

# Anhörigas expertkunskap som utgångspunkt för samverkan och individuellt stöd

Ulla Lundh

Mike Nolan

Personal inom vård och omsorg är inte tillräckligt medvetna om betydelsen av personkunskap i bemötandet av äldre. Anhöriga upplever att de ger en mer personlig vård än den som ges i offentlig regi. Denna inställning beror på att anhöriga har en överlägsen kunskap beträffande den individuella vården. Den offentliga vården erkänner inte alltid värdet av en sådan kompetens. I artikeln beskrivs modeller för samverkan mellan personal och anhöriga så att anhörigas expertkunskap kan värderas likaväl som personalens.

Ulla Lundh är lektor vid Hälsouniversitetet, Institutionen för Vård och Omsorg, Campus Norrköping och Mike Nolan Professor of Gerontological Nursing, Sheffield University, UK.

Materialet i denna artikel bygger på en studie för Socialstyrelsens 2001. Rapporten *Närståendes vård av äldre - Anhörigas och professionellas perspektiv* - Anhörig 300 finns tillgänglig på [www.sos.se](http://www.sos.se)

och individens förmåga att hantera problem och svårigheter i vårduppgiften. Stress och belastning har också varit den utgångspunkt från vilken stöd till anhöriga har planerats i den kommunala verksamheten. Fortfarande talar man i många sammanhang om 'avlastning' innebärande att anhöriga ska avlastas sin börda för en kortare tid. På senare tid har denna negativa utgångspunkt för anhörigstöd kritiserats (Nolan et al 1996). De anhöriga lämnar över vårdansvaret till professionella vårdgivare och ersätts av 'professionella' och har därmed begränsad möjlighet att påverka vårdens innehåll. Ett annat sätt att utveckla stöd till anhöriga är att öka möjligheten till samverkan genom att bygga vården på anhörigas kompetens och intresse. Syftet med denna artikel är att presentera idéer för ett sådant samarbete mellan personal och anhöriga där båda parter betraktas som experter i vården.

## Kunskap för vård av äldre

Kunskapen för vård av äldre kan indelas i tre komponenter: sjukdomkunskap, patientkunskap och personkunskap (Liaschenko 1997, Liaschenko och Fisher 1999). De båda första komponenterna är dominerande hos utbildade vårdgivare och utgör grunden i deras expertkunskap. Sjukdomkunskap innebär en generell förståelse av huvudsakligen biomedicinskt slag av olika sjukdomsförlopp, medan patientkunskap

Forskningen om anhörigvård har ökat betydligt både i omfattning och specialisering under de senaste 30 åren (George 1994). På 1960-talet förekom knappast någon forskning alls (Brody 1995), men numera är anhörigvården ett av de största forskningsområdena inom socialgerontologin (Kane and Penrod 1995). Den tidiga forskningen var framförallt inriktad på stresshantering

kopplar samman sjukdomen och individen och innefattar hur individen svarar på olika behandlingar, typ av stödmekanismer och individuella resurser. Med personkunskap avses en mer detaljerad kunskap om personen utöver hans eller hennes sjukdom, dvs personlig bakgrund och levnadshistoria. Denna kunskap utgör grunden i de anhörigas expertkunskap. Sådan kunskap är särskilt viktig vid kroniska sjukdomar eftersom det då är nödvändigt att sätta sig in i vårdtagarens dagliga livssituation för att tillgodose individuella behov (Liaschenko and Fisher 1999). Utbildade vårdgivare är inte tillräckligt medvetna om betydelsen av personkunskap i bemötandet av äldre (SOU 1997/51).

När utbildade vårdgivare och anhöriga tillsammans med vårdtagare möts för första gången, medför var och en olika typer av kunskap. Den utbildade vårdgivaren har sjukdomskunskap om sjukdomsförloppet och den anhörige tillsammans med vårdtagaren har personkunskap. I interaktionen dem emellan skapas därmed ett slags 'vårdtagarkunskap' som är en förutsättning för en effektiv och personlig vård. Genom att dela med sig av sin sjukdomskunskap kan den utbildade vårdgivaren hjälpa anhöriga och vårdtagare att bättre förstå både sin nuvarande och framtida situation. Anhöriga å sin sida kan hjälpa den utbildade vårdgivaren genom att dela med sig av sin personkunskap att bättre förstå innebörden av den specifika livssituation. Detta kunskapsutbyte utgör grunden för att båda parter ska kunna utveckla sin expertkunskap för vården av den specifika individen. Anhöriga upplever att de är kompetenta och ger en bättre vård än den som ges i offentlig regi. Denna inställning beror på att de

