



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Barn som anhöriga

En implementeringsstudie av vuxenhabiliteringens
stöd till barn som anhöriga ur ett barnombud/kurators perspektiv

Annika Eriksson

Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet

Examensarbete på avancerad nivå (SAHS05)

VT 2022

Handledare: Verner Denvall

Abstract

Author: Annika Eriksson

Title: Children as next of kin; A study of the implementation of support to children as next of kin from the perspective of healthcare counselors at adult habilitation centers

Supervisor: Verner Denvall

Assessor: Alexandru Panican

The aim of this study was to explore how healthcare counselors in their role as child representatives at adult habilitation clinics in Sweden experience the implementation of support for children as next of kin. Healthcare law in Sweden states that children as next of kin are entitled to information, advice and support by healthcare professionals when living together with an adult relative that has; a mental disorder or a mental disability, a serious physical illness or injury, are addicted to alcohol or other addictive substances or if the adult unexpectedly dies (SFS 2017:30, 5:7). Previous research has shown that children are at a higher risk of experiencing harm or illness when they have parents with a lifelong disability. In this study qualitative semi-structured interviews were conducted with eight healthcare counselors assigned the role of children's representative at a total of eight adult habilitation clinics in Region Skåne. The empirical data has been analyzed with Fixsen et al. (2009) theory 'Core implementation Components'. Four themes were identified during analysis: the leadership, competency of the user, organizational support and the patient's receptivity. It has emerged that the work of providing information, advice and support to children as next of kin varies widely between adult rehabilitation clinics in Skåne. How successfully habilitation centers manage to implement support for children as next of kin depends on how the work is organized at the clinic, what support the children's representative has from their immediate manager and the children's representative's own initiative in driving the implementation forward. Children's representative's ambiguous mission and Region Skåne's inability to transform the intention of the 'Children as next of kin' action program into concrete goals constitutes a recurring obstacle to the implementation of support for children as next of kin. Based on the findings in this study it is clear that there is a big difference in how far the habilitation clinics have come in their implementation of support to children as next of kin according to Fixsen et al. (2009) implementation phases.

Keywords:

Implementation, Fixsen Core Implementation Components, support children as next of kin, patients with disabilities, healthcare worker, healthcare counselor.

Förord

Jag vill börja med att rikta ett stort tack till samtliga barnombud vid Skånes vuxenhabiliteringsmottagningar som tagit sig tiden att medverka i denna studie. Ert engagemang har gjort denna studie möjlig.

Jag vill också tacka min handledare Verner Denvall för den värdefulla feedback, uppmuntran och för det stöd jag har fått under arbetets gång.

Stort tack till alla lärare, kurskamrater och min handledare på vuxenhabiliteringen i Trelleborg. Ett extra stort tack till familjen, mina fina vänner, kollegor och pluggpeppgänget i Lund vars uppmuntran och stöttning under arbetets gång varit ovärderlig, utan ert stöd hade detta inte varit möjligt!

Innehållsförteckning

Abstract	2
Förord	3
1 Inledning	6
1.1 Problembakgrund.....	6
1.2 Problemformulering	7
1.3 Syfte	7
1.4 Frågeställningar.....	8
1.5 Avgränsningar.....	8
1.5.1 Barn som anhöriga	8
2 Implementeringsobjektet	8
2.1 Vuxenhabiliteringen i Skåne.....	8
2.2 Barn som anhöriga.....	9
2.2.1 Hälso- och sjukvårdslagen 5:7 och dess innebörd.....	10
2.2.2 Barn som anhöriga i Region Skåne	10
2.3 Stödinsatser till barn som anhöriga	11
2.3.1 Beardslee´s familjeintervention.....	11
2.3.2 Barns Rätt som Anhöriga, BRA.....	11
3 Kunskapsläget	12
3.1 Implementeringens förutsättningar	12
3.1.1 Organisation och ledarskap	12
3.1.2 Användaren	15
3.2 Förälderns mottaglighet.....	16
3.3 Stödinsatsernas betydelse för barn som anhöriga	17
3.4 Kunskapsluckor	18
4 Analytiskt perspektiv	18
4.1 Core implementation Componets	19
4.1.1 Faser i en implementeringsprocess	19
4.1.2 Kärnkomponenter.....	21
4.1.3 Processledarens roll i implementeringsarbetet	22
5 Metod och metodologiska överväganden	22
5.1 Val av metod.....	22
5.1.1 Kvalitativa intervjuer.....	23
5.2 Urval.....	23
5.2.1 Respondenternas bakgrund	24
5.3 Insamling, bearbetning och analys	25
5.3.1 Litteratursökning	25
5.3.2 Genomförande av intervjuerna.....	25
5.3.3 Bearbetning och analys	26
5.3.4 Förförståelse	27
5.4 Metodologiska reflektioner	27
5.4.1 Metodens förtjänster och begränsningar	27
5.4.2 Metodens tillförlitlighet.....	28
5.5 Forskningsetiska överväganden.....	29
6 Resultat och analys	30
6.1 Ledarskapet.....	30

6.2 <i>Kompetens hos användaren</i>	33
6.3 <i>Organisatoriskt stöd</i>	36
6.4 <i>Patientens mottaglighet</i>	39
7 Avslutande diskussion	41
7.1 <i>Vidare forskning</i>	44
8 Referenslista	45
Bilaga 1: Informationsbrev	55
Bilaga 2: Samtyckesformulär	56
Bilaga 3: Intervjuguide	57

1 Inledning

Under både 1990-talet och början av 2000-talet uppmärksammade författarna till SOU 1998:31 och SOU 2006:100 att barn i rollen som anhöriga har en ökad sårbarhet för att utveckla egen ohälsa till följd av föräldrarnas bristande hälsa. Även om Barnkonventionen ratificerades 1990 menade författarna att 'barnets bästa', 'barnets rätt till liv, överlevnad och hälsa' samt 'barns rätt att komma till tals' inte tillgodoseddes inom vuxenbehandlade vårdinrättningar (SOU 1998:31; SOU 2006:100). Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HetSL 5:7, som trädde i kraft första januari 2010 förtydligar hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att ge information, råd och stöd till barn som anhöriga till vissa patientgrupper (SFS 2009:979). Vinsterna som lagstiftarna hoppades uppnå med införandet av lagen var att hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn som anhöriga skulle ge positiva effekter för både barnet och dess familj på lång- och kort sikt vilket skulle gynna både barnet och samhällsekonomin (Ponnert & Sonander, 2019; Region Skåne, 2020a; SOU 2016:2).

Införandet av nya arbetssätt uppfattas av implementeringsforskare som en komplex process som i regel är både tidskrävande och kostsam (Garpenby, 2010). Implementeringsforskningen visar att implementeringsarbetet ofta präglats av ett passivt förhållningssätt där praktiker förväntats fånga upp och omsätta aktuell forskning, lagar och arbetssätt utan övergripande planering och struktur (Rogers, 1995; Nilsen & Roback, 2010). En passiv implementeringsprocess tar ofta mer tid och resultaten uteblir när ingen följer upp att metoden används så som det är tänkt (Fixsen et al, 2005). Risken är också stor för att banbrytande forskning helt missas när strukturer saknas kring att fånga upp och omvandla teori till praktik. För att uppnå en lyckad implementering menar Fixsen et al. (2009) att implementeringen behöver vara en aktiv process där verksamheten arbetar planerat och strukturerat med att identifiera och bemöta hinder och möjliggörare för implementeringsobjektet.

1.1 Problembakgrund

Arbetet med att implementera HSL 5:7 i praktiken har sett olika ut inom hälso- och sjukvårdens verksamheter. För att följa utvecklingen har Socialstyrelsen sedan 1 januari 2014 med hjälp av klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) samlat in statistik kring arbetet med insatser gentemot barn som anhöriga (Region Skåne, 2020a; Socialstyrelsen, 2022). Totalt finns det tre KVÅ-koder kopplat till HSL 5:7; samtal med vuxen patient om minderårigs

behov och möjlighet till stöd, samtal med vuxen patient och berörd minderårig om barnets situation och behov samt samtal med minderårig vars förälder är patient om den minderårigas situation och behov (Kunskapsguiden, 2019). Statistiken visar att vuxenpsykiatri gör flest KVÅ-kodregistreringar och därmed ligger i framkant i arbetet med att inkludera barnet i föräldrarnas vård. Detta kan förklaras med de utbildningsåtgärder regeringen initierade i samband med att lagen trädde i kraft (Region Skåne, 2020a; prop. 2008/09:193; Priebe & Afzelius, 2015). Både i forskning och i Region Skånes egna rapporter uppmärksammas att hälso- och sjukvården har svårt att erbjuda information, råd och stöd till barn som anhöriga. Detta visar sig i att få samtal görs med barnet och att stödet framför allt ges i form av stöd till föräldern (Knutsson et al. 2017; Gullbrå et al. 2014; Region Skåne, 2020a; Priebe & Afzelius, 2015; Socialstyrelsen, 2013; med flera). Som ett sätt att stärka barnperspektivet inom hälso- och sjukvården införde vuxenpsykiatri och primärvården uppdraget som barnombud i samband med att HSL 5:7 trädde i kraft (Region Skåne, 2020a; Priebe & Afzelius, 2015). Vuxenhabiliteringen är en mottagning som initialt inte inkluderades i lagstiftningen men där Region Skåne inom ramen för sitt utvecklingsuppdrag gentemot barn som anhöriga ställt krav på vuxenmottagningar att beakta barns om anhöriga (Region Skåne, 2020a). Detta gör vuxenhabiliteringen till ett lämpligt exempel för att synliggöra hinder och möjliggörare vid implementeringen av nya lagar och riktlinjer inom hälso- och sjukvården.

1.2 Problemformulering

Barn till patienter på vuxenhabiliteringen har en ökad sårbarhet i relation till föräldrarnas funktionsnedsättning likt barn till patienter med psykisk ohälsa (Jansson, Larsson & Modig, 2011; Nordenfors & Melander, 2017; Socialstyrelsen, 2013). Denna studie vill belysa vuxenhabiliteringens arbete med att implementera stödinsatser till barn som anhöriga samt uppmärksamma vilka effekter stödinsatserna fått för barnen som mottagit hjälpen. Analytiskt använder jag implementeringsteori enligt Fixsen et al. (2009) och utnyttjar den kunskap som finns kring vilka faktorer som möjliggör respektive hindrar att en implementering blir framgångsrik, vilket återspeglas i frågeställningen.

1.3 Syfte

Studiens syfte är att undersöka implementering av stödinsatser till barn som anhöriga på Region Skånes vuxenhabiliteringsmottagningar med utgångspunkt i barnombudens uppdrag att beakta barns om anhöriga.

1.4 Frågeställningar

- Vilka hinder (eng. barriers) har uppmärksammats vid införandet av stödinsatser till barn som anhöriga?
- Vad har möjliggjort (eng. drivers) införandet av stödinsatser till barn som anhöriga?

Studiens empiri baseras på intervjuer med samtliga barnombud som även arbetar som kuratorer vid vuxenhabiliteringsmottagningar i Skåne. Barnombuden är i sitt arbete både utförare av stödinsatser till barn som anhöriga såväl som ansvariga för att mottagningarna inkluderar barnen i föräldrarnas vård.

1.5 Avgränsningar

1.5.1 Barn som anhöriga

I och med studiens syfte och frågeställningar kommer fokus ligga på barn som anhöriga och inte barn som far illa. Exkluderingen av barn som far illa motiveras med att målet för HSL 5:7 är att preventivt förhindra att barn far illa genom att barn och deras föräldrar erhåller förebyggande insatser i form av information, råd och stöd.

2 Implementeringsobjektet

I detta avsnitt presenteras implementeringsobjektet med start i beskrivning av 'Vuxenhabiliteringen i Skåne'. 'Barn som anhöriga' presenteras sedan med underrubrikerna 'Barn som anhöriga i relation till hälso- och sjukvårdslagen 5:7 och dess innebörd' samt 'Barn som anhöriga i Region Skåne'. Avsnittet avslutas med presentation av 'Stödinsatser till barn som anhöriga' och de två metoder som lyfts fram av Region Skåne; 'Beardslee's familjeintervention' och 'Barns Rätt som Anhöriga, BRA' (Region Skåne, 2020a). Avsikten med avsnittet är att beskriva sammanhanget där studiens syfte och forskningsfrågorna tagits fram.

2.1 Vuxenhabiliteringen i Skåne

Vuxenhabiliteringen är en del av förvaltningen psykiatri, habilitering och hjälpmedel som är en av Region Skånes tre största förvaltningar (Region Skåne, 2022). Förvaltningen är organiserad med förvaltningschef, verksamhetschefer, enhetschefer, teamledare och övrig hälso- och sjukvårdspersonal där närmast personalansvarig chef för barnombuden är

enhetscheferna som finns på varje mottagning (Region Skåne, 2022). I Skåne finns åtta vuxenhabiliteringsmottagningar i Helsingborg, Hässleholm, Kristianstad, Lund, Malmö, Trelleborg, Ystad och Ängelholm. På mottagningarna träffar arbetsterapeuter, hälso- och sjukvårdskuratorer, logoped, psykologer och fysioterapeuter patienter med intellektuell funktionsnedsättning, rörelsehinder och autism (Region Skåne, n.d). Vuxenhabiliteringen arbetar med att ge råd, stöd, behandling eller träning för att patienten ska kunna leva ett gott liv utifrån sina förutsättningar. Insatser erbjuds för att patienten ska kunna utveckla och/eller behålla sin förmåga att; förflytta sig mellan olika platser, klara dagliga rutiner och uppgifter, sköta boende och sysselsättning samt för att kunna ta kontakt och umgås med andra människor. Stöd erbjuds även till patientens anhöriga (Region Skåne, n.d).

2.2 Barn som anhöriga

Barns beroende och underordnade ställning i relation till föräldern utgör en komplex utgångspunkt för barnet som anhörig (Ponnert & Sonander, 2019; Leviner, 2019). Att barnet dessutom gått från att ses som ett objekt tillhörande föräldern till en egen aktör med egna rättigheter medför att barn i rollen som anhöriga länge har ansetts må bättre av att inget veta när en förälder inte mår bra (Ponnert & Sonander, 2019; Jansson, Larsson & Modig, 2011; Näsman, 2019). Att leva med en förälder som på grund av sin hälsa och sitt mående har en nedsatt funktionsförmåga medför flera risker för barnets hälsa i deras uppväxtmiljö (Socialstyrelsen, 2013; Region Skåne, 2020b). Riskerna handlar både om att föräldern kan ha svårt att tillgodose barnets fysiska, psykiska och/eller emotionella behov såväl som att familjen kan ha begränsade resurser som påverkar barnets möjlighet till delaktighet i samhällslivet tillsammans med jämnåriga (Socialstyrelsen, 2013; Region Skåne, 2020b). Det är även vanligt att barn vars föräldrar inte reder ut vardagslivet tar ett större ansvar i hemmet (Nordenfors & Melander, 2017). När barn tar större ansvar för hemmet påverkas deras hälsa och utveckling genom att de tvingas växa upp snabbare och lätt hamnar i ett utanförskap. För att motverka riskerna kring att växa upp med en sjuk eller funktionsnedsatt förälder visar utredningar såsom barnpsykiatrikommitténs utredning från 1990-talet, Nationell psykiatrisamordnings utredning från 2006 och många fler att barn behöver få utrymme att uttrycka sina känslor, få information och få svar på de frågor barnen har kring föräldrarnas mående (SOU 1998:31; Prop. 2008/09:193). Forskning och levnadsberättelser från vuxna som vuxit upp med en sjuk eller funktionshindrad förälder har påvisat att oro kring föräldrarnas hälsa bärs av samtliga familjemedlemmar och inte bara den som är sjuk (Jansson, Larsson & Modig, 2016; Oja, 2021; Socialstyrelsen, 2020). När familjen bryter tystnaden och börjar

prata om föräldrarnas begränsningar minskar känslorna av skam och skuld hos familjemedlemmarna vilket leder till minskad ohälsa hos barnet. Socialstyrelsen (2016; 2020) framhäver att preventiva insatser i form av stödjande samtal har stort värde för att avlasta barnet i rollen som anhörig vilket medför mindre kostnader för samhället men framför allt förebygger att barnet inte utvecklar eller befäster egen ohälsa.

