

# När en part försvinner

## Informella vård och omsorgsinsatser under Coronapandemin

Erika Wall, Johan Vamstad

Erika Wall, docent, Institutionen för hälsovetenskap, Mittuniversitetet, Östersund.

E-post: erika.wall@miun.se

Johan Vamstad, docent, Centrum för civilsamhällesforskning, Ersta Sköndal Bräcke  
högskola, Stockholm. E-post: johan.vamstad@esh.se

Denna artikel analyserar betydelsen av informella vård och omsorgsinsatser utifrån det tomrum som anhöriga lämnat vid svenska vård och omsorgsinstitutioner under den inledande fasen av Corona-krisen 2020. Resultaten visar att de informella insatserna är en viktig del i alliansen mellan personal, patient och anhöriga, och gick förlorad då de anhöriga stängdes ute på grund av smittorisken. Detta har gjort vissa aspekter av personalens arbete svårare och vården för patienterna sämre, men i vissa fall har de anhörigas frånvaro också underlättat. Artikelnen är baserad på en intervjustudie av vård och omsorgspersonal som genomfördes under våren 2020. Denna är avsedd att ge en mångsidig beskrivning av en understuderad form av civilsamhällesengagemang vid en särskild krissituation.

This article provides an analysis of the significance of informal health and social care, as seen from the void left by relatives and other relations absent from care facilities during the early phase of the 2020 Corona-crisis. The results show that informal health and social care is an important part of the alliance between staff, patients and relatives, that was lost when the care facilities were closed for visitors. This made some aspects of the professional care work more difficult and the quality of the care was lowered, but some aspects of the care work were also made easier by the absence of visitors. The article is based on an interview study performed with health care staff during the spring of 2020. The intended contribution is a multifaceted description of an understudied form of civic engagement during a period of crisis.

## Introduktion

Smittspridningen av Coronaviruset (SARS-CoV-2) och utbrottet av covid-19 under våren 2020 har kommit att bli den svenska världens allvarligaste kris på flera decennier. Vård och omsorgspersonal har slitits hårt av hög arbetsbelastning, svåra arbetsförhållanden och en påtaglig risk för att själva bli smittade (Wall, 2020). Förutsättningarna för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor har inte minst påverkats av olika insatser för att begränsa smittspridningen och denna artikel handlar särskilt om en sådan insats. Vård och omsorgsinstitutioner runt om i Sverige har tvingats begränsa tillträdet för anhöriga och andra besökare under krisen. Detta gäller förstas intensivvårdsenheter där de svårast sjuka behandlas, men möjligheterna att göra besök har även begränsats eller stoppats i annan sjukvård, vid äldreboenden och på LSS-boenden. Krisen har alltså jämte flera andra ovanliga situationer också gett oss en möjlighet att studera vård och omsorg under en period utan närvaro av anhöriga och bekanta till patienter och boende i lokalerna.

Vård och omsorg sker vanligtvis inte i avskildhet från världen utanför institutionens väggar, den fungerar genom ett pågående utbyte mellan personal, patienter och det civila samhället. Vi har med åren kommit att få bättre kunskap om betydelsen av informella vård och omsorgsinsatser som sker istället för eller som komplement till professionellt utförd vård och omsorg. Detta civilsamhällesengagemang tar sig olika former, från rent social interaktion till praktiska tjänster och lättare omvårdnad, och de informella insatserna utförs ofta, men långt ifrån alltid, av någon som har en familjerelation till den som vårdas. Betydelsen av dessa informella omsorgsinsatser i civilsamhället har i viss utsträckning studerats men kunskapen är ändå begränsad, inte minst i jämförelse med den forskningsbaserade kunskapen om den professionella vårdrelationen. I den här artikeln vill vi bidra till förståelsen av de informella vård och omsorgsinsatsernas betydelse med hjälp av resultat från en studie av vårdpersonals situation under den inledande delen av Coronakrisen ("Vårdpersonalens coronavardag", Wall, 2020).

Här utgår vi ifrån en teoretisk grundförståelse om att informella vårdinsatser ingår som en part i en *vårdallians* med personal och patienter. Utifrån detta perspektiv hamnar fokus naturligen på risker eller problem med frånvaron av anhöriga, men betydelsen av den är en alltså den empiriska frågan för undersökningen. Genom djupintervjuer med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor vid flera olika sorters institutioner i såväl offentlig som privat sektor framkommer betydelsen av anhöriga och besökande i berättelser om det tomrum de lämnat under krisen. Intervjuerna innehåller både vittnesmål om sådant som blivit enklare och det som blivit svårare, flera effekter av frånvaron framstår som väntade och andra är kanske mer oväntade. Sammantaget ges en nyansrik

bild av vilken betydelse informella vård och omsorgsinsatser har för personal, patienter och även de anhöriga själva.

