brister i intervjuguiden. Pilotstudierna hjälpte oss att ge en

uppskattning av intervjuernas tidsomfattning samt att identifiera frågor som kunde tas bort eller omformuleras då det bedömdes irrelevanta för studien. Vidare hjälpte pilotstudierna oss att justera intervjufrågornas ordningsföljd i intervjuguiden.

Däremot fanns det utrymme för intervjupersonerna att tillägga relevant information utöver intervjufrågorna. Vi ställde samma intervjufrågor till alla intervjupersoner, vilket innebär att alla reflekterade över samma teman och det underlättar analysen (Justesen och Mik-Meyer 2011, s.47-48). De semistrukturerade intervjuerna underlättade för oss som intervjuade att hålla fokus på vårt ämne. Strukturen i vår intervjuguide gjorde att det var lätt för oss att veta vilka frågor som redan ställts, vilka som återstod och gav oss möjlighet att ställa följdfrågor vid behov.

Samtliga intervjuer spelades in på två mobiltelefoner via den förinstallerade appen röstmemon från Apple och alla molntjänster stängdes av. Vi transkriberade samtliga intervjuer fortast möjligt, samma dag eller dagen efter. Transkriberingen skrevs ned i ett Word dokument via Microsofts transkriberingsfunktion. Intervjuerna transkriberades ordagrant men personliga uppgifter togs bort. Genom att ta bort personliga uppgifter så skyddas deltagarnas anonymitet i studien.

Fem intervjuer genomfördes på fysisk plats och tre via telefon. Genom att erbjuda möjligheten att genomföra intervjun via telefon, gjorde det möjligt att fler kunde delta i studien. Alla intervjuer tog mellan 30–60 minuter. Intervjuer över telefon innebär dock vissa begränsningar. Bryman (2018 s.263) lyfter bland annat att avsaknaden av kroppsspråk och ansiktsuttryck kan påverka tolkningen av intervjupersonens svar. En vidare problematisering av intervjuer genomförda via telefon diskuteras i avsnitt 5.8 Metoddiskussion.

5.4 Urval och urvalsmetod

I studien har ett målstyrt urval tillämpats. Syftet med ett målstyrt urval är att välja ut intervjupersoner på ett strategiskt sätt så att intervjupersonerna är relevanta för studien och de forskningsfrågor som har formulerats. Detta möjliggör att

intervjupersonerna kan besvara frågeställningarna på ett noggrant och utförligt sätt. Mer specifikt så har ett *kriteriestyrt urval* tillämpats, vilket innebär att intervjupersonerna valdes utifrån ett förbestämt kriterium. I denna studie så var urvalskriteriet profession (Bryman 2018, s. 496). Inga andra inklusionskriterier togs hänsyn till för att öka möjligheten för deltagande i studien. Nämnda professioner har valts ut eftersom de möter anhöriga till personer med demens i sitt arbete. Det slutliga urvalet bestod av 8 intervjupersoner: tre biståndshandläggare, tre anhörigkonsulenter och två demenssjuksköterskor från fyra olika kommuner i södra och västra Sverige.

I tabellen nedan ges en kort presentation av intervjupersonerna:

Profession	**Arbetslivserfarenhet**
Anhörigkonsulent A	5 år
Demenssjuksköterska B	13 år
Demenssjuksköterska C	43 år
Biståndshandläggare D	11 år
Biståndshandläggare E	9 år
Anhörigkonsulent F	18 år
Biståndshandläggare G	18 år
Anhörigkonsulent H	10 år

5.5 Tillvägagångssätt

För att hitta lämpliga intervjupersoner till studien började vi med att ringa växeln i fyra kommuner i södra och västra Sverige för att komma i kontakt med respektive chef för biståndshandläggare, anhörigkonsulent och demenssjuksköterska, vilket var yrkesrollerna som utgjorde studiens urvalskriterier. Därefter skickade vi ett mail till respektive chef där vi presenterade oss och studien. Cheferna vidarebefordrade sedan vårt informationsbrev (Se bilaga 2) till de olika professionerna som fick

återkomma via mail till oss om de ville delta i studien. Intresserade deltagare kontaktades därefter och uppgav samtycke för deltagande i studien (Se bilaga 3).

5.6 Analysmetod

Studiens insamlade empiri analyserades genom en tematisk analys, vilket är den vanligaste metoden för att analysera kvalitativ data (Bryman 2018, s. 702). Den tematiska analysen genomfördes enligt följande steg: Vi började med att läsa och gå igenom materialet noggrant flera gånger vilket gav oss en helhetsförståelse. Därefter kodades materialet genom att markera viktiga och meningsbärande delar. Några av kodorden vi tog ut var: "*gränsdragning i ansvar", "serviceskyldighet", "gemensamma hembesök", "korta kontaktvägar*" och "*kommunikation*". Kodningen bygger på studiens syfte och frågeställningar. I nästa steg grupperade vi koderna till olika underteman. Utifrån koderna så blev några av våra underteman: Ansvarsfördelning mellan professioner, olika former av samverkan och kommunikation och utbyte av information. Utifrån de olika underteman utvecklades två teman som namngavs till: *Professioners uppfattning om uppdrag och ansvar* samt *samverkan och kommunikationsprocesser.* Slutligen tolkades och sammanställdes resultatet och kopplades till relevant forskning (Bryman 2018, s. 707).

5.7 Etiska överväganden

Under hela studiens gång uppmärksammades etiska aspekter och vi tog hjälp av etikkommittén sydosts material för vägledning. Studien beaktar Vetenskapsrådets (2024) ALLEA- kodex som utgår från fyra grundprinciper: tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvar. Dessa principer har varit centrala i planering, datainsamling, analys och bidragit till att stärka studiens tillförlitlighet, trovärdighet och användbarhet.

Tillförlitlighet innebär att studien är transparent och att studiens forskning håller hög kvalitet. Detta säkerställdes genom att noggrant gå igenom det insamlade materialet och läsa materialet flera gånger, följt efter en noggrann transkribering

och analys. Genom att redovisa studiens process tydligt och metodiskt stärks studiens tillförlitlighet och trovärdighet. Med *ärlighet* avses att studiens forskning är rättvis och öppen samt att studien har behandlats objektivt. Detta uppfylldes genom att alla deltagare fick lika mycket utrymme i intervjuerna samt att ställa öppna och neutrala frågor för att undvika ledande frågor och formuleringar. Vidare har analysen i studien utgått från det insamlade materialet och inte på redan förutbestämda antaganden, detta stärker studiens trovärdighet. *Respekt* har beaktats genom att ta hänsyn till studiens deltagare och deras integritet samt samhället i sin helhet. Samtliga intervjupersoner fick information om studiens syfte och dess genomförande i ett informationsbrev. Deltagandet i studien var frivilligt och vi hämtade ett samtycke från samtliga intervjupersoner. Det framkom även att intervjupersonerna när som helst fick avbryta sitt deltagande utan att ange skäl. Allt insamlat material avidentifierades och hanterades konfidentiellt. Slutligen har principen om *ansvar* tillämpats, som innebär att studien genomgående tar ansvar över etiska aspekter och konsekvenser då den ska bidra med ny kunskap (ALLEA 2024 s.11). Studien har därför genomförts genom ett noggrant urval, val av metod och tidigare forskning. Vi tog vårt ansvar att reflektera över vår förförståelse för att minimera vår egen påverkan på resultatet och stärka studiens tillförlitlighet.

Studien beaktar också Vetenskapsrådets (2024) tre huvudintressen: Skyddsintresset, forskningsintresset och öppenhetintresset. Det insamlade materialet hanterades konfidentiellt och ingen obehörig hade tillgång till materialet, vilket kopplas till *skyddsintresset*. För att beakta *forskningsintresset* har vi försökt hålla hög kvalitet i vår studie till förmån för ny kunskap. Det har vi gjort genom att använda oss av noggrant utvalda källor och metoder för att besvara studiens syfte. *Öppenhetsintresset* har vi beaktat genom att varje del i vår studie är transparant i vårt tillvägagångssätt och med vår förförståelse (ALLEA 2024, s. 12, 13). Vår förförståelse kan ses både som en resurs och ett potentiellt etiskt dilemma. Vi har under hela arbetet med studien reflekterat över vår förförståelse och strävat efter att förhålla oss opartiska genom att vi genomgående höll ett medvetet professionellt förhållningssätt till vår förförståelse. Intervjufrågorna formulerades öppna så att ledande frågor undveks.