2.2.1 Hälso- och sjukvårdslagen 5:7 och dess innebörd.

Uppdraget att ge information, råd och stöd till barn som anhöriga har sedan 1 januari 2010 definierats som hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet gentemot barn vars förälder eller annan vuxen barnet varaktigt bor med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel samt spel om pengar. Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider (SFS 2017:30, 5:7). Lagen definierar barn som personer 0–18 år (Prop. 2008/09:193). I formuleringen 'annan vuxen barnet varaktigt bor med' innefattas även vuxna i barnets hem utöver den biologiska föräldern till exempel vuxet syskon, bonusförälder eller familjehemsplacering (Prop. 2008/09:193; Region Skåne, 2020a).

2.2.2 Barn som anhöriga i Region Skåne

Hälso- och sjukvårdsnämnden fattade 2014 beslut om att Kunskapscentrum för barnhälsovård skulle inleda ett utvecklingsuppdrag rörande barn som anhöriga i syfte att ta fram ett regionalt handlingsprogram med skriftlig information till barn och föräldrar om barns behov av information, råd och stöd (Region Skåne, 2020a; 2020b). Uppdraget innefattade även implementeringen av KVÅ-koder vid samtal om eller med barn som anhöriga i Region Skånes patientadministrativa system. Utvecklingsarbetet barn som anhöriga blev ett permanent uppdrag för Kunskapscentrum barnhälsovård 2017 med uppdraget att fortsätta uppföljningen av hälso- och sjukvårdens KVÅ-kodregistreringar, erbjuda råd och stöd till hälso- och sjukvårdspersonal i barnskyddsfrågor, metodutveckling, kunskapsspridning och utbildningsinsatser (Region Skåne, 2020a). Sedan kunskapscentrum för barnhälsovård lades ner har uppdragets flyttat till Region Skånes tre tvärprofessionella barnskyddsteam vid Regionens barnmedicinska kliniker i Malmö/Lund, Helsingborg och Kristianstad (Region Skåne, 2021b). Barnskyddsteamerna erbjuder konsultation och rådgivning vid frågor om barn som anhöriga och utbildningsinsatser till andra enheter utifrån önskemål och behov.

Barnskyddsteamerna erbjuder även öppna föreläsningar, seminarier och workshops (Region Skåne, 2021b).

2.3 Stödinsatser till barn som anhöriga

I samband med att HSL 5:7 infördes 2010 initierade regeringen 2008 ett nationellt projekt för att utbilda hälso- och sjukvårdspersonal inom vuxenpsykiatri och primärvården i Beardslee's familjeintervention (Prop. 2008:193). Region Skåne initierade 2014 ett samarbete med Stiftelsen Allmänna Barnhuset kring utbildningar i samtalsmodellen BRA- Barnets rätt som anhörig (Region Skåne, 2020a).

2.3.1 Beardslee's familjeintervention

Beardslee's metod är en manualbaserad samtalsmodell som grundar sig i hans utvecklingsarbete med familjer och självhjälpgrupper inom psykiatri med fokus på föräldrar med depression (Socialstyrelsen, 2019). Utgångspunkten för modellen är att alla röster ska bli hörda och genomförs i en serie av samtal. Först träffar behandlaren föräldern för att få en bild över familjesituation och tankar kring hur barnet upplever föräldrarnas sjukdom. Patienten får allmän information om sjukdomen och dess orsaker som knyts samman med familjens erfarenheter. Under samtalet med barnet pratar man om barnets upplevelser av föräldrarnas sjukdom, hur barnet har det i skolan och med vänner. Syftet med barnsamtalen är att förbereda barnet för familjesamtalen där familjemedlemmarna uppmuntras att tala om det som uppkommit under tidigare träffar. Efter samtalsserien följs även kontakten upp en månad senare då planering även görs för eventuella nätverksträffar framöver (Socialstyrelse, 2019).

2.3.2 Barns Rätt som Anhöriga, BRA.

Likt Beardslee's familjeintervention är BRA-samtalen uppbyggt av en serie samtal med både barnet och föräldern som följs upp med ett uppföljande samtal efter samtalsseriens avslutande (Lundström Mattson, 2019). Till skillnad från Beardslee's metod inkluderar BRA barn vars nära anhörig har missbruk, psykisk sjukdom, psykisk- eller intellektuell funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom/skada eller som avlidit (Lundström Mattson, 2019). Metoden är inspirerad av Aron Antonovskys salutogena perspektiv, KASAM (känsla av sammanhang) och dess tre komponenter; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Eriksson, 2019; Antonovsky, 2005). Precis som Beardslee syftar BRA-samtalen till att öka barnets delaktighet och handlingsutrymme i familjens situation för att stärka barnets utveckling och förebygga att barnet utvecklar egen ohälsa (Landberg, 2019).

3 Kunskapsläget

Kunskapsläget presenteras under huvudrubriken; 'Implementerings förutsättningar', för att sedan strukturerats upp med inspiration av Maybery & Reupert (2009) 'Hierarchy of points of intervention to affect workforce change', se bild 1, som tematiserats i underrubrikerna; 'Organisation och ledarskap', 'Användaren', 'Förälderns mottaglighet' samt 'Stödinsatsernas betydelse för barn som anhöriga'. Syftet med upplägget är att få en överblick kring vilka hinder och möjliggörare forskningen uppmärksammat kring implementering av nya arbetssätt inom hälso- och sjukvården och i arbetet med att ge stöd till barn som anhöriga. Kapitlet avrundas med redovisning av kunskapsluckor.

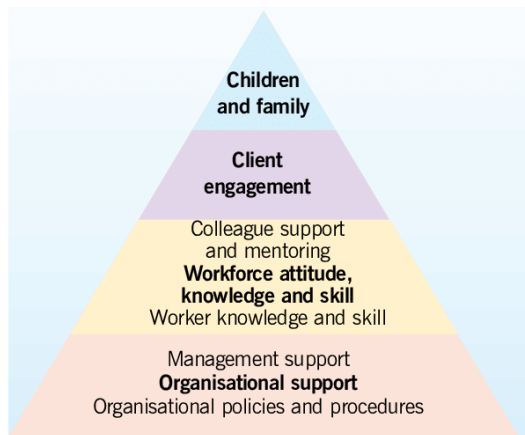


Bild 1. Hierarchy of points of intervention to affect workforce change. (Maybery & Reupert, 2009).

3.1 Implementeringens förutsättningar

Inom allt implementeringsarbete finns det determinanter; faktorer och oberoende variabler, som förhindrar eller möjliggör genomförandet av implementeringen (Nielsen, 2014).

Maybery & Reupert (2009) visar i sin pyramid 'Hierarchy of points of intervention to affect workforce change' hur determinanter i form av organisation, ledarskap, hälso- och sjukvårdspersonalen, patienten och barnet alla samspekar i att möjliggöra eller förhindra att barnet involveras i förälderns vård.

3.1.1 Organisation och ledarskap

Låg tilltro till objektet som ska implementeras menar Trolldal & Gullbrandsson (2014) kan bero på att hälso- och sjukvårdspersonalen inte har fått tillräckligt mycket information från organisationens beslutande organ om implementeringsobjektet och de mål och strategier implementeringen grundar sig i. För att motverka detta menar Damschroder et al. (2009) att implementeringsobjektet behöver grunda sig i forskning som upplevs relevant och pålitlig för verksamheten. Strukturella hinder förklarar Dencker et al. (2017) kommer ifrån

organisationens ramverk som direkt påverkar hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsvillkor och arbetsuppgifter. För att kunna ge information, råd och stöd till barn som anhöriga visar forskningen att organisationen behöver ha tydliga riktlinjer och tydliga mål med vad arbetet ska utmynna i (Bjurling-Sjöberg, 2014; Dencker et al. 2017; Gullbrå et al. 2014; Kaidar, Åkesson & Glasdam. 2016; Mayberry & Rupert, 2006; 2009; Priebe & Afzelius, 2015; Lauritzen et al., 2014). För att göra en framgångsrik implementering krävs det från början att verksamheten har en implementeringsstrategi som inkluderar samtliga aspekter i arbetet med implementeringsobjektet (Grimshaw et al., 2012; Nielsen, 2014). När det gäller implementeringen av familjeorienterad vård framhåller Dencker et al. (2017), Gullbrå et al. (2014), Kaidar, Åkesson & Glasdam (2016), Maybery & Rupert (2006; 2009), Priebe & Afzelius (2015) och Lauritzen et al. (2014) att verksamheten behöver ha rutiner för att identifiera patienter med barn, ha arbetssätt att stötta föräldern kring diagnosen och föräldraskapet samt strukturer kring att stödja barnet i deras tankar, känslor och frågor kring föräldrarnas situation (Dencker et al., 2017; Gullbrå et al., 2014; Kaidar, Åkesson & Glasdam, 2016; Maybery & Rupert, 2006; 2009; Priebe & Afzelius, 2015; Lauritzen et al., 2014).

Grol, Wensing & Eccles (2005) menar att det finns tre övergripande implementeringsstrategier: *Utbildningsstrategier* med fokus på lärandeprocessen och användarens inre motivation, *epidemiologiska strategier* med fokus att ge information om riktlinjer och behandlingseffekter för att användaren ska motiveras till att använda arbetssättet samt *marknadsföringsstrategier* där fokus ligger på att framställa implementeringsobjektet så tilltalande som möjligt för patienten. Utbildningsstrategier gynnas av att alla i arbetsgruppen medverkar (Nielsen, Roback & Krevers, 2010). Det är viktigt att personalen tidigt får information och engageras i implementeringen genom att erbjudas utbildning eller praktisk träning i det nya arbetssättet (Bjurling-Sjöberg, 2014). I implementeringsprocesser som innehåller en utbildningssatsning krävs ett väl genomarbetat förarbete inför utbildningen så att personalen som deltar i utbildningen redan under utbildningen kopplar ihop teori med praktik så att den nya arbetsmetoden direkt kan börja testas i praktiken efter att utbildning avslutats (Ebert et al., 2006). Användaren som deltar i utbildningen behöver därför redan under utbildningen vara observant och uppmärksamma hur innehållet i utbildningen kan omvandlas till rutiner och riktlinjer för verksamheten att arbeta utifrån (Ebert et al., 2006). Skogøy et al. (2019) framhäver att enbart utbildning dock sällan är tillräckligt för att utbildningssatsningen ska leda till en implementering av ett nytt arbetssätt. För att befästa kunskapen från utbildningen krävs det att personalen får möjlighet att testa det nya arbetssättet i liten skala

samtidigt som de får kontinuerlig handledning, feedback och möjlighet att reflektera över implementeringsarbetet (Bjurling-Sjöberg, 2014; Damschroder et al., 2009; Ebert et al., 2006; Gurses et al., 2010, Skogøy et al., 2019).

Sammanhanget implementeringen genomförs i menar Bjurling-Sjöberg (2014) och Fixsen et al., (2005) präglar determinanterna. För att barn som anhöriga ska kunna ta emot stöd från hälso- och sjukvården involveras processer både i verksamheten, hos behandlaren samt i föräldrarnas mottaglighet innan stödet når fram till barnet (Maybery & Reupert, 2009).

Implementeringen behöver därför ske på flera nivåer där patienten och verksamhetens olika sammanhang och kontexter samverkar med varandra (Garland et al., 2013). För att säkerställa att interventionerna lever vidare i verksamheten även efter en implementeringsprocess är det viktigt att implementeringsobjektet anpassas till verksamhetens sammanhang (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011; Fitzgerald et al., 2008). Införandet av uppdraget barnombud på vuxenpsykiatri är en form av anpassning av implementeringsobjektet som gjort det möjligt för vuxenpsykiatri att hålla barnperspektivet levande över tid (Pribe & Afzelius, 2015).

Tid och prioritering av arbetsuppgifter har båda en relation till implementeringens kostnad (Eriksson, 2014:2018; Kaidar, Åkesson & Glasdam, 2016; Lauritzen et al., 2014). Författarna har uppmärksammat att implementeringen av stödinsatser till barn som anhöriga förväntas göras inom den befintliga verksamhetens ramar utan extra resurser. Detta medför att tid tas från personalens övriga arbetsuppgifter. Kostnaden för implementeringen synliggörs därför i arbetstid som läggs på att användaren ska anamma och arbeta med interventionen, genomgå nödvändig träning och ha tid för att utvärdera och följa upp implementeringen och vidare utveckla sin förståelse för uppdraget (Raghavan et al., 2008; Woltmann et al., 2008).

Implementeringen kan bli extra kostsam i verksamheter med hög personalomsättning då de utöver rekryteringskostnaderna även behöver bekosta nya utbildningssatsningar (Woltmann et al., 2008). I valet av utbildningssatsningar behöver därför kostnadseffektiviteten undersökas och värderas i relation till utfallet hos patienten för att avgöra om kostnaderna är försvarbara (Nielsen & Roback, 2014).

Brister i organisationens strukturella ramverk gällande arbetsvillkor och arbetsuppgifter menar Dencker et al. (2017) framför allt blir problematiskt när uppdraget blir otydligt för personalen. Detta visar sig genom att personalen gör egna tolkningar av uppdraget. För att lyckas med implementeringen behövs därför stöd från chefen och ledningen att driva arbetet

framåt (Bernhardsson, 2014). När chefer kontinuerligt byts ut kan detta utgöra ett hinder för det fortsatta implementeringsarbetet om den nya chefen inte tar vid där den andra chefen slutade eller om den nya chefen har nya tankar och idéer kring vilka arbetsuppgifter som ska prioriteras (Eldh, 2014). För att förhindra att implementeringen dör ut vid ett chefsbyte är det viktigt att skapa strukturer för att implementeringen ska leva vidare även om chefen/ledningen byts ut.

3.1.2 Användaren

Vid implementering av stödinsatser till barn som anhöriga är hälso- och sjukvårdspersonalen användaren av arbetssättet som ska införas (Nielsen, 2014). Organisationskulturen på arbetsplatsen har en central roll i att möjliggöra eller förhindra utfallet av implementeringen (Bjurling-Sjöberg, 2014). I verksamheter där organisationskulturen utgörs av acceptans för förändring, flexibilitet och en gemensam upplevelse av behov att förändra är sannolikheten större att det finns en villighet i arbetsgruppen att göra förändringen (Bjurling-Sjöberg, 2014). För att användaren ska kunna arbeta med det nya arbetssättet behöver hen uppleva sig ha kunskapen och förmågorna som krävs (Luszczynska & Schwarzer, 2005). Användaren behöver även ha en förståelse både för vinsterna med det nya arbetssättet såväl som insikt kring sin egen kompetens att genomföra förändringen (Bjurling-Sjöberg, 2014). Hur implementeringen tas emot av arbetsgruppen menar Gurses et al. (2010) beror på organisationsledningens förmåga att förmedla sina förväntningar på de anställda och hur de ska arbeta med den nya metoden. Chefen har i detta en viktig roll i att påverka arbetsgruppen genom sin förmåga att förmedla värderingar och normer kopplat till behovet att införliva det nya arbetssättet in i verksamheten (Nielsen, 2014). För att uppdraget att beakta barn som anhöriga ska bli tydligt i verksamheten behöver samtlig hälso- och sjukvårdspersonal på enheten ha kunskap om barns rätt som anhöriga, men framför allt förståelse och kunskap kring riskerna som finns för barnet att leva med en sjuk/funktionsnedsatt nära anhörig (Eriksson, 2014; Jansson, Larsson & Modig, 2011; Lauritzen et al., 2014). För att möjliggöra implementeringen av stödinsatser till barn som anhöriga blir av menar Damschroder et al. (2009) att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver se de positiva effekterna stödinsatserna kan ha för barnet. Likt Mayberry & Reuperts (2009) menar Bjurling-Sjöberg att användarens inställning i form av positiv attityd, entusiasm och motivation att införliva det nya arbetssättet i verksamheten är viktigt för att möjliggöra implementeringsarbetet. Brist på övertygelse kan medföra att implementeringen helt misslyckas (McHugh et al., 2009). Bristande övertygelse gällande implementering av stöd till barn som anhöriga visar sig till exempel genom att hälso- och

sjukvårdspersonal upplever att barnets behov ska tillgodoses av andra samhällsaktörer än vuxenvården vars uppdrag är gentemot föräldern som patient (Eriksson, 2018; Dencker et al., 2017; Kaidar, Åkesson & Glasdam, 2016; Lauritzen et al., 2014). Författarna menar att hälso- och sjukvårdspersonal upplever att det är oprofessionellt att prioritera psykosociala interventioner före medicinska. Detta menar Lauritzen et al. (2014) kan förklaras av hälso- och sjukvårdens ovana att inkludera patientens nätverk i dennes omvårdnad och se nätverket som en resurs snarare än hinder.