## **Om informella vård och omsorgsinsatser**

Informella vård och omsorgsinsatser var länge förbisedda i den svenska forskningen då de varken passade in i beskrivningen av den socialdemokratiska välfärdsstaten eller av den svenska folkrorelsetraditionen (Lundström & Svedberg 2003). Att informellt hjälpande mellan släktingar, vänner och andra är av stor betydelse även i den svenska välfärdsstaten gjordes dock klart av en rad offentliga utredningar och forskning under 1990-talet (SOU 1993:82; Svedberg 2001). Informella vård och omsorgsinsatser är ett vidare begrepp än familjevård och anhörigvård, det inkluderar alla som ideellt hjälper någon med saker denna inte kan utföra själv i en vård och omsorgssituation (Jegermalm 2005; 2006). Ofta men inte alltid sker detta i en familjrelation eller inom ett informellt nätverk snarare än en formell organisation. Informella omsorgsrelationer kan dock komma till stånd genom exempelvis patient eller pensionärsföreningar. De informella insatser som beskrivs i denna artikel kan förstås inom ramen för vad som i bred bemärkelse kan kallas en vårdallians. Mol (2008) tillhör de som har beskrivit relationen mellan i första hand personal och patient som ömsesidig snarare än servicemässig. Vård genomförs i hennes beskrivning i samarbete och i detta samarbete ingår även anhöriga (Mol 2008). Det finns idag en omfattande forskning om sjukvård som ger patient och i mindre utsträckning anhöriga en mer aktiv roll i vården, ibland kallad för deltagande sjukvård, patientcentrerad sjukvård eller medskapande av sjukvård (Castro et al. 2016; Palumbo 2016; Hyde & Davies 2004). I denna artikel har vi alltså valt att använda begreppet vårdallians, vilket delvis är ett lån från socialt arbete där alliansen mellan personal, klient, familj och andra berörda är mer väletablerad.

I en nationell undersökning om medborgerligt engagemang från 2019 angav 46 procent att de regelbundet hjälper någon de inte bor i samma hushåll som (Jegermalm 2020). Detta inkluderar både lättare och tyngre insatser och statistiken har varit stabil sedan slutet på 1990-talet då andelen steg från tidigare lägre nivåer (Jegermalm och Jeppsson-Grassman 2012; Jegermalm 2020). I denna artikel studeras en delmängd av dessa insatser, de informella vård och omsorgsinsatser som görs av besökande vid formella vårdinstitutioner. Vi vet inte från undersökningen hur stor andel av dessa insatser utförs av familj, sammanboende eller andra. Förmodligen är en stor andel familj och andra som inte bor samman med patienten, inte minst vuxna barn till dem. Dessa skulle falla inom ramen för det medborgerliga engagemang som civilsamhällsforskare studerar (von Essen & Svedberg 2020). Eftersom de här insatserna utförs utanför hemmet så kan de betraktas som insatser av civilsamhället även om de

utförs av personer som vanligtvis är sammanboende med patienten, på samma sätt som med engagemang i exempelvis kooperativt organiserad förskola, vård och omsorg (Pestoff 2009; Vamstad 2007). Gränsdragningen mellan familj och civilsamhällessfären är dock notoriskt oklar, forskare från olika länder tvistar exempelvis om under vilka omständigheter som föräldrars engagemang i barns idrottsföreningar är att betrakta som civilsamhällesengagemang (Dekker 2014). Alla besök på sjukhus och vårdboende kan inte heller betraktas som vård eller omsorg men de har bevisligen betydelse för vårdssituationen, mer precist vilken är en empirisk fråga för denna studie.