Sammanfattningsvis har studien genomgående beaktat Vetenskapsrådets etiska riktlinjer. Under studien har vi haft stor respekt för intervjupersonernas integritet, säkerhet och frivillighet i enlighet med god forskningssed. Genom informationsbrev, skriftligt samtycke, säker hantering av materialet och en självreflekterande inställning har de etiska riktlinjerna implementerats i studiens alla delar.

5.8 Metoddiskussion

I studien valdes en kvalitativ metod eftersom den bedömdes passa bäst för att besvara studiens syfte. Däremot innebär den kvalitativa metoden en viss begränsning, då urvalet ofta är relativt litet så är resultaten inte statistiskt generaliserbara till en större population (Bryman, 2018, s.377–378). Vi reflekterade under hela studiens gång över vår förförståelse för att minska risken av vår påverkan på intervjuerna och analysen. Vilket stärker studiens trovärdighet genom att visa att tolkningarna har grundats i det insamlade materialet och inte av vår förförståelse och förutfattade meningar. För att stärka studiens tillförlitlighet har vi varit noggranna med att tydligt redogöra för studiens tillvägagångsätt, urval, datainsamling och analys. Detta gör det enkelt att som läsare följa hur studiens slutsatser har vuxit fram.

Vi valde att använda oss av semistrukturerade intervjuer, som innebär vidare metodologiska utmaningar. Kvale och Brinkmann (2014, s.52-53) lyfter att intervjusituationer kan präglas av en maktsymmetri mellan intervjupersonen och intervjuaren. En sådan maktsymmetri kan påverka intervjupersoner att anpassa sina svar efter vad de tror att intervjuaren vill höra. Det medför en risk att intervjupersonerna kan uttrycka sig på ett sätt som är socialt accepterat och förväntat för att skydda sin organisation. För att stärka studiens trovärdighet har vi varit medvetna om denna risk och försökt minimera risken genom att främja öppenhet och anonymitet i studien. En annan möjlig begränsning är att studien bygger på intervjupersonernas egna beskrivningar. Ytterligare en aspekt rör studiens datainsamling. Vissa av intervjuerna genomfördes via telefon, vilket kan

ha begränsat vår möjlighet att tolka ansiktsuttryck och kroppsspråk i samtalen. Samtidigt stärkte det möjligheten och tillgängligheten för intervjupersoner att delta i vår studie. Bryman (2018, s.263) visar även att kvalitén på informationen man får via en telefonintervju kan vara lägre än en personlig intervju. Däremot så minimerar intervjuer över telefon att intervjupersonen påverkas av intervjuarens personliga egenskaper som ålder, klass eller etnisk bakgrund.

Även urvalet innebar vissa utmaningar. I studien planerade vi att intervjua professioner från endast två kommuner men på grund av låg svarsfrekvens behövde vi utöka urvalet till fyra kommuner. Detta gav vår studie en bredare geografisk spridning. Vi valde professioner som har direkt kontakt med anhöriga till personer med demens vilket stärker studiens relevans. Analysen av det insamlade materialet kodades och två olika teman identifierades. För att ytterligare stärka studiens trovärdighet har vi använt oss av direkta citat i resultatdelen (Bryman 2018, s. 809)

Studien gör inga anspråk på statistisk generalisering men resultaten kan vara analytiskt överförbara till verksamheter med liknande förutsättningar. Genom en tydlig redogörelse av urval, datainsamling och analys får läsaren bedöma hur resultaten kan tillämpas i andra sammanhang. Detta stärker studiens användbarhet.

5.9 Arbetsfördelning

Under studiens gång har arbetsfördelningen varit jämn. Vi har strävat efter att skriva mycket av studiens delar tillsammans och i delarna vi har delat upp har båda tagit ansvar i skrivandet. Arbetet med studien delades delvis upp mellan oss på grund av tidsmässiga skäl. I avsnittet om tidigare forskning ansvarade Anna för temat *anhörigas behov av stöd och insatser,* medan Annie ansvarade för temat *anhörigvårdares livskvalitet* samt *samverkan.* Anna hade huvudansvaret för teorikapitlet och Annie för metodavsnittet. I övriga delar har vi tagit ett gemensamt ansvar och under hela arbetsprocessen har vi haft en kontinuerlig dialog och ett gemensamt ansvar. Vi båda deltog vid alla intervjuer. Intervjuerna genomfördes utifrån en intervjuguide som vi tillsammans gjorde. Intervjuguiden består av två teman och där frågeställningarna under respektive teman delades upp mellan oss. En av oss ansvarade för frågorna inom det första temat och den andra för det andra

temat. Vi varierade dock upplägget mellan intervjuerna för att båda skulle ställa frågor inom båda teman. Efter att intervjuerna genomförts delades transkriberingen upp mellan oss. Båda transkriberade fyra intervjuer var och båda läste igenom samtliga intervjuer för att säkerställa att vi uppnådde en gemensam förståelse och samsyn kring de koder som valdes ut. Under arbetets gång har vi delvis arbetat på olika platser men större delen av tiden har vi suttit tillsammans för att lättare kunna diskutera tillsammans om studiens innehåll. Ett särskilt gemensamt ansvar lades vid avsnittet om resultat och diskussion för att säkerställa en gemensam tolkning av resultatet och en samsyn kring vad som bedöms vara det viktigaste i studiens resultat. Sammanfattningsvis står vi båda bakom samtliga delar av studien och tar ett gemensamt ansvar för studiens innehåll.

6 Resultat och analys

I följande avsnitt presenteras och analyseras den insamlade empirin. Avsnittet presenteras i form av två teman: *Professioners uppfattning om uppdrag och ansvar* samt *samverkan och kommunikationsprocesser.*

6.1 Professioners uppfattning om uppdrag och ansvar

Ett tema som är centralt och viktigt för studien utgörs av professionernas *uppdrag och ansvar* inom vilket professionernas beskrivningar av hur de ser på sina uppdrag och ansvar vid anhörigstöd till närstående vid demens behandlas. Trots att intervjupersonerna representerar olika yrkesroller framkom det att de har en gemensam syn på att deras uppdrag är att skapa trygghet för anhöriga och vägleda dem genom en krissituation.

> Jag ser mitt uppdrag som oerhört viktigt. Det är viktigt att anhöriga känner förtroende i den kris de befinner sig i. Jag tänker ofta på relation före prestation, att få anhöriga att känna sig trygga och att kommunicera i samtal med anhöriga är en del av mitt uppdrag.
>
> Biståndshandläggare D

I citatet ovan beskrev en biståndshandläggare sin syn på sitt uppdrag. Biståndshandläggarnas primära målgrupp är personer i behov av vård och deras främsta uppdrag är att utreda och erbjuda hemtjänstinsatser till den sjuka. En del insatser är dock till förmån för anhöriga, såsom växelvård och avlösarservice. Anhöriga kan därmed ses som en sekundär målgrupp inom biståndshandläggarnas uppdrag. Tidigare forskning om biståndshandläggares roll och uppdrag i arbetet med stöd till anhöriga är begränsad. I intervjuerna med samtliga biståndshandläggare framkom det dock tydligt att de anser att anhöriga ingår i deras uppdrag. Biståndshandläggare G betonade att anhöriga har en betydelsefull roll i omsorgen av den sjuka och lyfte vikten av anhörigas behov av avlastning för att minska vårdbelastningen. Ett resonemang som stämmer överens med Dahlrup et al.