Emotionella processer hos användaren lyfts också fram i forskning som hinder för att hälso- och sjukvårdspersonal ska prata med patienten om barnets behov som anhörig (Gullbrå et al., 2014; Priebe & Afzelius, 2015; Lauritzen et al., 2014). Det finns en rädsla att samtal om barnets behov ska tas emot av patienten som kritik mot dennes föräldraförmåga. Oron att förlora patientens tillit beskrivs av flera forskare ha en stor roll i varför hälso- och sjukvårdspersonal väljer att inte lyfta frågan om barnets behov som anhörig till patienten (Gullbrå et al., 2014; Priebe & Afzelius, 2015; Lauritzen et al., 2014; Knutsson et al. 2017; Johnsen Hogstad och Leer-Salvesen, 2020; Hafting et al., 2019). Att fördela själva uppdraget att samtala med barn på de professioner som arbetar med samtal eller personal som fått utbildning i samtal med barn menar Eriksson (2014) är en förutsättning för att samtalen med barnen ska bli av även om uppmärksammandet av barn kan göras av samtlig hälso- och sjukvårdspersonal.

3.2 Förälderns mottaglighet

Precis som Maybery & Reupert (2009) beskriver med sin 'Hierarchy of points of intervention to affect workforce change' är patientens motivation och mottaglighet att ta emot stöd avgörande för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna ge stöd till barnet. Flera skandinaviska studier påvisar att patienter kan vara ambivalenta och ha svårt att inkludera barnet i sin vård utifrån oro för hur barnet ska ta emot informationen samt patientens vilja att skydda barnet från sin egen oro (Eriksson, 2018; Knutsson et al. 2017; Gullbrå et al. 2014; Jansson, Larsson & Modig; Oja et al., 2020; Socialstyrelsen, 2013). Förälderns ovilja att involvera barnet kan också grunda sig i rädsla för det barnet berättar ska leda till en orosanmälan hos socialtjänsten (Lauritzen & Reedtz, 2012). Att patienten i rollen som förälder har makten att möjliggöra och förhindra barnet från att få stöd från hälso- och sjukvården är en del av patientens rätt som vårdnadshavare (Kaidar och Glasdam, 2019; Leviner, 2019). Denna aspekt medför att barns möjlighet att göras delaktig i förälderns

situation är beroende både av att de professionella förmår att motivera föräldern till att ta emot stödet såväl som att patienten/föräldern hjälper barnet att komma till hälso- och sjukvården (Kaidar och Glasdam, 2019). Frågan om samtycke lyfts också fram som ett hinder i relation till sekretesslagstiftningen då hälso- och sjukvårdspersonal inte får prata med anhöriga utan patientens samtycke (Lauritzen & Reedtz 2012). Socioekonomiska faktorer menar Lauritzen et al. (2014) och Korhonen, Petilä & Vehviläinen-Julkunen (2008) kan förhindra barnets möjlighet att få stöd då familjens ekonomi och geografiskt avstånd till mottagning kan göra att barnet inte kan komma på samtal trots samtycke från föräldern. Att hälso- och sjukvårdspersonalen sällan möter barnet i behandlingen av patienten utgör också en utmaning att inkludera barnet i föräldrarnas vård på ett mer naturligt sätt (Knutsson et al., 2017; Kim & Salyers, 2008). Barnets skolgång och kuratorns arbetstider är ytterligare faktorer som kan göra att samtalen inte blir av (Kaidar och Glasdam, 2019).

För att motivera patienten att ta emot stödet behöver hälso- och sjukvårdspersonalen kunna informera och motivera patienten till vinsterna för barnets hälsa och utveckling (Eriksson, 2018; Knutsson et al. 2017; Gullbrå et al. 2014; Socialstyrelsen, 2013; Kaidar och Glasdam, 2019; Leviner, 2019). Erbjudandet ska ges mer än en gång då valet att ta emot hjälp från hälso- och sjukvården eller prata med barnet själv kan vara ett beslut som behöver växa fram hos patienten (Kaidar & Glasdam, 2019; Johnsen Hogstad & Salvesen, 2020; Hafting et al., 2019). Informationsmaterial såsom information om stödinsatser till barn som anhöriga kan underlätta för patienten att ta emot hjälpen (Priebe & Afzelius, 2015). Men utgångspunkten i detta arbete är att patienten alltid har rätt att bedöma huruvida barnet har behov av stöd eller inte samt att hälso- och sjukvårdspersonalen respekterar patientens bedömning (Kaidar & Glasdam, 2019; Johnsen Hogstad & Salvesen, 2020; Hafting et al., 2019). Patienter som erhållit stödinsatser från hälso- och sjukvården kring sjukdomen och föräldraskapet upplever dock att stödet varit hjälpsamt och gett positiva effekter i deras vardagsliv (Pihkala & Johansson, 2008; Oja et al., 2020).

3.3 Stödinsatsernas betydelse för barn som anhöriga

Vinsterna för barn som erhållit stöd kring att vara anhörig hos hälso- och sjukvården är något Oja et al. (2020) undersökt i sin litteraturstudie. Effekterna för barnet när patienten tagit emot stöd är bland annat att kommunikationen i familjen förbättras. Föräldrarna uppmärksammar även att de blivit bättre på att se beteendeförändringar hos barnet och då tidigare kunnat be om hjälp om de inte själva funnit en lösning på situationen. Kunskapen om att hjälp finns att

få avlastar både patienten och barnet (Oja et al, 2020). En viktig del av att arbeta familjeorienterat inom hälso- och sjukvården menar Collishaw et al. (2016) är att ansvaret på att tillgodose barnets behov inte enbart läggs på patienten och dess partner. Ett starkt socialt nätverk utgör också ett skydd för barnet då nätverket kan stötta upp när föräldrarna inte räcker till genom att möjliggöra för barnet att upprätthålla sociala relationer med jämnåriga och komma i väg på fritidsaktiviteter. Stödet från det sociala nätverket och patientens förmåga att ta hjälp av det menar Jansson, Larsson och Modig (2011) och Collishaw et al (2016) bidrar till ökad resilience hos barnet. Stödinsatser via hälso- och sjukvården som Beardslee's familjeintervention och BRA-samtal menar forskarna gett trygghet och förutsättningar för föräldrar att prata med sina barn om deras hälsa och mående på ett sätt som bidrar till att familjen blir starkare och mer tålig för utmaningarna gällande föräldrarnas sjukdom/funktionsnedsättning (Beardslee et al., 2007; Eriksson, 2018; Pihkala, Sandlund och Cederström, 2011).

3.4 Kunskapsluckor

Sammanfattningsvis påvisar forskningen hur svagheter i organisation och ledarskap ger större handlingsutrymme för hälso- och sjukvårdspersonalen. Detta ger större spelrum för den enskilda medarbetarens emotionella processer att inkludera eller exkludera barn som anhöriga. Detta medför att barnets möjlighet att få information, råd och stöd beror på vilken hälso- och sjukvårdspersonal barnet möter. Precis som Maybery & Reupert (2009) beskriver i sin pyramid 'Hierarchy of points of intervention to affect workforce change' har forskningen visat att barnets möjlighet att inkluderas i föräldrarnas vård påverkas av processer inom organisationen, hos hälso- och sjukvårdspersonalen barnet möter och av föräldrarnas motivation att inkludera barnet i sin vård. Gällande forskning om vuxenhabiliteringens arbete med stöd till barn som anhöriga saknas i dagsläget.

4 Analytiskt perspektiv

I detta avsnitt kommer Fixsen et al. (2009) och Fixsen et al. (2005) teori om implementeringens kärnkomponenter presenteras tillsammans med teorins beskrivning av implementeringens olika faser och processledarens roll i implementeringsarbetet. Valet av Fixsen et al. (2009) tolkning av implementeringsteori grundar sig i viljan att lyfta implementeringsarbetets systemteoretiska ansats se bild 2. Fixsen med medarbetare framstår dessutom ha en central roll i implementeringsarbete inom hälso- och sjukvården, det

brottsförebyggande arbetet och socialt arbete då Socialstyrelsen återkommande refererar till deras arbete i sin manual 'Om implementering' (Socialstyrelsen, 2012). I denna studie har Fixsen et al. (2009) teori använts för att skapa struktur i intervjuguiden samt som analysverktyg. Teorin kommer användas analytiskt utifrån Fixsen et al. (2009) definition av implementeringens faser och kärnkomponenterna i min analys av Region Skånes implementeringsarbete såsom barnombuden uppfattar det.

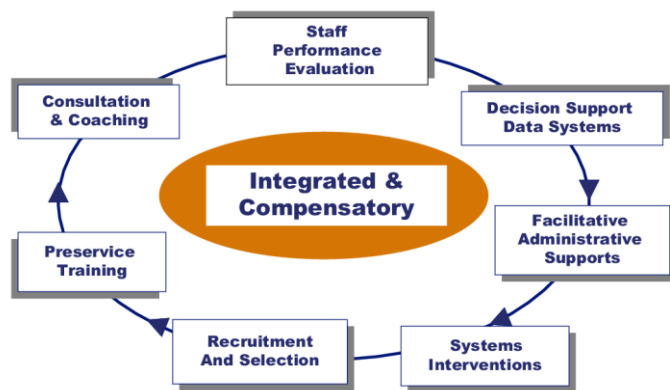


Bild 2. Core Implementation Components (Fixsen et al., 2009 s. 534).

4.1 Core implementation Componets

Fixsen et al. (2009) utgångspunkt för en framgångsrik implementering är att varje implementeringsprocess kräver förändring av beteende hos personal i verksamhetens samtliga nivåer. Teorin om implementeringens kärnkomponenter sker i olika faser där varje kärnkomponent har olika uppdrag för att möjliggöra en framgångsrik implementering av implementeringsobjektet. Likt Maybery & Reupert (2009) menar Fixsen et al. (2009) att en framgångsrik implementering involverar kompetent personal, tydligt ledarskap och organisatoriskt stöd.

4.1.1 Faser i en implementeringsprocess

Implementeringsprocessen har enligt Fixsen et al. (2009) och Fixsen et al. (2005) sex faser som sinsemellan interagerar och påverkar varandra vilket medför att implementeringsprocessen inte är en linjärprocess. Implementeringen beskrivs av Fixsen et al. (2009) bestå av faserna; behovsinventering (eng. exploration and adoptation), installation (eng. installation), initial implementering (eng. initial implementation), användning (eng. full implementation), nytänkande (eng. innovation) och vidmakthållande (eng. sustainability).

Den första fasen *behovsinventering* syftar till att skapa strukturer för implementeringsarbetet genom upprättandet av en implementeringsplan med tydliga mål, uppdrag och tidsfrister för installationen av implementeringen (Fixsen et al., 2005). När det gäller implementeringen av en ny lagstiftning, top-down beslut, är syftet med behovsinventeringen att förtydliga hur verksamheten ska arbeta för att följa lagen och identifiera hinder (eng. barriers) och möjliggörare (eng. drivers) av implementeringsarbetet. Implementeringens nästa fas *installation* syftar till att säkerställa att verksamheten har de resurser och strukturella stöd som behövs för att kunna genomföra implementeringen. Under installationen planeras och fördelas resurser i fråga om prioritering av tid, lokalbehov och eventuell ny rekrytering eller utbildning av personal som uppmärksammas under behovsinventeringen. Vid installationen ska målet med implementeringsarbetet förtydligas i arbetsgruppen genom att rutiner och riktlinjer upprättas kring vad som ingår och inte ingår i uppdraget (Fixsen et al., 2005). Under den *initiala implementeringsfasen* börjar verksamheten arbeta med implementeringsobjektet enligt de rutiner och riktlinjer som upprättats under installationen (Fixsen et al., 2005). I detta arbete är det vanligt att personal upplever en osäkerhet kring det nya arbetssättet. För att säkerställa att implementeringsplaneringen följs är det viktigt att personal får fortsatt utbildning, träning och handledning. Fixsen et al. (2009) varnar för att många implementeringsprocesser dör ut under denna fas när organisationen inte tillgodoser användarens behov av stöd.

Användningsfasen sker när metoden är en del av arbetsplatsens dagliga rutiner och metoden som valts använts på det sätt som är tänkt (Fixsen, et al., 2009). *Nytänkandefasen* uppstår när verksamheter arbetat enligt rutiner och riktlinjer under en längre period och upplever behov av att modifiera implementeringsobjektet utifrån behov i verksamheten (Fixsen et al., 2005). För att kunna modifiera implementeringsobjektet krävs det att personalen först arbetat metodtroget med implementeringsobjektet. Om detta inte gjorts är modifieringen ett tecken på att implementeringsarbetet inte befäst i arbetsgruppen och implementeringen hoppat från den initiala implementeringsfasen till nytänkande, ett tecken på att den håller på att dö ut.

Vidmakthållande är den sista fasen enligt Fixsen et al. (2005) och beskrivs vara en pågående process efter att implementeringsobjektet blivit implementerad i verksamheten. Under vidmakthållandefasen är implementeringsobjektet en del av det dagliga arbetet och de finns strukturer och rutiner för att hålla implementeringsobjektet levande över tid.

Att implementering inte sker i en linjär process beror på att det ständigt tillkommer nya inre och yttre utmaningar inom verksamheter som hälso- och sjukvården vilket påverkar möjligheten att fullfölja implementeringen. Detta kan medföra att implementeringsarbetet tar

ett steg tillbaka eller helt glöms bort. Inre och yttre förändringar i verksamheten kan även uppstå som ett svar på förändring av den politiska ledningen, bristande ekonomiska resurser, personalomsättning eller ny ledning (Fixsen et al., 2005). Ett aktuellt exempel på yttre faktorer som lyfts fram av respondenterna i denna studie som försvårat arbetet med barn som anhöriga är Coronapandemin och dess omställning från fysiska besök till digitala besök.

4.1.2 Kärnkomponenter

Målet med att implementera stödinsatser till barn som anhöriga är att se till att verksamheten följer lagstiftningen och arbetar utifrån lagens intention vilket Fixsen et al. (2009) menar är att uppnå hög trohet till ursprungsmålet. *Organisatoriska kärnkomponenter* som enligt Fixsen et al. (2009) möjliggör detta är att det finns överordnat stöd i form av regelbunden utvärdering och återkoppling av personalens arbete (eng. staff performance evaluation). Att det finns ett datoriserat beslutsstöd som möjliggör uppföljningsarbete (eng. decision support datatypes). Samt att det finns en stödjande administration som säkerställer att personalen har de resurser de behöver (eng. facilitative administration supports). De organisatoriska kärnkomponenterna syftar till att arbetsgruppen har kunskap, mandat och strukturer att genomföra implementeringsarbetet genom att de både har tillgång till system som tillåter arbetet med att inkludera barnen i föräldrarnas vård såväl som stöd från organisationen att genomföra de förändringar som krävs. De organisatoriska kärnkomponenterna har också en viktig roll i att utvärdera arbetet så att insatser som ger önskad effekt sprids vidare och att de som inte levererar stoppas och fasas ut (Trolldal & Guldbrandsson, 2014). *Ledarskapets* roll som möjliggörare av implementeringen menar Fixsen et al. (2009) har två delar som utgör dess kärnkomponenter; att möjliggöra det överordnade stödet (eng. system interventions) och ansvara för rekrytering och urval (eng. recruitment and selection) av personen/gruppen som ska leda implementeringsarbetet. Fixsen et al. (2009) betonar att rekrytering och urval behöver inkludera både formell och informell kompetens hos användaren. Egenskaper såsom akademisk utbildning och tidigare erfarenheter är grundläggande för urvalet men behöver inte vara avgörande för vem som får uppdraget att driva implementeringsarbetet. Informell kompetens hos användaren såsom sunt förnuft, villighet att utvecklas och eget intresse för metoden som ska implementeras kan vara mer intressant för att få en framgångsrik implementering. Den tredje kategorin av kärnkomponenter syftar till *kompetens hos användaren*, den enskilda medarbetaren och arbetsgruppen som helhet. För att få till den beteende förändring personalen behöver för att kunna genomföra implementeringen krävs både att arbetsgruppen får utbildning (eng. preservice training) inom de områden de saknar

kunskap i såväl som att det finns möjlighet till handledning (eng. consultation and coaching) under implementeringsarbetets gång (Fixsen et al, 2005; Fixsen et al, 2009).

