

ME-WE-MODELLEN

Ett samskapat och vetenskapligt testat stödprogram för unga omsorgsgivare





Linnaeus University
(lead partner)

Sweden



Eurocarers

Belgium



University of Sussex

United Kingdom



Carers Trust

United Kingdom



Kalaidos University of Applied Sciences

Switzerland



The Netherlands Institute for Social Research

The Netherlands



The national Centre of Expertise for Long-term Care in the Netherlands (Vilans)

The Netherlands



Anziani e non solo

Italy



National Institute of Health and Science on Ageing (INRCA)

Italy



University of Ljubljana

Slovenia



More information: www.me-we.eu

#youngcarers

The European Union support for the production of this document does not constitute an endorsement of the contents, which reflects the views only of the authors, and the European Union institutions and bodies cannot be held responsible for any use that may be made of the information contained therein.



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	4
Bakgrund	5
Syfte	5
Metod	6
Resultat	7
Interventionsstudiens deltagare	7
Resultat	8
Diskussion	10
Slutsatser	11
Rekommendationer för policy och praxis	11
Referenser	12

Inledning

Unga omsorgsgivare (UO) är barn och ungdomar som ger vård, hjälp eller stöd till en familjemedlem, vän, eller annan närstående som har en funktionsnedsättning, långvarig sjukdom, svaghet, missbruksproblem, eller något annat hälsorelaterat tillstånd. De tar ofta ett ansvar som motsvarar ett vuxenansvar. UO som nämns i denna rapport är i åldrarna 14–17 år. Det finns ingen exakt siffra för hur många UO det finns i Europa, men enligt några pilotprojekt och tillgänglig statistik har 7–8 procent av alla europeiska barn och tonåringar ett omsorgsansvar. UO som har ett omfattande omsorgsansvar löper en betydligt högre risk att drabbas av psykisk ohälsa och socialt utanförskap, jämfört med andra barn.

Bakgrund

Sverige har ett väl utbyggt välfärdssystem som bland annat ska se till att alla medborgare får den vård och omsorg som de behöver. Barn och tonåringar ska därför inte behöva ta på sig ett omsorgsansvar för anhöriga. Enligt den svenska kulturen ska barn få vara barn och barndomen fri från sådant ansvar. För många barn och tonåringar är detta dock långt ifrån verklighet då de känner ett ansvar för att ta hand om och hjälpa en förälder eller ett syskon som har en sjukdom, funktionsnedsättning eller missbruk. Andelen barn och unga som har ett omsorgsansvar är ungefär lika stor i Sverige som i andra europeiska länder (European ME-WE project policy brief, 2019). Medvetenheten om detta är dock låg, begreppet unga omsorgsgivare (UO) är obekant för de flesta svenska medborgare och nämns inte heller i svensk lag (Nap et al., 2020). Det finns inga nationella riktlinjer för stöd till UO. Enligt den svenska hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska dock barnets behov av information, råd och stöd särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning/funktionsnedsättning; allvarlig fysisk sjukdom eller skada; missbruk av alkohol/annat beroendeframkallande medel/spel om pengar; eller ouönskat aulider.

En del svenska kommuner har tagit egna initiativ till stödinsatser för barn/tonåringar vars föräldrar har cancer, funktionsnedsättningar, psykisk ohälsa eller missbruksproblem. Stödet kan exempelvis ges i form av stödgrupper eller sommarläger, där barnen/tonåringarna får träffa andra barn/tonåringar som är i liknande situationer, eller i form av stöd till hela familjen (Nap et al., 2020). Om en UO ska få tillgång till stöd och hur det stödet i så fall ser ut, är alltså beroende av i vilken kommun hen bor.

Syfte

Syftet med den här rapporten är att ge en översikt av de viktigaste resultaten från utvärderingarna av ME-WE-projektets interventionsprogram i Sverige och från utvärderingarna av processen för att genomföra interventionsstudien. Detta följs av en diskussion kring de viktigaste konsekvenserna i relation till medvetenhet och utveckling av stöd för UO i Sverige.