## Metod – om studien

Det material som analyseras här är hämtat från en intervjustudie med vårdpersonal där empiri samlades in under perioden 16 mars—5 maj 2020, det vill säga den allra första tiden för Coronapandemin. Deltagarna till denna studie är självrekryterade genom annonsering i sociala medier och nätverk. Samtliga har anmält sig genom en rekryteringssida på Mittuniversitetets webb. Dessa var undersköterskor, sjuksköterskor och läkare inom klinisk verksamhet på region-sjukhus, kommunal och privat verksamhet. Många jobbade specifikt med covid-19, inklusive intensivvård, medan många andra jobbade i annan vård och omsorgsverksamhet som i varierande grad påverkats av smittspridningen. Sammanlagt intervjuades 33 personer och i resultaten identifieras de med nummer, IP1, IP2 och så vidare.

Majoriteten av deltagarna arbetade inom olika verksamheter i Stockholmsområdet men även andra områden i Sverige, inklusive storstadsområden, städer, mindre samhällen och i glesbygd. Merparten av intervjupersonerna var kvinnor och intervjuerna genomfördes över telefon. Intervjuerna bestod i tidsåtgång ungefär till hälften av en narrativ fråga där intervjupersonen beskrev sin senaste arbetsdag, med följdfrågor, och till hälften av mer riktade frågor. Intervjuerna följde en guide som endast kompletterades något under undersökningens gång.

För denna artikel har materialet begränsats till utsagor om informella vård och omsorgsinsatser under första delen av Coronapandemin under våren 2020. Detta är subjektiva berättelser som ger uttryck för upplevelser av situationen under krisen. En tematisk innehållsanalys (Lundman & Graneheim 2017) har genomförts för att identifiera mönster som sedan presenteras som teman i resultaten om ideella vård och omsorgsinsatser.

## Resultat

Resultaten beskriver informella vård och omsorgsinsatser som utförs i relationen mellan personal, patienter och anhöriga. Beskrivningen grundar sig på per-

sonalens berättelser. Genom deras erfarenheter når vi kunskap om hur de själva ser på interaktionen mellan de tre grupperna som står i fokus. Personalen är därmed en källa till information om det som här kallas för en vårdallians, där personal, patienter och anhöriga genomför vård tillsammans.

### *Vårdalliansen*

Betydelsen av de informella vård och omsorgsinsatserna märks tydligast bland den personal som jobbar på vårdboenden och på LSS-boenden. Vården vid sådana institutioner beskrivs som ”relationsviktig” och som ett samarbete mellan ”personalen, brukarna och deras anhöriga” (IP10, sjuksköterska, kommunal omsorg). Att en part försvinner i arbetsrelationen får naturligtvis konsekvenser för vården. Personalen beskriver:

*Alltså, från att vi varje dag, varje pass har anhöriga som sitter och kollar vad vi gör och sen sitter och håller sina anhöriga i handen, de vet vad som händer och är med på ett helt annat sätt, till att inte ens binna med ett telefonsamtal, det är ju jobbigt för mig med. (IP28, sjuksköterska, intensivsjukvård)*

De anhöriga ger ett lugn till patienterna och indirekt även till personalen som kan släppa en vårdrelation och gå vidare till nästa. Kontakten mellan de tre parterna har under Coronakrisen i stor utsträckning skötts genom telefon men det har alltså varit svårt att ens upprätthålla denna begränsade kontakt. Denna effekt kommer också när behovet av lugn är än större än vanligt, boende på vård och LSS-boenden blir naturligt oroliga av att exempelvis se ambulanspersonal i skyddsutrustning hämta andra boende (IP6, sjuksköterska, intensivsjukvård). Frånvaron av anhöriga leder alltså till att personalen måste ägna större vård och omsorgsinsatser till både de som är och inte är direkt drabbade av covid-19.

### *Anhöriga som diagnosinstrument*

Betydelsen av informella vård och omsorgsinsatser för boende på vård och LSS-boenden är alltså en del av en vårdallians och på så sätt generell och mångsidig. För personalen i intensivsjukvården har dessa insatser också en mer specifik funktion som gjorde sig påmind när anhöriga inte längre kunde besöka sjukhusen. För personalen fungerar anhöriga som diagnosinstrument. En intervju-person förklarar:

*Alltså, normalt sett så är anhöriga väldigt närvarande på intensivvården. Och vi har dem ... liksom, man etablerar en relation, man lär också känna sin patient genom de anhöriga. Våra patienter är sällan vakna, utan de är sövda. (IP14, läkare, intensivsjukvård)*

En annan intervjuperson beskriver på ett liknande sätt:

*Alltså, det gör ... På ett sätt blir det lite omständligare ibland, för ibland så är ju anhörigas information väldigt viktig, så, för att få en lite bättre bild av patienter och så. (IP15, läkare, akutsjukvård)*