4.1.3 Processledarens roll i implementeringsarbetet

För att optimera implementeringsprocessen menar Fixsen et al. (2005) att varje implementeringsprocess bör ha en processledare (eng. purveyor). Processledaren har en central roll i implementeringsarbetet och kan bestå av en person eller en arbetsgrupp inom eller utanför verksamheten vars uppdrag är att stötta implementeringsarbetet i verksamheten. Processledarens roll i implementeringen är att skapa förutsättningar för beteende förändringen i arbetsgruppen som krävs för att införa ett nytt arbetssätt genom att skapa förutsättningar för arbetsgruppen att reflektera om implementeringsarbetets effekter för patienten (Fixsen et al., 2009; Damschroder et al., 2009). Fördelen med att processledaren rekryteras från den egna organisationen är att personer som arbetat länge i en organisation genom sin kunskap om verksamheten hjälpa till att förutse scenarion och bemöta oförutsedda hinder som kan uppstå under implementeringen (Fixsen et al., 2009). Vinsterna med detta är att processledaren tidigt kan uppmärksamma arbetsgruppen, chefer och ledningen på hindren och genom detta tidigt ta fram strategier för att bemästra hindret.

I användandet av Fixsen et al (2009) teori om implementeringens kärnkomponenter är det viktigt att verksamheten är medveten om att kärnkomponenterna agerar i symbios med varandra och kompenserar därför även varandras brister. Detta innebär att drivkraften i personen/gruppen som tillsats för att driva frågan kan väga upp för brister i stöd från organisation eller ledarskapet.

5 Metod och metodologiska överväganden

I följande avsnitt redogör jag för val av metod och tillvägagångssätt i förhållande till studiens genomförande. Jag redogör för mitt val av metod, urval, arbetsprocess, bearbetning av material och metodologiska reflektioner samt forskningsetiska övervägande.

5.1 Val av metod

Studiens syfte att fördjupa min förståelse genom att fånga upp kärnpersoner i implementeringsprocessen och deras upplevelser av arbetet med barn som anhöriga motiverar valet av en kvalitativ forskningsansats och valet att genomföra semistrukturerade intervjuer.

Tyngdpunkten inom kvalitativ forskning menar Bryman (2018) är att begripa processer, få förståelse för de beteenden, värderingar och åsikter som finns inom en viss kontext. Detta möjliggörs av forskarens relativa närhet till respondenterna under empiriinsamlingen (Ahrne & Svensson, 2015). Metodvalet är även kopplat till forskarens egen vetenskapsteoretiska definition av hur forskning av den sociala verkligheten ska studeras (Bryman, 2018). Inom samhällsvetenskaplig forskning är vetenskapsteoretiska perspektiv såsom hermeneutik, symbolisk interaktionism och fenomenologi överens om att människor och deras institutioner utgör det främsta studieobjektet. Forskarens val att presentera eller beskriva den sociala verkligheten utgör endast en av flera sanningar (Bryman, 2018). Jag ansåg att valet av kvalitativ metod var mest lämplig för att uppfylla studiens syfte att studera hur barnombuden reflekterar och resonerar över implementeringen av stödinsatser till barn som anhöriga.

5.1.1 Kvalitativa intervjuer

Valet att göra semistrukturerade intervjuer motiveras då det gett möjlighet att anpassa frågorna utifrån respondenternas svar samtidigt som intervjuguidens teman och frågeställningar utgjort stöd i intervjuerna så att likvärdig information kunnat inhämtas från samtliga respondenter (May, 2013; Eriksson-Zetterquist, 2015). En utmaning med tillvägagångssättet är att det finns en risk att intervjuaren hamnar på sidospår som inte är relevanta för studiens ändamål. Denna risk är dock även metodens stora vinst eftersom flexibilitet i intervjustrukturen ger forskaren möjlighet att fördjupa resonemangen med respondenten, hitta nya angreppssätt och ställa nya frågor för att få en fördjupad förståelse kring forskningsfrågan (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015). Intervjuguiden (se bilaga 3) jag använt utgår från tre olika temaområden, utöver de inledande och avslutande frågeställningarna. Temaområden är framtagna genom kategorisering av Fixsen et al. (2009) kärnkomponenter; kompetens hos användaren (utbildning och handledning), organisatoriskt stöd (utvärdering/återkoppling, datoriserade beslutsstöd och stödjande administration) samt ledarskap (överordnade stödet och rekrytering/urval). Jag har utgått från intervjuguiden vid samtliga intervjuer men även ställt följdfrågor utifrån det som respondenterna berättat under intervjuerna och har därigenom tagit nytta av den semistrukturerade intervjustilen.

5.2 Urval

Johannessen, Tuft & Christoffersen (2020) och Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2015) menar att valet av respondenter är avgörande för studiens tillförlitlighet och kan därför inte vara slumpmässigt eller tillfälligt. Avgränsningen att studera implementeringsprocessen ur

barnombudets perspektiv motiveras i denna studie av att kuratorerna i uppdraget som barnombud tolkas ha en kärnposition i implementeringsarbetet av stöd till barn som anhöriga. Avgränsningen är ett strategiskt urval som Johannessen, Tufte & Christoffersen (2020) menar skapat ramarna för att respondenterna har informationen som behövs för att besvara forskningsfrågan. Min andra avgränsning att fokusera på barnombuden som är verksamma i Region Skåne är även det ett strategiskt urval som möjliggjort för studien att ha ett totalurval trots studiens tidsmässiga och resursmässiga begränsningar.

Rekryteringen av respondenter inleddes på min praktikplats då min första respondent som tackade ja till att delta i studien var min praktikhandledare. Övriga barnombud rekryterades genom initial kontakt via email med tillhörande informationsbrev (se bilaga 1) och samtyckesblankett (se bilaga 2) som skickades ut av min praktikhandledare. Detta resulterade i att ett barnombud tog kontakt. Andra mailutskicket skickades ut via enhetschefen på min praktikplats till övriga mottagningars enhetschefer då första utskicket inte inkluderat samtliga mottagningar i Skåne. Andra mailutskicket resulterade i två svar. Efter kontakt med yrkesutvecklaren för kuratorerna på vuxenhabiliteringen kom jag i kontakt med ytterligare två barnombud som valde att delta i studien. De sista två barnombuden tog jag kontakt med via telefon eftersom jag inte fick någon återkoppling om att mailen kommit fram eller inte. Eftersom jag tidigare varit med på två barnombudsmöten tillsammans med min praktikhandledare kände respondenterna redan till mig och det visade sig att de redan fått mitt mail om deltagande men inte haft tid att återkoppla även om de var intresserade av att delta. Initialt var två av barnombuden tveksamma till att delta då de fått uppdraget som barnombud under våren 2022 men valde att delta ändå efter att ha fått information om studiens syfte och frågeställningar.

5.2.1 Respondenternas bakgrund

Respondenterna i denna studie är sju kvinnor och en man som är utbildade socionomer och arbetar som kuratorer på vuxenhabiliteringsmottagningarna. Uppdraget som barnombud är en uppgift som innefattas inom respondenternas ordinarie arbetstid utöver ordinarie arbetsuppgifter. På alla mottagningar förutom en finns minst två kuratorer. Respondenternas yrkeserfarenhet inom hälso- och sjukvården varierar mellan 1 år och över 20 års erfarenheter med stor variation av tidigare arbetslivserfarenhet.

5.3 Insamling, bearbetning och analys

5.3.1 Litteratursökning

I min litteratursökning har jag främst använt mig av databasen LUBsearch samt bibliotekskatalogen LUBcat. Utifrån svårigheter att hitta nya forskning som inkluderar både barn som anhöriga och implementering inom hälso- och sjukvården har artiklar sökts bakåt i tid från år 2005. Sökord har uppkommit utifrån vad som upplevts relevant för studien. Vetenskapliga källor har även funnits genom att ta del av flertalet referenslistor i lästa forskningsartiklar. Avsaknaden av aktuell forskning kan anses vara en begränsning.

Nyckelord som användes; children as next of kind, children of impaired parents, children of disabled parents, parent-child relations, health care, Fixsen, implementation, implementation in health care & purveyor.

5.3.2 Genomförande av intervjuerna

Eftersom majoriteten av mina respondenter befann sig på annan ort valde jag att göra samtliga intervjuer via videosamtalsverktyget Microsoft Teams. Även om det finns små fördelar med att genomföra intervjuer via videosamtal i stället för telefon när intervjuer sker på distans menar Bryman (2018) att forskare inte kunnat finna några större skillnader. Fördelar som har uppmärksammats med att genomföra intervjuerna genom videosamtal i stället för telefonsamtal är att intervjuaren kan se respondentens kroppsspråk och genom detta fånga upp saker som annars blivit utsagda eller förtydliga om respondenten visade sig inte förstå frågan. En annan fördel med att genomföra intervjuerna på distans är att den blir mer flexibel samt sparar både tid och pengar för både forskaren och respondenten (Bryman, 2018).

Nackdelen med videointervjuer är att de kan begränsas vid tekniska problem såsom kvalitetsförsämring i sändningen eller mottagningen som kan försvåra transkriberingen av intervjun (Bryman, 2018). Över lag fortlöpte studiens intervjuer utan tekniska problem förutom i ett fall där intervjun försenades med 10 minuter på grund av uppkopplingsproblem. Detta medförde att respondentens avsedda timme till intervjun begränsades till 50 minuter. Intervju kunde dock ändå genomföras i sin helhet i ett lite högre tempo än vid intervju med övriga respondenter. Intervjuerna bokades in genom att respondenterna skickade teams länk efter att vi kommit överens om tid och dag för intervjun. Detta var inget problem då samtliga respondenter använder sig av Teams i det dagliga arbetet vid interna möten på arbetsplats sedan coronapandemin. Innan intervjuerna påbörjades försäkrade jag mig om att respondenten

tagit det av informationsbrevet (se bilaga 1) samt samtyckesblankett (se bilaga 2). Samtycket inhämtades muntligt under intervjun då respondenterna informerades om sin rätt att avbryta intervjun och att deras bidrag då inte skulle inkluderas i studien. Respondenterna fick också information om att deras deltagande är anonymt och att det insamlade materialet kommer förstöras efter uppsatsens godkännande. Intervjuerna spelades in via ljudinspelaren på min mobiltelefon. Genom inspelningen kunde jag obehindrat fokusera på samtalet och ställa följdfrågor utan att samtidigt anteckna. Enligt Bryman (2018) ger inspelning av intervjun även forskaren möjlighet att få en fullständig redogörelse av intervjun om något behöver klargöras.

5.3.3 Bearbetning och analys

Studiens empiri har jag sammanställt med hjälp av metoden tematisk analys. Tematisk analys enligt Braun & Clark (2006) styrs av forskarens analytiska och teoretiska intresse som kodar empirin till att besvara specifika forskningsfrågor. Den tematiska analysens styrka är att den är flexibel vilket gör den användbar för sammanställning av empiri utifrån olika teoretiska ramverk (Braun & Clark, 2006). För att göra analysen mer specifik har jag använt mig av en teoretisk tematisk analys som skett genom kodning av empirin med hjälp av teamen från Fixsen et al. (2009) som även använts som struktur för intervjuguiden. Genom detta har jag kunnat fånga upp studiens frågeställningar om vad som utgjort hinder eller möjliggjort arbetet med implementering av stöd till barn som anhöriga samt vilka effekter barnombuden uppmärksammat hos barnen som erhållit stödet. Transkriberingen av intervjuerna utgjorde första steget i min analys. Transkribering är en aktiv bearbetning av intervjun där talet struktureras enligt grammatiska regler för skriftspråk vilket senare möjliggör analysen av empirin (Svensson & Ahrne, 2015). Empirin transkriberades ordagrant i nära anslutning till att intervjuerna ägt rum. Fördelen med detta tillvägagångssätt var att intervjuerna var färskare i minnet vilket underlättade transkriberingen. En annan fördel med att transkribera i nära anslutning till intervjun var att det var lättare att fånga upp subjektiva detaljer i samtalet samt att det underlättade den initiala kodningen av innehållet utifrån studiens syfte och frågeställningar. Jag valde att inte inkludera pauser, skratt eller andra verbala utfyllnadsord som till exempel 'ehm' utifrån att det inte ansågs relevant för studien. Kodningen påbörjades efter att samtliga intervjuer transkriberats med stöd av studiens övergripande syfte och frågeställningar. Detta val gjordes även om Bryman (2018) anser att det kan vara fördelaktigt att påbörja kodningen parallellt som intervjuerna pågår. Valet grundar jag på att jag ville få en översiktsbild av empirin innan jag började dra slutsatser.

Enligt Braun & Clark (2006) har den tematiska analysen sex faser vilket jag har inspirerats av i min kodning av materialet. Inför arbetet med analysen skrevs samtliga transkriberingar ut på papper för att läsas igenom flera gånger i syfte att identifiera olika teman och nyckelord som respondenterna använt sig av. Därefter började jag organisera empirin i meningsfulla grupper för att skapa initiala koder. I denna process kodade jag så många potentiella teman som möjligt för att sedan organisera dem med hjälp av kategoriseringen av Fixsen et al. (2009) kärnkomponenter. Utöver teman relaterade till Fixsen et al. (2009); ledarskapet, kompetens hos användaren och organisatoriskt stöd, identifierades även ett fjärde tema i form av patientens mottaglighet.

5.3.4 Förförståelse

Den egna förförståelsen menar Bryman (2018) och Ahrne & Svensson (2015) är viktig att vara medveten om och reflektera över i arbetet med en studie då det kan påverka forskningsprocessens olika delar. Förförståelsen hos forskaren kan medföra svårigheter för forskaren att hålla sig objektiv och därmed riskera att forskaren missar viktig information. Samtidigt kan forskarens förförståelse öka studiens trovärdighet då förförståelsen kan stärka forskarens tolkning av det insamlade materialet (Bryman, 2018; Ahrne & Svensson, 2015).

Jag är utbildad socionom sedan 2015 och har arbetat inom socialtjänsten både som biståndshandläggare inom hälsa, vård och omsorg såväl som barnutredare inom individ och familjeomsorgen. Detta medför att jag besitter en viss förkunskap, intresse och förståelse för det psykosociala perspektivet i människobehandlande yrken såväl som barns utsatthet i relation till föräldrars begränsningar. Under hälso- och sjukvårdskuratorsutbildningens verksamhetsförlagda praktik var jag placerad på en av vuxenhabiliteringsmottagningarna i Skåne och har således bildat en viss bild av mottagningarnas arbete med stöd till barn som anhöriga. Detta har påverkat denna studie i framtagandet av syfte och frågeställningar.

5.4 Metodologiska reflektioner

5.4.1 Metodens förtjänster och begränsningar

I valet av forskningsmetod ingår en avvägning av metodens förtjänster och begränsningar. Förespråkare av kvalitativ forskning menar att metoden ger forskaren stora möjligheter att reflektera om och genomföra en fördjupad analys av empirin då det finns möjlighet att

utveckla teorier och hypoteser under arbetets gång (Bryman, 2018). Genom detta bidrar forskningen till en ökad förståelse av fenomenet utifrån informanter i en viss miljö upplevelse av sin sociala verklighet. Begränsningen i detta är att det inte går att generalisera resultaten i en kvalitativ studie (Bryman, 2018). Detta är inget som upplevs problematiskt i denna studie då studiens syfte inte är att få fram generaliserande resultat. Syftet med denna studie är att få en förståelse av vuxenhabiliteringen i Skånes arbete med att implementera stödinsatser till barns som anhöriga utifrån barnombudens tankar, upplevelser och attityder kring detta arbete. Genom att fånga in respondenternas egna ord och beskrivningar av fenomenet är målet med studien att ”se världen genom den andres ögon” (Larsson, 2005).

