



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

”Jag tycker inte att man skall be andra om hjälp”

- *En kvalitativ studie om anhörigvårdares situation i Japan*

Socionomprogrammet

C-uppsats VT 2010

Åsa Andersson och Maiko Shimoda

Handledare: Siv Hansson

ABSTRACT

Titel: ”Jag tycker inte att man skall be andra om hjälp” - En kvalitativ studie om anhängvårdare situation i Japan

Författare: Åsa Andersson och Maiko Shimoda

Nyckelord: elderly, family- caregiver, Japan

Syftet med denna uppsats är att *undersöka hur anhängvårdare i Japan beskriver sin situation som vårdgivare till äldre anhänga*. För att besvara detta har sex kvalitativa intervjuer med japanska anhängvårdare genomförts. Intervjuerna har sökt svar på hur informanterna beskriver sina förutsättningar att ansöka om hjälp från samhället, hur de upplever omgivningens förväntningar samt hur de upplever sina egna möjligheter att påverka situationen. Ur resultaten har en bild av de anhängas position framkommit, där denne är mycket utsatt. Resultaten visar på att anhängvårdarna inte ställer några krav på samhället utan är tacksamma för den hjälp de får. Vidare ger anhängvårdarna en ambivalent bild av vilket ansvar samhället har och vilket ansvar de själva skall ha över vården. Utifrån rollteorin framkommer att rollen som anhängvårdare är överordnad deras andra roller vilket präglar deras vardag. Utifrån socialutbytesteorin framkommer att det är en ojämn maktbalans i relationen mellan vårdgivare och vårdtagare där vårdgivaren offerar mer än den får tillbaka genom att rätta sig efter vad vårdtagaren önskar eller vad de tror vårdtagaren önskar. Resultaten visar även på att anhängvårdarna inte ber övriga familjemedlemmar om hjälp eller avlastning utan isolerar sig i sin många gånger vårdkrävande situation vilket gör att de är anhängvårdare dygnets alla timmar.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Syfte och frågeställningar	2
2.1. Begreppsförklaringar	2
2.2. Uppsatsens disposition	3
3. Bakgrund	4
3.1. Historisk bakgrund	4
3.2. Den allmänna vårdförsäkringen	5
4. Tidigare forskning	6
4.1. Innan vårdförsäkringens införande.....	6
4.2. Efter vårdförsäkringens införande.....	7
5. Teoretiska perspektiv	9
5.1. Rollteori.....	9
5.2. Social utbytesteori	10
6. Metod	12
6.1. Kvalitativ forskningsansats	12
6.2. Litteratursökning	12
6.3. Informanterna	12
6.4. Urval och avgränsningar	13
6.5. Intervjuguide och intervjuöversikt	13
6.6. Tillvägagångssätt.....	14
6.7. Förförståelse	15
6.8. Tillvägagångssätt vid bearbetning och analys.....	15
6.9. Kvalitetssäkring.....	16
6.9.1. Validitet.....	16
6.9.2. Reliabilitet	17
6.9.3. Generaliserbarhet	17
6.10. Etiska överväganden	17
7. Resultat och analys	19
7.1. Presentation av informanterna.....	19
7.2. Resultat - förutsättningar att ansöka om hjälp från samhället	20
7.2.1. Det sociala nätverket som informationskälla	20
7.2.2. Skiftande bedömningar i ansökningsprocessen.....	21
7.2.3. Önskade hjälpinsatser från samhället	21
7.2.4. Betydelsen av samhällshjälpen.....	23
7.3. Analys.....	24
7.4. Resultat - Omgivningens förväntningar på anhörigvårdarna	27
7.4.1. Förhållningssätt gentemot grannar	27
7.4.2. Förhållningssätt gentemot familjemedlemmar och vänner	28
7.5. Analys.....	29
7.6. Resultat - Möjligheten att själv påverka sin situation	30
7.6.1. Vardagen för anhörigvårdare	30
7.6.2. Upplevd självvaldhet.....	32
7.7. Analys.....	32
8. Avslutande diskussion	35
9. Litteraturförteckning	38
10. Bilagor	

1. Inledning

Har det lilla landet Sverige och det avlägsna landet Japan någonting gemensamt? Skillnaderna är säkerligen många men en gemensam faktor är att andelen äldre i befolkningen ökar och därmed ökar också behovet för länderna att erbjuda den vård och omsorg de äldre kräver. Idag är det vanligt med studiebesök av japaner i Sverige då detta land i många avseenden anses vara ett föredöme gällande socialpolitik och äldreomsorg. Japaner lär sig av svenskar och vill veta mer hur vi organiserar och bemöter men en, i sammanhanget, adekvat fråga är vad vi egentligen vet om det japanska systemet. Det görs även studiebesök av svenskar i Japan och det kan därav tyckas självklart att en sådan förståelse borde vara en förutsättning i samverkansarbetet. Vår uppfattning är dock att det finns stora brister i kunskapen om hur den japanska verkligheten ser ut.

I Japan finns ett ordspråk som säger att man *skall inte bo så långt bort från sin familj att soppan hinner kallna*. Detta visar hur man i Japan värnar närheten till och betydelsen av familjen. Denna uppfattning innefattar även en förväntan om att den yngre generationen skall ta hand om den äldre när så blir aktuellt. I Sverige förlitar vi oss på att samhället träder in och tar det ansvar de anhöriga i Japan traditionellt har. Situationen i Japan håller dock på att förändras i takt med utvecklingen där allt fler arbetar, flyttar och inte längre kan förväntas ta hand om sina anhöriga. För att möta de nya behoven har den japanska staten infört ett vårdförsäkringssystem som är grundat på ett standardiserat bedömningsinstrument vilket är evidensbaserat. Detta är något som har efterfrågats i Sverige för att kunna öka möjligheterna till enhetliga bedömningar av vård och omsorgsbehov hos de äldre.

Vi har rest till Japan och mött dess kultur med både svenska och japanska ögon, då en av oss kommer därifrån, för att om möjligt få en större förståelse för det japanska systemet utifrån anhörigvårdarnas situation. Denna uppsats gör inga anspråk på att kartlägga eller resultera i en sådan överskådlig bild. Förhoppningsvis kan vi dock väcka ett intresse och en något större förståelse för de anhörigvårdare som lever i det japanska vårdförsäkringssystemet för äldre.

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att undersöka hur anhörigvårdare i Japan beskriver sin situation som vårdgivare till äldre anhöriga. Frågeställningarna för att om möjligt besvara detta är följande:

- Hur beskriver anhörigvårdarna sina förutsättningar att ansöka om hjälp från samhället?
- Hur upplever anhörigvårdarna omgivningens förväntningar på dem?
- Hur upplever anhörigvårdarna möjligheterna att själva påverka sin situation?

2.1. Begreppsförklaringar

Begrepp kan tolkas olika och därför är det viktigt att i detta sammanhang klargöra vad som åsyftas. Vi har därför här nedan valt att närmare förklara de begrepp vilka vi anser vara centrala i vår studie.

Äldre

Äldre syftar i denna uppsats till personer över 65 år vilka nyttjar hjälpinsatser från den allmänna vårdförsäkringen, samt vårdas av anhörig i hemmet. Att åldersgränsen för äldre dras vid 65 år i denna uppsats är på grund av att vårdförsäkringen i huvudsak är till för personer från 65 år. Synonymt med äldre används även *vårdtagare*.

Anhörigvårdare

I denna uppsats syftar anhörigvårdare till en person inom familjen som vårdar en äldre familjemedlem och delar hushåll med denne. Vidare används *vårdgivare* som en synonym till anhörigvårdare.

Den allmänna vårdförsäkringen

Benämningen från internationell forskning är *Public Long Time Care Insurance* (Campbell, Ikegami, 2003). På japanska heter den *Kaigohoken seido* (Koyano, 2003). Vi har valt att använda oss av den svenska översättningen *den allmänna vårdförsäkringen* som är hämtad från tidigare forskning (Kurube & Lagergren, 2008). Synonymt med den svenska översättningen används i denna uppsats även nedkortade varianter; *vårdförsäkringen* samt *vårdförsäkringssystemet*

Traditionella familjesystemet ”ie”

Det japanska ordet *ie* har flera betydelser såsom exempelvis familj, hus och härkomst. De äldre i Japan växte upp med detta traditionella familjesystem och det karakteriserades av att mannen hade all makt i familjen, respekt skulle visas för de äldre samt att kvinnan hade låg status (Sodei, 1995). Den huvudsakliga uppgiften för familjen var att föra familjens namn, sociala status och tillgångar vidare generation efter generation. För att säkerställa detta ärvdes alla familjens tillgångar av den äldsta sonen. Eftersom sonen fick arva föräldrarna blev det hans plikt att bo kvar med dem och sörja för deras omvårdnad på äldre dagar. Den praktiska omvårdnaden föll på den äldsta sonens hustru. Om det inte fanns någon son i familjen, adopterades den äldsta dotterns man och blev således familjens överhuvud. På grund av

vikten att föra vidare familjens sociala status arrangerades äktenskap och det var en fråga mellan två familjer, inte två individer. *Ie* systemet dateras vanligtvis från Meiji perioden (1868-1911) i japansk historia (Koyano, 2003).

Care manager

Är vanligtvis utbildad sjuksköterska eller socialarbetare. Care managern finns till för de äldre och deras familjer som använder sig av insatser från vårdförsäkringssystemet (Kurube & Lagergren, 2008). Deras uppgift är att ge råd om olika insatser efter att den sökande fått ett beslut. Vidare skall en care manager upprätta en vårdplan samt företräda rättigheterna åt de som använder sig av vårdförsäkringssystemet (Campbell & Ikegami, 2003).

***Nintei chosain* (Bedömningsutredare)**

En *Nintei chosain* kan även i likhet med en *care manager* vara utbildad sjuksköterska eller socialarbetare. Deras uppgift är att genom ett nationellt standardiserat frågeformulär ta reda på den sökandes hälsotillstånd samt vårdbehov (Kurube & Lagergren, 2008).

Dagverksamhet

I Internationell forskning benämns det *day services center* (Campbell & Ikegami, 2003). Vi har valt att använda oss av den svenska översättningen *dagverksamhet* (Kurube & Lagergren, 2008). Värt att notera är att dagverksamhet i svensk bemärkelse är mer inriktad på social samvaro. I Japan kan äldre få behov tillgodosedda på dagverksamheten som exempelvis bad. Dagverksamhet är en av hjälpinsatserna man kan få från vårdförsäkringssystemet. Försäkringen täcker själva avgiften för vistelsen, övrigt såsom kostnad för mat eller inkontinenshjälpmedel får bekostas av vårdtagaren (<http://www.fukuoka-kaigo.jp>).

2.2. Uppsatsens disposition

Uppsatsen är disponerad likt följande. Först återfinns ett inledande kapitel, sedan följer kapitel 2 där *syfte* och *frågeställningar* presenteras med efterföljande begreppsförklaringar. I kapitel 3 presenteras en *bakgrund* där en historisk beskrivning ges samt information om det allmänna vårdförsäkringssystemet redovisas. Kapitel 4 tar upp relevant *tidigare forskning* inom ämnesområdet. Efter detta kommer kapitel 5 där vi redogör för vilka *teorier* vi har valt att använda oss av i studien. Därefter kommer kapitlet 6 där de *metoder*, tillvägagångssätt och urval redovisas samt de forskningsetiska aspekterna tas upp. I kapitel 7 redovisar vi *resultaten* samt *analyserar* med hjälp av våra valda teorier samt tidigare forskning. Avslutningsvis i kapitel 8 återknyts till uppsatsens syfte och frågeställningar och presenteras under *avslutande diskussion*.

3. Bakgrund

Nedan följer en presentation av bakgrunden till ämnesvalet. Inledningsvis ges en för ämnet relevant historisk bakgrund i syfte att ge läsaren kunskap om vilka aspekter som ligger bakom dagens situation för anhängvårdare i Japan. Avslutningsvis presenteras information om den allmänna vårdförsäkringen. Detta för att vårdförsäkringsystemet utgör grunden för den hjälp man som anhängvårdare kan få av samhället.

3.1. Historisk bakgrund

Japan är det land i världen som har den snabbaste tillväxten av en åldrande befolkning. Det är beräknat till att år 2025 kommer var fjärde japan vara över 65 år. Orsakerna detta beror på är minskande födelsetal i kombination med en ökad medellivslängd. På 1970-talet nådde Japan FN:s definition av en åldrande befolkning vilket betyder att 7 % är över 65 år (Izuhara, 2004). Synen på Japan som ett åldrande samhälle är dock ett relativt nytt fenomen. Det var inte förrän på 1980-talet som frågan om vem som skulle ta hand om den åldrande befolkningen började ses som ett problem och behandlas därefter. Innan dess hade det setts som en mer eller mindre självklarhet att det var familjens ansvar att ta hand om de äldre. Således var hela Japans sociala välfärdssystem uppbyggt kring detta. Det ökade antalet äldre tillsammans med Japans socioekonomiska och industriella utveckling gjorde det svårt för många familjer att sörja för omvårdnaden. Det var många som var tvungna att flytta till städerna för möjlighet till arbete, och de trånga boendena i städerna omöjliggjorde att den äldre generationen kunde följa med (ibid). Exempelvis ökade befolkningen i japanska städer från 25 % år 1930 till 68 % år 1980 (Koskiahö, 1995).

På grund av de drastiska förändringarna som skett i Japan under 1900-talet skapades en osäkerhet över det traditionella familjesystemet kallat "ie" (Koyano, 2003). I skolan ingick undervisning kring "ie" och dess värderingar att det var den äldsta sonens plikt att ärva föräldrarna och bo med dem och vårda dem när de blev äldre. I sin tur föll ansvaret på sonens hustru att ta hand om den praktiska omvårdnaden av svärföräldrarna. Detta traditionella familjesystem håller på att luckras upp i dagens Japan (Kurube & Lagergren, 2008). En anledning till detta är att kvinnor som förväntades ta rollen som anhängvårdare i större utsträckning har yrken utanför hemmet. Mellan år 1975 och 1993 fördubblades antalet kvinnor på arbetsmarknaden (Yamamoto & Wallagen, 1997). Nästan hälften av japans befolkning över 65 år bor dock fortfarande i samma hushåll som sina barn vilket visar att på att det traditionella systemet alltså lever kvar (Kurube & Lagergren, 2008).

Japanska politiker besökte Sverige och andra europeiska välfärdstater under 1980-talet för att lära sig av deras erfarenheter för att försöka hitta en lösning på det stora problemet med den åldrande befolkningen som landet stod inför. Regeringen presenterade 1990 därefter en 10-års strategi för långtidsvård av äldre, den så kallade *guldplanen*. I och med denna så skulle stödsystemet utvecklas för äldre och deras familjer (Yamamoto & Wallhagen, 1997). Välfärdsplanen var inspirerad av den japanska livsstilen, det vill säga att omsorgen om de äldre skulle vara baserad på familjen med samhället som stöd. Äldreboende var till för dem som inte hade något socialt nätverk i form av släkt och familj (Anbäcken, 1997).

Under 1990-talet omarbetades guldplanen på grund av att regeringen hade stora problem med att möta vårdbehoven från den snabbt växande äldre befolkningen. I kombination med de finansiella problemen samt en förändring av synen på att vården om de äldre var familjens ansvar, tvingades regeringen att hitta en ny lösning (Campbell, Ikegami, 2003).

3.2. Den allmänna vårdförsäkringen

Nedan följer en sammanfattande beskrivning av det japanska vårdförsäkringssystemet. Sammanfattningen syftar till att ge en övergripande bild av systemet med relevant information så att läsaren skall förstå informanternas utsagor i resultat redovisningen¹.

Den viktigaste reformen för det sociala välfärdssystemet för äldre i Japan infördes år 2000. Finansieringen avsågs att lösas genom ett försäkringssystem där de japanska medborgarna skulle hjälpa till att betala kostnaderna för vården av äldre, den så kallade allmänna vårdförsäkringen. Utvecklande av hjälpinsatser hade för avsikt att nu ge ett ökat samhälleligt ansvar för omvårdnaden om de äldre. Betalning till vårdförsäkringssystemet är obligatoriskt för alla medborgare över 40 år (Koyano, 2003). Ett av de huvudsakliga syftena med systemet är att de äldre har insatser som stämmer in med deras vårdbehov, vilket skall trygga likformigheten samt rättsäkerheten. Detta sker genom ett detaljerat och formaliserat system som är lika över hela Japan (Kurube & Lagergren, 2008). Ansökan sker till kommunen och kan göras av individen själv eller dennes familj. Efter att ansökan är inkommen sker en utredning av den sökandes vårdbehov. Utredningen sker i två steg;

Steg 1: En *Ninteichosain* (bedömningsutredare) gör ett hembesök där man med hjälp av ett formulär som innehåller 74 frågor tar reda på den sökandes hälsotillstånd samt vårdbehov. Detta formulär är ett standardiserat och nationellt bestämt bedömningsinstrument. Med hjälp av ett dataprogram görs sedan en beräkning utifrån resultatet av vårdbehovsnivån från 1 till 5 (<http://www.fukuoka-kaigo.jp>).

Steg 2: Resultatet av första bedömningen samt bedömningsutredarens anteckningar från hembesöket tas tillsammans med sökandes läkarintyg upp för diskussion i en bedömningskommitté. Denna kommitté består av ett antal representanter för yrken inom vård och omsorg. Den sökande kan hamna i två typer av vårdnivåer; Behov av vård 1 till 5 eller behov av stöd 1 till 2 (<http://www.fukuoka-kaigo.jp>). Beslutet samt aktuell vårdbehovsnivå skickas hem till den sökande inom 30 dagar från ansökningsdatumet. En ny bedömning görs inom ett halvår och sedan en gång per år. När den sökande fått beslut om aktuell vårdbehovsgrad utarbetas en vårdplan. Denna vårdplan görs av vårdtagaren själv och/eller anhöriga samt en care manager. Efter att en vårdplan är utfärdad kommer care managern på hembesök en gång i månaden för att följa upp vården (ibid).