(2015, s.268) som visar ett samband mellan hög vårdbelastning och sämre psykiskt och fysiskt mående hos anhörigvårdare. Biståndshandläggarnas beskrivning av sitt arbete gentemot anhöriga kan därmed förstås som ett förebyggande arbete för att främja anhörigvårdares hälsa. Detta genom att erbjuda stödinsatser som bidrar till att minska omsorgsansvaret.

I citatet nedan beskrev en anhörigkonsulent sitt uppdrag:

> Viktigt såklart, ser det som en stor folkhälsofråga att vara anhörig, det kan vara svårt att se sina egna behov och att man själv måste vara frisk för att orka vara anhörig. Mitt uppdrag är att anhöriga ska få en insikt i att de måste vara rädda om sig själva.
>
> Anhörigkonsulent F

Anhörigkonsulenterna ser anhöriga som sin primära målgrupp. Anhörigkonsulent F beskrev att en central del av uppdraget är att få anhöriga att bli medvetna om sina egna behov av stöd samt att våga söka hjälp. I intervjuerna med demenssjuksköterskorna framkom det att deras uppdrag riktar sig både till personen med demens och till anhöriga. Deras arbete omfattar stöd till den sjuka och utbildning samt rådgivning till anhöriga. Resultatet visar att samtliga professioner delar en gemensam syn om att anhörigas emotionella behov är stort. Trots att intervjupersonerna tillhör olika yrkesroller beskrev samtliga att man försöker möta anhörigas emotionella behov i den utsträckning man kan. Samtliga professioner uppgav att de alltid tar kontakt med rätt profession när de känner att en annan profession kan möta anhöriga behov bättre. Detta stämmer överens med Falk Johansson (2024, s. 63) som beskriver att anhöriga till personer med demens ofta upplever känslor av sorg, ensamhet, skam och skuld. Dessa känslor kan förstås som uttryck för det emotionella behov som professionerna lyfte i intervjuerna. Tidigare forskning lyfter att många anhöriga lider av emotionell utmattning (Cheng et al. 2025, s.2). Detta bekräftas i intervjuerna, där samtliga professioner lyfter den emotionella belastningen som stor hos anhörigvårdare till personer med demens.

6.1.1 Varierat ansvar med gemensam syn på behov

I intervjuerna blev det tydligt att professionerna har olika ansvarsområden i arbetet med stöd till anhöriga till personer med en demenssjukdom och att professionernas olika roller kompletterar varandra.

Demenssjuksköterskorna beskrev att de tar ett medicinskt ansvar. Anhöriga har ofta behov av information och rådgivning, särskilt tidigt i sjukdomsförloppet. Biståndshandläggarna beskrev sitt huvudsakliga ansvar i att erbjuda insatser riktade till den sjuka men som samtidigt syftar till att avlasta och stödja anhöriga, såsom växelvård och avlösarservice. Det framkom att biståndshandläggarna ofta involveras relativt sent in i sjukdomsförloppet. Resultatet visar även att anhörigkonsulenternas arbetssätt varierar mellan kommuner. Anhörigkonsulent H beskrev sitt uppdrag som både strategiskt och operativt. Den strategiska delen består av att utbilda andra yrkesprofessioner som möter anhöriga och det operativa arbetet fokuserar på direkt stöd till anhöriga genom bland annat stödsamtal och gruppsamtal. Detta arbetssätt skiljer sig från Anhörigkonsulent A, som istället erbjuder onlinestöd i sin kommun. Resultatet visar därmed att utformningen av anhörigstöd varierar beroende på vilken kommun man är bosatt i och organisatoriska förutsättningar. Intervjuerna visar att professionernas ansvar och insatser är både tidsanpassade och kontextuella. Atoyebi et al. (2021, s.382) menar att anhörigas behov av stöd förändras i takt med utvecklingen av demenssjukdomen, vilket stämmer överens med intervjupersonernas uppfattning.

Tidigare forskning betonar att tydliga ansvarsområden är nödvändigt för att kunna erbjuda ett heltäckande stöd till anhöriga (Lanteigne & Iancu et al. 2025, s.455). Samtliga intervjupersoner upplevde att sitt eget ansvar är tydligt. När professionerna däremot talar om varandras ansvar och hur de ser på det, går det att urskilja en form av ansvarsförskjutning.

> Det är klart jag har ett ansvar, men jag tillhör ingen uppsökande verksamhet så det första ansvaret är egentligen någon annans till exempel en biståndshandläggare. Mitt ansvar är att fånga upp anhöriga på hembesök. Ibland på hembesöken behövs make/maka delas upp och då delar jag och biståndshandläggare upp ansvaret.
>
> Demenssjuksköterska B

En demenssjuksköterska beskrev sitt ansvar enligt citatet ovan. I intervjuerna framkom att professionerna upplever ansvarsfördelningen som tydlig utifrån yrkesrollerna. Samtidigt synliggörs en ansvarsförskjutning i hur de talar om varandras ansvar. En demenssjuksköterska beskrev att den första kontakten med anhöriga oftast ligger på exempelvis biståndshandläggaren, eftersom hon inte tillhör en uppsökande verksamhet. Utifrån detta resonemang framstår det som att det är biståndshandläggaren som bör ta första steget i att fånga upp anhöriga. Denna beskrivning stämmer inte överens med Biståndshandläggare D:s erfarenheter, som istället uttryckte att biståndshandläggarna ofta involveras sent i sjukdomsförloppet. Hon menar att det är bättre att få en så tidig kontakt som möjligt med både den sjuka och anhöriga för att kunna följa upp behovet av stöd. Resultatet visar att det finns en förskjutning i professionernas uppfattningar om när och hur ansvar ska tas, trots att de samtidigt upplever sina egna ansvarsområden som tydliga.

Ansvarsförskjutningen behöver inte nödvändigtvis handla om otydliga uppdrag, utan snarare om en bristande gemensam förståelse för hur ansvaret ska samordnas mellan professionerna. Utifrån Habermas kommunikationsteori (Habermas 1996) kan detta förstås som brister i det kommunikativa handlandet. Trots att professionerna upplever sina egna ansvarsområden som tydliga, visar deras sätt att tala om varandras ansvar att en ömsesidig förståelse saknas. Detta kan tolkas som att samverkan riskerar att präglas av strategiskt handlande med fokus på att avgränsa det egna ansvaret, istället för att skapa samsyn kring anhörigas behov. Demenssjuksköterskan uttryckte att hon inte tillhör en uppsökande verksamhet. Detta kan kopplas till organisatoriska gränser och biståndshandläggarens

uppfattning om att de involveras sent, vilket belyser hur systemets logik försvårar samordning och där livsvärldens logik trängs undan.

> Jag har ett jättehögt ansvar. Jag åker runt i kommunen och informerar och vill nå ut att det finns stöd för anhöriga.
>
> Anhörigkonsulent A

En anhörigkonsulent beskrev hennes ansvar enligt citatet ovan. En stor del av hennes arbete är att uppmärksamma anhörigstödet som finns i kommunen genom att sprida information och kunskap om vilket stöd som finns att få. Detta lyfts även av Anhörigkonsulent F, som menar att en stor del av arbetet ägnas åt att informera anhörig samt utbilda andra aktörer. Hon menar att fler verksamheter, exempelvis primärvården, bör ta ett större ansvar för att uppmärksamma anhöriga och deras behov i samhället. Demenssjuksköterska B uttryckte också brister kopplat till ansvar. Hon upplever att vården ofta glömmer att informera henne när en person blivit färdigutredd för demens, vilket kan fördröja möjligheten att etablera en tidig kontakt med anhöriga. Det visar på en bristande gemensam förståelse för ansvar i samverkansprocessen. I likhet med Lanteigne och Iancu (2025, s.456-457) kan detta förstås som ett exempel på hur oklarheter kring ansvar utmanar tvärprofessionell samverkan och hur olika förväntningar riskerar att fördröja insatser och försvårar ett samordnat stöd till anhöriga.