En annan återkommande kritik mot kvalitativ forskning är att den anses vara subjektiv utifrån forskarens nära koppling till respondenterna och forskningsfrågan (Bryman, 2018). Den kvalitativa studien blir på grund av detta svår att replikera. Det kan även vara svårt att förstå hur forskaren gått tillväga och kommit fram till sina slutsatser om forskaren inte noggrant beskriver studiens genomförande. När det gäller själva intervjun framhåller Eriksson-Zetterqvist & Ahrne (2015) att forskaren kan behöva komplettera intervjuförandet med andra metoder för att öka informationens trovärdighet eftersom intervjun präglas av den sociala kontexten i form av den tid och plats som intervjun genomförs i.

5.4.2 Metodens tillförlitlighet

Trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och möjligheten att styrka och konfirmera resultaten i studien är den kvalitativa forskningens motsvarighet till den kvantitativa forskningens begrepp reliabilitet och validitet (Bryman 2018).

Trovärdighet och intern validitet menar Bryman (2018) är första kriterierna för att bedöma en studies tillförlitlighet. För att öka studiens trovärdighet har jag i detta kapitel i detalj försökt redogöra för min forskningsprocess utifrån min önskan att möjliggöra för dig som läsare att kunna granska och förstå mina resultat. Respondentvalidering som Bryman (2018 s. 467) lyfter är avgörande för att studien ska uppnå trovärdighet. Detta har jag försökt uppnå genom att jag sammanfattat det respondenterna sagt under intervjuerna och bett dem att förtydliga för att säkerställa att jag förstått dem korrekt. För att öka trovärdigheten i studien ytterligare menar Bryman (2018) att empirin från intervjuerna ska rapporteras tillbaka till respondenterna innan empirin sammanställs vilket inte varit möjligt inom tidsramen för denna studie. Detta kan anses vara en begränsning av trovärdigheten av mina resultat.

Överförbarhet och extern validitet menar Bryman (2018) avser möjligheten att överföra studiens resultat till en annan kontext eller till en större population. Överförbarhet är dock generellt svårt att hävda i kvalitativa studier då målet med metoden främst är att fånga upp respondenternas unika resonemang utifrån deras perspektiv (Eriksson-Zetterqvist & Ahrne, 2015). Målet med min undersökning är inte att generalisera till en annan kontext eftersom målet är att få en fördjupad förståelse för hur barnombuden upplever implementeringsarbetet med stöd till barn som anhöriga. Detta bidrar till en svårighet att upprepa studien då den kvalitativa forskningen utgår från respondenternas unika svar utifrån det sociala sammanhang de befinner sig i vid en viss given tidpunkt (Bryman, 2018).

Pålitlighet och reliabilitet säkerställs genom att forskaren är så transparent som möjligt kring forskningsprocessens olika delar (Bryman, 2018). Redogörelse angående metod och forskningsförfarande i detta avsnitt har för avsikt att ge läsaren insyn i genomförandets förfarande, dess förtjänster och brister (Bryman 2018 s.470).

Möjligheten att styrka och konfirmera innebär enligt Bryman (2018) att forskaren ska kunna säkerställa att studien genomförts på ett objektivt sätt. Forskaren ska med andra ord inte medvetet tillåta sina personliga värderingar styra eller påverka forskningsprocessen eller tolkningen av empirin. Bryman (2018) betonar att det är omöjligt att uppnå en fullständig objektivitet samtidigt som tillämpningen av transparens och forskarens redogörelse av empirin gör att subjektiviteten hos forskaren nyanseras vilket ökar studiens objektivitet. Min förförståelse har påverkat förfarandet av denna studie vilket påverkar möjligheten att styrka och konfirmera mina resultat. Det är svårt att undvika påverkan från våra tidigare erfarenheter och kunskap varav fullständig objektivitet är svår att uppnå även om jag strävat efter att inte låta mina alltför subjektiva tolkningar påverka mina slutgiltiga resultat.

5.5 Forskningsetiska överväganden.

Under varje forskningsprocess är det viktigt att uppmärksamma hur studien kan påverka respondenterna som medverkat i studien. För att skydda respondenterna har Vetenskapsrådet (2002) tagit fram fyra forskningsetiska principer som forskaren ska förhålla sig till; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Bryman, 2018). Vid genomförandet av studiens intervjuer tillgodoseddes informationskravet genom att samtliga respondenter både fick skriftlig och muntlig

information om studiens syfte (se bilaga 1 och bilaga 3). I samtyckesblanketten som skickades ut tillsammans med informationsbrevet informerades respondenterna om sin rätt att avbryta intervjun närhelst de ville samt att de kunde välja om de inte ville svara på vissa frågor (se bilaga 2). Detta informerades respondenterna även om vid inledningen på intervjun. Kravet på samtycke uppfylldes muntligen vid inledningen av intervjun. Konfidentialitet kravet har uppfyllts genom att all information som kan härledas till enskild respondent aidentifieras. Då barnombuden har gemensamma barnombudsmöten och därigenom har kännedom om varandra har det varit ännu viktigare att aidentifiera faktorer såsom erfarenhet, ålder och kön i sammanställningen av resultat/analys. Nyttjandekravet har kunnat uppfyllas då det insamlade materialet endast används för att besvara studiens syfte och frågeställningar. Det insamlade materialet har förvarats oåtkomligt för obehöriga. När studien har examinerats och godkänts kommer materialet raderas.

6 Resultat och analys

Nedan presenteras studiens resultat och analys med stöd av Fixsen et al. (2009) kärnkomponenter och implementeringsfaser under följande teman; 'Ledarskap', 'Kompetens hos användare' och 'Organisatoriskt stöd'. Utöver ovanstående teman som är direkt kopplade till studiens teoretiska utgångspunkter har temat patientens mottaglighet framkommit. Barnombudens olika perspektiv tydliggörs genom benämningarna B1 till och med B8.

6.1 Ledarskapet

Vid urval och rekrytering av nyckelpersoner i en top-down implementeringsprocess framhäver Fixsen et al. (2009) att det är chefens uppdrag att förmedla uppdragets innebörd och vilka kvalifikationer och kompetens som efterfrågas. I rollen som implementeringens processledare menar Fixsen et al. (2009) att den formella kompetensen i form av akademisk utbildning inte nödvändigtvis är det som avgör om personen är lämplig att driva implementeringen. För att implementeringen ska bli framgångsrik menar Fixsen et al. (2009) att personligt intresse för frågan kan vara mer avgörande. Barnombud vid sju av åtta mottagningar beskriver att enhetschefen ställt formellt krav på att barnombudet ska vara utbildad socionom. B7 ger uttryck för detta på följande sätt:

” (...) det var nog ganska självklart, vi är ju bara två kuratorer och den andra hade annat uppdrag och det ska vara ett barnombud på varje mottagning så det föll sig naturligt att jag blev det”.

På liknade sätt säger B3:

” (...) att det skulle vara en kurator”.

B8 förde ett liknade resonemang om att rekryteringen av barnombud endast vände sig till kuratorerna på mottagningen:

”Chefen frågade oss kuratorer om någon var intresserad och då blev det så att jag fick uppdraget som barnombud”.

I dessa citat betonas att rekryteringen av barnombud riktades till kuratorerna utifrån deras formella kompetens. Enhetschefen på den åttonde mottagningen valde att istället för att enbart fokusera på den formella kompetensen även ta in användarens informella kompetens i form av intresse för barnrättsfrågor. Informell kompetens såsom eget intresse för implementeringsobjektet är något Fixsen et al. (2009) betonar kan leda till en mer framgångsrik implementering. Det bör tilläggas att uppdraget som barnombud på den åttonde mottagning blev en av mottagningens kuratorer.

Chefens uppdrag att i rekryteringen förmedla uppdragets innebörd är något barnombuden upplever att enhetscheferna varit otydliga med något som bland annat beskrivs av B2, B3 och B6 i citaten nedan:

” (...) chefen tycker nog det är viktigt men det är mest viktigt att ha ett barnombud sedan vet hen inte så mycket mer” (B2).

” (...) ärligt talat så vet jag inte så mycket om uppdraget som barnombud handlade om” (B3)

” (...) det har inte varit uttalat vad uppdraget som barnombud skulle gå ut på, vad som förväntas” (B6).

I citaten betonas att fokuset för rekrytering av barnombuden i främsta hand handlat om att fylla rollen utan något specifikt uppdrag för barnombuden att arbeta med. Ingen av barnombuden upplever att enhetschefen kunnat förmedla vad som förväntades av dem när de fick uppdraget som barnombud. Flera barnombud lyfter bristen på uppdragsbeskrivning som ett hinder för arbetet med att beakta barn som anhöriga, något som bland annat lyfts fram av B6;

”Den här lilla planen om vad det är barnombudet gör är något som vuxit fram under tiden för att ge oss någon liten plan”.

Otydligheten från ledarskapet som lyfts fram i citatet har medfört att barnombuden själva skapat en uppdragsbeskrivning i syfte att förtydliga vad som ingår i uppdraget och arbetet med att beakta barn som anhöriga (Region Skåne, 2021a). Uppdragets otydlighet uppmärksammas även i att det inte alltid varit en självklarhet att vuxenhabiliteringen ska erbjuda stöd till barn som anhöriga. När HSL 5:7 trädde i kraft 2010 ansågs vuxenhabiliteringens patienter inte tillhöra målgruppen för lagen. Varken Region Skåne som organisation eller vuxenhabiliteringens verksamhetsledning ansåg att detta var ett uppdrag för vuxenhabiliteringsmottagningarna varför vuxenhabiliteringen initialt efter lagen trädde i kraft inte hade barnombud eller något arbete gentemot barn som anhöriga. På en mottagning valde den dåvarande kurator att trots motstånd från verksamhetsledningen införa stödsatser till barn som anhöriga utifrån att kuratorn ansåg att behovet även fanns hos barn till patienter inom vuxenhabiliteringen. De första stegen i att implementera arbetet med barn som anhöriga skedde på denna mottagning i form av ett bottom-up beslut som möjliggjordes av att enhetschefen gick emot verksamhetschefen och sanktionerade att kuratorn fick arbeta med att ge information, råd och stöd till barnet som anhörig. Enhetschefens agerande att trotsa verksamhetsledningens direktiv visar på hur viktig den närmaste chefen är för att möjliggöra implementeringsarbetet.

Över lag är upplevelsen hos barnombuden att enhetscheferna har en passiv roll i implementeringsarbetet. B1 är det enda barnombudet som beskriver enhetschefen som aktiv aktör i implementeringsarbetet samtidigt som B1 vittnar om att detta är något som hen saknat med tidigare chefer:

” (...) jag tycker det varit bra att min nuvarande chef är drivande i dessa frågor. Vi hade en period då vi hade flera chefsbyten och under en period även stod utan chef. Då märktes det att arbetet inte fick så mycket struktur”.

Precis som B1 framhåller Eldh (2014) att byte av chefer och brister i ledarskapet kan utgöra ett hinder för implementeringen. Fixsen et al. (2009) och Eldh (2014) framhåller ledarskapets roll i implementeringsarbetet är att stötta arbetsgruppen att få till de övergripande strukturerna. När chefen inte är aktiv i arbetet eller om chefen byts ut kan detta utgöra ett hinder för den fortsatta implementeringsprocessen vilket bland annat lyfts av B5:

” (...) visst har jag ansvar som barnombud om det skulle vara skönt om chefen eller någon annan också hade någon sorts ansvar och ställde frågan ’men hur går det’”.

Även om chefen har det övergripande ansvaret för arbetet på mottagningen behöver det inte vara chefen som driver implementeringsarbete (Fixsen et al., 2009). Uppdraget som barnombud har inom vuxenpsykiatri fungerat så att barnombudet blivit processledare av barnperspektivet (Priebe & Afzelius, 2015). Om detta var målet när uppdraget som barnombud tillkom på vuxenhabiliteringen innebär det att barnombudet har ansvar att skapa förutsättningar för att förändra mottagningens sätt att arbeta med barn som anhöriga. Fyra av barnombuden har tagit på sig detta ansvar även om det inte varit uttalat vilket visar sig i att dessa mottagningar inlett den initiala implementeringen och börjat använda/erbjuda stödinsatser till barn som anhöriga. På mottagningarna där barnombuden inte tagit detta initiativ har arbetet med att erbjuda stödinsatser till barn som anhöriga ännu inte kommit igång. Även om ledarskapet i en implementeringsprocess kan se olika ut är det den närmaste chefen som har uppdraget att möjliggöra det överordnade stödet och se till att personen som har rollen som implementeringens processledare har ett tydligt mål att arbeta emot. Enhetscheferna på vuxenhabiliteringen har haft svårt att fullfölja detta uppdrag vilket visar sig i att barnombuden inte upplever att det finns något uttalat mål kring arbetet med barn som anhöriga. Istället för att rekrytera en processledare till uppdraget att beakta barn som anhöriga vittnar barnombuden om att rekryteringen handlat om att fylla ett en titel utan uppdrag.

6.2 Kompetens hos användaren

Kompetensen hos användaren enligt Fixsen et al. (2009) handlar om att hälso- och sjukvårdspersonalen initialt erbjuds utbildning och träning i objektet såväl som att personalen har tillgång till kontinuerlig handledning och träning. Utbildningen av personal är en vanlig implementeringsstrategi som fokuserar på att öka användarens kunskap och motivation att genomföra implementeringen (Grol, Wensin och Eccles, 2005). Samtliga kuratorer på Skånes vuxenhabiliteringsmottagningar fick 2019/2020 möjligheten att gå utbildning i BRA-samtal. Sex av barnombuden deltog i utbildning. På en av mottagningarna där barnombudet inte gått utbildning i BRA-samtal finns en annan kurator som deltagit i utbildning varav sju av åtta mottagningar har möjligheten att erbjuda BRA-samtal. Barnombudens upplevelse av utbildningen är splittrad. B1, B6, B7 och B8 är positiva till utbildningen då de upplever att materialet är bra stöd i att hålla samtal med barn. Två barnombud, B4 och B5, är inte lika positiva till utbildningen och dess material:

”Min upplevelse av BRA utbildningen var att inställningen till patienten var väldigt hård, att vi skulle hota med socialen om patienten inte lät oss prata med barnet, detta stämmer inte in på hur jag vill bemöta mina patienter” (B4).

” Jag upplever att utbildningen gjorde mig stel, plötsligt blev ett för mig enkelt samtal något stort och komplicerat” (B5).

Att barnombuden upplever BRA-utbildningen så olika kan förklaras med emotionella processer hos användaren som även lyfts fram i Gullbrå et al. (2014), Priebe & Afzelius (2015) och Lauritzen et al. (2014) studier som ett hinder för arbetet att ge stöd till barn som anhöriga. Att B4 är kritisk mot utbildningen handlar inte om att hen inte tycker materialet inte är bra utan mer att hen anser att arbetet kring barn som anhöriga måste ske med respekt för patienten. Detta är något även Kaidar & Glasdam (2019), Johnsen Hogstad & Salvesen (2020) och Hafting et al. (2019) framhäver behöver vara utgångspunkten i mötet med patienten. B5s’ upplevelse av att utbildningen försvårar arbetet bör ses i relation till att B5 inte har något tydligt stöd från sin chef eller övriga kollegor i implementeringsarbetet med stöd till barn som anhöriga. B5s’ upplevelse av att utbildningen gjort samtalet ”stort och komplicerat” kan ses som det Trolldal & Gullbrandsson (2014) beskriver som en låg tilltro BRA-samtalet som implementeringsobjekt.