Vårdnivån som den sökande hamnar på, avgör hur mycket hjälp denne kan få. Det vill säga hur stor del av vårdkostnaden som täcks in av försäkringen. Det belopp som tillhör vårdnivån uppfylls helt eller delvis av konkreta insatser. Detta bestäms vanligtvis som förklarat ovan med hjälp av en care manager. Det är den äldre själv samt dennes anhöriga som bestämmer hur stor del av den hjälp man har rätt till som man vill använda sig av. Egenavgiften innebär att den äldre betalar 10 % av vårdkostnaden själv. Om man går över det utsatta beloppet inom varje vårdnivå måste man betala 100 % av egna medel. På grund av exempelvis egenavgiften avstår många från att använda all hjälp (Kurube & Lagergren, 2008). Av intresse att notera är att kriterierna som krävs för att den äldre skall bedömas vara i behov av ett trygghetslarm är att den är ensamboende (<http://www.fukuoka-kaigo.jp>).

¹ För en mer detaljerad beskrivning av vårdförsäkringssystemet, se bilaga 5.

4. Tidigare forskning

Efter genomläsning och sökning av tidigare forskning kan vi konstatera att det har bedrivits omfattande internationell forskning kring den japanska äldreomsorgen. Mycket av den tidigare forskningen tar upp frågan om det traditionella familjesystemet ”ie” samt hur Japan skall klara av att möta behovet av vård hos de många äldre. Forskare har speciellt intresserat sig för att japanska kvinnor förväntas vårda sina äldre anhöriga. Vidare så har den tidigare forskningen varit inriktad på försäkringssystemets inverkan på den japanska äldreomsorgen och systemets strävan att göra äldreomsorgen till ett samhälleligt ansvar, i stället för ett familjeansvar. Majoriteten av den tidigare forskningen har varit jämförande studier mellan Japan och antingen USA eller ett europeiskt land. Detta är dock inte aktuellt för denna uppsats, men vi har ändå valt att ta med en tidigare jämförande studie då vi fokuserat på de avsnitten som enbart tar upp Japan. Nedan följer en redogörelse för det aktuella forskningsläget relaterat till uppsatsens syfte. Kapitlet är uppdelat i tidigare forskning inom ämnesområdet före och efter införandet av vårdförsäkringen.

4.1. Innan vårdförsäkringens införande

Els-Marie Anbäcken, då verksam vid Institutionen för Orientaliska språk, Stockholms universitet, numera äldreprofessor vid Kwansai Gakuin-universitetet utanför Osaka, utkom år 1997 med sin doktorsavhandling *Who cares? Culture, Structure and Agency in Caring for the Elderly in Japan*. Anbäcken beskriver i sin avhandling ambivalensen som japanska anhörigvårdare känner, till följd av förändringarna i det japanska samhället. Hon förklarar att detta delvis kan bero på *cultural lag*, vilket är ett begrepp formulerat av den amerikanska sociologen William Ogburn. *Kulturell efterläpning*² innebär att de kulturella normerna i ett samhälle inte utvecklas i samma takt som den materiella standarden och tekniska utvecklingen och därför bildas en obalans mellan kulturella element och strukturella förändringar. I detta glapp kan det hos individen uppstå osäkerhet och förvirring. Anbäcken tar upp det gamla familjesystemet ”ie” där den äldsta sonens hustru skulle sörja för omvårdnaden om svärföräldrarna. Dagens vårdgivande kvinnor gifte sig i vetskapen att de förväntades flytta in till och ta hand om svärföräldrarna då de blev äldre. Dessa vårdgivare kan dock inte vara säkra på att själva bli hjälpta av den yngre generationen, eftersom denna vårdtradition uppluckrats. Vissa hoppas på att få omvårdnad av sina barn, andra bär vetskapen om att de inte har möjlighet eller vill kräva vård av sina barn.

Anbäcken förklarar vårdgivandet i Japan med att kulturen och strukturen ömsesidigt påverkar varandra. Å ena sidan lever de traditionella normerna kvar och å andra sidan så sker en organisering och utveckling av äldreomsorgen. Samhällsstrukturen innefattar exempelvis urbaniseringen, där barnen flyttar in till städerna för att arbeta. Kvar blir de åldrande föräldrarna, vilket gör att det har blivit vanligare i Japan att makar tar hand om varandra. Anbäcken talar om att den japanska familjen och det japanska samhället har gått från att vara tydligt åtskiljda, till att skiljelinjen mellan dessa flutit ut. Detta har underlättat för anhörigvårdare att ta emot hjälp utifrån. Hon kommer dock i sin avhandling fram till att den japanska kvinnan har svårt att få ihop att både vara mamma, hustru och anhörigvårdare. Konsekvensen blir att många känner skuld och en känsla av otillräcklighet. Anbäcken lyfter fram att ta hand om de äldre i hemmet skall vara ett val och inte något man automatiskt tar på sig att göra.

² Svensk översättning av Lars Tornstam i *Åldrandets socialpsykologi* (2005)

Biträdande professor i sociologi vid universitetet i Pittsburgh, Akiko Hashimoto, utkom år 1996 med avhandlingen *The gift of generations: Japanese and American perspectives on aging and the social contract*. Syftet med hennes studie är att synliggöra och förstå vad som gör att man blir anhängvårdare samt hur man blir förtjänt av att få vård ur ett kulturellt perspektiv. Enligt Hashimoto skapas en outtalad överenskommelse, *social contract*, mellan vårdgivare och vårdtagare. Denna överenskommelse bygger på vad Hashimoto kallar *symbolic equity*. Begreppet innebär att givaren blir skyldig att ge vård genom att vårdtagaren tjänat ihop till sin rätt att bli hjälpt av denne. Denna rättvisetanke skapar logiken med att vårda sina anhöriga och i Japan är traditionen att göra rätt för sig mycket stark. Hashimoto menar att i det japanska samhället har vårdtagaren tjänat ihop till sin rätt att bli vårdad, exempelvis genom att denne tidigare har tagit hand om barnbarnen eller hjälpt till ekonomiskt i hushållet. Således blir barnen skyldiga att ge tillbaka den omsorg de fick av föräldrarna när de växte upp. Enligt Hashimoto gör detta att det blir naturligare att be sina barn om hjälp än sin partner. Detta för att det är mer rättvist då den äldre generationen gjort sig förtjänta av hjälp. Vidare menar Hashimoto att japaner inte behöver vara mer familjekära än i andra länder men att de på ett effektivt sätt använder familjen som stöd för sina egna intressens skull, vilket den outtalade överenskommelsen bygger på.

4.2. Efter vårdförsäkringens införande

Yumiko Momose är biträdande professor vid *the School of Health Sciences* vid Shinshu-universitetet i Nagano. Kiyomi Asahara är professor och verksam vid *St. Luke's College of Nursing* i Tokyo. Sachiyo Murashima är professor vid *Department of Community Health Nursing* vid *the Graduate School of Medicine* vid universitetet i Tokyo. Tillsammans publicerade de i tidskriften *Home Health Care Management & Practice* år 2003 en artikel som tar upp hur anhängvårdares situation har förändrats i och med införandet av vårdförsäkringssystemet. I artikeln redovisas resultat från undersökningar som visar att de flesta svaranden är nöjda med systemet men att de inte tar emot all hjälp de är berättigade till. Orsakerna till detta förmodar artikelförfattarna vara följande: ekonomiska skäl, ovilja att ta emot hjälp från utomstående, en vilja att självständigt ta hand om sin anhörig, otillräcklig kunskap om systemet samt en oförståelse kring ansökningsprocessen. Vidare tar artikelförfattarna upp, i likhet med Anbäcken, att det i Japan finns en tydlig gräns mellan den inre världen, familjen, och den yttre världen, samhället. Detta gör att svårigheter uppkommer, särskilt med att ta hjälp från hemtjänsten. På grund av detta och de kulturella normerna om att det är familjens ansvar att ta hand om de äldre, ber anhängvårdare inte om hjälp från samhället.

Denna problematik tas även upp i en forskningsartikel i tidskriften *Social Policy & Administration* från år 2003. John Campbell är professor i politisk vetenskap på universitetet i Michigan. Naoki Ikegami är professor på *department of health and management* på Keio-universitetet i Tokyo. Tillsammans har de skrivit en rapport som lyfter fram att det är svårt att säga vilken inverkan vårdförsäkringssystemet har haft på anhängvårdarnas situation.

Artikelförfattarna anser dock att ökningen av antalet äldre som använder sig av dagverksamhet kan tyda på att anhängvårdare värderar möjligheten att få tid till sig själva. Dagverksamheten blir ett accepterat alternativ för dem som inte vill att deras anhöriga skall vara på ett permanent boende. Vidare nämns i artikeln att familjer kan ha det svårt ekonomiskt och därför inte kan använda alla insatser de har rätt till då 10 % av kostnaden för hjälpen betalas av familjen själv. Artikelförfattarna menar att anhängvårdare i Japan känner sig isolerade i sin situation, men att isoleringen brutits i de områden man börjat med självhjälpsgrupper. De kommer fram till att anhängvårdare har behov av att prata med andra

för att motverka sin stress och att de behöver få mer information om hur vårdförsäkringssystemet fungerar.

I Japan har Yumiko Arai, medicine- och filosofie doktor på *National institute for longevity sciences* i Aichi, Japan, ägnat forskning åt den japanska äldreomsorgen samt anhörigvårdare. I en forskningsartikel publicerad i *Journal of Epidemiology* år 2004 rapporterar han om en studie som genomförts med honom som forskningsledare. Syftet med studien var att kartlägga vårdtyngden hos anhörigvårdare. Detta gjordes genom att undersöka attityden hos anhörigvårdare gentemot vårdandet och vårdförsäkringssystemet. Intervjuerna skedde före och efter införandet av vårdförsäkringssystemet. Resultatet som rapporteras i artikeln visar att antalet anhörigvårdare som använde sig av samhällliga insatser ökat efter vårdförsäkringens införande. Rapporten visar vidare på en ökning i andelen anhörigvårdare som tycker att samhället skall ta större ansvar i vården om de äldre, samt en ökande acceptans bland anhörigvårdare att ta emot hjälp från samhället.

5. Teoretiska perspektiv

Nedan följer sammanfattade presentationer av de teoretiska analysverktyg vi använder oss av i vår undersökning. De olika teorierna är rollteori samt social utbytesteori. Varje teori presenteras utifrån dess relevans i denna uppsats analys. Det bör således observeras att redogörelserna ej övergripande tar med teoriernas alla beståndsdelar. Vidare bör det uppmärksammas att det är västerländska teorier som används för att söka förståelse ur ett österländskt perspektiv. Vi tar dock utgångspunkt i att rollteori likväl som utbytesteorin är relevanta i förhållande till de rådande kulturella, politiska och sociala förhållanden (Tornstam, 2005).

5.1. Rollteori

En människas identitet skapas enligt rollteori genom att omgivningens normer och tolkningar, delvis omedvetet, kopplas samman. Rollen blir då internaliserad av samhällsmedlemmarna. Dessa normer föder förväntningar som rollen bygger på (Angelöw & Jonsson, 2000). Rollförväntningarna kommer dels från omgivningen och dels från individen själv och inverkar på hur denne beter sig, det vill säga hur dess rollutförande blir (Tornstam, 2005). Centrala begrepp inom rollteori är *position*, *förväntningar*, *beteende* och *roll*. Individen har en given position i en grupp, exempelvis som mor i en familj. Förväntningarna handlar om att det finns normer eller regler hur man skall bete sig i en viss situation. Begreppet beteende handlar i stora drag om vad vi gör eller inte gör (ibid). En individ formar inte sitt liv och sitt beteende på egen hand utan påverkas av samhällets förväntningar på rollen samt det sociala sammanhang den befinner sig i. Dessa förväntningar har sin grund i historiska, kulturella och sociala element som är verksamma i den kontext individen befinner sig i (Angelöw & Jonsson, 2000). Rollerna skiljer sig åt då vissa roller är *tillskrivna* såsom rollen som man eller kvinna medan exempelvis yrkesrollen är *förvärvad* (Tornstam, 2005).

Rollteori utvecklades på 1930-talet av socialantropologen Ralph Linton som menade att termen roll inte är något statiskt utan en *process*. Linton menade att individen varseblir medvetet eller omedvetet förväntningarna som är riktade mot sin givna *position* i gruppen. Detta framkallar en *process* hos individen och den *rollskapande processen* leder till att individen *beter* sig på ett eller annat sätt i förhållande till rollen (Trost & Levin, 1996).

Ett bidrag till rollteori kommer från Ragnar Rommetveit, professor i psykologi. Han menade att termen förväntningar hade två olika infallsvinklar i skapandet av rollen, nämligen *sända* och *mottagna* förväntningar. De sända förväntningarna kan komma från samhället vi lever i som i mångt och mycket skapar de normer vi följer, exempelvis vad lagen säger. Individer mottar eller observerar förväntningar på vad som skall göras och vad som inte skall göras (Angelöw & Jonsson, 2000). Individen har heller inte bara *en* position i varje sammanhang utan identiteten är uppbyggd kring olika rolluppsättningar där varje position består av *delroller* som tillsammans skapar en *totalroll* (ibid). Inom rollteori kan det även förklaras med termen *multipla roller* vilket innebär att du både kan vara pensionär, mor och hustru samtidigt (Tornstam, 2005). Det finns ytterligare nivåer av hur pass uppenbara de olika positionerna är i en given situation då en roll kan vara överordnad en annan (Angelöw & Jonsson, 2000).

En *rollkonflikt* kan uppstå hos individen om positionen rymmer motstridiga förväntningar, något som kan ge upphov till skuld och en känsla av att inte räcka till (Repstad, 2005).

Det finns olika typer av rollkonflikter men inom rollteorin är det tre som vanligtvis brukar beskrivas. Rollteoretiker utgår från att individen inom varje arena har multipla roller. Exempelvis på en arena är arbetsplatsen. Inom arbetsplatsen kan motstridiga förväntningar riktas mot individen vilket resulterar i en rollkonflikt hos individen. Vidare kan arbetsplatsen samt familjen rikta förväntningar på individen, det vill säga att det kommer förväntningar från två olika arenor som det kan vara svårt att förena. Ytterligare exempel på en rollkonflikt är när individens förväntningar på sig själv inte går ihop med omgivningens förväntningar (Tornstam, 2005). Dessutom kan rollkonflikten mer ingående förklaras med att individen tar emot flera förväntningar inom samma position på hur denne skall bete sig, så kallad *Intra-rollkonflikt* (Angelöw & Jonsson, 2000). Vidare kan förekomma situationer där individen upplever en rollkonflikt på grund av att den missuppfattat förväntningarna som riktas mot denne. Individen kan uppfatta förväntningar som inte existerar eftersom en av orsakerna kan vara att förväntningarna inte tydliggjorts (Tornstam, 2005).

Kritik mot rollteorin har framförts av den amerikanska psykologen Ralph Turner som menar att man istället för förväntningar skall använda termen beredskap. Detta på grund av att som individ samspelar man alltid med en eller flera i alla våra positioner. Enligt Turner så är individen beteende beroende av dess förutsägelser på hur den man samspelar med kommer att agera. Således måste individen utifrån sin position vara beredd att handla utifrån uppfattningen av den tänkta responsen från den andra personen (Trost & Levin, 1996).

5.2. Social utbytesteori

Teorin om utbyte grundar sig i den ekonomiska forskningen och dess *nyttomaximerande* handlingar. Utbytesteorin har som utgångspunkt att handlingar styrs genom att individen önskar få en maximal vinst utifrån sitt agerande (Angelöw & Jonsson, 2000). Den ekonomiska utbytesteorin har influerat den sociologiska forskningen och företräds främst av Georg Homas. Istället för att tala om utbyte i ekonomiska termer väljer Homas att se på relationen av utbyte mellan två aktörer (ibid). Homas uppger att allt mänskligt engagemang har sitt ursprung i att handlingar är nyttomaximerade. Om någon form av *belöning* ges kommer individen fortsätta med sin handling. Behållningen av en belöning anses större om den varit svår att få eller föranletts av ett *motstånd*. Om individen inte får den belöning denne förväntat sig, kommer detta att skapa *frustration* (ibid). Enligt utbytesteorin bygger relationen mellan aktörer på och upprätthålls av ett ömsesidigt utväxlande av resurser och att belöningen man får ut av relationen uppväger det man får offra. Alla människor handlar enligt utbytesteorin efter största möjliga belöning (Carle m.fl, 2006). Homas använde termen *operanta betingningar* och använde den för att förklara utbytet mellan två aktörer. En aktör som exempelvis ger råd får belöning genom erkännande och socialt gillande. Den aktör som är mottagare av råd får belöning genom att bli hjälpt i en viss sak. Båda parter förstärker den andres beteende (Carle mfl, 2006).

Lars Tornstam, professor i sociologi vid Uppsala universitet tar upp begreppet *reciprocitet* som förklarar vikten av ömsesidiga relationer inom utbytesteorin (Tornstam, 2005). Reciprocitet innebär att aktörer som samspelar med varandra har rättigheter och skyldigheter i förhållande till varandra. En förväntan finns att man skall få tillbaka det man ger i en relation och en vilja finns hos de involverade aktörerna att upprätthålla *balansen* och förhindra obalans. I relationen strävar de involverade parterna efter en ömsesidighet där önskan är att upprätthålla en balans mellan givandet och tagandet. När detta lyckas, att båda parter vinner så mycket som möjligt på relationen blir samspelet mer tillfredställande (ibid). För att hålla en balans i relationen har den aktör som bidragit med sina resurser en förväntan på den andre aktören att denne skall återgälda detta (Carle. Mfl, 2006). I de fall där det är en

obalans i relationen kan den aktören med minst makt försöka jämna ut balansen. Ett alternativ för aktören kan då vara att söka andra resurser för ett utbyte som är mer givande (Tornstam, 2005).