En biståndshandläggare beskrev sitt ansvar kring anhörigstöd enligt citatet nedan:

> Jag ser att jag har ett ansvar, jag tycker att begreppet anhörig ingår i begreppet kund, jag har ju insatser som jag kan bevilja som egentligen är riktade till den anhöriga trots att personen med demens måste ge samtycke.
>
> Biståndshandläggare D

En biståndshandläggare beskrev att anhöriga bör ingår i begreppet kund, vilket är det begrepp som används i hennes kommun när man talar om den sjuka. Biståndshandläggarens beskrivning om att anhöriga bör ingå i begreppet kund var något som stack ut jämfört med de andra intervjuerna. Även Biståndshandläggare E nämnde att hon har serviceskyldighet gentemot kunden men också anhöriga runt om. Det var inga andra professioner i de andra kommunerna som nämnde att de ser anhöriga som en del av kunden. Resultatet visar därmed att professioner inte alltid använder samma begrepp när man talar om och ser på anhöriga. Habermas (1996) menar att språk inte endast ses som ett verktyg för att utbyta information. Det kan också ses som en grund till det kommunikativa handlandet. Utifrån Alvessons (2002, s 94–95) tolkning av Habermas teori kan avsaknaden av ett gemensamt språk förstås som ett uttryck för strategiskt handlande, där kommunikationen präglas av professionernas organisatoriska logik. Detta kan också förstås som en spänning mellan systemet och livsvärlden, där professionernas begrepp i hög grad grundar sig i systemets struktur. När professionernas språk domineras av systemets logik riskerar livsvärldens perspektiv att trängas undan, vilket kan försvåra samverkan och minska möjligheten till gemensamt meningsskapande kring anhörigas behov.

Något som framträdde i flera intervjuer var att kommuners besparingar påverkar ansvaret. En anhörigkonsulent beskrev hur hennes ansvar påverkas av att kommunen gör besparingar inom äldreomsorgen, se citatet nedan:

> När kommunen gör besparingar som de har gjort så blir min roll större och ännu viktigare.
>
> Anhörigkonsulent A

Anhörigkonsulent A arbetar i en kommun som har gjort besparingar inom anhörigstöd. Hon berättade att en av demenssjuksköterskorna har dragits in, vilket gör att hon upplever att hennes roll och ansvar har blivit större och mer betydelsefullt. Demenssjuksköterska C, som arbetar i samma kommun, uppgav att det enda anhörigcaféet som fanns har stängt ner. Hon tycker detta är problematiskt

eftersom hon ser att behovet av en sådan mötesplats fortfarande är stort. Demenssjuksköterska C poängterade att besparingar försvårar arbetet med att tillgodose anhörigas behov. Danermark (2000, s.26, 36) menar att politisk styrning påverkar hur kommuner fattar ekonomiska beslut, vilket stämmer överens med intervjupersonernas uppfattning. Studiens resultat visar att nedskärningar och besparingar påverkar professionernas möjligheter att möta anhörigas behov och att utbudet av stöd till anhöriga varierar beroende på vilken kommun man bor i.

Resultatet från detta tema visar att biståndshandläggare, anhörigkonsulenter och demenssjuksköterskors syn på sitt uppdrag handlar om att stödja och möta anhöriga i deras emotionella behov. Däremot har de olika professionerna olika ansvarsområden i arbetet med stödet till anhöriga och det framkommer en viss ansvarsförskjutning i resultatet mellan professionerna. Resultatet visar även att organisatoriska förutsättningar som bland annat kommunens besparingar påverkar professionerna i sitt arbete med stöd till anhöriga.

6.2 Samverkan och kommunikationsprocesser

Studiens andra tema är *samverkan och kommunikationsprocesser*. Intervjupersonerna beskrev hur samverkan fungerar i praktiken samt vilka möjligheter och hinder som finns i samverkan. Kommunikation framstod som en central faktor i samverkansprocessen och för att skapa en tydlig ansvarsfördelning. Dessa återkommande mönster motiverade valet av temat.

6.2.1 Resonemang kring samverkan

Något som framkom under intervjuerna var att flera av professionerna samverkade med andra aktörer såsom sjuksköterskor, ideella organisationer, äldrepsykiatrin och hemtjänst. Dessa samverkanspartners fokuserar främst på den sjuka men flera professioner nämnde att särskilt hemtjänsten är en viktig aktör i samverkan. Detta eftersom hemtjänstpersonal fångar upp och möter anhöriga dagligen, då de utför insatser åt den sjuka i hemmet. Hemtjänstpersonal kan då kontakta biståndshandläggare om de ser att anhöriga skulle behöva avlastning.

Nedan beskrev en anhörigkonsulent sina tankar kring samverkan:

> Jag tycker samverkan är jätteviktigt. Det är ju inte bara anhörigkonsulenter som ska erbjuda anhörigstöd utan det är ju alla som jobbar i kommunen som ska ha ett anhörigperspektiv och se och bekräfta anhöriga.
>
> Anhörigkonsulent H

I intervjuerna framkom det att samverkan är central i arbetet med stöd till anhöriga som vårdar en närstående med demenssjukdom. Flera intervjupersoner betonade att de har en positiv inställning till samverkan med andra professioner i arbetet kring anhörigstöd. Resultatet visar att det talas positivt och mycket om samverkan. Däremot framträder tydliga skillnader mellan kommunerna när det gäller i vilken utsträckning samverkan faktiskt sker i praktiken. I samtliga kommuner uppgav de intervjuade professionerna att de genomför gemensamma hembesök. Gemensamma hembesök beskrivs som viktiga för att fånga upp både anhörigas och den sjukas behov.

Däremot visar resultatet på skillnader mellan kommunerna gällande samverkansmöten. I en kommun framkom det att inga samverkansmöten hålls mellan professionerna, trots att de talas positivt om samverkan. I en annan kommun genomfördes samverkansmöten mellan demenssjuksköterska och anhörigkonsulenter. I en tredje kommun sker samverkansmöten regelbundet och där samtliga professioner medverkar. I den kommunen där samverkansmöten hålls regelbundet beskrev Anhörigkonsulent H dessa möten som betydelsefulla. Hon uttryckte att på dessa möten får olika professioner möjlighet att dela erfarenheter och diskutera situationer. Som ett exempel beskrev hon att det kan uppstå en situation där en biståndshandläggare vid ett hembesök uppmärksamma en person med en demenssjukdom med ett omfattande hjälpbehov. I ett sådant fall kan anhörigkonsulenten lyfta anhörigas situation, vilket gör det möjligt att diskutera fram en hållbar lösning för både den sjuka och anhöriga. Resultatet kan förstås utifrån Habermas teori (Habermas 1996) om kommunikativt handlande, där dessa

samverkansmöten kan ses som en process för att uppnå ömsesidig förståelse genom dialog. Samverkansmöten skapar förutsättningar för att olika professioners perspektiv och kunskaper synliggörs och förhandlas genom samtal. I de kommuner där det saknas samverkansmöten kan därmed förstås som en begränsning i att uppnå ömsesidig förståelse, vilket Habermas menar är centralt för att kunna uppnå gemensamt handlande.

En biståndshandläggare beskrev sina tankar kring samverkan enligt citatet nedan:

> Att alla känner ett ansvar för den anhöriga. Vi gör alla olika saker, men tillsammans kan vi göra mycket. Jag upplever att många professioner är positiva till samverkan.
>
> Biståndshandläggare D

Enligt Lanteigne och Iancu (2025, s.465-457) kan professioners attityder påverka samverkan negativt. Det ovanstående citatet visar samtidigt att positiva attityder och förhållningssätt kan bidra till att stärka samverkan. Detta kan även förstås utifrån Habermas teori (Habermas 1996) om kommunikativt handlande, där språkanvändning ses som en central faktor för att skapa samförstånd. Positiva attityder kan främja kommunikativt handlande, där professionerna genom dialog strävar efter ömsesidig förståelse. När professionerna lyssnar, förklarar och diskuterar gemensamt kan det skapa förutsättningar för samverkan.