Metod

ME-WE-projektets stödintervention för UO kallas ME-WE-modellen. Den bygger på DNA-V-modellen (Hayes & Ciarrochi, 2015) som är en anpassning av ACT (Acceptance and Commitment Therapy) för att passa för barn och ungdomar. Bokstäverna D, N och A står för Discoverer (Upptäckaren), Noticer (Observatören), Advisor (Rådgivaren), funktioner som vi alla har inom oss. Bokstaven V står för Values (Värden), det som är betydelsefullt för oss. ME-WE-modellen utgår från DNA-V-modellens öningar men har anpassats specifikt för UO. Målet är att stärka UO:s resiliens, bidra positivt till deras psykiska hälsa och välbefinnande samt att mildra negativ påverkan av psykosociala och miljömässiga faktorer i deras liv. Interventionen innehåller sju gruppträffar à två timmar, en träff i veckan under sju veckor, samt en uppföljningsträff tre månader efter den sjunde gruppträffen. Under träffarna får UO stifta bekantskap med sin upptäckare, observatör och rådgivare, samt fundera över vad som är värdefullt för dem. De får verktyg för att hantera påfrestande tankar; komma i kontakt med och observera sina egna känslor; växa och blomstra; finna meningsfullhet och kraft/energi; utveckla en flexibel självbild och själmedkännande; bygga starka sociala nätverk. UO får även tillgång till ME-WE-appen som är utvecklad tillsammans med UO för att passa UO:s behov och som även innehåller de öningar som används under gruppträffarna.

ME-WE-modellen testades i en studie där ett antal UO fick delta i gruppträffar, den så kallade interventionsgruppen (IG), som beskrivits ovan medan andra UO sattes på väntelista några månader i kontrollgruppen (KG) och fick erbjudande om att delta i gruppträffar när IG slutfört uppföljningsträffen. Deltagarna rekryterades vid informationsträffar i grundskolans årskurs 9 och gymnasieskolans årskurs 1–2 i Kalmar län, samt genom en kampanj på sociala medier. Sammanlagt bildades sex IG och en KG. Den första IG genomförde hälften av gruppträffarna som fysiska träffar och hälften online. På grund av covid-19-pandemin genomfördes resten av grupperna helt online.

Både IG och KG fick besvara en online-enkät vid tre tillfällen: Innan/i början av den första träffen, efter sju veckor samt tre månader senare. Enkäten innehöll frågor med förutbestämda svarsalternativ och öppna frågor där UO uppmuntrades att svara med egna ord. Frågorna behandlade psykologisk flexibilitet, färdigheter i mindfulness, resiliens, psykisk och fysisk hälsa, livskvalitet, omsorgsansvarets påverkan samt socialt stöd. Vidare innehöll enkäten frågor om närvaro och prestationer i skolan/på arbetet, omsorgsaktiviteter, omsorgens omfattning, omsorgsansvarets positiva och negativa aspekter, samt hur Covid-19 pandemin påverkat deras omsorgssituation, hälsa och välbefinnande. Deltagarna i IG fick dessutom bedöma om och hur interventionen påverkat deras liv, omsorgssituation, hälsa och välbefinnande.

Arbetet med interventionen utvärderades av samarbetspartners och intressenter som hjälpt till med informationsspridning, rekrytering och/eller genomförande av ME-WE-interventionen. Utvärderingen genomfördes med hjälp av en online-enkät och fokusgruppsintervjuer, med frågor om hur intressenterna upplevde interventionsstudien som helhet, dess informationskampanjer, rekryteringsprocess och genomförande, samt hur covid-19-restriktionerna påverkade rekryteringen. Enkäten innehöll såväl frågor med förutbestämda svarsalternativ som öppna frågor, där deltagaren uppmuntrades att svara med egna ord. I fokusgruppsintervjuerna gavs utrymme för diskussioner i gruppen med möjlighet att fördjupa sig i de frågor som berörde deltagarna mest, samt ge förslag till framtida förändringar. Det insamlade materialet analyserades med statistiska analyser och kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Informations- och rekryteringskampanjerna ledde till att professionella som arbetar med ungdomar fick en ökad medvetenhet om UO och deras situation. Rekryteringen till interventionsstudien var dock en svår utmaning som ytterligare försuårades av pandemin.

Studiens resultat visar att interventionen hade en positiv inverkan på UO:s omsorgssituation, deras syn på sig själva och på familjen. UO:s färdigheter i mindfulness ökade och efter insatsen hade flera av dem fått nya vänner. Närvaron och prestationen i skolan ökade under interventionen men hade minskat igen tre månader senare. Pandemin hade en negativ inverkan på UO:s liv, omsorgsbörda, skolresultat och hälsa.