De anhörigas insats som diagnosinstrument kan alltså vara högst konkret, de kan svara på frågor och ge en relation till patienten som patienten själv inte kan förmedla. De närstående har dock även mer subtil del i miljön kring patienten som blir påtaglig när de inte längre är närvarande. En intervjuperson försöker sätta ord på denna funktion:

*Liksom, man läser av, man läser av, hur anhöriga ... Både hur de betar sig sinsemellan, i korridoren, inne hos patienten. Vilka frågor ställer de, liksom? Hur hanterar de sorg? Vad finns det för kultur? Alltså, det är så mycket man kan läsa in i att bara observera. Och det kommer vi inte kunna göra nu heller. (IP14, läkare, intensivsjukvård)*

Detta är säkerligen en informell vård och omsorgsinsats som de besökande förmodligen inte själva är medvetna om att de utför men för personalen i intensivsjukvården har den stor betydelse, på grund av patientens oförmåga att själv kommunicera.

### *En institutionaliserad anhörigroll?*

Frånvaron av anhöriga och deras insatser har fått en del personal att fundera kring om dessa idag har en mer institutionaliserad roll än tidigare. En intervjuperson jämför sin situation med den som skildras i TV-serien Babels hus från tidigt 1980-tal. Även om denna skildrade en inhuman sjukvård så framstod också en annan sida:

*Därför att han som är huvudpersonen där, han träffar människor, det finns biblioteksvagnar, kioskavagnar, det finns radioapparater på varje bord. Det finns inte längre, allt sånt är borta. (IP29, undersköterska, intensivsjukvård)*

Det som beskrivs är alltså hur många sociala kringfunktioner i vården har försvunnit, vilket rimligtvis ökat beroendet av att anhöriga tillhandahåller sådana. Det är enligt samma intervjuperson idag svårt för patienten själv att köpa ”en vaniljglass eller en Expressen”, det är något som anhöriga förväntas förmedla (IP29, undersköterska, intensivsjukvård). Dagens svenska sjukvård är högeffektiv med i en internationell jämförelse få sjukhusbäddar och korta genomsnittliga sjukhusvistelser (Socialstyrelsen 2018). Coronakrisen antyder att de anhöriga i

denna modell har en stor betydelse för de sociala kringfunktioner som sjukvården inte längre utför.

### *Oroskänslor bland patienter och boende*

Personalen märker alltså av att vissa aspekter av deras arbete blir svårare utan de informella vård och omsorgsinsatserna men frånvaron av anhöriga får förstås också konsekvenser för patienterna. En påtaglig sådan är en ökad oro bland patienter och boende. En grupp som är särskilt drabbad är demenssjuka som ”mår väldigt, väldigt dåligt över detta besöksförbud, som egentligen kanske hade behövt ha sin anhöriga hos sig för att få en bra tillvaro” (IP20, undersköterska, kommunal omsorg). Att lugna en demenssjuk boende kan ta upp mycket tid och de anhörigas insatser är viktiga eftersom vården inte har resurser att ersätta dem. En intervjuperson beskriver att vården ibland helt enkelt gör undantag från besöksreglerna eftersom de inte klarar sig utan anhöriga:

*Är det en dement som är jätteorolig, då får den självklart ha en anhörig med sig som sitter hos dem eftersom vi inte hinner det alla gånger. För vi räcker ju knappt till, till det andra. Så att där får de följa med. (IP23, sjuksköterska, akutsjukvård)*

Anhörigas insatser är förstås viktiga även för de som inte är demenssjuka. En intervjuperson beskriver de informella insatserna som viktiga, och inte bara i en pågående krissituation:

*Om det är någon som har fått en väldigt allvarlig diagnos och att det har kommit chockartat eller så. Så att man ... då blir det lite av ... ja, men lite en kuratorseffekt på det. Att, ja men, här behöver nog patienten en anhörig nära sig för att kunna ta sig igenom det. (IP15, läkare, akutsjukvård)*

När personalen inte hinner med att ge de insatser som de anhöriga vanligtvis ger så brukar de istället de medel som finns tillgängliga, vilket kan innebära nytillkommen eller utökad medicinering. Studien har inga siffror för användningen av lugnande medel under Coronakrisen men personalens upplevelse är att den har gått upp. En intervjuperson beskriver:

*Jag skulle gissa på att användningen av lugnande, typ Oxascand och så, att den har gått upp och jag tycker att jag ... jag svarar hela tiden på larm där patienter ber om att få något lugnande, och det brukar jag inte göra. Och det är väl det också, att de har inte möjlighet att träffa sina anhöriga, de får inte ha sin fika [...] De blir oroligare. Och det är någonting som vi inte kan väga upp, vi kan inte väga upp den relationen, hur vi än försöker. (IP16, undersköterska, kommunal omsorg)*

tema

Varken personal eller lugnande medel kan alltså väga upp den insats de anhöriga gör, vilket visar att en viktig del i vården och omsorgen gått förlorad under Coronakrisen.

### *Risker med informella vård och omsorgsinsatser*

I ljuset av alla de värdefulla insatser som anhöriga gör i vården bör också de risker som de innebär beaktas. Intervjuerna innehöll flera beskrivningar av sådana där den mest uppenbara under denna period förstas var smittorisken. Besöksförbudet underlättar i en ansträngd situation, ”man inte behöver oroa sig för att någon [anhörig] ska komma in med någon smitta” (IP1, undersköterska, kommunal omsorg). Även om anhöriga är viktiga så är det inte värt risken det medför att släppa in dem:

*Men som läget är precis just nu, där vi inte har någon smitta inne i huset, men däremot 62 människor där majoriteten är födda på 30-talet, så jag skulle nog faktiskt inte släppa in den personen. (IP3, läkare, kommunal omsorg)*

Att ha anhöriga närvarande på sjukhus och boenden innebär inte bara att patienten eller den boende blir lugnare utan också att det skapas ett orosmoment för andra patienter. Besöksförbudet kan därför i vissa sammanhang innebära att det faktiskt blir lugnare än vanligt för patienterna. En intervjuperson förklarar:

*Ja, de [patienterna] får ju lugn miljö [till följd av besöksförbudet]. En massa anhöriga som springer och så, så att ... som är där och ... ja, men dementa ska ha lugn och ro och så. De ska inte ha ... ja, men att deras egna anhöriga är där, men sen det är en massa andra anhöriga. Då blir det lite rörigt, så. (IP13, sjuksköterska, privat omsorg)*

De anhöriga som ändå ges tillträde till exempelvis vissa boenden under krisen kan också vara särskilt orosskapande då de tar med sig sin egen oro för covid-19. Särskilt problematiskt kan det vara för patienter som har svårt att förstå och den personal som vårdar dem:

*Eller så kommer de, och så börjar de prata om det här, och då blir det ännu värre för oss som jobbar med det. De skräms upp, om man säger så. Det blir en ... De kan elda på det vi inte behöver där vi försöker kanske skydda dem. Man behöver kanske inte titta på alla nyhetsändringar som är om covid-19. Man behöver inte titta i nyheterna eller tidningarna [...] Så det gör det lite svårare, för jag tror inte de förstår för de går hem och lever, men man förstår nog inte riktigt vad det skapar med någon som inte förstår och som är sjuk, psykiskt sjuk som inte förstår. (IP18, undersköterska, kommunal omsorg)*



Informella vård och omsorgsinsatser är alltså inte något ensidigt positivt och de anhöriga och bekantas insatser kan också innebära problem och ge negativ påverkan under en pågående krissituation.

### *Betydelsen av informella insatser för de som utför dem*

En vårdallians innebär vanligtvis inte bara att alla parter kan bidra utan att alla parter erhåller ett värde av den ömsesidiga relationen (Mol 2008). Detta gäller även anhöriga som genom sina informella insatser även tillgodoser egna behov av bland annat delaktighet och kontroll, vilket ytterst är viktigt för deras välbefinnande. Besöksförbuden har inneburit att anhöriga ”ringer mycket mer och vill höra hur det är med sina närstående” (IP1, undersköterska, kommunal omsorg). Relationerna är dock svår att upprätthålla över telefon och det har under krisen utarbetats olika strategier för att komma runt denna begränsning. Detta gäller särskilt när det gäller palliativ vård, som är ett område inom vilket besöksförbudet utmanats och där vissa vårdgivare under tiden för datainsamlingen väljer att göra undantag i dessa situationer medan andra inte gör det. En intervjuperson beskriver besöksstrategier med användning av altaner och uteplatser men tillägger också ”men självklart får de komma om det är så att det blir palliativt” (IP2, sjuksköterska, kommunal omsorg). Personal vid vissa vårdinstitutioner vittnar om en restriktiv linje medan andra menar att man kan kompensera genom olika skyddsåtgärder:

*De får sprita sig innan, de får inte uppvisa sjukdomssymtom, och vi personal får hålla social distans på det vi kan. Både mot dem och de mot oss. Och sen så får de vara inne på rummet hos den som är svårt sjuk. Så att det har vi löst och det fungerade väldigt bra, faktiskt. (IP20, undersköterska, kommunal omsorg)*

Personalen fick utarbeta sina strategier medan krisen pågick och tillsammans fick de ta ställning till att hantera en ovanlig situation. En intervjuperson beskriver:

*Men att vi behövde ta tid i dag och prata ihop oss lite bättre om hur vi ska hantera det. För det måste få gå att göra undantag för någon ligger för döden. Då måste vi släppa in anhöriga. Och vilka ... hur ska det här gå till och så där. Så det förberedde vi lite grann för i går då. (IP3, läkare, kommunal omsorg)*

Strategier till trots verkar de anhörigas delaktighet i vårdsituationen ha varierat mellan olika institutioner men också mellan olika anhöriga. Det beskrivs hur ”vi måste göra undantag, ifall någon ligger för döden” men också att ”vi kommer att göra en bedömning från fall till fall och ge någon slags dispens” (IP3, läkare, kommunal omsorg). De anhörigas insatser kommer alltså på undantag

och det finns flera faktorer som avgör om de får besöka eller inte, personalen bedömer ”vilka anhöriga känns okej att bjuda in, och just av det här med säkerhetsskäl, så vad vi hinner med” samtidigt som ”det har mest varit att man har ringt och sagt att nu avslutar vi och anhöriga bara får veta det” (IP28, sjuksköterska, intensivvård). Detta tillstånd är förstås ett resultat av en situation som är väldigt svår för personalen, en intervjuperson beskriver hur de måste prioritera bort besök på grund av totalförbud eller att besök skulle vara för resurskrävande av smittskyddsskäl:

*Och det är så högt inflöde så vi måste omprioritera, så det är liksom att de inte får komma och säga hej då, eller beroende på vilka riktlinjer det är på sjukhusen, om de får komma eller inte komma in. Och det är så hjärtskärande att höra när de pratar [via telefon/iPad] och säger hej då. Det är ingenting som vi blir utbildade i, i skolan. (IP30, undersköterska, akutsjukvård)*

De anhörigas insatser är alltså viktiga för personal, patienter och dem själva men det är denna del i vårdalliansen som måste prioriteras bort. De anhörigas relativt svaga position i en krissituation gör att de särskilt drabbas av osäkerhet då förbud och undantag görs på lokal nivå och även från fall till fall.

## Diskussion

De intervjuer som ligger till grund för denna studie gjordes under de allra första veckorna efter att WHO definierat situationen som en pandemi. Analysen visar hur informella vård och omsorgsinsatser har en stor och mångsidig betydelse som blivit tydlig genom Coronakrisen. Besöksförbud vid vård och omsorgsinrättningar motiveras av smittorisen men även att den hårt ansträngda personalen måste prioritera bort anhörigkontakter och särskilt smittskydd vid besök. Samtidigt är det också tydligt att frånvaron av anhöriga och deras informella insatser i vissa avseenden lett till en tyngre arbetsinsats för personalen. Frånvaron av lugnande anhöriga kompenseras i vissa fall med medicinering då personalen inte hinner eller orkar ta deras plats. Relationen mellan personal och patient blir svårare utan anhöriga och vården blir på så sätt sämre. Resultaten visar också på att denna försämring kan vara motiverad på grund av smittorisk men också eftersom besökande kan oroa de som de inte lugnar.

De informella vård och omsorgsinsatserna bör utifrån dessa resultat förstås som en del i ett pågående utbyte med personal, patient och anhöriga i en vårdallians. De olika effekterna av frånvaron av de anhöriga visar på betydelsen av den ömsesidiga relationen för alla tre kategorierna. I exemplet med intensivvården betyder detta att personalen mister ett diagnosredskap, de anhöriga förlorar delaktighet och kontroll över situationen och patienten får sämre vård.