6.2.2 Hinder och möjligheter i samverkan

Biståndshandläggare G uppgav att det ibland är svårt att få vårdcentralen att delta i samverkan och menade att de inte alltid har tillräcklig förståelse för biståndshandläggarnas roll och arbetssätt. Hon gav exempel att vårdcentralen ibland förväntar sig att insatser såsom korttidsplatser eller växelvård ska ordnas omedelbart, utan att ta hänsyn till den handläggningstid som krävs. Detta överensstämmer med Lanteigne och Iancu (2025, s.456- 457), som framhåller att bristande förståelse för varandras arbetssätt är ett vanligt hinder i tvärprofessionell samverkan.

Anhörigkonsulent F menade att lagstiftningen ibland kan hindra samverkan, eftersom hälso- och sjukvårdspersonal arbetar utifrån HSL medan biståndshandläggare utgår från SoL. Detta kan kopplas till Danermark (2000, s.12 & 26), som beskriver att olika grad av politisk styrning kan skapa strukturella hinder för samverkan. Han lyfter även faktorer som lagstiftning och organisatoriska regelsystem, vilka kan begränsa möjligheterna till effektiv samverkan mellan professioner.

> Ibland känns det som att vissa professioner inte har tid eller fokuserar endast på den som är sjuk, man ser inte den anhöriga. En del ser till och med anhöriga som besvärliga.
>
> Anhörigkonsulent H

Anhörigkonsulent H menade att en del hinder i samverkan beror på okunskap hos andra professioner, exempelvis att de inte ser eller förstår anhörigas behov av stöd eller att de inte tänker på att hänvisa anhöriga vidare. För att motverka denna okunskap är det viktigt att aktivt besöka olika yrkesverksamma och utbilda dem i anhörigperspektiv. Anhörigkonsulent H lyfte även ett hinder på nationell nivå, där riktlinjer betonar att äldre personer ska bo kvar hemma så länge som möjligt. I praktiken fungerar detta inte alltid, särskilt när en person är svårt sjuk i demens, vilket gör att en del professioner upplevs arbeta fyrkantigt. Detta kan förstås i relation till Habermas kommunikationsteori (Habermas 1996) för att belysa olika professioners sätt att agera. Habermas ser att samhället består av två olika delar. I systemvärlden dominerar styrning, regelverk och krav på effektivitet. I livsvärlden är dialog och gemensam förståelse centralt. När vissa professioner följer regelverk och måluppfyllelse strikt, exempelvis genom att stå fast vid att en svårt demenssjuk ska bo kvar hemma, kan detta ses som ett uttryck för systemvärldens logik. Anhörigkonsulenternas arbete som fokuserar på samtal, relationer och strävan efter en helhetssyn, närmar sig mer livsvärldens kommunikativa förhållningssätt. När

systemvärlden dominerar riskerar kommunikationen att trängas undan, vilket kan leda till bristande förståelse mellan professionerna.

Citatet i stycket ovan stämmer inte överens med hur Biståndshandläggare E beskrev sina tankar om samverkan, se citatet nedan:

> Alla jobbar mot samma mål. Om alla har ett öppet tankesätt kan vi samarbeta för att uppnå målet.
>
> Biståndshandläggare E

En av biståndshandläggarna beskrev att alla arbetar mot ett gemensamt mål. Detta talar emot vad Anhörigkonsulent H tidigare beskrev om att en del professioner ser anhöriga som besvärliga. Enligt Danermark (2000, s.8) sker samverkan genom att flera professioner arbetar mot ett gemensamt mål, vilket underlättar samverkan. Biståndshandläggare E delar Danermarks (2000) uppfattning, vilket framgår i citatet ovan. Samtidigt visar Anhörigkonsulent H:s beskrivning att gemensamma mål kan vara bristfällig i praktiken. Om det inte finns ett tydligt gemensamt mål riskerar professionerna att tolka anhörigas behov olika, vilket kan försvåra möjligheten att uppnå en samsyn.

> Det är svårare med kommunikation i en större stad. I en mindre kommun är det kortare kontaktvägar. I en större stad är det mer som ett stuprör, det är många led att gå.
>
> Anhörigkonsulent F

En anhörigkonsulent beskrev sina tankar om kommunikation i samverkan enligt citatet ovan. Demenssjuksköterska B uppgav att korta kontaktvägar möjliggör samverkan och menar att det ska vara enkelt att ta kontakt. Flera intervjupersoner lyfte kommunikation som en central aspekt i samverkan, eftersom det underlättar att skapa en gemensam syn på exempelvis bedömningar av avlösarinsatser. Utifrån Habermas teori (Habermas 1996) tänker vi att korta kontaktvägar kan ses som ett

exempel på kommunikativt handlande, där interaktionen och kommunikationen mellan professionerna ses som centrala verktyg för att uppnå ömsesidig förståelse. Korta kontaktvägar och öppen kommunikation kan ses som förutsättningar för dialog där alla professioner kan delta på lika villkor. Genom denna typ av interaktion kan professionerna gemensamt tolka situationer och behov, vilket stärker delaktigheten hos alla involverade.

6.2.3 Olika perspektiv och makt

I intervjuerna framkom det att det kan uppstå situationer i arbetet med anhörigstöd där professioner och aktörer kan ha olika perspektiv vid exempelvis bedömning av avlösningsinsatser. Intervjupersonerna fick frågan om hur de hanterar situationer där de har olika perspektiv eller tolkningar av ett problem.

> Självklart kan det hända att man har olika syn på något i och med att vi har lite olika ansvar. Jag tycker det viktiga är att inte lova anhöriga något. Efter ett hembesök får man i så fall diskutera igenom det man tycker olika om. Jag brukar inte vilja lägga mig i beslut utan det får dem hantera själva.
>
> Anhörigkonsulent F

En anhörigkonsulent beskrev sin syn på hur man kan hantera situationer där olika professioner har skilda perspektiv eller tolkningar av en situation. Citatet ovan kan kopplas till Danermark (2000, s.15), som förklarar att skillnader i kunskaps- och förklaringsmässiga faktorer ofta grundar sig i att professioner har olika perspektiv på problem samt på hur dessa bäst bör lösas.

> Jag upplever att läkares perspektiv ofta väger tyngst och det märks i arbetet med anhöriga. Anhöriga kan komma och säga att läkaren har sagt detta och detta, och då blir det en konstig situation eftersom vi som handläggare fattar beslut om insatser.
>
> Biståndshandläggare G

Biståndshandläggare G beskriver att läkares perspektiv ofta väger tyngst, vilket kan skapa svårigheter i kontakten med anhöriga. Anhöriga kan komma till biståndshandläggaren och hänvisa till vad läkaren sagt om exempelvis att de kan få avlösarservice, medan biståndshandläggaren inte delar samma uppfattning. Habermas (1996) menar att kommunikativt handlande gör det möjligt att föra dialog, vilket ses som en förutsättning för att kunna uppnå ömsesidig förståelse. Utifrån hans teori kan maktförhållanden, såsom läkarens dominans, påverka kommunikationen. Det kan riskera att dialogen styrs av strategiska mål istället för att uppnå gemensam förståelse. Detta kan förstås som systematisk förvrängd kommunikation, där makt och dominans försvårar möjligheten att uppnå en samsyn. Detta visar hur maktförhållanden kan begränsa möjligheten till det kommunikativa handlande som Habermas menar är nödvändigt för att uppnå ömsesidig förståelse.

Några intervjupersoner upplevde att biståndshandläggare har en makt i och med att de har makten att fatta beslut. Men ingen upplevde att detta påverkade samverkan negativt. Flera intervjuer framhöll istället att det är värdefullt att olika professioner besitter olika expertiser och kompetenser samt att de har ett högt förtroende för varandra. Både biståndshandläggare och demenssjuksköterskor betonade möjligheten att kunna diskutera idéer och dra nytta av varandras kompetenser i situationer, vilket ses som en möjlighet snarare än ett hinder. Danermark (2000, s.26, 36) påpekar att skillnader i makt kan uppstå när vissa typer av kunskap väger tyngre än andra. Lanteigne och Iancu (2025, s.456-457) beskriver att professioner ibland kan övervärdera andra aktörers kompetens, vilket kan skapa skillnader i makt och ansvarsfördelning. I detta fall visar intervjuerna att professionerna, trots skillnader i makt och kunskap, upplever samverkan som positiv och att dessa skillnader snarare används som en resurs för att komplettera varandra.