Interventionsstudiens deltagare

Antalet deltagare var 17 i IG och 8 i KG. Majoriteten av deltagarna i båda grupperna är födda i Sverige, har svenskt medborgarskap och föräldrar som är födda i Sverige, men 20,8% av deltagarna hade utländskt medborgarskap/är födda utanför Sverige/hade två föräldrar som var födda utanför Sverige. Detta motsvarar mer än väl fördelningen i Sverige. Grupperna skilde sig från varandra på följande punkter. Samtliga åtta deltagare i KG var flickor, medan IG bestod av tretton flickor, en pojke och tre trans-/icke-binära ungdomar. I KG bodde alla i en mindre stad eller förort, medan IG:s deltagare var jämnt fördelade mellan storstäder, förorter, mindre städer och landsbygd. Alla i KG bodde tillsammans med sin familj, medan tre deltagare i IG bodde i familjehem, två bodde i ungdomsboende eller HVB och en bodde mestadels ensam.

De flesta deltagare i IG gav vård/hjälp/stöd till 1–3 familjemedlemmar, medan de flesta i KG gav vård/hjälp/stöd till en familjemedlem. Majoriteten i båda grupperna gav hjälp/stöd till 1–3 vänner som har ett hälsorelaterat tillstånd. Sammantaget gav IG (17 deltagare) vård/hjälp/stöd till 26 familjemedlemmar och 29 vänner. KG:s åtta deltagare gav vård/hjälp/stöd till nio familjemedlemmar och elva vänner. Gruppernas omsorgsinsatser låg på en måttlig till hög nivå.

Psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till familjemedlemmarnas behov av hjälp och stöd, men kognitiva funktionsnedsättningar, fysiska funktionsnedsättningar och långvarig fysisk sjukdom är också vanligt. Psykisk ohälsa är den främsta orsaken till att UO:s vänner behöver hjälp och stöd. Kognitiva funktionsnedsättningar förekommer också i relativt stor utsträckning, medan endast ett fåtal har fysisk funktionsnedsättning eller missbruksproblematik.

Resultat

Deltagarnas färdigheter i mindfulness ökade påtagligt i IG, men endast obetydligt i KG, medan de negativa aspekterna av omsorgsrollen minskade i IG och ökade något i KG. Däremot tycks livskvaliteten ha minskat i IG men inte i KG.

IG:s deltagare uppgav att de uppskattade de flesta gruppaktiviteterna, att interventionen lärde dem användbara saker, hjälpte dem att skaffa nya vänner, hade en positiv påverkan på omsorgssituationen och hur de ser på sig själva och sin familj. Även om de efter interventionen utövade omsorg lika ofta som tidigare, så kände de att de hade fått större möjligheter att välja bort omsorgsaktiviteter som de ogillar, som gör dem upprörda eller oroliga. Under interventionen ökade 40 procent av deltagarna sin närvaro i skolan och deras skolresultat förbättrades. Denna effekt hade dock minskat påtagligt efter tre månader.

Enligt UO har de flesta omsorgsuppgifter både positiva och negativa sidor. Som exempel kan nämnas att majoriteten rankade känslomässigt stöd som den mest positiva men också mest negativa omsorgsuppgiften. Att hjälpa andra och få dem att må bättre skänker glädje men samtidigt kan omsorgsansvaret vara svårt, jobbigt, tungt och förenat med obehag, oro och stress. UO uppger att omsorgsrollen stärker relationen mellan dem och den person de hjälper. Samtidigt bidrar den till en ojämlikhet i relationen eftersom UO alltid måste vara den starkaste. Omsorgsrollen ökar å ena sidan UO:s möjligheter att nå sina mål genom ett ökat självförtroende, ökad mognad och själuständighet. Å andra sidan hindrar den UO att nå andra personliga mål eftersom de ofta får ofra egna aktiviteter till förmån för personen som de hjälper. Efter ME-WE-interventionen var det fler UO som kopplade omsorgsansvaret till personliga mål (både positivt och negativt) och till ojämlikhet i relationen.

Enligt deltagarna hjälpte interventionen dem att hantera påfrestande tankar och känslor, samt att hitta mening, energi och styrka. De upplevde det som positivt att få berätta om sig själva och att lyssna till andras berättelser. Gruppge-

menskapen uppskattades och de såg fram emot varje gruppträff, vilket hjälpte dem att ta sig igenom vecka för vecka. Livet blev lite lättare, de blev tryggare i sin omsorgsroll och började söka lösningar på de omsorgsuppgifter som de upplevde som svårast/jobbigast. Efter tre månader kvarstod dessa positiva effekter och två UO hade börjat sträva efter att omsorgsnivån skulle minska.