Tornstam (2005) för fram Robert Pinkers resonemang om *reciprocitetsnormen*. Enligt Tornstam menar Pinker att balanserade reciproka relationer endast kan förekomma när varje part har samma villkor gällande skyldigheter och rättigheter. Pinker hävdar att man inom socialpolitiska åtgärder bör se reciprocitetsnormen som central. Detta för att inte människor skall hamna i en fullständig beroendeställning eftersom det finns en skillnad i status i de relationer där ena parten är givare och den andre mottagare, exempelvis gällande social service (ibid). Maktaspekten är centralt i utbytesteorin och ett sätt att utöva makt på inom utbytesteorin är när den ena parten är beroende av vad den andra har att ge. Ett tillvägagångssätt för att uppnå makt i en relation är att erbjuda sådant som den andra parten inte klarar sig utan, exempelvis gällande äldre som är i behov av vård. Vidare kan man se begreppet reciprocitet ur ytterligare en synvinkel, nämligen relationen mellan aktörer som tillhör olika generationer. Det ömsesidiga utväxlandet av resurser bygger på en vetskap hos den yngre generationen att deras välfärd till viss del har sin grund i de äldres tidigare arbete. De äldre skall nu få belöning för vad de tidigare offrat och begreppet *seriell reciprocitet* innebär att en viss tid kan gå mellan gåva och gengåva (Tornstam,2005).

Kritik som riktas mot utbytesteorin grundas främst i dess brister att förklara orsakerna bakom människors osjälviska handlande, samt att människa vid vissa tillfällen agerar altruistiskt. Vilket skulle tyda på att en människa inte alltid handlar utefter en nyttomaximerat vinst (Angelöw & Jonsson, 2000).

6. Metod

Detta kapitel syftar till att ge en beskrivning av hur undersökningen genomförts samt vilka processer som lett fram till det färdiga resultatet. Nedan följer en sådan redovisning. Kapitlet avslutas med en diskussion om kvalitetssäkring där studiens styrkor samt svagheter tas upp.

6.1. Kvalitativ forskningsansats

Vi har använt oss av en kvalitativ intervjumetod. Detta innebär att vår undersökningen bygger på att försöka förstå informanternas subjektiva upplevelse av det vi valt att studera (Larsson, 2005). Således står informanternas egna upplevelser och erfarenheter i fokus.

I forskningsprocesser använder man sig av olika metodologiska strategier. Vår undersökning grundar sig i en abduktiv strategi, vilket är en kombination av deduktiv och induktiv strategi. Den abduktiva strategin kännetecknas av en växling mellan teori och empiri som ömsesidigt påverkar varandra. Vår undersökning är deduktiv i den mening att frågeställningarna och valet av ämnet bygger på förförståelse och tidigare forskning. Den induktiva strategin framkommer i vår undersökning då vi valt teori efter den empiri som visat sig (Larsson, 2005).

6.2. Litteratursökning

I vår kartläggning av tidigare forskning har vi använt oss av universitetsbibliotekets sökverktyg GUNDA och Libris. Vi har även använt oss av Google scholar. Genom att använda sökorden *elderly*, *family-caregiver*, *Japan*, fann vi för vår uppsats relevanta avhandlingar om ämnet. Vi gjorde även sökningar via databasen Social service abstract där vi fann en mängd relevanta artiklar om ämnet. Vidare har vi sökt på tidigare forskningsars referenslistor. Detta tillvägagångssätt ledde oss fram till ytterligare relevanta artiklar.

Tidigare forskning har gjort oss uppmärksamma på tillförlitligheten på innehållet i vissa artiklar. Flertal undersökningar som gjorts och presenterats i olika rapporter saknar bakgrundsuppgifter. I vissa fall framgår ej vad människorna som svarade på enkäten hade för ekonomiska eller boendemässiga förutsättningar till att exempelvis vårda sin anhörig i hemmet (Anbäcken, 1997). Delvis kan vi hålla med om detta och många artiklar gallrades bort på grund av denna anledning. En noggrann läsning gjordes sedan av de artiklar vi ansåg mest tillförlitliga. Sökningar har även gjorts på japanska vetenskapliga artiklar som ej varit översatta till engelska inom ämnet. Dessa valdes dock bort då det var svårt att utvärdera titlar på artikelförfattarna och ansågs då ej tillförlitliga. Vidare har vi strävat efter att i största möjliga utsträckning använda oss av primärkällor i vår studie. I de fall där sekundärkällor används är det hämtad från litteratur skriven av erkända författare, vilket är ett av kriterierna i värdering av källor (Löf, 2005). Vårt mål har även varit att enbart ha med japanska källor som är översatta till svenska eller engelska. Svårigheter har dock uppkommit i enstaka fall där vi inte funnit en översättning av relevant material. I detta fall syftar vi främst på informationen om det allmänna vårdförsäkringssystemet. En genomgång av hela forskningsfältet har ej varit möjlig inom tidsramen för uppsatsen. Rimligen finns ytterliga för denna uppsats relevant tidigare forskning vilket vi ej funnit. Vi har fokuserat på tidigare forskning som tar upp orsaker till att man vårdar sina anhöriga i hemmet samt vilken påverkan vårdförsäkringssystemets införande har haft på anhörigvårdarens situation.

6.3. Informanterna

Empirin som denna uppsats bygger på utgörs av sex kvalitativa intervjuer vilka har tagit 45-60 minuter vardera att genomföra. Informanterna är mellan 53 och 77 år och har vårdat sina

anhöriga under 3 till 18 år. En av informanterna är en man och resterande är kvinnor. Samtliga informanter bor i samma hushåll som den anhöriga de vårdar.

6.4. Urval och avgränsningar

Frågeställningarna är tänkta att avgränsa vårt syfte genom att ringa in de tre olika perspektiven, samhälle, omgivning samt individen. Merparten av den tidigare forskningen har fokuserat kring kvinnans roll som anhängvårdare i Japan. Vi har valt att inte lägga fokus på genusperspektivet i undersökning. Det är emellertid oundvikligt att inte beröra genusperspektivet i uppsatsen då det framkommer tydliga skillnader i empirin. Dock vill vi uppmärksamma att det endast är en manlig informant och varför han avviker i sina svar kanske inte beror på att han är man. Den första ambitionen var att göra en jämförande studie i hur anhängvårdare i Japan samt Sverige beskriver sin situation. Det har dock inte varit tidsmässigt genomförbart inom ramen för denna uppsats därför koncentrerade vi oss enbart på Japan.

Ämnesområdet för vår uppsats har krävt att intervjuerna hållits i Japan vilket har inneburit svårigheter som måste tagas i beaktande. En av dessa aspekter har varit problematiken kring att nå respondenter på ett tillfredställande sätt samt att kontrollera urvalsprocessen. Vi hade begränsad tid på oss att genomföra alla intervjuer och det var av stor vikt att alla informanter kunde träffa oss dessa veckor. Därför gjordes avgränsningen till en mindre tätort i Japan där vi intervjuade sex anhängvårdare. Anledningen till att det blev just den tätorten är att en av oss är uppväxt i området. Vi tog kontakt via telefon med ett care manager-kontor som vi fått tips om genom ett telefonsamtal till stadens kommunkontor. Vi talade med en care manager och efter att ha förklarat syftet med vår forskning godkände hon att förmedla information till potentiella informanter. Enligt hennes önskemål faxades ett informationsblad³ till deras kontor som efter överenskommelse skulle skickas ut till anhängvårdare eller lämnas i samband med besök. Vi faxade även över ett intyg från Göteborgs universitet där det stod att C-uppsatsen var en del av vår utbildning. För att minimera risken för missförstånd informerade vi även över telefon care managen om de etiska aspekterna som vår forskning följer (www.vr.se). Vidare diskuterades med care managen om att hon skulle vara noga med att förklara att hon inte hade något med vår undersökning att göra, utan var vår kontaktperson för att möjliggöra att få kontakt med informanter.

På det aktuella kontoret arbetade det tre care managers och alla tre hjälpte till att förmedla informationsbladet. Vi fick fem informanter på detta vis. Dessa fem fick ytterligare ett informationspapper från oss, en översikt⁴ av intervjufrågorna, efter önskan om detta från vår kontaktperson. Vår tid i Japan var begränsad och merparten av alla intervjuer var tvungna att bokas innan avfärd. Detta ordnades genom hjälp från de care managers som vi hade kontakt med. De bokade in oss på en tid som anhängvårdaren själv bestämt. Den sjätte informanten fick vi kontakt med genom den så kallade snöbollsmetoden (Larsson, 2005). På plats i Japan tipsades vi av en släkting till en av oss, vars kollega vårdade sin mamma i hemmet. Fem av intervjuerna genomfördes i anhängvårdarnas hem och den sjätte intervjun genomfördes i ett rum på den aktuella informantens arbetsplats.

6.5. Intervjuguide och intervjuöversikt

³ Se bilaga 1

⁴ Se bilaga 4

Formen i vår intervjuguide⁵ är semistrukturerad och enligt Steinar Kvale, professor i psykologi innebär detta att frågorna inte är fast bestämda utan mer skall fungera som ett stöd för intervjuaren. Vidare menar Kvale att det är av stor vikt för kvalitén på intervjun hur frågorna är utformade. Frågorna i den semistrukturerade intervjuguiden skall vara relaterade till undersökningens frågeställningar och eventuella teman samt ge nödvändig bakgrundsinformation (Kvale, 1997). Intervjuguiden inleddes med information om etiska synpunkter, sedan följde allmänna frågor för att få en bakgrund till våra informanternas situation. De följande frågorna står under olika tematiseringar, vilket är utformade efter uppsatsens syfte och problemfrågeställningar. Efter varje avslutat tema har en sammanfattning gjorts för att klargöra att vi förstått informanten korrekt. I intervjuerna har inte alltid frågorna ställts i den följd de kommer på intervjuguiden, men vi har hållit oss till ett tema i taget. Vi avslutade varje intervju med ytterligare information om uppsatsen samt hur intervjun kommer att användas i uppsatsen, exempelvis att deras svar kommer att översättas till svenska. Informanterna fick även tillgång till ett exemplar av intervjuöversikten från care managern cirka en vecka innan själva intervjun. Den sjätte informanten fick intervjuöversikten i anknytning till intervjun. Intervjuöversikten ger en övergripande bild av vilka teman våra frågor kommer att ta upp.

6.6. Tillvägagångssätt

En av oss talar inte japanska således fick informanterna möjlighet att tacka nej till att båda skulle vara med under intervjun. Information om detta fick de i förväg av care managern när de anmälde sitt intresse. Den sjätte informanten som rekryterades på plats i Japan fick informationen en dag i förväg (av en släkting till en av oss). Detta tillvägagångssätt valdes för att informanten inte skulle känna sig tvungen att låta båda vara med under intervjun trots att bara en av oss förstod vad som sades. Ingen av informanterna tackade dock nej vilket innebär att vi båda var med vid alla intervjuer men av språkliga skäl kunde alltså bara en av oss genomföra intervjuerna. Den av oss som inte genomförde intervjuerna observerade miljön och intervjusituationen för att underlätta översättning och tolkning av material.

Eftersom fem av intervjuerna ägde rum i informanternas hem skapades naturligt en avslappnade miljö. Detta underlättade för att skapa en kontakt med informanterna, vilket datainsamlandet grundar sig i (Larsson, 2005). För att ytterligare skapa en förtroendefull stämning inleddes varje intervju med allmänt prat om vilka vi var och om Sverige. Intervjuernas längd varierade mellan 45-60 minuter. Intervjuerna registrerades på diktafon för att man som intervjuare inte skall behöva anteckna utan kan koncentrera sig enbart på informanten och en uppgift. Pauser och tonfall registreras på band, dock utelämnas aspekter såsom ansiktsuttryck och kroppsspråk (Kvale, 1997).

På två av de sex intervjuerna hörde vårdtagaren vad som sades under intervjun. Under intervjun med en informant befann sig vårdtagaren i samma rum. Under intervjun med en annan av informanterna satt vårdtagaren i rummet intill. Detta kan ha haft inverkan på deras svar, men trots det faktum att vårdtagaren hörde vad som sades talade de öppet om sin situation. Den av oss som genomförde intervjun blev påverkad av detta och kände en osäkerhet av att gå in detaljerat på känsliga frågor i respekt för vårdtagaren. Vi anser dock att det ej påverkat resultatet nämnvärt. Det hade dock varit önskvärt att den anhöriga inte hade vistats i hemmet vid intervjutillfället. Den sjätte intervjun som ägde rum på informantens arbetsplats var kortast då intervjun skedde under dennes rast. Löpande under intervjun

⁵ Se bilaga 3

tillfrågades informanten om hon ville korta ned tiden, vilket hon tackade nej till. Några av informanterna uttryckte att de tyckte det var synd att en av oss inte förstod vad som sades under intervjun, men detta upplevdes inte som ett stort problem. Vid alla intervjutillfällen fick vi intrycket av att det var en positiv upplevelse för dem, att vi visade intresse för deras situation. Flera av informanterna sade i slutet av intervjun att de fått ny energi av mötet med oss.

6.7. Förförståelse

Studien har författats av två personer som har olika bakgrund. Den av oss som stammar från Japan är uppvuxen i ett flergenerationshushåll där farmodern dels tog hand om henne som liten och dels ansvarade för omvårdnaden av sin svärmor. Den av oss som är från Sverige har en yrkesbakgrund som vårdbiträde på ett äldreboende. Vi genomförde praktikterminen vilken ingår i socionomutbildningen som biståndsbedömare inom äldreomsorgen. Under vår praktikperiod kom vi dagligen i samröre med svenska anhörigvårdare. Dessutom kom vi båda i kontakt med yrkesmänniskor som har haft utbyte med Japan inom äldreomsorgsfrågor. Detta väckte en nyfikenhet och intresse hos oss att träffa japanska anhörigvårdare och höra deras berättelser om hur de hanterar sin situation. Båda av oss har arbetslivserfarenhet i form av sommarvikariat som biståndsbedömare inom äldreomsorgen.

Vår förförståelse grundar sig i ovanstående samt tidigare forskning vi läst om ämnesområdet. Tidigare forskning handlar mycket om det traditionella synsättet där kvinnan alltjämt setts som ansvarig vårdgivare är det den uppfattningen vi haft med oss. Väntade resultat var att informanterna ville klara sig själva så långt det var möjligt innan de tog hjälp av samhället. Väntade resultat var även att merparten av informanterna skulle vara kvinnor samt att de skulle vara ensamma i vården av den anhörige.

6.8. Tillvägagångssätt vid bearbetning och analys

Denna studie utgår från den hermeneutiska traditionen vid bearbetning och analys av resultaten. Det hermeneutiska synsättet innebär att man tolkar och söker förståelse för informanternas berättelser och deras livsvärld (Thomassen, 2007). Inom hermeneutiken har forskarens förförståelse en väsentlig roll i tolkningen av andra människors subjektiva upplevelser. Det är därför av stor betydelse att den tydligt redovisas (ibid).

Vidare är det viktigt att forskaren är medveten om att processen från tal till skrift har inverkan på materialet och är en form av tolkning (Kvale, 1997). Då vår transkriberingsprocess innefattar en översättning av materialet från japanska till svenska innebär det ytterligare tolkningsproblem. Översättningsprocessen gjordes genom att det inspelade materialet först transkriberades till skrift på japanska snarast möjligt efter intervjutillfällena. Detta gjordes för att om möjligt försöka minimera risken att information gick förlorad i översättningen. Efter detta översattes texten muntligen från japanska till svenskt skriftspråk.

I denna process läste den japansktalande av oss från texten till svenska och den andra av oss skrev ned den svenska översättningen. Eftersom det förekom samtal under några av intervjuerna som inte bedömts relevanta för uppsatsens syfte, har dessa ej transkriberats. Översättningen bör problematiseras då risken för att information går förlorad samt för tolkning är stor. Dels när det japanska talet transkriberades till japansk text, och dels vid översättningen till svenska. Japanska och svenska är strukturellt avvikande språk vilket minskar möjligheterna att överföra källspråkets egenskaper till målspråket. Svårigheter kan uppstå i att det japanska språket är mer varierat än det svenska (Ingo, 2007). Vid de tillfällen

då svenska ord inte kunde hittas, skrevs det japanska ordet kursivt med en förklarande text inom parentes⁶. Önskvärt hade varit att lämna det inspelade materialet till en översättare. Eftersom det inte var möjligt ekonomiskt och tidsmässigt ansågs detta tillvägagångssätt vara det mest lämpliga. Det har dock diskuterats många gånger och vi är medvetna om problematiken. För att ytterligare minska risken för språkliga fel i översättningen har det inspelade materialet avlyssnats löpande under arbetet med resultat redovisningen.

Den hermeneutiska tolkningen av intervjutexten innebär att man går utöver det direkt sagda för att försöka hitta en meningsfull helhet. Delar av texten och enskilda citat ställs i relation till helheten. Detta växel spel kallas den hermeneutiska cirkeln (Thurén, 2007).

Materialet har bearbetats i flera steg. En första läsning gjordes av de transkriberade intervjuerna i ett försök att förstå helheten där överstrykningar samt kommentarer gjordes. När alla intervjuer var genomlästa påbörjades en läsning av olika delar i texten för att söka förståelse för dessa. En sortering gjordes efter våra tre frågeställningar och därefter skrevs varje citat rörande frågeställningarna ut. För att förenkla särskiljningen så tilldelades varje informant en pappersfärg. När alla citat var utskrivna som tillhörde frågeställningarna sorterades materialet för att hitta likheter samt olikheter för att finna tematiseringar. Efter detta klistrades de samman under varje tema för att därefter redovisas i resultatdelen av uppsatsen. Att fysiskt arbeta med empirin är ett sätt som kan användas för att få överblick (Davidsson & Patel, 2009). Materialet presenteras genom meningskoncentrering vilket innebär att informanternas uttalanden har kortats ned i sammanfattande text utan att ta bort den huvudsakliga innebörden (Kvale, 1997). Resultaten presenteras i de flesta fall med exemplifierande citat för att förtydliga vad informanterna menar. I resultatredovisningen samt analys används växelvis anhörigvårdare, informant samt vårdgivare. De teoretiska analysverktyg vi använt oss har vuxit fram ur den insamlade empirin. Trots att vi valde teorier med omsorg hade även andra teorier kunnat vara användbara i analysen. Analysen har delats upp och görs efter redovisning av resultaten kopplade till varje frågeställning.