Sammanfattningsvis visar resultatet att samverkan framstår som nödvändigt i arbetet med anhörigstöd vid demenssjukdom. Samtliga intervjupersoner uttrycker en positiv inställning till samverkan mellan olika professioner och aktörer, men att

samverkan i praktiken ser olika ut mellan kommuner. Samtliga professioner genomför gemensamma hembesök och i några kommuner hålls gemensamma samverkansmöten med flera professioner. Däremot varierar omfattningen av samverkansmöten. I en kommun hålls möten regelbundet och i en annan kommun hålls inga alls. I kommuner där samverkansmöten hålls, upplevs dessa som viktiga för att skapa en gemensam syn kring anhörigas behov och ses som ett tillfälle att diskutera fram hållbara lösningar. Bristande kommunikation, olika lagstiftning och organisatoriska strukturer lyfts fram som hinder i samverkansprocessen. Tydlig kommunikation, korta kontaktvägar och positiva attityder till samverkan är faktorer som gör det möjligt att uppnå ömsesidig förståelse. Skillnader i makt kan försvåra samverkan men upplevs av intervjupersonerna som en resurs snarare än ett hinder.

7 Diskussion

Syftet med studien har varit att skapa förståelse för, och analysera hur, olika professioner tolkar sitt uppdrag, ansvar och samverkan med varandra i arbetet med anhörigstöd vid demenssjukdom samt analysera hur kommunikativa och organisatoriska faktorer kan ses påverka denna samverkan. Problemformuleringen i studien visar att det saknas tidigare forskning om hur olika professioner samverkar kring anhörigstöd. Tidigare forskning fokuserar främst på anhörigas upplevelser och deras egna behov av stöd. Vi ser därmed att det finns en kunskapslucka om hur professioner ser på sitt uppdrag och ansvar beträffande anhörigstöd. Rawlinson (2021, s.2) visar i sin studie att samverkan är nödvändigt i arbetet med anhörigstöd, däremot saknas kunskap om hur samverkan faktiskt fungerar i praktiken.

Studiens första frågeställning är “Hur ser biståndshandläggare, anhörigkonsulenter och demenssjuksköterskor på sitt uppdrag och ansvar i arbetet med anhörigstöd vid demenssjukdom?”. Vårt resultat visar att samtliga intervjuade professioner ser att anhörigas emotionella behov är stort och att samtliga professioner försöker möta detta behov i den mån de kan. Ett intressant resultat är att även biståndshandläggare inkluderar anhörigas emotionella behov i sitt uppdrag, trots att tidigare forskning är begränsad kring deras roll i arbetet med anhörigstöd. Samtidigt visar resultatet att

professionernas egna ansvarsområden upplevs som tydliga. Professionernas ansvar visar sig vara tidsanpassade och kontextuella, vilket beror på att anhörigas behov förändras i takt med utvecklingen av demenssjukdomen. Däremot går det att urskilja en form av ansvarsförskjutning, utifrån hur professionerna talar om varandras ansvar. Detta då professionerna hade olika uppfattningar om när och hur ansvar ska tas. Ett sådant exempel var att deras olika uppfattningar om vem som ska ta första kontakten med anhöriga. Resultatet visar även att professionernas ansvar påverkas av kommunala besparingar. I en kommun, där demenssjuksköterskor minskats och mötesplatser för anhöriga har tagits bort, har gjort att anhörigkonsulenten i kommunen upplever att hennes ansvar och roll har blivit större. Resultatet visar därmed att utbudet av stöd till anhöriga varierar och ser olika ut beroende på vilken kommun man bor i. År 2025 lämnade regeringen ett förslag om ett förstärkt anhörigstöd (Regeringskansliet 2025). Vår studie visar att stödet till anhöriga inte är likvärdigt, vilket stärker regeringens uppfattning om att behovet av att utveckla och förbättra stödet till anhöriga.

Den andra frågeställningen är "Hur uppfattar biståndshandläggare, anhörigkonsulenter och demenssjuksköterskor samverkan med varandra i arbetet med anhörigstöd?". Studiens resultat visar att samtliga professioner talar positivt och mycket om samverkan. Däremot framkommer det i resultatet att den faktiska samverkan i praktiken skiljer sig mellan kommuner. I flera kommuner genomförs gemensamma hembesök med samtliga professioner. Endast i en kommun genomförs regelbundna samverkansmöten mellan flera professioner och i en annan kommun hålls inga gemensamma möten. Utifrån Habermas kommunikationsteori (1996) tolkar vi det som att det blir svårt för olika professioner att uppnå en samsyn kring anhörigas behov om man inte för gemensam dialog. Detta förstärks av att flera professioner nämnde att det är svårt att samverka med vårdcentralen, vilket kopplas till bristande förståelse och kunskap för varandras arbetssätt. En biståndshandläggare nämnde bristande förståelse för deras handläggningstid som ett exempel. Lanteigne och Iancu (2025, s.456- 457) lyfter att bristande förståelse för varandras arbetssätt skapar hinder i samverkan, vilket stämmer överens med vårt resultat.

Studiens sista frågeställning är ”På vilket sätt kan kommunikativa och organisatoriska processer ses påverka denna samverkan?”. Studiens resultat visar att olika professioner talar och se på anhöriga på olika sätt. I linje med Habermas teori (1996) tolkar vi detta som en spänning mellan systemet och livsvärlden. Vi ser att professionerna talar och använder sig av det språk som används i verksamheten som de tillhör, vilket följer systemets logik. Detta tränger undan livsvärldens logik, som präglas av gemensam dialog och öppna samtal, vilket begränsar möjligheten att uppnå gemensam förståelse kring samsyn och samverkan. I resultatet framgår det också att lagstiftning kan påverka samverkan då professionerna arbetar utifrån olika lagstiftningar. Detta kan ses som en organisatorisk begränsning för samverkan, vilket ligger i linje med Danermark (2000, s.26), som lyfter lagstiftning som en faktor som kan begränsa en effektiv samverkan. Samtidigt framkom det att biståndshandläggarna har en beslutsfattande makt. Ingen upplevde det som något negativt utan såg det som positivt att professioner har olika kompetenser i arbetet med anhörigstöd. Detta betonar återigen biståndshandläggarens centrala roll i arbetet med anhörigstöd, särskilt genom möjligheten att fatta beslut om stödinsatser som även gynnar anhöriga.

Sammanfattningsvis visar studiens resultat att professioner som arbetar med anhörigstöd vid demenssjukdom ser anhörigas emotionella behov som centrala i deras uppdrag. Däremot varierar ansvarsfördelningen och samverkan mellan både professioner och kommuner, där det i vissa kommuner går att urskilja en viss ansvarsförskjutning mellan professionerna. Resultatet pekar också på att biståndshandläggarens roll är betydelsefull i arbetet med stöd till anhöriga, vilket inte tidigare forskning belyser. Vidare framkommer det i resultatet att samtliga professioner beskriver samverkan som något positivt, men att det i praktiken visar något annat. I praktiken finns det begränsade möten och en bristande gemensam dialog. Avslutningsvis visar studien att anhörigstödet i dagsläget inte är likvärdigt mellan kommunerna, vilket tyder på behovet av ett utvecklat anhörigstöd.

7.1 Förslag till vidare forskning

Analysen av studiens resultat visar hur de olika professionerna förhåller sig till varandra inom samverkan. I studien har inte professionsteori använts, däremot visar resultatet att ett sådant perspektiv hade kunnat bidra till en fördjupad förståelse för professionernas roller, gränsdragningar och maktrelationer. Detta resonemang tillkom först efter att resultatet analyserats utifrån samverkansteori och kommunikationsteori och därav används inte professionsteori i studien. Det hade varit intressant om framtida forskning använder professionsteori för att vidare belysa hur professionstillhörighet kan påverka samverkan.