Att respondenterna haft svårt att komma i gång med BRA-samtalen uppmärksammas av flera barnombud och kan bero på att utbildning i BRA samtal avslutades i januari 2020 och att mottagningarna sedan tvingades ställa om sitt arbete från fysiska besök till digitala i mars samma år. Detta lyfter B1 på följande sätt:

”En utmaning som kom direkt efter att vi gick BRA-utbildningen var att då kom pandemin som gjorde att alla våra besök skedde digitalt. Jag tänker att detta försvårade arbetet och gjorde att vi inte kom igång så mycket som vi skulle kunnat”.

På liknande sätt säger B4:

”Tänk dig att utbildningen gick i slutet av 2019, sista träffen i januari 2020, sedan i mars kom corona. Vi har inte haft något BRA-samtal, materialet ligger bara här och skramlar eftersom vi inte fått ha fysiska samtal”.

B7 förde ett liknande resonemang om hur coronapandemin och dess restriktioner i kombination med färskheten i utbildningen försvårade arbetet med barnsamtal:

” Det hade inte gått att ha barnsamtal med munskydd, så det handlar både om att metoden är ny och att vi varit i en pandemi”.

I citaten ovan blir det tydligt att timingen av utbildningen och krocken med coronapandemin utgjort ett stort hinder för arbetet med barnsamtal efter BRA-utbildningen.

Handledning i implementeringsarbetet lyfter Fixsen et al. (2009) är viktigt för att implementeringen ska ske metodtroget. I arbetet med att implementera stödinsatser till barn som anhöriga beskriver barnombuden att det inte finns någon tydlig handledning från Region Skånes sida eller i Förvaltningen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel. Barnombuden upplever att de inte känner något behov av handledning kring uppdraget då de har stöd av varandra i barnombudsgruppen. Barnombuden lyfter även barnombudssamordnaren i gruppen som en handledningsresurs utanför mötena med gruppen. Möjligheten att vända sig till barnskyddsteamet i Malmö/Lund, Kristianstad eller Helsingborg är ytterligare en handledningsfunktion som barnombuden lyfter (B1; B4; B5; B6; B7; B8).

Barnombudet i Malmö berättar att hen har möjlighet till handledning i ett konsultationsteam i Malmö ”ALHMA” som består av representanter från vuxenpsykiatri, socialtjänsten, BUP, vuxenhabiliteringen och missbruksvården dit man kan anmäla ärenden som rör föräldraskapet utifrån funktionsnedsättning, psykisk ohälsa och missbruk. På mottagningen i Malmö har man även en lokal SUF-grupp (Samverkan Utveckling Föräldraskap) som träffas några gånger per termin för att diskutera frågor rörande barn och föräldrar. Dessa två handledningsfunktioner lyfter ingen av de andra barnombuden.

BRA-utbildningen har gett barnombuden en struktur kring att arbeta med att erbjuda och genomföra stödsamtal med barn som anhöriga även om samtliga barnombud inte är helt positiva till själva utbildningen och materialet. Handledningens roll i implementeringen enligt Fixsen et al. (2009) syftar till att säkerställa att implementeringsplanen efterföljs. Frågan om handledning är i dagsläget svår att besvara eftersom vuxenhabiliteringsmottagningarna inte kommit igång med att använda BRA-metoden i någon större omfattning till följd av coronapandemin. Barnombuden har dock flera strategier kring var de ska vända sig med

frågor om arbetet med stödsamtal till barn som anhöriga både inom och utanför Region Skånes verksamhet.

6.3 Organisatoriskt stöd

Fixen et al. (2009) beskriver att de organisatoriska kärnkomponenterna skapar förutsättningar för att användarna ska ha strukturer och rutiner i vad uppdraget innebär samt att resurser finns i form av tid, stödjande system, kompetens etc för att möjliggöra att implementeringen sker metodtroget i relation till ursprungsmålet.

Arbetet med att ge information till patienten om mottagningens arbete med stöd till barn som anhöriga har sett olika ut. Fem mottagningar har som rutin att under den initiala kartläggningen fråga patienten om de bor med egna barn eller syskon under 18 år för att sedan informera och erbjuda samtal om föräldraskapet och stödsamtal till barnet (B1; B4; B6; B7; B8). Av dessa fem mottagningar ger fyra av dem även ut ett informationsbrev som de själva skapat med inspiration från BRA-utbildningen och diskussioner i barnombudsgruppen (B1; B4; B7; B8). De övriga barnombuden upplever att de inte har strukturer i verksamheten kring att vare sig informera eller erbjuda stöd till barn som anhöriga (B2; B3; B5). Faktorer som förhindrar detta beskrivs bero på okunskap för hur erbjudandet ska ges om behandlaren inte har någon oro för barnets situation (B3), att verksamheten saknar resurser att söka upp barn som anhöriga då patientens stödbehov prioriteras över barnet (B5). Frågan upplevs vara inaktuell då mottagningen sällan möter patienter med barn (B2). Tillgång till stödmaterial såsom en informationsbroschyr, att ge till patienten, samt ett visuellt stöd att ha med i kartläggningen är ytterligare två faktorer som lyfts utgöra ett hinder för arbetet med barn som anhöriga (B5).

Även om majoriteten av mottagningarna har rutiner kring själva arbetet med att fråga om patienten har barn och informera om stödinsatser till barn som anhöriga är det endast en mottagning som har en rutin nedskriven (B1). Syftet med att ha rutiner och riktlinjer i implementeringsarbetet handlar om att ge arbetsgruppen en tydlighet kring vad arbetet ska utmynna i (Bjurling-Sjöberg, 2014; Dencker et al. 2017; Gullbrå et al. 2014; Kaidar, Åkesson & Glasdam. 2016; Mayberry & Rupert, 2006; 2009; Priebe & Afzelius, 2015; Lauritzen et al., 2014). Vad arbetet har för mål är det ingen av barnombuden som kan svara på det då verksamheten inte har förtydligat vad som inkluderas och exkluderas i uppdraget även om detta är av grunderna i implementeringsprocessens första faser behovsinventering och

installation (Fixen et al., 2009). Detta medför att barnombudens definition av uppdraget skiljer sig åt mellan mottagningarna.

” (...) mitt uppdrag är att påminna ’hallå! här finns det barn behöver vi göra något’ (B2)

”Vårt uppdrag tar slut med BRA-samtalen, om barnet har andra behov ska vi lotsa det vidare till kommunen eller annan aktör som kan hjälpa barnet. Föräldraskapet är inte vår fråga, där ska vi hålla oss avgränsade” (B7).

”Klart vi ska komma igång med BRA-samtalen men jag tycker nästan det är viktigare att vi kommer igång med föräldrasamtalen” (B4, liknade citat återfinns hos B5).

” (...) vi ska fortsätta erbjuda barnsamtal och eventuellt få till en föräldragrupp om intresse finns hos patienterna (B1).

Barnombuden har nyligen haft ett uppdrag från Region Skåne kring att föra pinnstatistik kring antalet patienter med barn under 18 år som är aktuella på mottagningen. Detta arbete är något som flera barnombud upplevt har hjälpt till att uppmärksamma barn som anhöriga och lett till en vana hos samtliga barnombud att fråga patienten om hen har barn. Journalföringen av informationen kring patientens barn skiljer sig åt mellan mottagningarna. B1, B4, B6, B7 och B8 har som rutin att de skriver in uppgifter om barnet i patientens personbild och sedan lägger till patienten i väntelistan ’barn som anhöriga’. Väntelistan är en lösning som B4 och B7 kommit på och spritt i barnombudsgruppen då det inte går att få fram data kring antalet aktuella patienter som har barn genom en sökning i journalsystemet PMO som används på mottagningarna. För att ha koll på hur många barn som är aktuella behöver varje medarbetare som haft ett första besök och fått information om att patienten har barn gå in och registrera informationen först i patients journal och sedan lägga upp patienten på väntelistan barn som anhöriga. På sex av mottagningarna har dessa väntelistor upprättats även om själva arbetet med att lägga in uppgifter i väntelistan inte kommit igång (B5; B6). På B2 och B3:s mottagningar uppger de att de inte har någon rutin eller vana kring att föra in uppgifter om patientens barn i journalsystemet och att detta inte heller är något som görs.

Utöver datainsamling för det egna arbetet med barn som anhöriga på mottagningar samlar även Socialstyrelsen in uppgifter om arbetet med barn som anhöriga genom KVÅ-

kodregistrering (Region Skåne, 2020a; Socialstyrelsen, 2022). Registreringen av dessa sköts på fem mottagningar av den medicinska sekreteraren (B1; B5; B6; B7; B8). B4 sköter sina KVÅ-kodregistreringar själv medan B2 och B3 uppger att de saknar kunskap om KVÅ-koder och vilken information Socialstyrelsen vill ha in. Något som försvårar KVÅ-kodregistreringen är att den görs i ett separat system (B1; B4; B5; B6; B7; B8). Även B4 som själv gör sina KVÅ kodregistreringar upplever att det inte är helt tydligt vilka samtal som ska registreras och inte:

”vi ska ju KVÅ-koda det här på olika sätt och den lappen har jag på skrivbordet. När jag bjuder in patienter till ett föräldrasamtal så kodar jag det men om föräldraskapet kommer in i ett stödsamtal så vet jag faktiskt inte hur det är tänkt att man ska göra. Det blir ju konstigt om jag KVÅ kodar alla dem samtalen” (B4).

Respondenterna beskriver att uppdraget som barnombud och arbetet med att erbjuda information, råd och stöd till barn som anhöriga är två uppdrag som inom vuxenhabiliteringen lagts på kuratorn eller kuratorsgruppen och förväntas göras inom ramen för kuratorernas befintliga tjänster. Detta tillvägagångssätt är ett sätt för vuxenhabiliteringen att hålla nere kostnaderna för implementeringen vilket även uppmärksammats som ett tillvägagångssätt inom tidigare forskning kring implementeringen av barn som anhöriga (Eriksson, 2014; 2018; Kaidar, Åkesson & Glasdam, 2016; Lauritzen et al., 2014). Konsekvensen av detta är att tid tas från kuratorernas övriga arbete något som varit en utmaning för implementeringsarbetet som lyfts av flera av barnombuden.

”Jag vet att några kuratorer varit rädda för att arbetsbelastningen ska öka om det är vi kuratorer som ska ta stödsamtalen med barnen. Jag upplever dock inte att det är någon anstormning av samtalet på det sättet att föräldrarna känner att vi måste skynda barnet för samtal, det har snarare varit åt andra hållet att vi behöver motivera föräldrarna till att ta emot hjälpen” (B1).

”Så som det är nu så har vi inte resurserna att ha långa kontakter med barn som anhöriga” (B4).

” (...) det beror på hur många patienter vi har med barn på enheten och mycket tid det får ta i anspråk” (B6).

”Jag upplever att mina kuratorskollegor på andra mottagningar känner att det blir så mycket att göra om vi ska följa BRA-modellen och hur ska vi ha tid med det och då känner jag att det

handlar om kvalitén, kvalitén på att kunna erbjuda något konkret med några samtal väger upp att man kan prioritera bort något annat” (B7).

” (...) i praktiken erbjuder vi inte samtal till barnen, vi har tyvärr inte utrymme för den uppsökande verksamheten” (B5).

Vad gäller tid som resurs uppmärksammar B4 att det inte bara är samtalen med patienten och barnet som kräver tid utan det förberedande arbetet, att hålla sig uppdaterad och läsa på det som kommer ut gällande barn tillkommer och till det finns det ingen tid. Något även B6 sätter ord på:

”Det som är uttalat att det här är mina arbetsuppgifter, det tar min tid. Så när det inte finns något tydligt uppdrag och ingen tid avsatt till det har det tendensen att prioriteras bort”.

Likt B1, B4, B5, B6, B7, B8 så har inte heller B2 och B3 någon avsatt tid till uppdraget som barnombud. Frågan om de upplever att de har tid att genomföra stödinsatser till barn som anhöriga har de svårt att besvara eftersom de inte har kommit i gång med detta arbete och inte heller upplever att behovet finns hos patienterna de möter.

Kostnaden för implementeringen av stödinsatser till barn som anhöriga inom vuxenhabiliteringen tydliggörs framför allt i arbetstiden barnombuden och kuratorerna lägger ner för att läsa in sig på arbetet, delta i möten och kostnaden för att kuratorerna genomgick utbildning i BRA-samtal.

Barnombudens bristande kunskap om Region Skånes målsättning med implementeringen av stöd till barn som anhöriga framkommer även i detta avsnitt utgöra ett stort hinder för arbetet med att ge stöd till barn som anhöriga. Likt Dencker et al. (2017) beskriver i sin studie utgör brister i organisationens strukturer begränsningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att ge stöd till barn som anhöriga då handlingsutrymmet ökar. På vuxenhabiliteringsmottagningarna har bristen på tydlighet medfört att samtliga barnombud gjort egna tolkningar av uppdraget och egna lösningar på hur uppdraget ska genomföras. Det kräver både tid och resurser på mottagningarna när varje enhet gör sina egna tolkningar av uppdraget vilket kan förklara varför det varit svårt att komma igång med att praktiskt erbjuda barnsamtal.

6.4 Patientens mottaglighet

Patientens roll som möjliggörare av barnsamtalen är något som lyfts mycket inom tidigare forskning utgöra ett hinder för implementeringen av insatser till barn som anhöriga. Precis som Mayberry & Reupert (2009) beskriver i sin ”Hierarchy of points of intervention to affect workforce change” se bild 1, så behöver hälso- och sjukvårdspersonalen kunna motivera

patienten till att ta emot stödet. Detta menar Grol, Wensing och Eccles (2005) är en del av implementeringsstrategin där det även ingår att ha ett marknadsföringsperspektiv kring hur mottagningen kan göra insatsen så tilltalande som möjligt för patienten. Barnombuden upplever att detta är svårt att få till i praktiken. Faktorer barnombuden upplever hindrar patienterna från att ta emot hjälpen utgår från processer både inom patienten och i externa processer mellan patienten och andra samhällsaktörer till exempel skola och socialtjänst. Faktorer inom patienten som barnombuden lyfter kan försvåra för patienten att ta emot hjälpen är att patienter kan ha svårt att ta emot hjälp om de själv inte landat i sin diagnos eller nyligen fått sin diagnos (B5; B8). Barnombuden upplever också att det finns en stor skillnad i mottagligheten mellan vuxenhabiliteringens olika patientgrupper som bland annat lyfts av B1 "Patienter med autism upplever jag är mer positiva till att ta emot hjälpen än patienter med intellektuell funktionsnedsättning. Detta tror jag beror på att det är mer stigmatiserande att ha en intellektuell funktionsnedsättning samtidigt som dessa patienter har svårare att reflektera kring sitt föräldraskap i relation till barnet".

Likt B1 upplever även B4, B6, B7 och B8 att patienter med intellektuell funktionsnedsättning är svårare att motivera då det ofta har eller har haft kontakt med socialtjänsten tidigare och har en reell oro för att barnet ska tas ifrån dem. Hälso- och sjukvårdens anmälningsskyldighet till socialtjänsten om det framkommer att barnet far illa utgör därmed ett hinder för att patienten ska våga öppna upp sig om sitt föräldraskap och även tillåta att barnet kommer på samtal. Att hitta sätt att motivera patienterna till att ta emot hjälp är något samtliga barnombud skulle vilja bli bättre på. Frågor som 'hur vi ska göra det tydligt för föräldern att se barnets behov på ett respektfullt sätt?' är något som samtliga barnombud vill förbättra för att möjliggöra fler stödsamtal till barn som anhöriga.

I sammanställningen av empirin i denna studie har det framkommit att arbetet med att ge information, råd och stöd till barn som anhöriga varierar mellan vuxenhabiliteringsmottagningar i Skåne. Framgången i implementeringsarbetet är beroende av hur arbetet är organiserat på mottagningen, vilket stöd som barnombudet har från närmaste chef samt barnombudets egen drivkraft att driva arbetet framåt. Barnombudets otydliga uppdrag och Region Skånes bristande förmåga att förmedla intentionen med 'Handlingsprogrammet barn som anhöriga' till konkreta mål för vuxenhabiliteringen utgör ett återkommande hinder för arbetet med barn som anhöriga. Utifrån intervjuerna med barnombuden framkommer bilden att det är stor skillnad på hur långt mottagningarna har

kommit i implementeringsarbetet av barn som anhöriga enligt Fixsen et al. (2009) implementeringsfaser.