6.9. Kvalitetssäkring

För att kunna granska undersökningens vetenskapliga kvalitéer presenteras nedan vad vi anser vara studiens styrkor samt svagheter.

6.9.1. Validitet

Validitet innebär att man undersöker det man ämnar undersöka. Intervjufrågorna samt hur analysen genomförs bör överensstämma med uppsatsens syfte och frågeställningar (Kvale, 1997). Kvale påpekar att forskningens olika steg har inverkan på validiteten och det är därför viktigt att förhålla sig kritisk och vara medveten om detta (ibid). Vår strävan har varit att noga beskriva forskningsprocessen för att ge läsaren en bild av hur vi gått till väga samt möjliggöra en kritisk granskning vilket stärker validiteten (Davidson & Patel, 2009). Utifrån vår förförståelse och den tidigare forskningen inom ämnesområdet har vi formulerat frågeställningarna.

En pilotintervju gjordes innan avresan till Japan för att stärka validiteten i studien. Kvale framhäver vikten av att genomföra en pilotintervju. Detta för att möjlighet ges till att pröva utformningen samt innehållet i frågorna vilket kan ge viktiga erfarenheter (Kvale, 1997). Pilotintervjun gjordes innan avresa tillsammans med en äldre japansktalande bekant till en av oss. Denna intervju gav en viktig erfarenhet som gjorde att vissa frågor justerades i

⁶ Se exempelvis Anbäcken (1997), sid. 45.

intervjuguiden. En vanligt förekommande kritik mot kvalitativa forskningsintervjuer är att informanternas berättelser kan vara falska, vilket bör kontrolleras i varje enskilt fall (ibid). Vi har inte haft någon möjlighet att kontrollera om informanten valt att förvränga eller undanhålla information. Vi anser dock att vad de har valt att berätta i intervjuerna ändå säger något om hur de uppfattar sin situation.

Kvale lyfter ytterligare fram vikten av att vara medveten om så kallade intervju effekter. Detta innebär att intervjuarens förförståelse, frågor och närvaro i hög grad påverkar informanternas svar som ges under intervjun. Följande menar han att en ömsesidig påverkan är en förutsättning för den kvalitativa intervju och därav inte bör betraktas som någonting negativt (Kvale, 1997). Sammanfattningar av informanternas svar gjordes löpande under intervjun för att säkerställa att vi förstått informanterna rätt. Tyvärr har det tidsmässiga utrymmet inte möjliggjort att låta informanterna själva validera de resultat som presenteras i studien, vilket hade varit önskvärt för att stärka validiteten (ibid).

6.9.2. Reliabilitet

Reliabilitet innebär att resultaten skall vara möjliga att upprepa (Kvale, 1997). Detta är inte ett rimligt krav att ställa på en forskning som grundar sig på kvalitativa intervjuer. Andra personer som försöker göra om samma intervju får sannolikt till stora delar andra resultat. I vårt fall har kraven ökat gällande reliabiliteten då risken funnits att information gått förlorad i översättningsprocessen. För att minska denna risk har intervjuerna först transkriberats till japanska innan översättningen tog sin början. Ett sätt att öka reliabiliteten i denna form av studie är att spela in intervjuerna samt att transkriberingarna görs med stor medvetenhet (Kvale, 1997). Vidare bygger resultatet på åsikter våra informanter hade vid intervjutillfället. Om exakt samma intervjufrågor skulle ställas idag till dem har de kanske ändrat sin uppfattning eller fått nya insikter (Davidson & Patel, 2009).

6.9.3. Generaliserbarhet

Generalisering innebär att det undersökta stickprovet är representativt för den tänkta populationen. Det vill säga att studien skall överensstämma med majoriteten i samhället. Enligt Kvale är detta ej möjligt att överföra till den kvalitativa forskningen då den är mer exemplifierande än generaliserade (Kvale, 1997). Syftet med vår undersökning är enbart att ge en inblick i hur anhörigvårdare i en mindre tätort i Japan beskriver sin situation. Följaktligen gör vi inga anspråk på att resultatet är generaliserbart. De resultat som framkommit anser vi dock vara viktiga för att ge en ökad förståelse över hur anhörigvårdares situation i Japan kan se ut.

6.10. Etiska överväganden

Under insamlingen av empirin har vi noga följt Vetenskapsrådets *Forskningsetiska principer* (<http://www.vr.se>). I informationsbladet som delades ut till potentiella informanter stod uppsatsens syfte med samt de fyra forskningsetiska principer vår studie följer vilka är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (www.vr.se). Varje intervjutillfälle inleddes med att informera om uppsatsens syfte samt om hur det insamlade materialet skulle hanteras och hur översättningsprocessen skulle se ut. Sedan fick informanten läsa igenom och skriva under ett samtycke⁷ till intervjun. Inga namn eller personuppgifter samlades in och alla namn som används i resultatredovisningen är fingerade.

⁷ Se bilaga 2

Avslutningsvis förtydligades hur översättningen till svenska skulle gå till samt gav de möjlighet att erhålla en sammanfattning av den färdiga uppsatsen. Detta förklarade vi genom att det tidsmässigt ej skulle vara möjligt för oss att låta de få ett översatt exemplar av hela uppsatsen. Detta mottogs med förståelse av informanterna. I den japanska versionen av uppsatsen informanterna kommer att få har vi aidentifierat materialet genom att ta bort könstillhörigheten hos informanterna. Detta görs för att den manliga informantens anonymitet skall säkerställas för de japanska läsarna. Vi har valt att ha kvar könstillhörigheten hos informanterna i den svenska uppsatsen då vi anser att anonymiteten för informanterna är säkerställd för de svenska läsarna.

Vi ställdes även inför ett etiskt dilemma genom att vi använde oss av kontaktpersoner i rekryteringen av informanter. Risken fanns att informanterna ställde upp på intervjun på grund att de kände att de var i beroendeställning till care managern. Detta var dock vår enda möjlighet att få tag på informanter eftersom vi inte tidsmässigt kunde befinna oss på plats i Japan för att söka informanter. Trots den eventuella maktaspekten ansåg vi att detta var godtagbart. Informanterna uttryckte att de upplevde det som positivt att vi intresserade oss för deras situation och därför litar vi på att de ställde upp frivilligt.

7. Resultat och analys

Nedan följer en redovisning av resultaten där en efterföljande analys presenteras.

Resultatavsnittet inleds först med en kort presentation av informanterna som individer. Dessa syftar till att läsaren skall få en bakgrundsbild samt ge en större förståelse för den enskilde individens situation. Därefter följer en redogörelse av resultaten utifrån våra tre frågeställningar och en indelning har gjorts under temana som framkommit under intervjuerna. Varje tema syftar till att ge ökad förståelse kring deras situation. Eftersom det var svårt att särskilja vissa av temana så upprepar sig informanternas svar under någon av rubrikerna. Efter varje frågeställning och dess teman följer en separat analys över de övergripande resultaten som visat sig där de förstås genom de valda teorierna. I analystexten återkopplas även till tidigare forskning.

7.1. Presentation av informanterna

Kimie

Kimie är en 60-årig kvinna som vårdar sin 90-åriga mamma i hemmet. Kimies mamma har Alzheimers och är rullstolsburen. Kimie har två barn, en son som bor i hushållet samt en dotter som bor och arbetar på annan ort. Kimies man gick bort för några år sedan. Innan maken gick bort hjälpte han till i vården av mamman. Nu är Kimie ensam anhängvårdare. Kimie uppger att hon aldrig har haft ett arbete utan varit hemma och tagit hand om hushållet. Kimie har vårdat sin mamma i snart tio år. Mamman bodde tidigare med Kimies yngre bror och dennes fru tog hand om vården. När mamman började bli sämre tog Kimie över vården på uppmaning från sin man. Mamman är på vårdnivå 5 och har hjälp från samhället genom att vara på dagverksamhet fyra gånger i veckan. En gång i månaden är mamman på korttidsboende för att Kimie skall få möjlighet att åka bort. Kimie uppger att hon tycker om att resa.

Itsue

Itsue är en 69-årig kvinna som vårdar sin 75-åriga man i hemmet. Mannen är sängliggandes och har Alzheimers. I hemmet bor även deras dotter. Innan Itsues man blev sjuk arbetade hon som timanställd städerska på en frisörsalong samt på en affär. Nu är Itsue hemmafru och är ensam anhängvårdare. Hennes man är på vårdnivå 4. Hon har hjälp från samhället med att hennes man är på dagverksamhet två gånger i veckan. Itsue har vårdat sin man i fem år. Det första året ville hon prova och se om hon klarade av att vårda honom själv. Itsue ansökte således om hjälp för fyra år sedan.

Fumiko

Fumiko är en 53-årig kvinna som arbetar deltid som vaktmästare på en grundskola. Hon vårdar sin 83-åriga mamma i hemmet som har minnessvårigheter, ingen medicinsk utredning är dock gjord. I hemmet bor även Fumikos son med familj samt hennes yngre syster. Fumikos man arbetar på annan ort. Fumiko och hennes lillasyster hjälps åt att vårda sin mamma som är på vårdnivå 3. De har hjälp från samhället genom att mamman är på dagverksamhet tre gånger i veckan. På helgerna tar Fumiko hand om sin mamma och två vardagar i veckan tar hennes lillasyster hand om deras mamma. De har ordnat det så att deras arbetstider passar in vilket gör att mamman aldrig är ensam hemma. De har vårdat henne på detta sätt i tre år.

Ryoko

Ryoko är en 66-årig kvinna som vårdar sin 74-åriga man i hemmet. Hennes man fick en hjärnblödning för åtta år sedan och är på grund av det halvförlamad. Ryoko har vårdat honom

sedan dess. Hon arbetade när mannen blev sjuk men tog ut förtidspension för att kunna vårda honom. Ryoko är ensam i vården. Paret har två söner som bor i samma stad. Ryokos man är på vårdnivå 2 och hon har samhällelig hjälp med att hennes man är på dagverksamhet tre gånger i veckan.

Haruki

Haruki är 67 år och vårdar sin 66-åriga fru i hemmet som har vårdnivå 3. Där bor även parets son. I familjen finns en dotter som bor i eget hushåll tillsammans med sin familj. Dottern ansvarar för familjerestaurangen vilket Haruki uppger som anledningen till att han vårdar sin fru och inte dottern. Harukis fru fick en hjärnblödning för fem år sedan och är rullstolsburen. En följd av hjärnblödningen är att hon har fått talsvårigheter. Haruki har vårdat henne sedan dess, han är ensamvårdare med hjälp från dottern en gång i månaden så att han kan åka och fiska, vilket är hans stora intresse. Haruki har hjälp från samhället med att frun är på dagverksamhet två gånger i veckan samt hemtjänst en gång i veckan.

Yumi

Yumi är 77 år och vårdar sin 74-åriga lillasyster. De bor tillsammans och det finns inga andra släktingar. Yumi har vårdat sin syster i arton år, men har inte haft hjälp från samhället förrän försäkringssystemet trädde i kraft år 2000. Yumi uppger att systemen blivit sämre successivt och att de första åren inte var vårdkrävande. Hennes syster har nivå 4 och är på dagverksamhet två gånger i veckan. Utöver detta kommer hemtjänsten två gånger i veckan. Yumis syster är rullstolsburen och behöver hjälp vid alla förflyttningar.

7.2. Resultat - förutsättningar att ansöka om hjälp från samhället

Resultaten vilka träder fram i samband med denna frågeställning visar på informanternas syn på för- och nackdelar med vårdförsäkringssystemet, önskade insatser samt betydelsen av de befintliga insatserna.

7.2.1. Det sociala nätverket som informationskälla

Gemensamt för informanterna är att de har fått kunskap om hur vårdförsäkringssystemet fungerar genom familj, vänner eller tidigare arbete. Hur mycket kunskap de fått till sig och hur mycket de upplever sig veta skiljer sig dock åt. En av informanterna i vår studie, Kimie, förklarar att om hon inte skulle förstå hur vårdförsäkringen fungerade skulle hon inte veta hur hon skulle ansöka om hjälp eller vad för hjälp hon hade rätt till. Kimie för fram vikten av att förstå då hon hävdar att man inte kan använda sig av all hjälp man har rätt till annars. Hon har fått information om hur systemet fungerar runt vårdförsäkringen genom sin dotter som arbetar som socionom *”det har varit lätt för mig att förstå hur vårdförsäkringen fungerar eftersom min dotter förklarar det för mig.”* En annan av kvinnorna, Fumiko uppger att det är på grund av hennes tidigare yrke som hemtjänstpersonal som gör att hon vet mycket om försäkringen *”jag vet hur man ska ansöka och vilka insatser som finns, men det måste vara svårt för dem som inte känner till något.”* Haruki säger i intervjun att hans frus väninna arbetar som hemtjänstpersonal och att det är hon som delgav dem information om vilken hjälp de kunde få. Det var hon som rekommenderade att de skulle ta kontakt med en care manager. I likhet med Haruki nämner Ryoko att hon har bekanta som arbetar inom hemtjänsten och som nämnde ett av care managernas namn. Även Yumi har fått kunskap om systemet via vänner. Hon säger att:

De på kommunen har inte berättat för mig om systemet. Om de skulle höra mig nu kanske de skulle bli arga för att jag säger att de inte gett mig någon information...(skratt).

Itsue berättar att hon fick information om hur hon skulle gå till väga för att ansöka om hjälp av en läkare som tog hand om hennes man när han låg på sjukhus.

Ovanstående resultat visar att fem av informanterna fått kunskap om vårdförsäkringssystemet genom sitt sociala nätverk. Tre av informanterna har dessutom haft tillgång till professionell kunskap om systemet.

7.2.2. Skiftande bedömningar i ansökningsprocessen

Merparten av informanterna uppger att de ansökte från sjukhuset till kommunen. Bedömningen som sker efter att en ansökan om hjälp kommit in till kommunen synliggörs dock i resultaten som ett orosmoment. Ryoko nämner att hon ansökte i slutet av hennes mans rehabilitering och att bedömningen skedde på sjukhuset. Hennes man bedömdes vid det tillfället vara på vårdnivå 1 i behov av stöd. En ny bedömning har gjorts och hennes man är nu på nivå 2. På frågan vad det beror på svarar hon: *”jag förstår faktiskt inte, för jag ser ingen skillnad. Jag frågade aldrig om det men jag undrar vad det beror på.”* Tvärtom mot Ryokos man har Yumis syster bedömts vara på en lägre nivå. Yumi uppger att bedömningen som sker en gång om året blivit hårdare. Vidare berättar hon att det är olika bedömare varje gång, Yumi tror att det är för att man inte skall lära känna varandra så att det kan ha inverkan på bedömningen

De kommer hem hit, så har vi ett möte. Sedan åker de till kontoret och räknar ut vilken nivå hon ska hamna på. När vi ansökte var hon på nivå 5 eftersom hon inte kunde röra sig, de har själva sagt att bedömningen blivit hårdare (...) hon kan prata och är kontaktbar, jag tror att det är därför hon hamnade på nivå 4.

Yumi uppger vidare att hon aldrig tvekade att ansöka om hjälp från samhället men att hennes syster hade varit tveksamt inställd till att ansöka. I likhet med Yumis syster har Harukis fru bedömts ner en nivå. Haruki är först osäker på vilken vårdnivå hans fru har men nämner för oss att han tror att det är nivå 3 och att det var 4 förut. Haruki fick ingen förklaring till att nivån sänktes *”man får bara ett brev från kommunen med beskedet, samhället har blivit hårdare, därför har bedömningen också blivit det.”* Fumiko berättar att hennes mamma som är på vårdnivå 3, har minnesproblem men att det inte gjordes någon medicinsk utredning på sjukhuset när hennes mamma låg inlagd på grund av ett fall i hemmet *”bedömningen blev att hon inte kunde gå självständigt. De gjorde ingen utredning på mammas minnesproblem.”* Fumiko ansökte om hjälp från samhället för att hon skulle ha möjlighet att fortsätta arbeta.

Min mamma har nivå 3 så jag fick beskedet att mamma kunde besöka en dagverksamhet tre gånger i veckan. Vi har pratat med care manager om att den lösningen är den bästa.

Ovanstående resultat visar att flera av informanterna återger hur deras anhörigas vårdnivå har bedömts olika över tid. Gemensamt för dem är att de inte förstår på vilka grunder detta har skett.

7.2.3. Önskade hjälpinsatser från samhället

Gemensamt för alla informanterna är att de återger någon form av oro över sin situation. Dels på grund av om deras anhöriga de vårdar skulle bli sjukare och dels över deras egna hälsotillstånd. Ytterligare framträder bedömningarna som ett orosmoment och om hjälpen de har skulle dras in. Fumiko önskar att det fanns hjälp att få från samhället de gånger hennes

mamma är sjuk och inte får komma till dagverksamheten. Hon oroar sig för att hon inte kan ta ledigt från arbetet hur som helst. Fumiko säger att:

Jag tror att det skulle underlätta mycket om det fanns exempelvis ett korttidsboende där de tar emot äldre som har feber och är sjuka, för man kan ju inte bli inlagd på sjukhuset om man bara har lite feber.

I likhet med Fumiko oroar sig Ryoko, men i hennes fall handlar det om hennes egen hälsa. Ryoko menar att det skulle bli svårt om hon själv blev sjuk. Hennes man skulle vara tvungen att vara på korttidsboende en längre tid vilket kostar mycket pengar. Ryoko säger att:

Jag funderar ibland på hur det skulle bli om jag blev sjuk och måste vara på sjukhus. Ska han vara på korttidsboende en månad? När jag tänker på det så känns det jobbigt. Jag funderar på dem som inte har någon familj, hur blir det för dem? Om jag blir sjuk så får jag fråga mina barn om hjälp. Jag tycker inte att samhället täckt in hela biten. Det är fortfarande familjen som har mycket av ansvaret.