---

---

*Massmedia har ofta bidragit till att ge en negativ bild av offentlig vård och omsorg och därför är det inte självklart så att anhöriga accepterar stöd som erbjuds från vården trots att behov finns*

---

---

känner att de har en överlägsen kunskap beträffande den individuella vården. De känner den person de vårdar bättre än någon annan och kan därför tillgodose dennes personliga behov. Den offentliga vården erkänner inte alltid värdet av en sådan kompetens. I den offentliga vården dominerar generell kunskap om sjukdomen och lämplig vård och omsorg (Liaschenko 1997, Liaschenko och Fisher 1999). Dessa senare kunskapsområden är begränsade hos anhöriga. Massmedia har ofta bidragit till att ge en negativ bild av offentlig vård och omsorg och därför är det inte självklart så att anhöriga accepterar stöd som erbjuds från vården trots att behov finns. Detta är också en av anledningarna till att det är svårt att komma i kontakt med anhöriga. I kontakten måste personalen visa att de har en annan kompetens att erbjuda, men samtidigt är det nödvändigt att visa respekt för den kunskap som den anhörige besitter. Båda parter ska ses som 'experter' men med olika former av kompetens (Nolan et al 1996). På så sätt kan den offentliga vården utgöra ett tillskott av (nya) möjligheter, utan krav på att den anhörige ska ge upp det som är viktigt för dem själva.

Professionella vårdgivare och anhörigvårdare har olika kunskapskällor och målsättningar. Harvath et al (1994) påpekar t ex att professionella vårdgivare har s k 'kosmopolitisk' kunskap, dvs en generell kun-

---

*Utöver 'sjukdomskunskap' behöver anhöriga också få del av andra kunskaper som utbildade vårdgivare har om de skall få bättre beredskap och förmåga att utnyttja kommunala åtgärder*

---

skap om olika sjukdomstillstånd som t ex demens. Anhörigvårdare har i stället 'lokal' kunskap grundad på en unik erfarenhet och kunskap om den person som drabbats av t.ex en demenssjukdom. För bästa vård är båda typer av kunskap nödvändiga och därför behövs samarbete.

Utöver 'sjukdomskunskap' behöver anhöriga också få del av andra kunskaper som utbildade vårdgivare har om de skall få bättre beredskap och förmåga att utnyttja kommunala åtgärder (Griffin 1997). Sådan kunskap är:

- Kunskap om organisation och arbetssätt inom vård och omsorgssektorerna.
- Kommunikativ kunskap, dvs förmåga att förstå det språk som används inom vård och omsorg.
- Kunskap om skilda kulturer och vilken betydelse t ex olika trosuppfattningar har beträffande hälsotillstånd och vård/omsorg.
- Social kunskap - om hur människors fungerar i social gemenskap.

Ovanstående är i linje med vad Liaschenko och Fisher (1999) kallar 'relationskunskap', dvs den typ av kunskap som förenar sjukdomskunskap, patientkunskap och personkunskap. Relationskunskap innebär att tolka huvudaktörernas olika synsätt och bakgrund för att få kunskap om individuella sympatier och antipatier, arbetssätt och arbetsmetoder.

## **Modeller för stöd till anhörigvårdare**

Anhörigvårdaren betraktas som en 'resurs' (Twigg and Atkin 1994) och stödet till anhöriga inriktas på att försöka avhjälpa stress. Syftet är främst att den anhöriga ska orka fortsätta vården och därmed förebygga inflyttning till särskilt boende (Nolan et al 1996, Zarit et al 1999). Kommunala åtgärder ersätter anhöriga i stället för att komplettera och ge stöd i deras arbete. Servicefunktioner, t ex dagcenterverksamhet, korttidsvård och hemtjänst, som visserligen behövs, har utvecklats som stöd till anhöriga men ger inte utrymme för samarbete i vården (Collins et al 1994). Anhörigvårdare blir t ex sällan rådfrågade, utbildade eller tillfrågade om och hur de klarar vården (Warner and Wexler 1998). För att en förbättring skall kunna ske, bör främst två nyckelfrågor besvaras:

- Vilket mål och syfte har stödet till anhörigvårdare och vilken typ av insatser behövs?
- Hur fungerar samarbetet mellan anhöriga och professionella vårdgivare och hur kan dessa grupper samverka på bästa sätt?