7 Avslutande diskussion

Temat 'Ledarskapet' visar att enhetscheferna på vuxenhabiliteringen har enligt Fixsen et al. (2009) en central roll i implementeringsarbetet genom sitt uppdrag att se till att den som får uppdraget som barnombud även intar rollen som processledare för implementeringen av stödinsatser till barn som anhöriga. Detta är något vuxenhabiliteringens enhetschefer behöver bli bättre på att förmedla till medarbetarna vid rekrytering av barnombud. Den som tar på sig uppdraget som barnombud behöver vara medveten om vad uppdraget innebär för att implementeringen ska bli framgångsrik. Vid rekrytering av barnombuden vittnar barnombuden om att enhetscheferna misslyckats med detta uppdrag då rekryteringen präglats av upplevelsen att barnombudet är ett uppdrag som ska fyllas. Om detta beror på okunskap hos enhetscheferna kring syftet och målet med uppdraget som barnombud är detta ett tecken på att implementeringen brustit i övergången från beslutsfattarna i förvaltningsledningen ner till enhetscheferna. Detta är dock ingenting som denna studie har något svar på eftersom studien är avgränsad till att studera barnombudens upplevelser av implementeringsarbetet och inte inkluderat intervjuer med enhetschefer, verksamhetschefer eller förvaltningschefen. Även om enhetschefen inte besitter den översta makten så har enhetscheferna mandat att ta beslut för att möjliggöra själva utförandet i det dagliga arbetet. Detta blir särskilt tydligt på mottagningen som inledde arbetet gentemot barn som anhöriga innan uppdraget som barnombud tillkom.

Upprepade organisationsförändringar som berör både ledarskapet och de organisatoriska kärnkomponenterna medför en utmaning för implementeringens fortlevnad när chefer ofta bytas ut. För att ett chefsbyte inte ska förhindra implementeringsarbetet behöver den nya chefen ha förmåga att ta över implementeringsarbetet där den gamla chefen slutar (Eldh, 2014). Om den nya chefen har andra idéer kring det fortsatta implementeringsarbetet kan detta både möjliggöra implementeringsarbetet liksom B1 upplevelse av sin nuvarande chef eller förhindra arbetet om implementeringen inte prioriteras av chefen. Att implementeringsarbetet helt glömts bort vid tillträdet av en ny chef är inte heller helt ovanligt, särskilt för implementeringsprocesser som befinner sig i implementeringens första fas (Eldh, 2014; Fixsen et al., 2009). Att hälften av mottagningarna inte kommit igång med att erbjuda

stödinsatser till barn som anhörig kan relateras till bristerna i ledarskapet som medför att uppdraget helt hamnar på barnombudens axlar. Implementeringens fortlevnad blir då upp till varje enskilt barnombud och är något som kräver både intresse, engagemang och drivkraft hos barnombudet att prioritera arbetet för andra arbetsuppgifter. Barnombuden är inte ensamma om att ha svårt att prioritera arbetet då detta är något som även lyfts som ett hinder i tidigare forskning (Bjurling-Sjöberg, 2014; Dencker et al. 2017; Gullbrå et al. 2014; Kaidar, Åkesson & Glasdam. 2016; Mayberry & Rupert, 2006; 2009; Priebe & Afzelius, 2015; Lauritzen et al., 2014).

Att användaren har tillräckligt med kompetens framhäver Fixen et al. (2009) kan fås genom tidigare utbildning, arbetslivserfarenhet, utbildningssatsningar och handledning.

Barnombuden har alla kunskapen att bedriva arbetet som barnombud utifrån grundutbildningen som socionom. Att ha samtal med barn är dock något flera barnombud upplever är svårare. När kuratorerna på vuxenhabiliteringsmottagningarna fick möjlighet att gå utbildning i BRA-samtal fanns det flera brister vid förberedelserna inför utbildningen. Detta trots att utbildning kan vara en välfungerande implementeringsstrategi med fokus på lärande och personalens inre motivation till att bedriva implementeringsarbetet (Grol, Wensing & Eccles, 2005). När BRA-utbildningen erbjöds till samtliga kuratorer på vuxenhabiliteringsmottagningarna missade man att i det förberedande arbetet motivera kuratorerna till vinsterna med att delta i utbildningen och vilket stöd som utbildningen hade kunnat bli för det fortsatta implementeringsarbetet. Precis som Skogøy et al. (2019) studie visar är utbildning i sig inte tillräckligt för att kunskapen ska nå patienterna. Om kuratorerna varit välinformerade inför utbildning hade utbildningen kunnat bli startskottet för en mer aktiv implementering. Nu står implementeringsprocessen fortfarande och stampar i samma frågeställningar som före utbildning och stödet når inte fram till barnen.

Vuxenhabiliteringens organisatoriska stöd till implementeringen av barn som anhöriga som Mayberry & Reupert (2009) menar utgör själva basen för allt implementeringsarbete har i denna studie visat sig ha flera brister. Det tydligaste hindret för implementeringsarbetet är frånvaron av ett tydligt formulerat uppdrag och mål för barnombuden gällande arbetet med barn som anhöriga. Bristen på ett tydligt formulerat mål gör det svårt både att genomföra implementeringsarbetet men framförallt att utvärdera arbetet som gjorts vilket även lyfts i tidigare forskning (Bjurling-Sjöberg, 2014; Dencker et al. 2017; Gullbrå et al. 2014; Kaidar, Åkesson & Glasdam. 2016; Mayberry & Rupert, 2006; 2009; Priebe & Afzelius, 2015;

Lauritzen et al., 2014). I Kunskapscentrum barnhälsovårds utvecklingsprojekt rörande barn som anhöriga ingick uppdraget att ta fram ett handlingsprogram och informationsmaterial till patienter och barn om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet gentemot barn som anhöriga som stöd för implementeringen av insatser till barn som anhöriga. Samtliga barnombud har tillgång till detta material och barnombuden har själva uppmärksammat i sin uppdragsbeskrivning att de ska arbeta utifrån handlingsplanen (Region Skåne, 2021a) ändå lyfts bristen på stödmaterial fram som ett hinder för implementeringsarbetet av stöd till barn som anhöriga. Detta får mig att tänka att bristen på stödmaterial egentligen inte är huvudproblemet utan det som hindrar arbetet från att komma i gång är de emotionella processerna inom barnombuden kring hur de tycker och tänker att informationen ska presenteras. I en optimal implementeringsprocess är detta något barnombuden hade kunnat ta sig förbi om de haft möjlighet att reflektera och diskutera vilka delar av implementeringen de finner extra utmanande (Fixsen et al., 2009). Att få fram information som kan underlätta utvärdering och reflektion kring arbetet som gjorts kräver att det finns datasystem som tillåter framtagande av statistik gällande till exempel hur många barn som är aktuella på mottagningarna, vem i personalgruppen som har kontakt med patienten och vem som ansvarar för det motiverande arbetet att inkludera barnet. Att ta hjälp av KVÅ-koderna för att formulera ett tydligare mål med arbetet skulle kunna hjälpa mottagningarna att komma närmare en intension med HSL 5:7. När mottagningarna blir bättre på att registrera samtalen som görs kan KVÅ-koderna även fungera som stöd för utvärdering av arbetet.

Ett återkommande organisatoriskt hinder för implementeringsarbetet som framkommer både i tidigare forskning och i denna studie är bristen på tid och resurser (Eriksson, 2014:2018; Kaidar, Åkesson & Glasdam, 2016; Lauritzen et al., 2014; Nielsen & Roback, 2014; Raghavan et al., 2008; Wolmann et al., 2008). Frågor som 'Hur mycket tid ska läggas på att motivera patienten?' blir en central fråga när mottagningarna när arbetsuppgifterna ska prioriteras. Patientens mottaglighet är i relation till tiden som en resurs en central fråga för vuxenhabiliteringen att lösa då barnombuden upplever att patientens diagnos ställer större krav på behandlaren för att stödet ska nå barnet. Samtidigt är barnet inte vuxenhabiliteringens primära målgrupp. Precis som Eriksson (2018), Dencker et al. (2017), Kaidar, Åkesson & Glasdam (2016) och Lauritzen et al. (2014) framhåller i sina studier så går det inte att frånga att vuxenvårdens primära uppdrag är gentemot patienten och dennes medicinska behov. För att överkomma detta hinder behöver vuxenhabiliteringen aktivt arbeta med

implementeringsprocessen och kontinuerligt utvärdera arbetet för att uppnå målet med HSL 5:7, att ge information, råd och stöd till barn som anhöriga.

7.1 Vidare forskning

Att studien varit begränsad till barnombudens upplevelser av implementeringsarbetet har fått mig att inse att det hade varit givande att även intervjua chefer och beslutsfattare för att kunna följa implementeringsarbetet från start. Patienterna på vuxenhabiliteringen olika behov i relation till sina diagnoser hade också det varit en givande fråga att undersöka, hur man kan behovsanpassa arbetet i relation till patienten. Detta tillsammans med idéer kring att studera hur barn som anhöriga till personer med olika funktionsnedsättning upplever sitt familjeliv och hur olika samhällsaktörer samarbetar för att stötta barn som anhöriga för att inte utveckla egen ohälsa är dock frågor jag lämnar vidare till framtida forskare att besvara.

8 Referenslista

Aarons, Gregory, Hurlburt, Michael & Horwitz, Sarah (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and policy in mental health*, 38(1), 4–23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>.

Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2020). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap. I Ahrne, Göran och Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. 2. uppl. Malmö: Liber.

Alexanderson, Karin, Stina Fernqvist & Elisabet Näsman (2015) Barn som anhöriga, utsatta och omvårdare- två typexempel. I: Ulrika Järkestig, Lennart Magnusson & Elizabeth Hanson (red.) *Att se barn som anhöriga - Om relationer, interventioner och omsorgsansvar*. 2015:6 Växjö/Kalmar: NKA och Linneuniversitet.

Antonovsky, Aaron. (2005). *Hälsans mysterium*. Andra upplagan. Stockholm: Natur och kultur.

Beardslee, William R, Ellen J. Wright, Tracy R. G. Gladstone & Peter Forbes (2007) Long Term Effects From a Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression. *Journal of Family Psychology*, 21(4):703–713.

Bernhardsson, Susanne (2014). Riktlinjer inom fysioterapi i primärvården. I: Per Nilsen (red.) *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerup.

Billsten, Johan, Holmberg, Robert & Benderix, Ylva (2014). Evidensbaserad praktik inom missbruks och beroendevården. I: P. Nilsen (red.) *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerup.

Birken, Sarah, Lee, Shoou-Yih, Weiner, Bryan, Chin, Marshall & Schaefer, Cynthia. (2013). Improving the effectiveness of health care innovation implementation: middle managers as change agents. *Medical care research and review: MCRR*, 70(1), 29–45. <https://doi.org/10.1177/1077558712457427>.

Bjurling-Sjöberg, Petronella. (2014). Standardiserade vårdplaner inom intensivsjukvård. I: P. Nilsen (red.) *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerup.

Braun, Virginia & Clark, Victoria. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3:2, 77–101.

Bryman, Alan. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje upplagan. Malmö: Liber AB.

Collishaw, Stehpan, Gemma Hammerton, Liam Mahedy, Ruth Sellers, Michael J Owen, Nicholas Craddock, Ajay K Thapar, Gordon T Harold, Frances Rice & Anita Thapar (2016) Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: a prospective longitudinal study. *Lancet Psychiatry*, 3(1):49–57.

Damschroder, Laura, Aron, David, Keith, Rosalind, Kirsh, Susan, Alexander, Jeffery. & Lowery, Julia. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 450-501. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

Dencker, Annemarie, Bo Andreassen Rix, Per Bøge, & Thomsen, Tine Tjørnhøj. (2017). “A Qualitative Study of Doctors’ and Nurses’ Barriers to Communicating with Seriously Ill Patients about Their Dependent Children.” *Psycho-Oncology* 26 (12): 2162–67.

Ebert, Amaya-Jackson, Makiewicz & Fairbanks. (2006). Development and application of the the NCCTS learning collaborative model for the implementation of evidence-based child trauma treatment. I: R. McHugh. & D. Barlow. (red) (2012). *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions*. New York, NY, US: Oxford University Press.

Eldh, Ann Catrine (2014). Strategier för behandling av urininkontinens. I: Per Nilsen (red.) *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerup.

Eriksson, Maria, (2014) Barns rätt som anhöriga BRA: Utvärdering av ett utvecklingsarbete. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=edswe&AN=edswe.oai.DiVA.org.esh.6005&site=eds-live&scope=site> (hämtad 2022-06-06).

- Eriksson, Maria (2018) Användning av BRA: Barns rätt som anhörig. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=edsswe&AN=edsswe.oai.DiVA.org.esh.7600&site=eds-live&scope=site> (Hämtad: 2022-06-06).
- Eriksson, Maria. (2019) Att möjliggöra barns delaktighet. I: Lundström Mattsson Åsa, Eriksson Maria, Näsman Elisabet, Leviner Pernilla och Landberg Åsa. *Barns rätt som anhöriga - om att göra barn delaktiga*. Tredje uppl. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Eriksson-Zetterqvist, Ulla och Ahrne, Göran. (2015) Att få kunskap om samhället genom... att fråga folk... intervjuer I: Ahrne, Göran och Svensson, Peter (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber AB.
- Fitzgerald, Louise, Ferlie, Ewan. & Hawkins, Christine. (2003). Innovation in healthcare: how does credible evidence influence professionals? *Health & Social Care In The Community*, 11(3), 219-228. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2003.00426.x>
- Fixsen, Dean, Naoom, Sandra., Blase, Karen., Friedman, Robert & Wallace, Frances. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network <https://nirn.fpg.unc.edu/resources/implementation-research-synthesis-literature> (Hämtad 2022-06-22).
- Fixsen, Dean, Blase, Karen, Naoom, Sandra & Wallace, Frances. (2009) 'Core Implementation Components', *Research on Social Work Practice*, 19(5), pp. 531–540.
- Garland, Ann, Haine-Schlagel, Rachel, Brookman-Frazee, Lauren, Trask, Emily, Fawley-King, Kya & Baker-Ericzen, Mary (2013). Improving community-based mental health care for children: Translating knowledge into action. *Administration And Policy In Mental Health And Mental Health Services Research*, 40(1), 6-22. doi:10.1007/s10488-012-0450-8.
- Garpenby, Peter. (2010) Perspektiv till implementering. I Nilsen, Per (red.). *Implementering, Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Granqvist, Pehr. (2013) Anknytning hos barn till mödrar med intellektuella funktionshinder: Om vanvård i dubbla bemärkelser, *Psykisk hälsa*, 54 (2): 64–71.

Grimshaw, Jeremy, Eccles, Martin, Lavis, John, Hill, Sophie. & Squires, Janet (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(1), 50-50 1p. doi:10.1186/1748-5908-7-50.

Grol, Richard, Wensing, Michael. & Eccles, Martin. (2005). *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. Edinburgh: Elsevier Butterworth Heinemann.

Gullbrå, Frøydis, Smith-Sivertsen, Tone, Rørtveit, Guri, Anderssen, Norman, Hafting, Marit. (2014) To give the invisible child priority: Children as next of kin in general practice. A qualitative study among general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Vol: 32 17-23.

Gurses, Ayse, Marsteller, Jill, Ozok, Ant, Xiao, Yian, Owens, Sharon & Pronovost, Peter (2010). Using an interdisciplinary approach to identify factors that affect clinicians' compliance with evidence-based guidelines. *Critical Care Medicine*, 38(8 Suppl.), sida 282-291. DOI: [10.1097/CCM.0b013e3181e69e02](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e69e02).

Hafting, Marit, Gullbrå, Frøydis, Anderssen, Norman, Rørtveit, Guri, Smith-Sivertsen, Tone & Malterud, Kirsti. (2019) Burdened parents sharing their concerns for their children with the doctor. The impact of trust in general practice: a qualitative study. *Scandinavian journal of primary health care*, 37(3):327-334.