Även Yumi är bekymrad över sin egen hälsa och uppger att hon vill att hennes syster skall få komma till ett äldreboende om hon blir sjuk. Vidare uppger Yumi att hon är orolig inför nästa bedömning då hon är rädd för att vårdnivån skall gå ner ytterligare. Det skulle innebära att hon inte kan begära samma hjälp från kommunen som hon har nu. Yumi säger att:

just nu använder jag precis all hjälp jag kan få. Om jag skulle vilja ha mera hjälp måst jag betala 100 %. Om det är en familj där mannen arbetar och det finns pengar kanske det är möjligt, men inte för oss. Jag önskar mer hjälp men jag kan inte få det för den japanska staten har inga pengar. Jag känner mig orolig (...) Jag håller tummarna att det inte blir mindre än nivå 4 vid nästa bedömning.

En annan av informanterna, Haruki, uppger att han inte vet hur mycket mer hjälp de kan få av samhället. ”*jag vet inte hur mycket mer hjälp vi kan få... jag måste nog fråga care managern om det...*” Vidare berättar Haruki att han i alla fall vet att deras care manager har sagt att hans fru kan gå till dagverksamheten en eller två gånger till i veckan. Haruki uppger att de inte använder det och säger vidare att:

Det som skulle vara bäst är om min fru fick vara på ett äldreboende. Vi har hemrehabilitering. Innan åkte vi till sjukhuset men det går inte att göra rehabilitering och talträning där längre ... ska vi s... jag kommer inte riktigt ihåg ... jag tror att det är för att hennes vårdnivå ändrats... det går inte att både besöka dagverksamheten och ha rehabilitering på sjukhus.

Haruki säger till oss att det är synd på grund av att rehabilitering och talträning i hemmet inte fungerar lika bra, han anser att fruns talutveckling stannat av. Kimie säger följande om hjälpen från samhället:

jag tycker att det är jättebra, för att jag kan få chans att må bra för att det bygger på ett försäkringssystem och jag behöver inte oroa mig för kostnaden. Jag är väldigt tacksam för att jag kan få ha min fritid.

Kimie uppger dock att hon ibland önskar att hennes mamma är på korttidsboende mer än en gång i månaden. Vidare säger hon att det inte är möjligt för att det blir en för hög kostnad. Kimie berättar att hon anser att det skulle bli en för tung börda för dem som arbetar inom äldreomsorgen om man skulle önska fler insatser. Hon uppger att det skulle bli svårt att utföra insatserna eftersom det är så få som arbetar ”*Till slut kanske det inte skulle finnas någon som*

skulle vilja arbeta med det för att det är så krävande.” Kimie pratar vidare och säger att hennes mamma har pengar som hon kan använda om hon skulle behöva ytterligare hjälp som går över kostnadsbeloppet (hon får då betala 100 % av kostnaden för insatsen, förf. anm.)

Resultaten synliggör att merparten av informanterna oroar sig över de ekonomiska konsekvenserna skulle bli vid egen sjukdom eller om vårdtagaren blir sjuk.

7.2.4. Betydelsen av samhällshjälpen

Resultaten visar även på vad hjälpen betyder för informanterna i deras liv. Gemensamt för merparten av informanterna är att de värdesätter att få möjlighet till fritid när deras anhöriga är på dagverksamhet. De flesta av informanterna pratar om att de hämtar energi de timmar vårdtagaren är på dagverksamhet. Fumiko skiljer sig från resterande informanter i några avseenden. Dels pratar Fumiko om att hon inte har någon fritid utan hon använder hjälpen från samhället för att kunna arbeta, och dels är hon inte ensam i att sköta vården om sin mamma. Fumiko och hennes lillasyster delar upp de dagar mamman inte är på dagverksamhet mellan sig. Genom att ha pratat med sina chefer och anpassat sina arbetstider lyckas de få ihop att mamman aldrig behöver vara ensam hemma. Fumiko och hennes syster hade först tänkt ta hjälp från hemtjänsten för att det inte skulle uppstå något glapp men de kunde ordna det själva istället. Fumiko för bland annat fram vikten av att hennes mamma är på dagverksamhet. Hon säger att:

I början tänkte vi fråga hemtjänstpersonalen att de skulle förbereda mamma för att åka till dagverksamheten, men vi behövde inte det eftersom min syster kunde börja senare. Det var den enda hjälpen vi hade behövt från hemtjänsten. Allt annat klarar vi själva (...) om jag hade möjlighet att vårda min mamma på heltid skulle jag göra det, men jag orkar inte det, jag behöver att mamma är på dagverksamheten.

Det framkommer i intervjun med Kimie att hon tycker det är bra att bo i flergenerationshushåll och att hon anser att det fortfarande är familjen som har huvudansvaret för omsorgen om de äldre. Vidare berättar hon om att hon funderar mycket över de äldre som inte har någon familj.

Jag tycker att samhället skall ta hela ansvaret därför att i dagens samhälle vet vi inte ens vilka våra grannar är. Vi är så isolerade. Jag funderar över de äldre som bor ensamma, vem tar hand om dem?

Kimie menar att hjälpen från samhället möjliggjort för henne att få ha sin fritid, vilket hon är väldigt tacksam för. Om hennes mamma inte skulle få möjlighet att få komma till dagverksamhet och korttidsboende skulle hon inte orka med att vårda sin mamma ”*då tar jag hand om mig själv, ibland åker jag bort*” Vidare pratar Kimie om vikten av att tänka på sig själv och inte bara på att ge vård.

När jag njuter och har roligt i mitt liv kan jag vårda min mamma på bästa sätt. När jag känner mig nere och det är jobbigt kan jag inte ge mamma någon bra omvårdnad. Jag skiftar mellan att vårda min mamma och ta hand om mig själv.

I likhet med Kimie säger Itsue att i och med att hennes man är på dagverksamhet kan hon ha sin egen tid. Itsue uppger ”*man kan inte vårda sin anhörig utan hjälp från samhället. Man får panik av att isolera sig i sin situation, det är inte utvecklande.*”

Itsue talar upprepande gånger under intervjun om att det är jobbigt att klä på sin man för att han är väldigt stel. På frågan om inte hon ville att hemtjänsten skulle komma och hjälpa till

med det svarar Itsue att hon ville ha mer hjälp förut men att hon nu känner att hon blivit starkare och utvecklats så att hon inte behöver det längre. Itsues plan är att ta hand om sin man så långt det är möjligt men som längst fram tills han behöver sondmatning, då vill hon att han skall få komma till ett äldreboende.

Yumi uppger att hon tycker att det är en individuell fråga för varje familj hur vårdansvaret skall fördelas mellan familjen och samhället. Yumi tycker att det är den anhöriga som blir vårdad som ska få bestämma det, men att man som anhörigvårdare har en begränsning vad man klarar av. Hon berättar vidare att det är omöjligt för henne att klara sig själv utan hjälp från samhället. ”Att vara anhörigvårdare är ett dygnet runt-jobb.” Fumiko talar också om vikten att få hjälp från samhället. Hon säger ”om jag inte skulle ha dagverksamhet skulle jag vara tvungen att sluta arbeta.” Fumiko beskriver hur hon vårdade sin pappa innan i hemmet och att hon då inte arbetade. Hon berättar vidare att hon måste arbeta på grund av att ekonomin inte skulle gå ihop annars.

När jag vill gå och handla får min lillasyster ta hand om mamma. Ibland använder vi oss av korttidsboende och gör massa ärenden som vi inte hinner med annars.

Ryoko talar om att hon känner sig trygg i vetskapen att det finns hjälp att få från samhället och att hon nu blivit en av dem som använder sig av vårdförsäkringen. Ryoko berättar vidare att alla måste betala avgiften, oavsett om man får hjälp eller inte ”Förut var det så att frun i familjen var tvungen att ansvara för vården” Ryoko säger även att hon tycker att det är bra att det finns dagverksamhet som hennes man kan vara på. Hon säger att vetskapen om att han kommer vara borta några timmar nästa dag gör att hon får kraft att vårda honom ”det är bra för min skull också.” Haruki talar även han om vikten av att få hjälp från samhället med dagverksamhet ”om jag inte skulle ha dagverksamheten skulle jag nog bli utmattad” Haruki uppger att han sover väldigt dåligt om nätterna och brukar därför använda tiden frun är på dagverksamhet till att sova.

Ovanstående resultat visar på att hjälpen från samhället med att vårdtagaren är på dagverksamhet några dagar i veckan är avgörande för att informanterna skall orka med att vara vårdgivare.

7.3. Analys

Utifrån resultaten framkommer ett mönster där informanterna inte ifrågasätter bedömningen som görs. De vet inte varför vårdtagaren hamnade på den aktuella vårdnivån och de kräver ingen motivering varför. Informanterna godtar bedömningen som sann, trots det faktum att de inte ser någon skillnad i vårdtagarens tillstånd. Flertalet av dem för fram att bedömningen blivit hårdare. Detta skapar oro, informanterna är rädda för att vårdnivån kommer att sänkas vid nästa bedömningstillfälle vilket framkommer i resultaten. Utifrån utbytesteorin och ojämna maktstrukturer kan man se att anhörigvårdarna befinner sig i en beroendeställning till de personer som genomför bedömningen (Tornstam,2005).

De är beroende av vilken vårdnivå vårdtagaren hamnar på eftersom omfattningen av hjälpinsatserna är grundad på vårdnivån. Således är det ur ett utbytesteoretiskt perspektiv en obalans i makten vilket leder till att anhörigvårdarna inte klarar av att ifrågasätta bedömningen eftersom dem hamnar i underläge (ibid). En tänkbar förklaring skulle kunna vara att de tror att ett ifrågasättande kan ha en negativ inverkan på bedömningen. Informanternas agerande bottnar i en övertygelse om att de skulle få *offra* mer i relationen med de personer som genomför bedömningen, än vad de skulle *vinna* på ett ifrågasättande (Carle m fl., 2006). Vidare är informanterna *mottagare* av vad samhället har att erbjuda dem

vilket gör att de inte innehar likvärdig status. En följd av skillnaden i status blir att informanterna inte anser att de har några *rättigheter* utan bara *skyldigheter* att acceptera bedömningen oavsett om de tycker den är rätt eller ej (Tornstam,2005).

Momose, Asahara och Murashima (2003) för fram att anhängvårdare inte tar emot all hjälp de är berättigade till och en av orsakerna tros vara svårigheterna att förstå ansökningsprocessen. Intrycket våra informanter ger stämmer till viss del in med den bilden eftersom de har svårt att förstå hur bedömningsprocessen går till. Otillräcklig kunskap om vårdförsäkringssystemet lyfts fram i tidigare forskning som ytterligare en av orsakerna till att anhängvårdare inte tar emot hjälp (ibid). Informanterna i denna undersökning anser dock att de har goda kunskaper om vårdförsäkringssystemet. Vidare nämns faktorn att man som anhängvårdare vill klara av att själv sköta vården så långt det är möjligt (ibid). Våra resultat finner även stöd i detta då merparten av informanterna ger intrycket av att behöva mer hjälp från samhället för att deras situation skall underlättas, dock säger de uttryckligen att de inte behöver mer hjälp för tillfället. Denna ambivalens kan förstås genom Anbäckens (1997) resonemang kring begreppet *kulturell efterläpning*. De flesta av informanterna är i den åldern att de har växt upp med de traditionella normerna och sedan varit med om ett Japan i strukturell förändring. Å ena sidan lever de i en samtid som innebär ett samhällsligt utvecklande och organiserande av äldreomsorgen. Å andra sidan är de präglade av synen att det är familjen som skall vara vårdgivare. Detta skapar en osäkerhet kring hur mycket de skall klara av själva och hur mycket de kan förlita sig på samhället (ibid). Merparten av anhängvårdarna för dock fram att det anser att samhället skall ta mer eller alternativt allt ansvar i vården av de äldre. Detta kan kopplas till tidigare forskning som visar på att andelen anhängvårdare som tycker att samhället skall ta större ansvar i vården ökat (Arai, 2004).

Resultaten finner även stöd i tidigare forskning gällande att det kan vara av ekonomiska orsaker anhängvårdare inte tar emot hjälp (Momose, Asahara, Murashima, 2003). De informanter som använder sig av all hjälp inom ramen för vårdnivån ger uttryck för att de skulle vilja ha mer hjälp men att de inte har ekonomi till detta. En av informanterna uppger dock samtidigt att hon har råd. Motstridigheten visar att det kan finnas andra orsaker som gör hon inte tar emot mer hjälp. Ett rimligt antagande är här att hon inte tillåter sig själv att ta emot mer hjälp från samhället även fast hon känner att hon behöver det och har de ekonomiska förutsättningarna. Detta kan möjligtvis bero på att hon enligt rollteoretiska termer har en *intra-rollkonflikt*. Hon är inte bekväm men sin vårdkrävande vardag och har möjlighet att underlätta situationen men tillåter sig inte ta emot mer hjälp för att hon inte vill falla utanför omgivningens förväntade normbild av vad rollen som anhängvårdare innebär (Angelöw & Jonsson,2000).

Resultaten visar på att informanterna även ger en motstridig bild när de beskriver förutsättningarna att ansöka om hjälp från samhället. Alla anhängvårdarna är tacksamma för den hjälp de får av samhället och merparten påpekar i sina uttalanden att de inte kan klara sig utan hjälpen från samhället. En av informanterna framhäver att de nu blivit en av dem som använder sig av vårdförsäkringen fast alla är med och betalar. En annan av informanterna anser att man inte skall kräva för mycket hjälp eftersom det då blir en för tung börda för dem som arbetar inom vården. Hon har förväntningar på sig själv att klara av så mycket som möjligt på egen hand. Hennes uttalande kan förstås genom rollteorin då hennes roll som anhängvårdare delvis skapas av ett ansvarstagande över den professionella vårdpersonalens arbetsvillkor.

Utifrån utbytesteorin kan det ses som att informanternas utsagor vittnar om en *obalans* gällande deras rättigheter respektive skyldigheter i relation till hjälpen de får av samhället (Tornstam, 2005). De anser sig inte ha någon rätt att kräva mer hjälp eftersom de ser det som sin skyldighet att inte belasta samhället för mycket. Ett rimligt antagande är följande utifrån rollteoretiska begrepp: informanternas *förväntningar* på sin *roll* som anhörigvårdare har blivit formade av den tidigare rådande normen och dess kulturellt betingade aspekter (Angelöw & Jonsson, 2000). Enligt resultaten lever dessa kulturella element till viss del kvar i samhället. Detta gör att de är verksamma i den kontext informanten befinner sig i och påverkar således hur informanterna väljer att agera (ibid).

Det verkar dock som att anhörigvårdarna skiljer på sin egen situation och den allmänna situationen i samhället i sina uttalanden. Tidigare forskning tar upp att i Japan har det funnits en tydlig gräns mellan den inre världen, familjen och den yttre världen, samhället. På grund av detta kan det uppstå svårigheter med att ta emot hjälp (Momose, Asahara, Murashima, 2003). Tendenser till detta synliggörs i resultaten och ett tydligt exempel på detta är när en av informanterna uppger att samhället skall ta allt ansvar om vården för att sedan säga att hon är säker på att hennes son skall ta hand om vården av henne när hon blir gammal. Detta kan ses som ett tecken på att informanterna tänker först och främst att samhället skall ta allt ansvar gällande vården hos de äldre som inte har någon familj. Resultaten visar att informanterna är bekymrade över hur det går för de äldre som inte har någon familj. Ett rimligt antagande kan vara att i skapandet av rollen som anhörigvårdare så har de *förväntningar* på sig själva att ta ansvar för de äldre i samhället som behöver vård och inte har någon familj. Dessa förväntningar kan härledas till samhällsnormen som länge *sänt* ut förväntningar på familjen som de huvudsakliga vårdgivarna till äldre (Angelöw & Jonsson, 2000).

När det gäller vilken typ av insatser som informanterna har hjälp av så ser vi att det genomgående hos alla informanter är dagverksamhet som används mest. Campbell och Ikegami (2003) lyfter fram detta i sin forskningsartikel. De menar att man kan se en ökning av äldre som använder sig av dagverksamhet i Japan och det kan tyda på att anhöriga värderar möjligheten att få tid till sig själva. Dagverksamheten blir ett accepterat alternativ för de som inte vill att deras anhöriga skall vara på ett permanent boende (Campbell & Ikegami, 2003). Anhörigvårdarna i vår undersökning har gemensamt att de värderar möjligheten till avlastning högt och ger uttryck för att de kan vila upp sig, ägna sig åt sina intressen eller kunna fortsätta sitt arbete när vårdtagaren är på dagverksamhet.

Vidare ser vi en skillnad i informanternas utsagor när de anser att samhället skall ta över rollen som ansvarig vårdgivare. Gemensamt för merparten av anhörigvårdarna är dock att de inte kan se sig som vårdgivare om de själva inte är vid god hälsa. Utifrån rollteorin och det centrala begreppet *förväntningar* (Trost & Levin, 1996) ser vi att informanterna inte har några förväntningar på sig själva att sörja för omvårdnad av sin anhörig vid egen sjukdom. Vid sviktande hälsa önskar merparten att samhället skall ta över vårdansvaret. Det finns dock de informanter som oroar sig för att det inte skulle vara möjligt ekonomiskt och vill istället vända sig till sina barn för hjälp. En trolig förklaring är att informanterna har en förväntning på att barnen skall hjälpa till med vården i nödfall, vilket innebär att man som familjemedlem till informanterna enbart förväntas ta rollen tillfälligt och stötta de egentliga anhörigvårdarna.