På senare tid har ett mer holistiskt synsätt börjat efterlysas med tydligare mål beträffande vilka resultat som kan förväntas och vilka åtgärder som krävs för att nå målen (Banks 1999, Qureshi et al 2000). Det centrala begreppet för denna diskussion är 'samarbetspartners i vården', dvs en utveckling av ett nära samarbete mellan anhörigvårdare och kommunala vårdgivare (Borgermans et al 1998, Banks 1999, DoH 1999, Qureshi et

---

*Vilket mål och syfte har stödet till anhörigvårdare och vilken typ av insatser behövs?*

---

al 2000). Anhörigvårdaren får då stöd och bättre beredskap när det gäller att fatta beslut och ta kontroll över sitt eget liv (Schmall 1995, Brandon and Jack 1997, Askham 1998.) De viktigaste målen är att stärka den personliga förmågan, samt ge ökad kompetens och självförtroende (Schmall 1995). Andra forskare anser att det främsta målet är att få en ökad förståelse för meningen med livet och en förbättrad livskvalitet både för vårdgivaren och den som vårdas (Lightbody and Gilhooly 1997).

Qureshi et al (2000) anser att målen eller resultatet av stödinsatser kan delas in i fyra områden som förändras över tid:

- Att bibehålla eller förbättra livskvaliteten hos den som vårdas.
- Att bibehålla eller förbättra livskvaliteten för anhöriga.
- Att ge erkännande och stöd till anhöriga i rollen som vårdgivare så att de känner att de får den information, förberedelse, utrustning och utbildning de behöver.
- Att erbjuda stöd på ett sådant sätt att den anhöriga känner sig uppskattad som individ, får erkännande för sina kunskaper, får tillfälle att säga sin mening, och att det stöd som ges passar de vårdrutiner som den an-

höriga redan utvecklat.

Om dessa mål skall uppfyllas, behövs ett nytänkande och riktade åtgärder till varje anhörigvårdare. Hjälp med den fysiska vården och t ex korttidsvård för avlösning är fortfarande viktigt, men det behövs en större bredd och variation på insatserna. Nedanstående tabell är en sammanställning av olika former av stöd (se *Tabell 1*).

Den offentliga vården saknar en klart definierad och logisk grund för hur stöd till anhöriga ska utvecklas (Twigg och Atkin 1994). Den kommunala verksamhetens flexibilitet är begränsad och anhöriga måste anpassas till kommunala rutiner. Individuella hänsynstaganden till anhörigvårdares behov är begränsade och tycks istället utgå från någon av följande, mer eller mindre medvetna modeller:

- Anhörigvårdaren som resurs
- Målet med olika stödinsatser är instrumentellt, dvs vårdgivaren skall kunna behållas i sin roll.
- Anhörigvårdaren som medarbetare
- Vårdgivarens individuella behov får större uppmärksamhet, men det övergripande målet är fortfarande instrumentellt.
- Anhörigvårdaren som 'vårdtagare'

*Tabell 1: Typologi för stöd till anhörigvårdare.*

Askham 1998	Schmall 1995	Schumacher et al 1998
Utbildning och förberedande insatser	Medicinsk kunskap	Kunskap om sjukdomstillstånd
Utrustning och tekniska hjälpmedel	Förmåga att hantera	Tillhandahålla teknisk vård på ett säkert sätt
Självförtroende och kunskap att utnyttja service och åtgärder som erbjuds	vårdsituationen	Tillgodose olika behov på ett säkert sätt
Information	Relationsfrågor inom familjen	Social omvårdnad
Direkta hjälpinsatser	Att kommunicera med vårdtagare	Personlig omvårdnad
Korttidsvård för avlösning	Att hantera känslor	
Ekonomiskt stöd	Kommunal service	
Åtgärder för hjälp till avkoppling	Långsiktig planering	

Modellen gör ingen klar åtskillnad mellan vårdgivarens och vårdtagarens behov.

- Ersättningsvård

Målet för den kommunala vården och omsorgen är att överta anhörigvårdarens uppgifter.

Dessa modeller kan vara lämpliga att använda under vissa förutsättningar, men ingen är tillräcklig som underlag för beslut om lämpliga insatser (Nolan et al 1996). De ger nämligen inte utrymme för insatser som förstärker anhörigvårdarens roll och speglar inte den samarbetssyn och större valfrihet som borde eftersträvas. En önskvärd modell ska bygga på principen att alla parter har något värdefullt att bidra med i ett samarbete. Erfarenhetsutbyte och utveckling äger rum i arbete mot gemensamma mål.