Jansson, Mårten, Larsson, Anne-Marie & Modig, Cecilia. (2011) *Mod och mandat -Ny lagstiftning stärker barn som anhöriga - Har vi modet att möta dem?* Stockholm: Stiftelsen Allmänna barnhuset: Socialstyrelsen.

Johannessen, Asbørn, Per Arne Tufte & Christoffersen, Line. (2019) *Introduktion till samhällsvetenskaplig metod*. Andra uppl. Stockholm: Liber AB.

Johnsen Hogstad, Ingrid & Kjartan Leer-Salvesen (2020) Going against patients' will? A qualitative study of how palliative health-care professionals handle competing considerations when children are excluded from parental illness and death. *European Journal of Oncology Nursing*, 49:1-8

Karidar, Hakima, Helene Åkesson & Stinne Glasdam. (2016). "A Gap between the Intention of the Swedish Law and Interactions between Nurses and Children of Patients in the Field of

Palliative Oncology - The Perspective of Nurses.” *European Journal of Oncology Nursing* 22 (June): 23–29.

Karridar, Hakima & Glasdam, Stinne (2019) Inter-Professional Caring for Children Who Are Relatives of Cancer Patients in Palliative Care: Perspectives of Doctors and Social Workers. *British Journal of social work*. Vol:49(3) 595–614

Kim, Hea-Won & Michelle P Salyers (2008) Attitudes and perceived barriers to working with families of persons with severe mental illness: Mental health professionals’ perspectives. *Community Mental Health Journal*, 44 (5): 337- 345.

Knutsson, Susanne, Enskär, Karin, Andersson- Gäre, Boel & Golsäter, Marie. (2017) Children as relatives to sick parent: Healthcare professionals’ approaches. *Nordic journal of nursing research*. Vol.37(2): 61-69.

Korhonen, Teija, Pietilä, Anna-Maria & Vehviläinen-Julkunen, Katri (2008) Implementing child- focused family nursing into routine adult psychiatric practice: hindering factors evaluated by nurses. *Journal of Clinical Nursing* 17(4): 499–508.

Kunskapsguiden (2019) <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/barn-som-anhoriga/halso-och-sjukvarden/> (hämtad 2022-08-09)

Landberg, Åsa. (2019) Att bemöta. I: Lundström Mattsson Åsa, Eriksson Maria, Näsman Elisabet, Leviner Pernilla och Landberg Åsa. *Barns rätt som anhöriga - om att göra barn delaktiga*. Tredje uppl. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

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

Lauritzen, Camilla & Charlotte Reedt (2012). Support for children of service users in Norway. *Mental Health Practice*, 16, 12–18.

Lauritzen Camilla, Reedt Charlotte, Martinussen Monica & Van Doesum, Karin T. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC Health Services Research*.

Leviner, Pernilla. (2019) Hälso- och sjukvårdens ansvar för barn som anhöriga - ett rättsligt perspektiv. I: Lundström Mattsson Åsa, Eriksson Maria, Näsman Elisabet, Leviner Pernilla

och Landberg Åsa. *Barns rätt som anhöriga - om att göra barn delaktiga*. Tredje uppl. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Lundström Mattsson, Åsa. (2019). BRA, Barns Rätt som anhöriga. I: Lundström Mattsson Åsa, Eriksson Maria , Näsman Elisabet, Leviner Pernilla och Landberg Åsa. *Barns rätt som anhöriga - om att göra barn delaktiga*. Tredje uppl. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Luszczynska, Aleksandra & Schwarzer, Ralf (2005). Social cognitive theory. I: M. Conner & P. Norman (red.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*, (2. uppl.) (s.,127–169). Maidenhead: Open University Press.

May, Tim. (2013) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur AB.

Maybery, Darryl, & Reupert, Andrea (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 657–664.

Maybery, Darryl, & Reupert, Andrea (2009). Parental mental illness: A review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009(16), 784–791.

McHugh, R., Kathryn, Murray, Heather & Barlow, David (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research And Therapy*, 47(11), 946-953.
doi:10.1016/j.brat.2009.07.005

Nilsen, Per. (2010) Inledning. I Nilsen, Per (red.). *Implementering, Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.

Nilsen, Per. (red.) (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerup.

Nilsen, Per & Roback, Kerstin. (2010) Implementering, kunskap och lärande -en begreppsmässig plattform. I Nilsen, Per (red.). *Implementering, Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.

Nielsen, Per & Roback, Kerstin (2014). Implementeringsstrategier. I: P. Nilsen (red.) *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerup.

Nilsen, Per, Roback, Kerstin & Krevers, Barbro (2010). Förklaringsfaktorer för implementeringsutfall – ett ramverk. I: Per Nilsen (red.) *Implementering - Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Nordenfors, Monica & Melander, Charlotte. (2017) *Unga omsorgsgivare i Sverige*. Borås: Nationellt kompetenscentrum för anhöriga.

Näsman, Elisabet. (2019). Perspektiv på barns delaktighet som anhöriga. I: Lundström Mattsson Åsa, Eriksson Maria, Näsman Elisabet, Leviner Pernilla och Landberg Åsa. *Barns rätt som anhöriga - om att göra barn delaktiga*. Tredje uppl. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Oja, Charlotte, Tobias Edbom, Anna Nager, Jörgen Månsson & Solvig Ekblad (2020) Informing children of their parent´s illness: A systematic review of intervention programs with child outcomes in all health care settings globally from inception to 2019. *PLOS ONE*, 15(5):1–24.

Oja, Charlotte. (2021). *Upholding family relationships in a context of increasing awareness of parental illness*. Karolinska Institutet.

Pihkala, Heljä & Eva E. Johansson (2008) Longing and fearing for dialogue with children Depressed parent´s way into Beardslee´s preventive family intervention. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5): 399-404.

Pihkala, Heljä, Mikael Sandlund & Anita Cederström (2011) Initiating communication about parental mental illness in families: An issue of confidence and security. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(3):258–265.

Ponnert, Lina & Sonander, Anna (2019) Barn, barnkonvention och professionella aktörer. I Ponnert, Lina & Sonander, Anna (red.). *Perspektiv på barnkonventionen. Forskning, teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Priebe, Gisela & Maria Afzelius (2015) *Barns behov av information råd och stöd när en förälder är psykiskt sjuk – Hur efterföljs lagen? En utvärdering av implementeringen i Psykiatri Skåne*. Lund: Lunds universitet, Region Skåne

Prop. 2008/09:193. *Vissa psykiatrirågor m.m.*

Raghavan, Ramesh, Bright, Charlotte & Shadoin, Amy (2008). Toward a policy ecology of implementation of evidence-based practices in public mental health settings. *Implementation Science* 3, 26. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-26>.

Region Skåne. (n.d) *Vuxenhabiliteringen Trelleborg*. (Broschyr). Region Skåne, Trelleborg.

Region Skåne. (2020a) *När barnets rättigheter är hälso- och sjukvårdens skyldighet, Om Region Skånes arbete med barn i utsatta livssituationer*.

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/bhv/arsrapport/nar-barnets-rattigheter-ar-halso--och-sjukvardens-skyldighet-2020.pdf> (hämtad 2022-05-09).

Region Skåne. (2020b) *Handlingsprogram för Barn som anhöriga*.

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varprogram---fillistning/barn-som-anhoriga.pdf> (hämtad 2022-04-28).

Region Skåne. (2021a) *Barnombud -uppdragsbeskrivning*. (internt dokument).

Vuxenhabiliteringen; Verksamhetsledning.

Region Skåne. (2021b) *Barnskyddsteam*. <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/barnskyddsteam/#219965> (hämtad 2022-08-13).

Region Skåne. (2022) *Psykiatri, habilitering och hjälpmedel*.

<https://www.skane.se/organisation-politik/om-region-skane/Organisation/psykiatri-habilitering-och-hjalpmedel/#120988> (hämtad 2022-08-14).

Rogers, Everett. M. (1995) *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York: The Free Press.

SFS 1949:381 *Föräldrabalk*

SFS 2009:979 *Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*.

Skogøy, Bjørg Eva, Knut Sørgaard, Darryl Maybery, Torleif Ruud, Kristin Stavnes, Elin Kufås, Gro Christensen Peck, Eivind Thorsen, Jonas Christoffer Lindstrøm & Terje Ogden. (2018) 'Hospitals implementing changes in law to protect children of ill parents: a cross-sectional study', *BMC Health Services Research*, 18(1), p. N.PAG.

Socialstyrelsen (2005) *Föräldrar med utvecklingsstörning och deras barn - vad finns det för kunskap?* Stockholm: Socialstyrelsen. Socialstyrelsen (2007) *Barn som har föräldrar med utvecklingsstörning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2007) *Barn som har föräldrar med utvecklingsstörning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2012) *Om implementering*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf> (hämtad 2022-08-11).

Socialstyrelsen. (2013) *Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter eller avlider*. Västerås: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2016) *Stärkt stöd till barn som anhöriga, Resultat och slutsatser från fem års utvecklingsarbete*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-4-43.pdf> (hämtad 2022-02-18).

Socialstyrelsen. (2018). *Att samtala med barn, Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2018-11-14.pdf> (hämtad 2022-05-11).

Socialstyrelsen. (2019) *Beardslee's familjeintervention*

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/beardslees-familjeintervention/> (hämtad 2022-05-11).

Socialstyrelsen. (2020) *Stärkt stöd till barn som anhöriga. Slutrapport från regeringsuppdrag 2017–2020*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6851.pdf> (hämtad 2022-04-23).

Socialstyrelsen. (2022) *Klassifikation av vårdåtgärd*. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/kva/> (hämtad 2022-05-09).

SOU 1998:31 *Insatser mot psykiska problem hos barn och ungdomar.*

SOU 2006:100 *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.*

SOU 2016:2 *Effektiv vård.*

Statens offentliga utredningar. (2006) *Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet.* Rapport 2006:5
<https://kunskapsguiden.se/globalassets/globala-block/arbetsmetoder-och-perspektiv/inventeringsverktyg/rapport-definition-psykiskt-funktionshinder.pdf> (hämtad 2022-05-10).

Svensson, Peter & Ahrne, Göran (2015) Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I Ahrne, Göran och Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder.* 2:2. uppl. Stockholm: Liber.

Trolldal, Björn. & Gulbrandsson, Karin. (2014). Ansvarsfull alkoholserving i lokalsamhället. I: P. Nilsen (red.) *Implementering av evidensbaserad praktik.* Malmö: Gleerup.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Stockholm: Vetenskapsrådet.

Woltmann, Emily, Whitley, Rob, McHugo, Gregory, Brunette, Mary, Torrey, William, Coots, Laura, Lynde, David & Drake, Robert. (2008). The role of staff turnover in the implementation of evidence-based practices in mental health care. *Psychiatric Services*, 59(7), 732-737. doi:10.1176/appi.ps.59.7.732.

Bilaga 1: Informationsbrev

Barnombud inom habiliteringsmottagning sökes för deltagande i intervjustudie.
Förfrågan om deltagande i studie om stöd till barn som anhöriga.

Syftet med studien är att undersöka implementeringen av stödstrukturer till barn som anhöriga inom vuxenhabiliteringen i Skåne med utgångspunkt i barnombudens upplevelser av detta.

Studien vänder sig till dig som är barnombud inom någon av Region Skånes vuxenhabilitering mottagningar. Samtliga barnombud inkluderas. Studien kommer att genomföras som individuella, öppna intervjuer under vecka 11-14. Intervjun tar ca 45-60 minuter och sker digitalt via zoom eller teams. Studien genomförs inom ramen för kursen Examensarbete på Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet vid Lunds universitet. En samtyckesblankett bifogas som jag ber dig läsa.

Ditt deltagande är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas. Deltagandet är anonymt och materialet kommer analyseras och redovisas aidentifierat. Intervjun spelas in och transkriberas varefter den raderas.

Har du möjlighet att delta i studien är jag tacksam om du kontaktar mig via mail senast 11 mars så vi kan boka in tid för intervju. Vid frågor kontakta

Vänliga hälsningar,

Annika Eriksson

Hälso- och sjukvårdskuratorsstudent

Habiliteringsmottagning, Vuxna, Trelleborg.

E-mail: (...)

Bilaga 2: Samtyckesformulär

Samtyckesformulär

Lunds Universitet
Socialhögskolan
Annika Eriksson
E-mail: (...)

Vetenskaplig handledare: Verner Denvall
E-mail: (...)

Samtycke till att delta i studien om vuxenhabiliteringens arbete med barns rätt som anhöriga.

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien. Jag får behålla den skriftliga informationen och jag har haft möjlighet att ställa frågor.

Jag samtycker till att:

- delta i studien avseende barnombud perspektiv på vuxenhabiliteringens arbetet med att beakta barn som anhöriga.
- jag när som helst kan avbryta mitt deltagande.
- följande personuppgifter samlas in: ljudupptagning, namn, telefonnummer, e-mail, adress till arbetsplatsen och arbetstitel.
- mina personuppgifterna kommer att användas så att kontakt kan tas mellan mig och studenten samt att den inspelade intervjun ska kunna transkriberas och analyseras i efterhand.
- de uppgifter som samlas in bevaras till att uppsatsen är godkänd.

Programansvarig, ytterst ansvarig för studien

Marianne Larsson Lindahl, Lunds Universitet
E-mail: (..)

Bilaga 3: Intervjuguide

Inledande information till respondentent

- Introducera studiens syfte.
- Informera och inhämta samtycke

Inledande fråga

- Kan du med några meningar beskriva vilka stödinsatser er mottagning erbjuder barn kopplat till barns rätt att få information, råd och stöd?

Kompetens hos användaren

- Vad fick dig att tacka ja till uppdraget som barnombud?
- Vad driver dig i att utföra uppdraget som barnombud?
- Vad är ditt mål med uppdraget som barnombud?

- Upplever du att du har den kunskapen du behöver för att uppmärksamma och inkludera barn som anhöriga i mötet med dina patienter och i arbetsgruppen?
- Har du gått någon utbildning om barn som anhöriga inom hälso- och sjukvården?

Om ja;

- Vilken utbildning har du genomgått? När gick du utbildningen?
- Gav utbildningen dig något material/verktyg som du kunnat använda i det dagliga arbetet?

Om nej;

- Känner du behov av vidareutbildning för att kunna utföra ditt uppdrag att ge information, råd och stöd till barn som anhöriga?

- Har du någon intern/extern handledning kring uppdraget som barnombud?

OM ja;

- Vilket stöd har du?
- Upplever du att det stödet du har är tillräcklig?

OM nej;

- Vilken typ av handledning skulle du vilja få?

Organisatoriskt stöd

- Vad upplever du driver frågan om barns rätt som anhörig framåt inom er verksamhet?
- Vilka utmaningar upplever du finns för att ge stöd till barn som anhöriga?
- Har ni rutiner och riktlinjer, eller andra stöddokument kring arbetet med barn som anhöriga?
- För ni journal kring kontakterna ni haft med patientens barn?
 - KVÅ-koder?
- Saknar du något för att er mottagning ska kunna uppmärksamma och ge stöd till barn som anhöriga? OM ja;
 - Varför har den inte införts redan?
 - Hur skulle den kunna införas?
- Upplever du att du inom ramen för din tjänst har utrymme att fullfölja uppdraget att ge stöd till barn som anhöriga?

Ledarskap

- Hur fick du uppdraget som barnombud?
- Vilken typ av stöd får du i rollen kring att arbeta med att inkludera barnet i förälderns vård?
- Hur följer chefen upp arbetet med att verksamheten följer lagen om barns rätt till information, råd och stöd?
- Hur arbetarna ni för att följa upp arbetet med barn som anhöriga?

Avslutande

- Vilka effekter har du kunnat notera hos barnen som erhållit stöd via er på vuxenhabiliteringen?
 - Vilka barn har erbjudits samtal?
 - Hur vet du vilka effekter stödet har medfört?
 - Har stödet gett effekter för patienten?
- Hur vill du sammanfatta habiliteringsmottagningar vuxna i Skånes införande av stöd till barn som anhöriga?