Tidsperspektivet och vad informanterna anser att rollen som anhörigvårdare innefattar varierar. En av informanterna anser att vårdtagaren har det bäst på ett permanent boende i nuläget, en annan har som gräns när vårdtagaren behöver sondmatning. För en av våra informanter innefattar rollen redan sondmatningen. Detta kan förstås genom rollteorin med att de har påverkats i olika grad av förväntningarna från det sociala sammanhang de befinner sig

i. Det tillsammans med deras egna förväntningar på vad de skall klara av i vårdgivandet skapar vad de anser att rollen innefattar. Resultaten visar dessutom olika nivåer på hur uppenbar *positionen* som anhörigvårdare är då vissa av informanterna innehar andra roller som är överordnade anhörigrollen (Angelöw & Jonsson, 2000). Den som tydligast visar detta är den informant som anser att vårdtagaren har det bäst på ett permanent boende i nuläget då hans uttalande visar på en vilja att ge upp rollen som anhörigvårdare i förmån för hans roll som pensionär.

7.4. Resultat - Omgivningens förväntningar på anhörigvårdarna

Resultaten som träder fram i samband med denna frågeställning visar på informanternas varierande förhållningssätt till sin omgivning. Det är intressant att notera att de bara är en av dem som delar vårdansvaret med en familjemedlem. Resterande informanter har ensamt vårdansvar med ytterst lite eller ingen hjälp från övriga familjemedlemmar, vänner eller grannar.

7.4.1. Förhållningssätt gentemot grannar

Flertalet av informanterna talar om sina grannar, det framträder dock en bild i resultaten av att de har olika förhållningssätt till dessa. Kimie berättar att man måste som anhörigvårdare tillåta sig själv att skapa tid där man kan ägna sig åt sina intressen eller bara vara.

jag vet inte vad grannarna säger om att jag lämnar mamma på korttidsboende men det spelar ingen roll vad de tänker för de kommer inte ta hand om min mamma (...) man måste bryta igenom det gamla samhället (...) Om jag bara skulle tänka på den gamla japanska kulturen då kommer bördan att hamna på kvinnan.

I likhet med Kimie talar Itsue om sina grannar men hon har ett helt annat förhållningssätt till dem. Hon har pratat öppet med sina grannar och fått hjälp av dem i vissa situationer, Itsue säger att:

Jag pratade redan från början med mina grannar, innan han fått diagnosen då han uppförde sig konstigt. Jag tycker inte det är något skamligt, eller något att skämmas för. Jag pratade med grannarna om att min man kanske skulle kunna besvara dem, på grund av sin sjukdom.

Itsue berättar vidare att hon brukade tala ut hos sina grannar om hur jobbigt det var med hennes man. Vidare säger Itsue att innan hennes man var sängliggandes kunde han vandra iväg från hemmet och då hjälpte grannarna till att leta reda på honom. Numera pratar inte Itsue lika mycket med sina grannar ”*De har frågat mig om varför jag inte pratar lika mycket om min man som tidigare.*” Hon brukar svara dem att det beror på att hon känner sig starkare och kan hantera situation bättre än förut. Yumis relation till sina grannar överensstämmer med Itsues. Hon har pratat mycket med sina grannar genom åren om sin situation. Yumi tror att det är lättare att ha kontakt med sina grannar om man bor på en mindre ort än i storstad. Fumiko uppger inte hur kontakten ser ut med sina grannar men hon säger att situationen hade varit annorlunda om hennes mamma inte hade haft minnesproblem. Då hade hon kanske frågat grannarna om de kunde titta till mamman under dagen. Men eftersom de måste ha koll på henne hela tiden så kan de inte be grannarna om det. ”*Om hon skulle var hemma själv skulle hon gå ut och riskera att bli överkörd.*”

Utifrån ovanstående resultat tydliggörs att flera av informanterna talar om sin situation med sina grannar. Det är dock i varierande grad de förväntar sig att få hjälp av sina grannar Det är bara en informant som berättar att grannarna aktivt har hjälpt till att leta reda på hennes man

när han försvunit. En av informanterna säger uttryckligen att hon struntar i vad grannarna säger om hennes agerande som anhörigvårdare.

7.4.2. Förhållningssätt gentemot familjemedlemmar och vänner

Gemensamt för merparten av informanterna vilket framkommer i resultaten är att de inte ber om hjälp från övriga familjemedlemmar eller vänner. Det är bara en av informanterna som säger att det är en annan familjemedlem som egentligen skall vara anhörigvårdare. Enligt Kimie så har sonen på grund av att han är ung och måste arbeta inte tid att hjälpa till med vården av mamman. På frågan om hon pratat med sin son om han har möjlighet att hjälpa till så svarar hon nej. Kimie uppger att hon inte vill bli deprimerad eftersom hon då kan besvära sin omgivning. *"Jag tycker inte att man skall be andra om hjälp."* Vidare berättar hon att från hennes sida är hon säker på att sonen kommer att sörja för hennes framtida ålderdom.

Min son ser hur jag gör och tänker kring vården av min mamma. Jag är säker på att min son kommer att ta hand om mig och inte lämna mig till äldreboende.

Intressant är att notera att Kimie uttryckligen talar om sin son som framtida vårdgivare. Kimies dotter nämns inte i dessa sammanhang. Ryoko berättar även hon om sina söner och att de frågat om deras pappa kunde ta emot hjälp från någon annan än henne. Hennes söner visade förståelse då de hade sett hur pappan varit under de halvåret han låg på sjukhus. Sönerna tyckte att det var bättre att hon tog emot några timmars hjälp än att hon skulle ha det jobbigt *"då tänkte de mest på mig, oavsett vad min man skulle tycka om att ta emot hjälp från främlingar."* Vidare berättar hon att hennes man knappt ville kalla på sköterskan på sjukhuset utan bara skulle ha hjälp av henne. *"Det handlar om min mans personlighet."* Ryoko var med hennes man på sjukhuset och under hela rehabiliteringsperioden. Hon säger att personalen på sjukhuset tyckte att det var bra att hon var med för hennes man kämpade bättre då. Ryoko menar att det hade varit svårare om det var hon som hade fått en hjärnblödning och det var hennes man som skulle ta hand om henne. *"Kvinnor har alltid tagit hand om de äldre och lagat mat."* Vidare berättar hon att hon har funderat på korttidsboende i det avseende om hon vill åka bort någon gång och sova över. *"Sayaka (Caremanager) har sagt att vi kan använda oss av det, men jag har aldrig gjort det."* På frågan om varför hon inte skulle kunna använda sig av korttidsboende, svarar Ryoko att hon aldrig har pratat med sin man om det. Ryoko uttrycker en oro över att hon inte tror att hennes man skulle vilja vara på ett korttidsboende.

Till skillnad från Ryoko så har Haruki fråga sin fru om hon kan tänkas vara på ett korttidsboende men frun vill absolut inte åka till ett korttidsboende. Haruki berättar att hans fru har provat att åka till ett korttidsboende en gång men vantrivdes och blev ledsen så att han fick komma och hämta hem henne. Därför får dottern hjälpa till så att Haruki kan åka ut och fiska med sina vänner. Intressant att notera är att Haruki inte nämner sin son som de bor tillsammans med. Sonen har dessutom mer tid än dottern då det framkommer att han är arbetslös. Haruki säger att det är hans frus väninna som arbetar som hemtjänstpersonal som kommer hem till dem och hjälper henne med bad. Frun accepterar bara att det är väninnan som kommer. De gånger väninnan är sjuk så kan det inte komma någon annan. Haruki oroar sig över hur det blir den dagen väninnan slutar arbeta inom hemtjänsten. Haruki säger att han vårdar sin fru för att dottern inte kan på grund av att hon arbetar mycket. Itsue nämner en anledning till att hon inte vill att hennes man skall vara på ett äldreboende. Hon har nämligen hört sina vänners historier om att de borde ha vårdat sin anhörig under en längre tid innan de flyttade till ett äldreboende. Vidare säger Itsue att:

Jag känner till folk som varit anhörigvårdare och sedan när deras anhörig avlidit har de känt att de kunde ha gjort mer än de gjorde. Jag vill vårda min man så att jag känner mig helt nöjd med den vård jag givit min man när han går bort.

Det framkommer en bild av att informanterna i varierande grad är medvetna om vad omgivningen anser eller vad de tror att omgivningen anser om hur de väljer att agera som vårdgivare. Informanterna beskriver även att de rättar sig i hög grad efter vad vårdtagaren vill eller vad de tror att vårdtagaren vill.

7.5. Analys

Utifrån ovanstående resultat framkommer ett mönster i att den manliga informanten skiljer sig på många punkter från resterande intervjupersoner. Det är sannolikt att mannen skiljer sig från de övriga på grund av att han har en annan *förväntning* på sig själv och från sin omgivning hur han skall *bete* sig i rollen som anhörigvårdare. Enligt Lintons resonemang (Trost & Levin, 1996) har den manliga informanten inte *varseblivit* några förväntningar att han skall ta rollen som anhörigvårdare, eftersom dessa förväntningar inte varit riktade mot honom. I egenskap av hans givna *position* i familjen har det normativa ej varit att han skall vara anhörigvårdare. Därför har det inte framkallats någon rollskapande *process* hos honom och på grund av detta skiljer sig hans beteende från de övriga informanterna. Förväntningarna är istället riktade mot parets dotter. Sonen som bor hemma hos dem nämns aldrig som ett alternativ trots det faktum att han har tidsmässiga möjligheter att hjälpa till med vården då han är arbetslös. Utifrån ett rollteoretiskt synsätt har sonen inte heller några förväntningar på sig utifrån sin position i familjen att ta rollen som anhörigvårdare (ibid).

Det framkommer vidare i flera av de andra informanternas utsagor att det är skillnad på förväntningarna som riktas mot en kvinna att ta på sig rollen som anhörigvårdare gentemot en man. Det tydliggörs i deras berättelser när de exempelvis beskriver att kvinnor till skillnad från männen alltid har varit vårdgivare. En kvinnlig informant berättar hur mycket svårare det hade varit om situationen hade varit tvärtom, att det var hon som var sjuk och hennes man var den som vårdade. I och med det så bekräftar hon att det inte finns några förväntningar riktade mot mannen från omgivningen eller henne själv att han skall ta på sig rollen som anhörigvårdare. Rollen som kvinna eller man är *tillskrivna* roller (Tornstam, 2005). Resultaten visar på att merparten av informanterna ser på anhörigvårdarrollen som även den tillskrivna kvinnorna. Anbäcken (1997) lyfter fram i sin studie att vårdgivandet skall vara ett val och inte något man automatiskt tar på sig att göra. Det kan kopplas till resultaten där det blir tydligt att mannen inte automatiskt tagit på sig rollen utan han har valt själv, dock motsträvigt, att ta på sig rollen. Medan det har varit en självklarhet för de kvinnliga informanterna att vårda sin anhörig.

Vidare så är det intressant att lyfta fram att merparten av informanterna inte har några förväntningar på sin omgivning att de skall hjälpa till i vården. En möjlig orsak kan vara att de tror att övriga familjemedlemmar förväntar sig att de ensamma skall klara av rollen som anhörigvårdare. Detta antagande gör att de inte ens yttrar frågan om de kan få hjälp. Enda gången det kommer på tal är om de skulle drabbas av långvarig sjukdom. En *rollkonflikt* är likväl en reell konflikt trots att den kan ha sin grund i att individen missuppfattat förväntningarna som riktas mot denne (Tornstam, 2005). Det kan tänkas att på grund av att informanterna inte frågar om hjälp blir uppfattningen hos de övriga familjemedlemmarna att de inte är meningen att de skall hjälpa till i vården.

Enligt utbyteteorin bygger relationen mellan aktörer på ett *ömsesidigt* utväxlande av resurser och *belöningen* man får ut av relationen uppväger det man får *offra* (Tornstam, 2005). I relationen mellan vårdgivaren och vårdtagaren visar resultaten på ojämna maktbalanser vilket kan förklaras närmare med hjälp av begreppet *reciprocitet* (ibid). Avsaknaden av *reciprocitet* visar sig i flera fall då informanterna inte vågar kräva något i relationen till vårdtagaren. Exempelvis i de fallen där informanten inte ser att det är möjligt att åka iväg från hemmet och stanna borta över natten. Detta är ej möjligt på grund av att det skulle krävas att vårdtagaren var på ett korttidsboende och informanten vågar inte ens ta upp frågan. Anhörigvårdarens beteende kan förstås genom att den inte ser som sin rätt att kräva av vårdtagaren att denne skall vara på ett korttidsboende för att möjliggöra en övernattnings utanför hemmet. Om vårdtagaren skulle gå med på detta så skulle *reciprociteten* upprätthållas och det skulle bli ett ömsesidigt utväxlande av resurser i deras relation. Viktigt att poängtera i detta sammanhang är dock att anhörigvårdaren inte frågat vårdtagaren om denne kan tänkas vara på ett korttidsboende. Informanten tror sig veta vad vårdtagare skulle tycka om saken vilket inte är samma sak som att veta.

Den manliga anhörigvårdaren uttrycker öppet att han vill åka iväg från hemmet och stanna borta över natten. Till skillnad från exemplet ovan ser denna anhörigvårdare det som sin rätt att kräva av vårdtagaren att hon skall åka till ett korttidsboende. Vårdtagaren ser det dock ej som sin skyldighet i samspelet med maken. Anhörigvårdaren har en förväntan på att han skall få tillbaka det han ger i relationen, när detta inte sker så har det en negativ inverkan på deras relation (Tornstam, 2005). Utifrån utbyteteoretiska begrepp så ser han det som en belöning att han skall få möjlighet att åka iväg och fiska. Han får inte denna belöning och det skapar en frustration hos honom där han anser att han får offra mer än vad han får ut av relationen (Angelöw & Jonsson, 2000). Det kan dock vara så att vårdtagaren i sin tur inte vill vistas på en dagverksamhet heller. Ett möjligt antagande är att hon offerar sig i relationen för att vinna att vårdgivaren får möjlighet att vila ut och med det prata mindre om eventuell korttidsvistelse eller äldreboende. Från det perspektivet sker ett ömsesidigt utbyte av resurser i relationen (ibid).

7.6. Resultat - Möjligheten att själv påverka sin situation

I tidigare avsnitt blev det tydligt att merparten av anhörigvårdarna rättar sig efter vad vårdtagaren vill eller vad de tror att vårdtagaren vill. Utifrån detta är det intressant att se hur de beskriver sin vardag och vilka orsaker de uppger som anledningen till att de är anhörigvårdare. Gemensamt för alla informanter är att de säger att man som anhörigvårdare behöver finnas till hands dygnet alla timmar.

7.6.1. Vardagen för anhörigvårdare

De flesta av informanterna beskriver en vardag som består av att i stort sett vara tillgänglig 24 timmar om dygnet för vårdtagaren. Kimie beskriver i intervjun hur hon känner sig ensam i sin situation och att det kan göra henne deprimerad ” *om jag ska vara ärlig är vissa stunder väldigt jobbiga.* ” Kimie uppger att hon försöker tänka positivt för annars påverkar det vården hon ger sin mamma. Vidare säger hon att när det känns som jobbigast pratar hon med sina väninnor som är i samma situation som henne. Haruki säger att han är orolig för sin fru och inte vågar lämna henne av rädsla för att något skall hända. Haruki beskriver att frun väcker honom flera gånger om natten med anledning av att han måste hjälpa henne vända sig eller för att hon behöver hjälp till toaletten. Itsue berättar att hon har ont i sin kropp och att hon behöver 40 minuter på morgon för att mjuka upp kroppen för att kunna röra sig. Till skillnad från Haruki uppger Itsue att hon verkligen behöver få sova ostört på natten för att orka med att

vårda sin man, därför ger hon honom sömntabletter så att han sover hela natten. Itsue förklarar att hennes situation är bättre sedan mannen blev sängliggandes. Innan kunde han bli aggressiv och ge sig iväg från hemmet. Itsue uppger att hon för dagbok över sin mans hälsotillstånd och försöker prata med sin man som en professionell vårdpersonal

jag pratar med honom precis som personalen på dagverksamheten, tidigare när han var aggressiv så förstod han inte vad jag sa, fast jag sa det flera gånger, då försökte han slå mig istället.

Itsue berättar att hon skrek på sin man förut men när hon började prata snällare med honom blev han lugnare. Itsue säger att hon känner att hon utvecklats genom åren hon tagit hand om sin man och att det går lättare nu.

Jag bestämde mig för tre år sedan att tänka positivt... att se framåt (...) det är idiotiskt att slå honom, han är ju inte medveten om vad han gör...han är oskyldig. Jag känner att det var väldigt dumt att slå honom...om jag inte hade ändrat mig hade det blivit jobbigt för oss båda, nu är det bara att tänka framåt.

Vidare berättar Itsue att hon inte vill ha mer hjälp för att hon utvecklats och känner sig starkare *"Jag tycker att jag är fantastisk...man kanske inte ska säga så om sig själv...(skratt)."* Itsue uppger dock att hon ibland fortfarande kan slå sin man och sedan ångra sig.

När jag hjälper honom att dricka kaffe och han bara spottar ut brukar jag säga till honom att han inte får göra så. Men ibland skriker jag att nu räcker det! Och så klappar jag till honom på kinden. Sen tänker jag oj, vad gjorde jag? (...) jag blir frustrerad (...) jag får ingen utlopp för min frustration.

Vidare berättar hon att hon hatar att kämpa på men att man inte bara kan hoppa över de saker som är jobbiga i livet. Itsue menar att hon inte skulle utvecklas om hon inte mötte de jobbiga sakerna i livet.

Jag känner till folk som varit anhörigvårdare och sedan när deras anhörig avlidit har de känt att de kunde ha gjort mer än de gjorde. Jag vill vårda min man så att jag känner mig helt nöjd med den vård jag givit min man när han går bort.