Det som behövs är en samarbetsmodell som på ett bättre sätt kan ta tillvara skillnader i erfarenhet och kunskap. En sådan modell är 'expertmodellen' (Nolan et al 1996) som tar hänsyn till att vårdbehovet förändras och att kunskaper och färdigheter utvecklas över tid. Tidsaspekten är av central betydelse eftersom behovet och den faktiska nivån av samarbete varierar över tiden. Anhörigvårdare som är nya i sin roll uppfattar troligtvis professionella vårdgivare som erfarna samarbetspartners med viktiga allomfattande kunskaper som anhörigvårdaren behöver för att förstå vilka krav vårduppgiften kommer att innebära. Erfarna anhörigvårdare däremot har ofta genom försök och misslyckanden skaffat en mycket bättre kunskap och uppfattning om situationen än professionella vårdgivare. Att få erkännande för detta är ytterst viktigt i ett samarbete. Vid en senare tidpunkt kan vågskålen väga över åt andra hållet, t.ex inför ett beslut om flyttning till särskilt

boende, där anhörigvårdaren återigen får rollen som 'novis', eftersom han eller hon kanske aldrig tidigare behövt fatta ett sådant beslut. Då behövs andra former av hjälp och stöd. Att kunna erkänna detta och sträva efter att uppnå en jämvikt i samarbetet är själva kärnan i 'expertmodellen'.

En kartläggning av problem och svårigheter i vården är givetvis viktig, men kartläggningen måste utvidgas till att också omfatta tidigare och nuvarande relationer, positiva och tillfredsställande faktorer i vården, förmågan att klara av vårduppgiften samt övriga resurser, t ex inkomst, boende och socialt stöd. Stressfaktorer och problemområden kan bäst kartläggas utifrån ett subjektivt snarare än ett objektiva perspektiv. Det betyder att omständigheterna kring vården är av mindre betydelse än vårdgivarens uppfattning om dem. Det är viktigt att ta hänsyn till både viljan och förmågan att vårda. En anhörig kanske egentligen inte vill ta på sig rollen som vårdgivare, men känner sig förpliktad att göra det - eller kanske viljan finns men kunskap och förmåga saknas. Kommunala serviceinsatser t ex korttidsvård för avlösning, hemtjänst osv. är betydelsefulla, men det primära är att vårdgivaren får nödvändig kompetens, kunskaper och färdigheter för att tillhandahålla en god vårdkvalitet utan att riskera sin egen hälsa (Nolan et al 1996).

Även andra författare har förespråkat ett närmare samarbete mellan anhöriga och professionella vårdgivare. Inom arbetsterapeuters verksamhetsområde identifierade t.ex Brown et al (1996) sju möjliga samarbetsnivåer, som framgår av *tabell 2*.

Författarna anser att arbetsterapeuter borde vara mer medvetna om hur anhörigas engagemang förändras över tid och att ut-

Tabell 2. Nivåer för samarbete mellan anhöriga och personal.

Samarbetsnivå	Innebörd
Inget samarbete	Relationen baseras på en traditionell medicinsk modell som enbart fokuserar patienten
Informationskälla Terapiassistent	Anhöriga har enbart en passiv roll som informationskälla En traditionell roll vid en rehabilitering där anhöriga ses som en användbar resurs i rehabiliteringsprocessen
Medpatient	Insatserna riktas till familjen som helhet
Konsult	Anhöriga deltar aktivt i målplaneringen men inte som fullvärdiga medlemmar i vårdteamet
Samarbetspartner	Anhöriga ingår som fullvärdiga medlemmar i vårdteamet
Ansvarig	Anhöriga har en ledande roll medan arbetsterapeuten (och andra yrkesgrupper) finns till hands som resurs i en stödjande funktion