Avslutningsvis pekar studien på behov av fortsatt forskning kring hur professioner faktiskt bör samverka i praktiken i stödet till anhöriga vid demenssjukdom. Vidare väcks frågor om vad som kan underlätta samverkan mellan professioner och anhörigas roll i samverkansprocessen. Det väcks också frågor om orsaker kring varför stödet till anhöriga inte ser likvärdigt ut i kommuner. Framtida forskning bör rikta fokus på hur ett mer likvärdigt och sammanhållet anhörigstöd kan utvecklas och hur anhörigas delaktighet kan stärkas i samverkansprocessen.

8 Referenser

Abrahams, R., Liu, K. P. Y., Bissett, M., Fahey, P., Cheung, K. S. L., Bye, R., Chaudhary, K., & Chu, L. W. (2018). Effectiveness of interventions for co-residing family caregivers of people with dementia: Systematic review and meta-analysis. *Australian occupational therapy journal*, 65(3), p. 208–224. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29527683/

Ahrne, G. & Svensson, P., (2015). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap. I Ahrne, G. & Svensson, P. (red.) *Handbok i kvalitativa metoder* (pp. 8-15). Stockholm: Liber AB.

Akademikerförbundet SSR (2017). *Etik i socialt arbete – Etisk kod för socialarbetare.* https://akademssr.se/dokument/etik-i-socialt-arbete-pdf

Alvesson, M. (2002). *Kommunikation, makt och organisation: kritiska tolkningar av ett informationsmöte i ett företag.* Stockholm: Nordstedts Juridik

Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2007). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod.* Lund: Studentlitteratur AB

Ambrose-Miller, W., & Ashcroft, R. (2016). Challenges faced by social workers as members of interprofessional collaborative health care teams. *Health & Social Work*, 41(2), 101–109. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4888092/pdf/hlw006.pdf

Andréasson, F. (2021). *Doing informal care: Identity, couplehood, social health and information and communaction technologies in older people´s lives*. Diss. Linnéuniversitetet, Institutionen för hälso- och vårdvetenskap. https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1515352&dswid=9331

Atoyebi, O., Eng, J J., Routhier, F., Bird, M L., & Mortenson, W B. (2021). A systematic review of systematic reviews of needs of family caregivers of older adults with dementia. *European journal of ageing*, 19(3), p. 381–396. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36052180/

Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 3 uppl. Malmö: Liber AB.

Cheng, K., Yang, M., Ma, S. (2025). Exploring challenges and coping strategies in providing care for older adults with dementia: A qualitative study conducted in China. *Frontiers in Public Health,* 13, 1459517. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1459517

Curto Romeu, C., Mora López, G., Gavaldà Espelta, E., Brunet Reverté, N., Gonçalves, A-Q., Jacques-Aviñó, C., Lleixà Fortuño, M.,Ferre Ferrate, M., Aguilar Martín, C., Pozo Ariza, M., & Ferre Grau, C. (2024). Designing a multicomponent intervention to support caregivers of persons with dementia in primary care in Spain: a qualitative study of family and professional carers. *BMJ open*,14(12), p.1-9 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39719280/

Dahlrup, B., Ekström, H., Nordell, E., & Elmståhl, S. (2015). Coping as a caregiver: A question of strain and its consequences on life satisfaction and health-related quality of

life. *Archives Gerontology and Geriatrics,* 61(2), p.261-270 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26153551/

Danermark, B. (2000). *Samverkan – himmel eller helvete?* Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

Elmståhl, S., Dahlrup, B. M., Ekström, H., & Nordell, E. (2017). The association between medical diagnosis and caregiver burden: a cross-sectional study of recipients of informal support and caregivers from the general population study "Good Aging in Skåne´, Sweden. *Aging clinical and experimental research*, 30(9), p.1023-1032. https://link-springer-com.proxy.lnu.se/article/10.1007/s40520-017-0870-0n

Falk Johansson, M. (2024). For better and for worse, till death do us part: support needs of person caring for a co-habitant spouse or partner with dementia. Diss. Högskolan Dalarna. https://du.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1824173&dswid=-3040

Habermas, J. (1996). *Kommunikativt handlande: texter om språk, rationalitet och samhälle*. 2 uppl. Bokförlaget Daidalos.

Hjärnfonden (2021). *Stödet till anhöriga måste stärkas.* https://www.hjarnfonden.se/2021/09/stodet-till-anhoriga-maste-starkas/ [2025-11-06]

Justesen, L., Mik- Meyer, N., (2011). *Kvalitativa metoder från vetenskapsteori till praktik.* 1 uppl. Lund: Studentlitteratur AB.

Joy Torgé, C., Nilsson, P., & Jegermalm, M. (2024). Support to ´non-clients`: care manager´s role in direct and indirect carer support. *European Journal of Social Work*, 28(25), p.143-154. https://www-tandfonline-com.proxy.lnu.se/doi/full/10.1080/13691457.2024.2358350#abstract

Khemai, C., Meijers, J.M., Mujezinovic, I., Bolt, S.R., Pieters, S., Moser, A., Schols, J.M.G.A & Janssen, D.J.A., (2022). Interprofessional collaboration in palliative dementia care through the eyes on informal caregiver. *Journal of interprofessional care, 36(5),* P 675-694. https://research-ebsco-com.proxy.lnu.se/c/2kietw/viewer/pdf/b5p5kkew2f?auth-callid=fb0dda59-9558-4608-af36-777078d133c1

Kunskapsguiden (2024). *Samverkan.* https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/yrkesintroduktion-for-baspersonal-inom-aldreomsorgen/samverkan/ [2025-11-15]

Lanteigne, I., & Iancu, P. (2025). Perspectives of Social Workers and Other Healthcare Professionals on Collaborative Work to Address Complex Situations. *Advances in Social Work*, 25(1), p. 457-474. https://doi.org/10.18060/28145

Lopez Hartmann, M., Wens, J., Verhoeven, V., & Remmen, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *International journal of integrated care,* 12(10), p. 1-16. https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.845

Meeuwisse, A. & Swärd, H. (2013). Perspektiv på sociala problem – några positioner. I Meeuwisse, A. & Swärd, H. (red.) *Perspektiv på sociala problem*. S.96-128. Stockholm: Natur & Kultur.

Michailakis, D., Gillingsjö, J., Olaison, A. (2020). Tolkande innehållsanalys. I Dahlstedt, M & Gruber, S. (red.) *Metoder för forskning i socialt arbete.* S. 129- 143. Malmö: Gleerups.

Nationalencyklopedin, u.å. *Demens.* https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/demens [2025-10-20].

NKA (2021). *Fakta om anhörigstöd.* https://anhoriga.se/stod--utbildning/fakta-om-anhoriga/fakta-om-anhorigstod/ [2025-11-13].

OECD (2023), Public Governance Monitor of Sweden, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/086f9b89-en.

Prop. 2008/09:82. Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående

Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Arditi, C., Hong, Q-N., Pluye, P., Peytremann – Bridevaux, I. & Gilles, I. (2021). An Overview of Reviews on Interprofessional Collabration in Primary Care: Barries and Facilitators. *International Journal of Intergrated Care,* 21(2), p.1-15. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8231480/pdf/ijic-21-2-5589.pdf

Regeringskansliet (2025). *Bättre stöd till äldre och dem som stödjer närstående.* [pressmeddelande], 2 oktober. https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2025/10/battre-stod-till-aldre-och-de-som-stodjer-narstaende/

Regeringskansliet (2025). *Nationell anhörigstrategi – inom hälso-och sjukvård och omsorg.* [pressmeddelande], 10 april https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/departementsserien-och-promemorior/2022/04/nationell-anhorigstrategi---inom-halso--och-sjukvard-och-omsorg/

SFS 2025:400. *Socialtjänstlag*.