Itsue berättar att hon brukar ge tips och råd till folk som hon träffar vid avdelningen för hjälpmedel i affären. Hon ger råd om att olika inkontinenshjälpmedel passar för olika situationer och berättar om hur hon vårdar sin man i hemmet. Itsue uppger att bekanta tycker att det är bra att de får tips, råd och information om olika hjälpmedel inför framtida vård av deras anhöriga. Vidare säger hon att hon använder sig av en äggklocka för att markera när hon skall ta en paus i vårdandet, vilket hon tipsar andra om. Itsue säger också att hon mår bra av att hjälpa andra människor. Yumi har i likhet med Itsue egna fysiska besvär. Hon har väldigt ont i sin rygg på grund av alla tunga lyft vården av systemen innebär och hon oroar sig bland annat för sin egen hälsa. Yumi berättar vidare att det finns olika lyfttekniker men att det fortfarande är tungt. *"Det går lättare om man är två, ensam går nästan inte."* Hon går hos en ryggspecialist samt tar tabletter varje dag mot ryggsmärtan. Hon säger att: *"vårda sin anhörig är ett dygnet runt-jobb"*. Ryoko arbetade när hennes man fick en hjärnblödning. Hon var med varje dag i ett halvår på sjukhuset och under hans rehabilitering. Ryoko fick höra från personalen på sjukhuset att hennes man kämpade bättre när hon var med. Ryoko säger att:

jag måste kämpa... varje dag är en kamp... jag orkar inte ge mitt yttersta varje dag... jag känner mig ensam i min situation, det finns ingen jag kan prata med (...) just nu orkar jag inte tänka på hur jag kommer att klara av att vårda min man i framtiden. Då skulle jag oroa mig hela tiden.

I likhet med Haruki berättar Ryoko att hon inte vill lämna sin man utan uppsikt, eftersom han på grund av sina balanssvårigheter lätt kan ramla. Fumiko berättar att hon och hennes syster tar lika stort ansvar i vården av mamman. Hennes syster har förhandlat med sin chef att hon börjar senare de dagar mamman skall till dagvården, och Fumiko slutar tidigare så att hon är hemma och tar emot mamman. ”*jag och min syster hjälps åt väldigt balanserat.*”

I ovanstående resultat beskriver informanterna en orofylld vardag där det dels är oro över att vårdtagaren skall skada sig och dels är oro över hur de själva skall orka med att vara vårdgivare.

7.6.2. Upplevd självvaldhet

Kimie berättar att det var i samband med att hennes man gick i pension som hon började ta hand om sin mamma ”*Min man sa att jag borde ta hand om min mamma.*” Itsue säger ”*jag ska vårda min man tills jag inte klarar av det längre, det är viktigt att jag känner att jag vill ta hand om honom.*” Itsue menar att det är hennes man som arbetat in pengarna i familjen och att det gör att hon vårdar sin man. Vidare berättar hon att hon läst i tidningen att det var en anhörigvårdare som mördat sin anhörig och att hon till viss del kan förstå hur det blev så. Hon skulle dock aldrig kunna göra något sådant själv för att hennes barn skulle få skämmas inför släkten. Itsue för fram att hon inte ansökte om hjälp första året hennes man var sjuk. Anledningen var att hon ville prova och se om hon klarade av det själv. Hon uppger att den största orsaken till att hon ansökte om hjälp var att hennes man skulle få miljöombyte i och med att han skulle få komma till en dagverksamhet. Vidare säger hon att man inte kan vårda sin anhörig utan hjälp från samhället.

Yumi säger att hon inte har något val utan får göra det bästa efter förutsättningarna. Hon talar om sin oro över att själv bli sjuk och vad som kommer att hända då ”*jag får hjälp men ändå är min situation jobbig. Det är svårt att leva.*” Harukis fru blev sjuk ett halvår efter att han gått i pension. Haruki beskriver hur han hade sett fram emot att ha det lugnt och skönt och hur mycket han tycker om att vara ute och fiska. ”*Hon kan inte göra något själv, jag måste vara i närheten hela tiden så att hon kan se mig.*” Ryoko är numera förtidspensionär och uppger att hon slutade arbeta när hennes man fick en hjärnblödning. Ryoko säger vidare att efter att hennes man rehabiliterats kunde han gå ganska bra själv och att hon då till viss del hade känt att hon inte hade behövt sluta sitt arbete.

han kunde inte röra sig när han kom in till sjukhuset, då kände jag att jag var tvungen att sluta arbete för att istället ta hand om honom (...) Det är svårt att arbeta och vårda samtidigt (...) Jag kunde inte bara lämna honom.

Fumiko uppger att om hon hade möjlighet skulle hon vårda sin mamma på heltid. Då det inte är ekonomiskt möjligt för henne att sluta arbeta till förmån för att vårda sin mamma har hon och hennes syster gemensamt hittat olika lösningar för att få det att gå ihop.

7.7. Analys

Hashimoto (1996) för fram i sin studie att vårdtagaren i Japan har tjänat ihop till sin rätt att bli hjälpt, och att det är denna rättvisetanke som skapar logiken bakom att vårda sin anhörig.

Hashimoto menar att traditionen att göra rätt för sig är mycket stark i landet. Denna bild överensstämmer med resultaten i vår undersökning. Exempelvis säger en av informanterna uttryckligen att hon vårdar sin man för att han tidigare arbetat in pengarna i familjen

Detta kan härledas till Tornstam (2005) och hans resonemang kring utbytesteorin och skuldperspektivet. Även fast Tornstam utgår från utbytet mellan generationerna anser vi att man kan applicera detta på informantens uttalande. Begreppet *seriell reciprocitet* innebär att en viss tid kan gå mellan gåva och gengåva (ibid). Informanten bär en vetskap om att hennes man över åren gett henne ekonomisk trygghet och hon känner att det är hennes uppgift att ge honom belöning för det hon fått genom att vårda honom. Informanten visar även en frustration över sin situation vilket ger allvarliga konsekvenser på hennes vårdgivande. Beteendet kan förstås vidare genom utbytesteorin då informanten har iakttagit hur den professionella personalen agerar i vårdgivandet och lärt av dem. Den professionella personalen får dock belöning för sina handlingar eftersom de utför ett betalt arbete. Informanten förväntar sig att i och med att hon ansträngt sig för att bli skickligare i vårdgivandet, skall få ett bättre bemötande från vårdtagaren. När anhängvårdaren inte får den belöning hon förväntat sig skapar det en frustration hos henne. Det är sannolikt att hon istället valt andra vägar för att få utbyte som är mer givande (Tornstam, 2005). Detta sker genom att hon ger råd angående vård till människor i sin omgivning. I den relationen blir det ett ömsesidigt utväxlande av resurser. I förklaringen av hennes handlande kan man använda sig av termen *operanta betingningar* (Carle m fl., 2006). Hon får bekräftelse och socialt gillande och de människor hon ger råd till får kunskap och inblick hur man går till väga i vården av en anhörig.

Anbäcken (1997) diskuterar kring ambivalensen anhörigvårdare känner till följd av förändringarna i det japanska samhället. Detta framträder hos flertalet av våra informanter därför att de gör motstridiga uttalanden. Det kan ses som att de känner sig ambivalenta inför sin roll som anhörigvårdare och inför sin egen framtida ålderdom. Våra informanter har växt upp med det traditionella synsättet ”ie” systemet och de har påverkats av de dåvarande normerna i samhället. I deras beskrivningar kan utläsas att deras omgivning bidragit till hur de betar sig. En av informanterna säger att hennes man sagt att hon borde ta hand om sin mamma. En annan talar om hur vårdpersonalen på sjukhuset sa till henne att mannen kämpade bättre när hon var vid hans sida. Ett mönster som framträder hos flertalet av informanterna är att de själva inte har några förväntningar på den yngre generationen. Det blir tydligt när de inte ser det som ett alternativ förutom i nödfall att fråga sina barn om hjälp. Två av informanterna särskiljer sig från detta mönster. Den manliga informanten har förväntningar på sin dotter och en av de kvinnliga informanterna har förväntningar på sin son. Hennes uttalande förstås genom de rollteoretiska begreppen *sända och mottagna förväntningar* (Angelöw & Jonsson, 2000) Informanten har *sänt* ut förväntningar till sin son som mottagit dessa och observerat hur hon agerar i sin roll som anhörigvårdare. Enligt henne vet sonen hur han skall bete sig på grund av detta. Det kan även förstås utifrån Hashimotos (1996) begrepp *social contract*. Det har skapats en outtalad överenskommelse mellan informanten och hennes son. Informantens uttalande visar på att hon anser sig ha tjänat ihop att bli vårdad av sin son. Hashimoto benämner detta som *symbolic equity* och är enligt henne grunden för vårdgivandet i Japan (Hashimoto, 1996). Intressant att notera är dock att sonen i nuläget inte har några förväntningar på sig att hjälpa till i vårdgivandet av informantens mamma.

Utifrån informanternas beskrivningar ses även ett mönster av *rollkonflikter*. Dessa kan ha sin uppkomst i omgivningens förväntningar på att de i sin position skall ge upp sina andra *delroller* i förmån för rollen som anhörigvårdare (Angelöw & Jonsson, 2000). Exempelvis ger

en av informanterna upp sin yrkesroll i förmån för att kunna finnas till hands som vårdgivare dygnets alla timmar. Det var inte möjligt för henne att förena dessa två roller.

Resultaten visar att den manliga informanten redan gått in i rollen som pensionär när hans hustru blev sjuk. Hans position innebar motstridiga förväntningar då han i rollen som pensionär ville ta det lugnt och ägna sig åt sitt stora intresse att fiska men i rollen som anhörigvårdare måste han ha uppsikt över sin fru dygnet runt och kan inte ge sig iväg och fiska när han önskar.

Resultaten visar att rollen som anhörigvårdare är överordnad informanternas andra delroller (Angelöw & Jonsson, 2000). Detta tydliggörs i deras utsagor där de sätter vårdtagarens välbefinnande och önsknings, eller tänkta önsknings, framför sitt eget välbefinnande. Ett rimligt antagande vore vidare att anhörigvårdarna inte tar emot all hjälp de behöver eftersom det då blir ett misslyckande. Detta tydliggörs i en av informanternas beskrivning av sin situation där hennes rolluppsättning från sin position inom familjen kommer i konflikt med varandra (Repstad, 2005). Detta kan ses i ljuset av det rollteoretiska begreppet *intra-rollkonflikt* (Angelöw & Jonsson, 2000). Egenskap av rollen som hustru visar hon frustration över sin vårdkrävande situation men i egenskap av rollen som professionell vårdare har hon höga förväntningar på sig själv att klara av så mycket som möjligt på egen hand. En tänkbar förklaring är att hon strävar efter att bevisa för sig själv och sin omgivning att hon är expert på att vårda. Det är dock en av anhörigvårdarna som har lyckats förena yrkesrollen med rollen som anhörigvårdare. Hon och en annan familjemedlem hjälps likvärdigt åt i vården vilket ger henne bättre förutsättningar att klara av de motstridiga förväntningarna de båda rollerna innebär. Hon lyckas förena förväntningar från två olika arenor, arbetsplatsen samt familjen (Tornstam, 2005). Ett rimligt antagande kan vara att hon likväl har förväntningar på sig själv att ge upp sin yrkesroll då hon tidigare varit anhörigvårdare på heltid.

8. Avslutande diskussion

Syftet med denna uppsats har varit att undersöka hur anhörigvårdare i Japan beskriver sin situation som vårdgivare till äldre anhöriga. För att besvara detta har kvalitativa intervjuer genomförts vilka sökt svar på hur anhörigvårdarna beskriver sina förutsättningar att ansöka om hjälp från samhället, hur de upplever omgivningens förväntningar på dem samt hur de upplever möjligheterna att själva påverka sin situation. Nedan kommer en presentation av de viktigaste aspekterna av resultaten som framkommit ur vårt material.

Merparten av informanterna beskriver att de fått vetskap om hur man skall gå till väga i ansökningsprocessen eller vilken hjälp man har rätt till via sitt sociala nätverk eller tidigare yrkeserfarenhet. Det framkommer en bild av att de inte förväntar sig att samhället skall bistå dem i detta. Följaktligen blir en viktig förutsättning för att ansöka om hjälp från samhället att man har släkt eller vänner med erfarenhet av systemet. Vad kan detta bero på? Är det lättare för anhörigvårdarna att vända sig till den närmaste omgivningen istället för till samhället? Vad händer i sådana fall med dem som inte har de rätta kontakterna? Vänder de sig till samhället för information i större utsträckning i så fall? Tidigare forskning tar upp att det har funnits en tydlig gräns mellan den privata sfären och offentligheten men att denna gräns håller på att luckras upp i Japan (Momose, Asahara, Murashima, 2003). Hos våra informanter tycks man i första hand vända sig till det privata nätverket. Värt att reflektera över är vad samhället gör för att vara tillgängligt för allmänheten och hur informationsspridningen går till. Detta skulle vara intressant att undersöka närmare.

Tidigare forskning lyfter även fram att en av orsakerna till att anhörigvårdare inte tar hjälp från samhället är svårigheter att förstå vårdförsäkringssystemet (Momose, Asahara, Murashima, 2003). Informanter i vår studie uppger att de förstår systemet. Trots den upplevda förståelsen tycks de inte förstå de bedömningar som gjorts av deras anhöriga. Detta framstår som en motsägelsefullhet i materialet. Informanterna ställer sig undrade till vilka kriterier som inverkar på bedömningen av den vårdnivå som vårdtagaren hamnar på. Det är ett orosmoment för dem men de beskriver att de inte ifrågasätter utan godtar bedömningen som riktig. Genom utbyteteorin kan förstås att maktaspekten inverkar och sannolikt är att informanterna är rädda att inte få de insatser de behöver som en konsekvens av ett ifrågasättande. Ytterligare ges en bild av bedömningsprocessen som diffus och inte lätt att få grepp om. Ett av syftena med vårdförsäkringssystemet är att det skall vara likvärdigt och rättssäkert då bedömningen grundar sig i ett standardiserat och nationellt bestämt frågeformulär. Intressant att reflektera över är att informanternas utsagor ger en bild av att det inte blir så i verkligheten. I Sverige finns inget standardiserat och nationellt bestämt frågeformulär som grund till bedömningen när det gäller äldres vårdbehov (Kurube & Lagergren, 2008). Vad händer om man implanterat ett evidensbaserat system i svensk äldreomsorg?

Vidare kan slutsatsen dras utifrån våra resultat att en viktig förutsättning att ansöka om olika hjälpinsatser från samhället för informanterna är att vårdtagaren själv går med på detta. Genom de båda teorierna kan förståelse ges att informanterna rättar sig efter vad vårdtagaren önskar eller vad de tror den önskar. Informanterna vill inte belasta samhället och samtidigt vara en god och lojal vårdare till sin anhörig. Anhörigvårdarna beskriver en vardag präglad av oro över att det skall hända något med vårdtagaren eller att de själva skall bli sjuka och oförmögna att vara vårdgivare. Ett par av informanterna har fysiska åkommor som besvärar dem och gör vårdgivandet tungt. Alla informanterna säger även att det är ett dygnet runt-jobb att vara anhörigvårdare. Att vårdtagaren är på dagverksamhet några dagar blir därmed en förutsättning för att de i huvudtaget skall orka med att vara anhörigvårdare. Betydelsen av den

hjälp från samhället är ovärderlig. I informanternas beskrivningar av deras situation framkommer att de är tacksamma mot samhället för den hjälp de har och således inte vill begära mer hjälp. En tänkbar orsak till detta är ett ansvarstagande över de äldre i samhället som inte har någon familj då informanterna anser att familjen fortfarande har stort ansvar gällande äldreomsorgen. En informant säger uttryckligen att man som anhörigvårdare inte får kräva för mycket insatser då den professionella vårdpersonalen kanske inte orkar med att ta hand om de äldre som inte har något nätverk runt sig. I detta resonemang om rättigheter och skyldigheter är det intressant att nämna skillnaden gentemot det svenska systemet. I Sverige har vi ett system där anhöriga ställer krav på äldreomsorgen och det anses vara en skyldighet för samhället och en rättighet för den äldre och dess anhöriga att få hjälp. Våra resultat visar att de japanska anhörigvårdarna inte ställer några krav utan enbart är tacksamma för den hjälp de får vilket kan göra att de blir mer utsatta i sin situation. Är det inte delvis på grund av att anhöriga och äldre påtalar brister som gör att den offentliga äldreomsorgen förbättras och utvecklas?

Vidare har vi genom teorierna fått förståelse för att informanterna är påverkade av omgivnings förväntningar i varierande grad på hur de bör agera i rollen som anhörigvårdare. I kombination med höga krav på sig själva om hur de skall bete sig samt klara av, gör att de inte tar emot mer hjälp av samhället då det skulle kunna uppfattas som ett misslyckande. Merparten av informanterna väljer helt eller delvis bort sitt eget välbefinnande i förmån för att vara tillgänglig i stort sett dygnet runt som vårdgivare. Resultaten visar på att de flesta anhörigvårdarna i vår studie pratar med sina vänner eller grannar om sin situation. Flertalet av informanterna beskriver dock att de känner sig ensamma i sin situation. En av informanterna säger att hon vänder sig till sina väninnor som är i liknande situationer när det känns som jobbigast. Tidigare forskning tar upp att anhörigvårdare känner sig isolerade i sin situation men att i de områden kommunen startat självhjälsgrupper har isolationen brutits (Campbell & Ikegami, 2003). Det hade varit intressant om våra informanter fick delta i en sådan gruppverksamhet, ett rimligt antagande är att det skulle underlätta för dem i deras situation.