bildningen borde ge nödvändiga kunskaper och färdigheter för samarbete med anhöriga vårdgivare. För att en sådan modell skall fungera krävs en genomgripande förändring i synen på det praktiska vårdarbetet och den 'orubbliga övertygelsen' om den professionella vårdens överlägsenhet (Brandon and Jack 1997). Enligt Qureshi et al (2000) har 'expertiden' ett starkt och ofta underförstått inflytande på professionella vårdgivares sätt att arbeta och deras relationer till personer utanför den professionella vården. Att betrakta anhöriga som 'vårdexperter' kan upplevas som ett hot (Allen 2000), men modellen med 'anhörigvårdaren som expert' innebär inte att förneka att professionella vårdgivare har värdefulla kunskaper. 'Expertmodellen' ser anhörigvårdaren som *en* expert snarare än den *ende* experten. Alla samarbetspartners i 'vårdföretaget' bidrar med egen unik kunskap. Anhörigvårdare, professionella vårdgivare, och inte minst vårdtagaren, alla har sin nyckelroll. Nyckeln till en bra relation är det sätt på vilket behovsbedömningar genomförs och relationer skapas och formas.

### Behovsbedömning

En bedömning av anhörigas behov av stöd måste grundas på den anhörigas individuella perspektiv (Borgermans et al 1998, Qureshi et al 2000). Qureshi et al menar att målet för en behovsbedömning är att aktivt engagera anhörigvårdaren i den individuella behovsbedömningen, där behov och önskade resultat identifieras och definieras. En del av behovsbedömningen innebär att erbjuda stöd av varierande grad och typ alltefter individuella omständigheter och önskemål. Genom en gemensam behovsbedömning finns möjligheter att förbättra kommunikationen för att uppnå samstämmighet om olika mål, och att dokumentera dessa som grund för en planerad utvärderingsprocess. Om behovsbedömningen dokumenteras kan den fungera som hjälpmedel inför planering av framtida insatser.

Bedömningen bygger på ett 'ömsesidigt utbyte' eller en ömsesidig samarbetsmodell

---

---

*En bedömning av anhörigas behov av stöd måste grundas på den anhörigas individuella perspektiv*

---

---

snarare än ett utfrågande eller procedurmässigt tillvägagångssätt (Smale et al 1993). En väl genomförd bedömning förutsätter en förtroendefull relation (Borgermans et al 1998). Bedömningen skall vara individuell och flerdimensionell och ta hänsyn till att behoven förändras över tid. Borgermans et al (1998) framhåller att anhängvårdaren och den person som vårdas skall värderas lika men bedömningen måste ta hänsyn till alla inblandade grupper, dvs anhängvårdaren, patienten, professionella vårdgivare och vårdorganisationen. Det är ytterst viktigt att kunna bedöma arten och kvaliteten i relationen mellan anhängvårdaren och vårdtagaren.

Qureshi et al (2000) menar att behovsbedömningen ska:

'bidra till att den anhöriga vårdgivarens expertkunskap får ett erkännande genom att på ett tydligare sätt engagera och involvera den anhöriga i bedömningsprocessen, genom att bygga vidare på de starka sidor som finns, och på ett medvetet sätt lyfta fram anhörigas uppfattning om önskade resultat' (s 4-17).

Om bedömningen tar hänsyn till olika slag av 'expertkunskap', bör dessa olika kunskaper sammanföras och leda till ny och bättre kunskap. Denna kan sedan ligga till grund för specifika mål eller åtgärder som skräddarsys alltefter individuella omständigheter. Den erhållna kunskapen kan leda till en bättre kontroll och en positiv förändring av vårdgivarens situation.

### **Organisation för anhörigstöd**

Ett av de stora problemen inom den svenska äldreården är bristande personalkontinuitet. Detta har helt naturligt en negativ inverkan på den kontakt som etableras mellan anhöriga och personal. Inom de kommunala verksamheterna finns en medveten-

het om problemet och man har försökt att lösa det organisatoriskt genom att utse en kontaktperson för varje vårdtagare. Denna lösning är emellertid 'tandlös' eftersom kontaktpersonen saknar utbildning, direktiv och tidsmässiga resurser för att sköta denna 'speciella' kontakt. De har som regel ingen utbildning i hur ett djupare samtal förs med en vårdtagare. Kontaktpersonens roll har därför reducerats till att gälla speciella varor som ska inköpas, ledsagning vid läkarbesök och liknande. Samtal med anhöriga hålls mer eller mindre sporadiskt beroende på individuella förutsättningar. Ofta begränsas möjligheten till djupare samtal av såväl kompetens- som tidsbrist. Det handlar således inte om ovilja eller bristande intresse.