Socialstyrelsen (2020). *Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer – Underlag till en nationell strategi.* https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/anhoriga-som-vardar-eller-stodjer-narstaende-aldre-personer--underlag-till-en-nationell-strategi-2020-11-7045/

Socialstyrelsen (2010). Termbank. https://termbank.socialstyrelsen.se/article.php?tid=263&src_lang=swe

Socialstyrelsen (2024). Samverkan för en väl fungerande process. https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/samverkan/samverkan-for-en-val-fungerande-process/

Sohlberg, P. & Sohlberg, B. M. (2019). *Kunskapens former – Vetenskapsteori, forskningsmetod och forskningsetik.* Stockholm: Liber AB

Svenskt Dememnscentrum. (2021). *Vad är demens?*. https://demenscentrum.se/fakta-om-demens/vad-ar-demens [2025-10-20].

Tokovska, M., Nour, M. M., Sørensen, A., & Småland Goth, U. (2021). Informal caregivers and psychosocial support: Analysis of European Dementia Policy documents. *Journal of public health research*, 11(1), pp.1-12. https://journals.sagepub.com/doi/10.4081/jphr.2021.2416

Tellioğlu, H., Lewkowicz, M., Pinatti De Carvalho, A.F., Breškovic, I., Schinkinger, S & Tixier, M., (2014). *Collaboration and Coordination in the context of informal Care (CCCiC) concepts, methods, and technologies.* In: *Proceedings of the 2014 ACM International Conference on Supporting Grop Work,* 9(12), p. 324-327. https://www.researchgate.net/publication/289620233_Collaboration_and_coordination_in_the_context_of_informal_care_CCCiC_Concepts_methods_and_technologies

Vetenskapsrådet (2024). *God forskningssed* 2024. https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html [2025-10-16].

Winqvist, M. (2016). *Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd.* Nationellt kompetenscentrum anhöriga. https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/publicerat/kunskapsoversikter/2016-4_individualisering_winqvist.pdf

Bilaga 1

Intervjuguide

Inledning

- Muntlig genomgång av informationsbrevet
- Samla in samtycke, antingen skriftligt eller muntligt
- Samtycke till att spela in

Inledningsfrågor

1. Hur länge har du varit verksam i din yrkesroll?
2. Skulle du kunna beskriva en vanlig arbetsdag hur den ser ut?

Tema 1 – uppdrag och ansvar beträffande anhörigstöd

1. Hur ser du på ditt uppdrag vid anhörigstöd?
2. Hur tänker du kring samverkan med andra professioner i relation till stöd till anhöriga?
3. Hur beskriver du din roll/ditt uppdrag när det gäller att stödja anhöriga till personer med demens?
4. Vilket ansvar anser du att just din profession har i att identifiera anhörigas behov?
5. Upplever du att du utifrån din yrkesroll kan möta anhörigas behov av stöd?
6. Om inte, hur gör du då? Tar man kontakt med en annan profession?
7. Vilka behov ser du oftast hos anhöriga till personer med demens? Hur ser din roll ut kopplat till de?
8. Kan du beskriva hur du går tillväga för att uppmärksamma eller kartlägga anhörigas behov?
9. Hur tänker du kring gränsdragningen mellan ditt ansvar och andra professioners ansvar när det gäller anhörigstöd?
10. Hur upplever du anhörigas behov förändras över tid, hur påverkar det din yrkesroll?

Tema 2 – kommunikation och samverkan

1. Vilka andra professioner samverkar du oftast med i arbetet med anhörigstöd?
2. Hur ser samverkan ut med de olika professionerna? Kan du ge ett exempel där ni varit fler som samverkat?
3. Vem är det som oftast tar den första kontakten mellan professionerna gällande anhörigstöd?
4. Vilka hinder upplever du i samverkan med andra professioner?
5. Vilka aspekter möjliggör samverkan med andra professioner?
6. Finns det något i organisationen/arbetssättet som du anser behöver utvecklas för att främja samverkan med andra professioner?
7. Upplever ni att anhöriga vet om att de har rätt till stöd?
8. Hur skulle du beskriva kommunikationen mellan dig och andra professioner i arbetet med anhörigstöd? Upplever du att kommunikationen är öppen och tydlig?
9. Hur brukar ni hantera situationer där ni har olika perspektiv eller tolkningar av ett problem? Kan du ge ett exempel där kommunikationen har fungerat bra eller mindre bra?
10. Har ni gemensamma samverkansmöten, i så fall upplever du att ni når en gemensam förståelse?
11. Finns det tillfällen då du anser att vissa professioners perspektiv väger tyngre, till exempel på grund av makt/status/organisatoriska skillnader? Och hur påverkar det i så fall dialogen?

Avslutande frågor

1. Om du fick förändra något för att stärka stödet till anhöriga, vad skulle det vara?
2. Är det någon som du vill tilläga som är relevant för studien?
3. Om det är nåt vi kommer på, får vi höra av oss?

Bilaga 2

Informationsbrev

Till biståndshandläggare/demenssjuksköterska/anhörigkonsulent

Information och förfrågan om godkännande för att genomföra en intervjustudie om samverkan kring anhörigstöd till anhöriga som vårdar en närstående med demenssjukdom.

Att drabbas av demens påverkar inte bara den som insjuknar i demensen utan också de anhöriga som ofta har en central roll i omsorgen. För att kunna ge ett bra stöd till anhöriga krävs det att olika professioner samverkar på ett effektivt och fungerande sätt.

Syftet med studien är att skapa förståelse för hur biståndshandläggare, anhörigkonsulenter och demenssköterskor tolkar sitt uppdrag och ansvar i arbetet med anhörigstöd vid demenssjukdom, samt hur de uppfattar samverkan med varandra i detta arbete.

Totalt kommer 8 personer som jobbar som biståndshandläggare, anhörigkonsulent eller demenssköterska i södra Sverige att tillfrågas om deltagande i denna intervjustudie.

Det är helt frivilligt att medverka i studien och deltagarna kan när som helst avbryta sin medverkan utan att uppge orsak. Deltagarna kommer att få skriftlig och muntlig information innan samtycke inhämtas och intervjuerna påbörjas. Intervjuerna kommer att genomföras på en plats du önskar, digital eller en annan avskild plats och beräknas ta 30–60 minuter.

Materialet från intervjuerna kommer att hanteras och behandlas konfidentiellt och det kommer att förvaras så att ingen obehörig kommer att kunna ta del av det. Efter att examensarbetet är godkänt kommer data att förstöras. Inga enskilda personer eller kommuner kommer att kunna identifieras i resultatet. Studien kommer att redovisas i ett examensarbete som publiceras på DIVA.

Vi heter Annie Bokelund och Anna Germundsson och går på Linnéuniversitet och läser till socionomer. I utbildningen ingår att skriva en kandidatuppsats, vilket är anledning till att denna intervjustudie kommer att göras. Har du några frågor så hör gärna av dig.

Växjö 2025-11-21

Studerande: Anna Germundsson & Annie Bokelund

Telefon: 070-871 60 53. 076-831 71 41.

Mejladress: ag224it@student.lnu.se & ab225zh@student.lnu.se

Handledare: Ellen Sverkersson
Mejladress: ellen.sverkersson@lnu.se

Bilaga 3

Samtyckesblankett

Samtyckesblankett för att delta i *"Att stödja anhöriga – professioners samverkan kring anhörigstöd vid demenssjukdom"*

Syftet med studien är att skapa förståelse för hur biståndshandläggare, anhörigkonsulenter och demenssköterskor tolkar sitt uppdrag och ansvar i arbetet med anhörigstöd vid demenssjukdom, samt hur de uppfattar samverkan med varandra i detta arbete.

Genom att skriva under den här samtyckesblanketten godkänner du att dina personuppgifter behandlas inom ramen för uppsatsen/studien som beskrivs nedan. Du kan när som helst dra tillbaka ditt samtycke genom att kontakta någon av studiens kontaktpersoner enligt uppgifter i informationsbrevet.

De personuppgifter som kommer samlas in från dig är *namn, yrkestitel, arbetsplats, mejladress och telefonnummer*. Dina personuppgifter kommer behandlas *fram tills uppsatsen är godkänd* varefter de *raderas.*

…… ……
Underskrift Ort och datum

……
Namnförtydligande