De flesta av anhörigvårdarna delar hushåll med övriga familjemedlemmar men det är dock inte lika vanligt förekommande att de pratar om sin situation med dessa. Vi ställer oss frågande till varför anhörigvårdare i vår studie inte kräver mer hjälp och stöd av sin omgivning och då i synnerhet resterande familjemedlemmar. Kan det bero på som en av informanterna säger att man inte vill vara till besvär? Intressant att reflektera över är vad som skulle hända ifall anhörigvårdarna krävde hjälp och stöd från resterande familjemedlemmar. Hade deras situation sett annorlunda ut då? De övriga familjemedlemmarna kan möjligtvis tro att anhörigvårdarna vill klara det själv och därför inte erbjuder sin hjälp i vårdandet. Detta är ett tecken på att det inte finns någon eller ytterst lite kommunikation mellan och inom familjen. Vidare kan en tänkbar förklaring vara att den yngre generationen växt upp under andra premisser än den generationen anhörigvårdarna tillhör. De senaste decennierna har präglats av samhällsliga förändringar och möjligtvis tänker den yngre generationen att samhället nu skall ta allt ansvar och hjälper därför inte till. Det hade därför varit intressant att genomföra en undersökning ur de övriga familjemedlemmarnas perspektiv. Den manliga informanten särskiljer sig från övriga då han uttryckligen säger att det är dottern som egentligen skall vara anhörigvårdare och visar öppet att han inte själv valt sin situation. Detta kan tolkas som att förväntningarna från omgivningen och kraven på sig själv som anhörigvårdare är olika beroende på vilken könstillhörighet man har. För att veta om så är fallet krävs dock vidare forskning kring detta.

Enligt vårdförsäkringssystemet måste den äldre vara ensamboende för att vara berättigad ett trygghetslarm. En möjlig lösning på en del av anhängvårdarnas oro kanske skulle kunna åtgärdas på ett relativt enkelt sätt genom att vårdtagaren får ett trygghetslarm. Vi ställer oss frågande till varför enbart ensamstående äldre har rätt att få trygghetslarm.

I denna ytterst begränsade studie har det framkommit resultat som är intressanta trots att de på något vis inte kan anses allmängiltiga för de japanska anhängvårdarna. Ur resultaten har en bild av de anhängas position framkommit, där denne är mycket utsatt. Två aspekter uppstår i resultaten vilka skulle kunna tänkas vara möjliga förklaringar till detta. Den första aspekten är att Japan befinner sig i en pågående utvecklingsfas där man strävar efter att utveckla ett socialt trygghetssystem för de allt fler äldre människorna i befolkningen. I dagsläget tycks detta dock inte fungera fullt ut eftersom anhängvårdarna inte upplever sig trygga med att de kommer att beredas hjälp även i framtiden. De vågar inte heller ställa krav eller ifrågasätta de bedömningar vilka ligger till grund för den hjälp de alltjämt mottar. Detta skulle kunna förklaras med ett än så länge svagt samhällssystem som inte är implementerat hos befolkningen. Den andra aspekten som framkommer i materialet är hur den japanska traditionen och de kulturella betingelser vilka präglar de japanska medborgarna bidrar till svårigheten att ta emot hjälp. Det har tidigare i historien varit en självklarhet att varje familj sörjer för omsorgen om sina anhänga och att man inte skall ligga någon annan till last. Förutsättningarna för att kunna genomföra detta har på senare tid ändrats och därmed har ett vårdförsäkringssystem även utvecklats.

Tillsammans visar dessa två aspekter på hur det japanska systemet är i sig inte bara svårt att förstå och bristfälligt utan anhängvårdarna själva upplever ett visst motstånd till att nyttja det. Dessa två aspekter kan tänkas förklara att situationen som anhängvårdare i Japan är mycket svår och komplex. Intressant vore att vidare följa den utvecklingen i Japan och kanske har Sverige något att lära och kanske kan Japan ta del av Sveriges erfarenheter i det framtida arbetet med att möta en allt mer åldrad befolkning.

9. Litteraturförteckning

Litteratur

Anbäcken, Els-Marie (1997): *Who Cares? Culture, Structure, and Agency in Caring for the Elderly in Japan*. Linköping: Unitryck

Angelöw, Bosse/Jonsson Thom (2000): *Introduktion till socialpsykologi*. Lund: studentlitteratur

Carle, Jan/Nilsson, Björn/Alvaro, José Luis/Garrido, Alicia (2006): *Socialpsykologi. Bakgrund, teorier och perspektiv*. Lund: Studentlitteratur

Davidson, Bo/Patel, Runa (2009): *Forskningsmetodikens grunder..Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: studentlitteratur

Hashimoto, Akiko (1996): *The gift of generations: Japanese and American perspectives on aging and the social contract*. New York: Cambridge University Press

Ingo, Rune (2007): *Konsten att översätta* Malmö: Holmbergs

Koskiaho, Briitta (1995): *Japanese woman in their society*. I Koskiaho, Briitta/ Mäkinen, Paula/Pättiniemi, Maija-Liisa (1995): *Women, the elderly and social policy in Finland and Japan: the muse or the worker bee?* Aldershot: Avebury cop.

Koyano, Wataru (2003): *Intergenerational Relationship of Japanese seniors- changing patterns*. I Bengtson, Vern/Lowenstein Ariela(red): *Global aging and its challenges to families*. New York: Aldine de Gruyter

Kumiko/Kameda, Atsuko (red) : *Japanese women, New Feminist Perspectives on the Past, Present, and Future*. New York: Feinist Press at the city University of New York

Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: studentlitteratur

Larsson, Sam (2005): *Kvalitativ metod*. I Larsson, Sam/Lilja, John/Mannheimer, Katarina (red)(2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: studentlitteratur

Löf, Doriana (2005): *Informationssökning*. I Larsson, Sam/Lilja, John/Mannheimer, Katarina (red)(2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: studentlitteratur

Izuhara, Misa (2003): *Comparing social policies. Exploring new perspectives in Britian and Japan*. Bristol: The policy press

Repstad, Pål (2005): *Sociologiska perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. Lund: studentlitteratur

Thurén, Torsten (2007): *Vetenskapsterori för nybörjare*. Solna: Liber AB

Trost, Jan/Levin, Irene (1996): *Att förstå vardagen- med ett symboliskt interaktionistiskt perspektiv*. Lund: studentlitteratur

Tornstam, Lars (2005): *Åldrandets socialpsykologi*. Finland: WS bookwell

Sodei, Takako(1995): *Care of the Elderly: A womens issue*. I Fujimura-Fanselow/

Wu, Yongmei (2004): *The care for elderly in Japan*. London: RoutledgeCurzon

Vetenskapliga artiklar & rapporter

Arai, Yumiko (2004):*Family Caregiver Burden in the Context of the Long Term Care Insurance System*: Journal of Epidemiology, 14: 139-142

Campbell, John/ Ikegami, Naoki (2003):*Japan's Radical Reform of Long-term Care: Social Policy & Administration*, vol 37, no 1: 21-34

Kurube, Noriko /Lagergren, Måren (2008): *Insatser i äldreomsorgen i förhållande tillbehov - en jämförelse mellan Sverige- Japan*. Socialstyrelsen

Momose, Yumiko/Asahara, Kiyomi/ Murashima Sachiyo(2003):
A trial to support family caregivers in Long- Term Care Insurance in Japan: Self- Help Groups in Small Communities: Home, Health Care Management & Practice, vol 15, no 6:494-499

Yamamoto, Noriko/ Wallhagen Margret (1997): *The continuation of Family Caregiving in Japan*: Journal of Health and Social Behavior, vol 38 (june): 164-176

Elektroniska källor

Vetenskapsrådet: Vetenskapsrådets forskningsetiska principer.
www.vr.se Hämtad 2009-11-03

Chikujyo machi stads hemsida:
www.fukuoka-kaigo.jp Hämtad 2009-11-02

10.Bilagor

Bilaga 1



UNIVERSITY OF
GOTHENBURG

Information

Vi är två socionomstuderande vid Göteborgs universitet, Sverige. Under höstterminen 2009 skall vi skriva en C-uppsats som är en del av vår utbildning. Syftet med vår uppsats är att undersöka vad du som anhörigvårdare i Japan har för tankar om din situation. Vi söker därför dig som har erfarenhet av att vårda anhöriga i hemmet för en intervju.

Dina erfarenheter är värdefulla för oss!

Intervjuerna kommer att hållas på japanska då en av studenterna är från Japan.

Din anonymitet garanteras.

Period: 2009-10-15 till 2009-10-29

Intervjutid: 30-60 minuter

I studien följer vi de forskningsetiska principer för humaniora och samhällsvetenskap, vilka utarbetas av det svenska vetenskapsrådet. Dessa principer innebär i korthet:

- deltagandet är frivilligt.
- alla deltaganden skall få information om uppsatsens syfte.
- de insamlade uppgifterna skall förvaras på sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av dem.

Du har rätt att avstå från att svara på frågor eller att avbryta intervjun, utan att lämna någon anledning till detta.

Vi vill gärna spela in det som sägs under intervjun. Anledningen till inspelningen är att det underlättar dokumentationen. Efter utskrift av intervjun raderas ljudupptagningen.

Studenter:

Maiko Shimoda – född i Japan

Åsa Andersson – född i Sverige

Vill du veta mer eller anmäla ditt intresse så kontaktar du Maiko Shimoda via e-mail.

Du kan även anmäla ditt intresse till din care manager så förmedlar hon informationen till Maiko Shimoda.

Maiko Shimoda

Mail:xxx

Handledare på universitetet:

Siv Hansson

Mail:xxx

(endast engelska)

Bilaga 2



UNIVERSITY OF
GOTHENBURG

INFORMERAT SAMTYCKESBREV

Vi heter Åsa Andersson och Maiko Shimoda och är studenter på socionomprogrammet, Göteborgs universitet, Sverige. C-uppsatsen är en del av vår utbildning.

Genom att skriva under detta samtyckesbrev tackar Du Ja till att delta i en intervju som kommer vara en del i vår C-uppsats.

Syftet med vår uppsats är att undersöka hur anhängvårdare i Japan beskriver sin situation.

Ditt deltagande i vår undersökning är helt frivillig och Du kan när som helst dra dig ur. Det inspelade materialet kommer att behandlas hemligt. Det innebär att det obearbetade materialet endast kommer att behandlas av oss två och i framställningen av resultatet kommer Ditt namn inte att skrivas ut. Uppsatsen skall skrivas på svenska, därmed kommer dina svar översättas till det svenska språket.

Den färdiga uppsatsen kommer att läggas ut på Göteborgs Universitets hemsida och kommer vara tillgänglig för allmänheten.

Vid frågor eller synpunkter, kontakta oss gärna!

Maiko Shimoda : mail xxx

Tack för din medverkan!

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till dess innehåll:

Informant

Författare

.....
namnförtydligande

.....
namnförtydligande: Åsa Andersson

.....
namnförtydligande: Maiko Shimoda

Bilaga 3

INTERVJUGUIDE

Inledande information:

Bakgrund, syfte, frivilligt, anonym, bandspelare, rätt att avbryta, fråga vid otydlighet, paus?

Bakgrundsuppgifter

Ålder

Yrke

Familjesituation

Boendesituation

Situation som anhörigvårdare

Relation till vårdtagaren

Hur gammal är vårdtagaren?

Hur omfattande är vården?

Under hur lång tid har du vårdat din anhörig?

- hur kom det sig att just du började vårda din anhörig?

Vilka familjemedlemmar är involverade i vården av din anhörig?

Hur tänker du kring det?

I vilken utsträckning arbetar du?

Skulle du vilja arbeta mer/mindre?

Vilka orsaker gör att du inte kan arbeta mer/mindre?

Ansökningsprocessen

Hur såg ansökningsprocessen ut?

- hur fick du information om vårdförsäkringsystemet?
- vad fick dig att ansöka om hjälp?
- tvekade du inför att ansöka om hjälp hos kommunen?
- diskuterade du med din omgivning att du ville ansöka om hjälp?
- Varför/varför inte?
- hur upplevde du bemötandet från kommunens representanter?

Hjälpform utifrån vårdförsäkringsystemet

Hur mycket hjälp har du från samhället i vårdandet av din anhörig?

Vet du vilken hjälp/vilka rättigheter du har utifrån vårdförsäkringsystemet?

Utnyttjar du all hjälp som du har rätt till utifrån den vårdnivå din familjemedlem har?

Varför/varför inte?

Förväntningar på kommunen/traditionella normer

Hur tänker/känner du kring om övriga familjemedlemmar skulle hjälpa till i vårdgivandet?

Hur tänker/känner du kring att utomstående vårdpersonal är delaktiga i vården av din familjemedlem?

Hur tycker du att ansvaret skall fördelas mellan dig och samhället i vården av din anhörig?

Sammanfatta vad de samhälleliga insatserna betyder för dig som anhörigvårdare.

- Finns det något positivt?
- Finns det något negativt?

Avslutning

Något som du skulle vilja tillägga?

Är det något som du berättat under intervjun som du inte vill skall vara med i uppsatsen?

Var det någon intervjufråga som var otydlig?

Vill du ha en sammanfattning av uppsatsen när den är klar?

Några frågor innan vi avslutar?

Bilaga 4

Intervjuöversikt

Introduktion

Hur går intervjun till?

Bakgrund

Familjesituation

Boendesituation

Yrke

Din situation som anhörigvårdare

Relation till den du vårdar?

Hur ser vårdandet ut?

Har du hjälp av någon i din familj/omgivning

Ansökningsprocessen

Hur gick det till när du/ni ansökte?

Hur fick du/ni information om vårdförsäkringen?

Hjälpen från samhället

Var har du/ni för hjälp

Använder du/ni all hjälp ni har rätt till?

Din syn på hjälpen från...

...samhället

...omgivning

Avslutning

Övriga frågor och information

Bilaga 5

Information om den allmänna vårdförsäkringen

Det är obligatoriskt för alla medborgare från 40 år att vara med i vårdförsäkringen. Det finns två olika kategorier av försäkringar som bestäms efter ålder. Personer som är över 65 år tillhör kategori 1 och personer mellan 40 till 64 år tillhör kategori 2. Är man i kategori 2 måste man uppfylla kriteriet att man har en åldersrelaterad sjukdom.

Försäkringen drivs av kommunerna, och för att bli försäkrad måste man betala in sin försäkringsavgift till den kommunen man bor i. Vid användning av vårdservicen måste vårdtagaren betala 10 procent av den nationellt bestämt vårdersättning till vårdproducenten (företag som har tillåtelse från kommunen att arbeta med vårdtjänstverksamhet). Resten av finansieringsansvaret fördelas mellan kategori 1:s insamlade försäkringsavgift (30%), kategori 2:s insamlade försäkringsavgift (20%), stat (25%), kommun (25%). Försäkringsavgiften skiljer sig mellan olika städer samt bestäms efter en inkomstprövning. Stadens *kijyungaku* (standardavgift) beräknas genom att 3 års utgifter (den del som kategori 1 har betalat) delas med antal kommuninånare över 65 år under 3 år, delat med 12 (månader). Denna delas sedan till 9 olika inkomstnivåer. Vårdförsäkrings avgift för våra informanternas hemstad är mellan 2350 yen (= 184kr) och 9400 yen (=736kr) i månaden.

Enligt den allmänna vårdförsäkrings lag kapitel 8 § 132, när kategori 1 inte kan betala avgifterna, är anhöriga (make/maka till den som är försäkrad eller huvudförsörjare i det försäkrades hushåll) skyldiga att betala avgiften.

Tabell 1 Vårdbehovsnivåerna

Vårdbehovsnivåerna	Kostnadsram	Ex. hemvårdsplan
Behov av stöd 1	49700 yen (=3888kr)	Dagverksamhet, hemtjänst en gång i veckan, korttidsboende två gånger i månaden
Behov av stöd 2	104000yen (=8137kr)	Dagverksamhet, hemtjänst två gånger i veckan, korttidsboende två gånger i månaden
Behov av vård 1	165800yen (=12937kr)	Använda en vårdservice varje dag
Behov av vård 2	194800yen (=15242kr)	Dagverksamhet tre gånger i veckan och använda en vårdservice varje dag
Behov av vård 3	267500yen (=20930kr)	Tillgång till natt och tidigt morgonbesök av hemtjänsten samt hemtjänst 2 gånger om dagen
Behov av vård 4	306000yen (=23942kr)	Tillgång till natt och tidigt morgonbesök av hemtjänsten samt hemtjänst 2 till 3 gånger om dagen
Behov av vård 5	358300yen (=28035kr)	Tillgång till natt och tidigt morgonbesök av hemtjänsten samt hemtjänst 3 till 4 gånger om dagen

Vårdservice som regleras i vårdförsäkringen

Enligt vårdförsäkringslagen täcker hjälpinsatserna dessa nio områden:

1. Hemvård
2. Hemvård i särskilda fall (t.ex. akutbehov före ansökan)
3. Inköpskostnad för hjälpmedel som används i hemmet
4. Bostadsanpassning
5. Vårdplanering för hemvård
6. Vårdplanering för hemvård i särskilda fall
7. Institutionsvård
8. Institutionsvård i särskilda fall (t.ex. akutfall)
9. Högkostnadsvård

Olika vårdservice enligt vårdförsäkringen

Hemvård

1. Hemtjänst
2. Hemsjukvård
3. Rehabilitering i hemmet (besök av rehabiliteringspersonal)
4. Badningsservice i hemmet
5. Vägledning/rådgivning för hemsjukvård (besök av läkare, tandläkare och apotekare)
6. Dagverksamhet
7. Dagverksamhet med inriktning på rehabilitering/dagrehabilitering
8. Korttidsvistelse
9. Korttidsvistelse för medicinskt behov (inom sjukvården)
10. Hyra av hjälpmedel
11. Vård på gruppboende för dementa
12. Vård på de speciella hem (privat ålderdomshem med egen bekostnad eller s.k. "care house") som inte ingår i försäkringen.

Institutionsvård som regleras i vårdförsäkringslagen är:

1. Vårdhem/speciellt sjukhem
2. Hälsohem med inriktning på rehabilitering (en slussningsinstitution från sjukhus till hem). Rehabiliteringen gäller fysiskt, psykiskt och socialt avseende.
3. Långvård

Källor bilaga 5:

Kurube, Noriko / Lagergren, Måren (2008): *Insatser i äldreomsorgen i förhållande till behov - en jämförelse mellan Sverige- Japan*. Socialstyrelsen

Chikujyo machi stads hemsida:

www.fukuoka-kaigo.jp