I många kommuner tillämpas en vård- och omsorgsorganisation där bedömning av behov är skild från utförandet. Enligt denna modell ska mål som formuleras på en nivå utvecklas och följas upp på en annan. Detta riskerar att innebära en bristande kontinuitet för såväl vårdtagare/anhörig som personal. Basen i denna struktur är fast med små möjligheter till individuella lösningar. Om behovsbedömaren kommer fram till att behov föreligger kan den anhörige bli erbjuden exempelvis dagvård med visst antal dagar per vecka, växelvård enligt ett bestämt schema, hemtjänst med visst antal timmar per månad etc. Alla dessa former av stöd är naturligtvis nödvändiga och uppskattade av anhöriga, men de bygger mer på kommunens organisation än den anhöriges individuella vårdbehov. För många anhöriga skulle kanske en regelbunden telefonkontakt vara ett tillräckligt stöd. För andra skulle kanske vetskapen om att det finns möjlighet att få avlösning akut eller inom en mycket

kort tidsperiod utgöra nödvändig trygghet.

Den typ av anhörigstöd som finns byggs framför allt på två principer. Antingen ses anhörigvårdaren som resurs och målet är då att med olika stödinsatser behålla denne i sin roll, eller så planeras ersättningsvård då arbetsbelastningen är för stor i förhållande till den anhöriges resurser. Båda modellerna bygger på att vård- och omsorgsorganisationen är professionell och ensam härskare över 'expertkunskapen'. Att betrakta den anhöriga som en resurs bygger på ett ekonomiskt synsätt som inte tillvaratar den kompetens som anhöriga utvecklar eller tillåter erfarenhetsutbyte och utveckling mot gemensamma mål. Ersättningsvård innebär att den anhörige 'fråntas' sin uppgift och att den offentliga vården tar helt över. Detta innebär ofta starka känslor av svek och skuld, särskilt för makar (Lundh et al 2000, Sandberg et al 2001). Ett bättre stöd skulle anhöriga få om modellen som betraktar den anhöriga som expert tillämpas. Denna bygger på samarbete både när det gäller behovsbedömning och planering av insatser. Kunskaperna utvecklas successivt för både anhörig och personal genom interaktion. Detta är den modell som har prövats som utgångspunkt för studien om "Närståendes vård av äldre, anhörigas och professionellas perspektiv" (Socialstyrelsen 2001). Behovsbedömningen bygger på en så fullständig analys som möjligt och innefattar stress och belastning, tillfredsställelse och coping. Anhörigsamtalet avslutades med en bedömning av lämpliga stödre-

surser. Hela samtalet fördes i samverkan och gav både intervjuaren och den anhöriga en större insikt. Vi vill därför rekommendera användning av strukturerade intervjuer av den typ som finns redovisade i projekt-rapporten. Modellen är långt ifrån färdigutvecklad, men utgör ett första steg för ett nytt tankesätt och en ny bas för ett bättre anhörigstöd. Väl medvetna om de svårigheter det innebär att förändra ett arbetssätt är detta ändå vår rekommendation att värdera anhörigas kunskaper för bästa samarbete och stöd till anhöriga vårdgivare.

## REFERENSER

- Banks P (1999) *Carer Support: Time for a change of direction*. King's Fund, London.
- Borgermans L, Nolan MR and Philp I (1998) *Assessment of family caregivers: creating partnerships between professional and family carers of older people*. COPE Background Report, University of Sheffield.
- Liaschenko J (1997) Knowing the patient. In: Thorne SE and Hays VE (eds) *Nursing Praxis: Knowledge and Action*. Sage, Thousand Oaks.
- Liaschenko J and Fisher A (1999) Theorising the knowledge that nurses use in the conduct of their work. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 13(1): 29-41.
- Lundh U, Sandberg J and Nolan MR (2000) 'I don't have any other choice': spouses' experiences of placing a partner in a care home for older people in Sweden. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5): 1178-1186.
- Nolan MR, Grant G and Keady J (1996) *Understanding Family Care: A Multidimensional Model of Caring and Coping*. Open University Press, Buckingham.
- Qureshi H, Bamford C, Nicholas E, Patmore C and Harris JC (2000) *Outcomes in Social Care Practice: Developing an Outcome Focus in Care Management and Use Surveys*. Social Policy Research Unit, University of York.
- Socialstyrelsen (2001) *Närståendes vård av äldre anhörigas och professionellas perspektiv*. Anhörig 300, Socialstyrelsen 2001-124-6, ISBN 91-7201-593-4 www.sos.se

---

*Ett bättre stöd skulle anhöriga få om modellen som betraktar den anhöriga som expert tillämpas*

---