Betydelsen av samverkan framstår alltså tydligt men det är också tydligt att relationen mellan de tre kategorierna inte är jämlik. De anhöriga kan vara både en risk och en tillgång men vården är snar att se dem som en belastning med uteslutning ur alliansen som följd. Sättet på vilket bedömningen av deras betydelse och rätt i vårdsituationen varierar på ett oförutsägbart sätt visar också på en svag position i relationen. Sammantaget står det alltså klart att Coronakrisen gett ytterligare belägg för att informella vård och omsorgsinsatser är viktiga, men den har också visat att anhöriga även fortsatt ges en underordnad roll som ytterligare förtydligas i en krissituation.

## Referenser

- Castro, E.M., van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W. & van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literary review, i *Patient Education and Counseling*, 99, 12, 1923-1939
- Dekker, P. (2014). "Tocqueville did not write about soccer clubs: Participation in voluntary associations and political involvement". I: Freise, M. & Hallman, T. (red). *Modernizing democracy? Associations and associating in the 21st century* (s. 45-58). New York: Springer
- von Essen, J. & Svedberg, L. (2020). *Medborgerligt engagemang i Sverige 1992-2019*. Stockholm: Ersta Sköndal Bräcke högskola
- Hyde, P. & Davies, H.T.O. (2004). Service design, culture and performance: Collusion and co-production in Health care, i *Human Relations*, 57, 11, 1407-1426
- Jegermalm, M. (2020). "Informella insatser – trender, omfattning och profiler av dem som gör insatser". I: von Essen, J. & Svedberg, L. (red). *Medborgerligt engagemang i Sverige 1992-2019*. Stockholm: Ersta Sköndal Bräcke högskola
- Jegermalm, M. (2006). Informal Care in Sweden: a Typology of Care and Care givers, i *International Journal of Social Welfare*, 15, 332-343
- Jegermalm, M. (2005). *Carers in the Welfare State: On Informal Care and Support for Carers in Sweden*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete
- Jegermalm, M. & Jeppsson-Grassman, E. (2012). Helpful Citizens and Caring Families: Patterns of Informal Help in Sweden in a 17 year perspective, i *International Journal of Social Welfare*, 21, 422-432
- Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2017). "Kvalitativ innehållsanalys". I: Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 219—234). Lund: Studentlitteratur
- Lundström, T. & Svedberg, L. (2003). The Voluntary Sector in a Social Democratic Welfare State: The Case of Sweden, i *Journal of Social Policy*, 32, 2, 217-238
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London & New York: Routledge
- Palumbo, R., (2016). Contextualizing Co-production of Health Care: A Systematic Literature Review, i *International Journal of Public Sector Management*, 29, 1, 72-90
- Pestoff, V. (2009). *A Democratic architecture for the welfare state*. London: Routledge

tema

Socialstyrelsen (2018). *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen*. Stockholm: Socialstyrelsen

SOU 1993:82 (1993). *Frivilligt socialt arbete: Kartläggning och kunskapsöversikt*. Stockholm: Fritzes förlag

Svedberg, L. (2001). ”Spelar ideella och informella insatser någon roll för svensk välfärd?”. I *SOU 2001:52 Välfärdstjänster i omvandling*. Stockholm: Fritzes förlag

Wall, E. (2020). *Hellre en rimlig jobbsituation än applåder. Vårdpersonalens budskap om arbetssituationen under den första tiden av smittspridning av Coronaviruset i Sverige 2020*. Mittuniversitetet: Östersund. ISBN: 978-91-88947-62-8

Vamstad, J. (2007). *Governing welfare: the third sector and the challenges to the Swedish welfare state*. Östersund: Mit-tuniversitetet

## Vill du annonsera i Socialmedicinsk tidskrift?

En annons i Socialmedicinsk tidskrift når många olika grupper av intresserade och medvetna läsare. Det finns möjlighet att annonsera både i tidskriften och på hemsidan. Eftersom många av prenumeranterna är bibliotek och institutioner når du ut till en bred läsekrets. Bland våra läsare finns bl.a. intresserad allmänhet, tjänstemän i kommuner och landsting, politiker, personer som arbetar inom socialtjänst, vård och omsorg samt studenter och forskare vid universitetet.

Annonspriser 2021 (exkl. moms):

- Helsida baksida 7000kr
- Helsida insida 5000kr
- Helsida inlaga 4000kr
- ½ sida 3500kr
- ¼ sida 2000kr
- Webbannons 500kr/vecka
- Webbannons 1500kr/månad

Beställning av annons görs via: [redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se](mailto:redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se)