Flera deltagare tyckte att det var för få gruppträffar och var besvikna när interventionen tog slut. Vissa skulle ha föredragit fysiska gruppträffar, medan andra menade att det fungerade lika bra eller till och med bättre med online-träffar. Deltagare påpekade också att hemuppgifterna var alltför många och tidskrävande, vissa filmer var svåra att förstå, en del gruppträffar innehöll för många och ibland förvirrande öningar och man pratade för lite om omsorgsrollen.

Endast sju deltagare kommenterade ME-WE-appen. En deltagare tyckte att appen var bra som den är. En annan beskrev vissa av appens ikoner som snygga och praktiska. Utöver dessa kommentarer fick appen ett antal negativa omdömen. Samtliga rörde teknikaliteter som berodde på att appen var under pågående utveckling under interventionstiden. En deltagare önskade en mer attraktiv design, exempelvis med möjlighet för användaren att själva välja färgtema.

Deltagarnas upplevelser av pandemins inverkan på liv, hälsa och välbefinnande varierade. Flera UO upplevde att omsorgsbördan ökade till följd av familjens isolering i hemmet. För de UO som inte bodde tillsammans sin närstående minskade omsorgsbördan, medan deras oro ökade på grund av att de inte kunde träffa den närstående som behövde stöd. Distansundervisning gjorde det lättare för vissa UO att delta på alla skollektioner, medan andra tappade motivationen för skolarbetet. Pandemin fick en UO att börja värdesätta livets små ljuspunkter, men för de flesta ledde pandemin till ökad psykisk ohälsa med depression, oro, stress, ångest, sorg, hypokondri, panikattacker och själuskadebeteende. De negativa effekterna kvarstod efter tre månader och för några UO hade

de förvärrats med förlorade rutiner, försämrade skolresultat, en ökad oro för närstående som de hjälper, sorg efter att närstående avlidit i covid-19 samt ytterligare ökad psykisk ohälsa. Några UO upplevde att behovet av stöd ökat under pandemin men att de och deras familjer inte fick det stöd de behövde. En UO uppgav att ME-WE-gruppen gav det stöd som behövdes.

Frågeformuläret fick både positiva och negativa omdömen. Tre UO tyckte att formuläret hade bra, intressanta frågor som var lätta att förstå och spännande att besvara. Majoriteten tyckte att det var alldeles för många och ibland överlappande frågor som var svårbegripliga, samt att formuläret krävde för mycket skrivande, tog för lång tid, var uttråkande och/eller stressande.

Majoriteten av intressenterna uppger att projektet har gjort dem mer medvetna om UO och deras situation, samt att de har blivit mer uppmärksamma på tecken på omsorgsansvar. Det händer oftare nu att de diskuterar ämnet UO med sina kollegor. De uppger att projektet har gett dem ökad kunskap och fler verktyg, vilket gör det lättare att samtala med UO. Intressenterna upplevde att projektets informationskampanjer i skolor och på sociala medier ledde till en ökad medvetenhet bland både unga och vuxna. Samtidigt upplevde de att det var svårt att rekrytera UO till interventionen. Många UO visade intresse, men anmälde sig inte, eller drog sig ur redan innan den första gruppträffen. Pandemin försvårade rekryteringen ytterligare och antalet deltagare blev färre än förväntat.

Gruppledarna uppskattade ME-WE-modellens struktur och innehåll. De upplevde att interventionen fungerade bra även i mycket små grupper, till och med om endast en deltagare infann sig. De blev positivt överraskade av att gruppdeltagare började använda mindfulness-övningar på egen hand och att deltagare blev så goda vänner att de fortsatte hålla kontakten efter interventionens slut. Dessutom förklarade gruppledarna att ME-WE-modellen har försett dem med värdefull kunskap och redskap för deras framtida

möten med ungdomar. Under genomförandet av ME-WE-grupperna lärde de sig också mer om UO och deras situation.

Gruppledarna upplevde dock, precis som deltagarna, att hemuppgifterna och mängden övningar i en del gruppträffar skapade stress. I framtiden vill de se mer luft i programmet, samt att hemuppgifterna tas bort helt eller minskas kraftigt. De överraskades av att fler UO än väntat saknade tillgång till dator, webbkamera och stabil internetuppkoppling, samt att det var en del tekniska problem när ME-WE-appen kördes i testflight. Här är det viktigt att notera att, som en följd av Covid-19-pandemin behövde appen anpassas till att samtliga gruppträffar skulle genomföras online, vilket innebar att appen var under utveckling genom hela interventionens genomförande.



Diskussion

Sammantaget ger de 25 deltagarna vård/hjälp/stöd till 35 familjemedlemmar och 40 vänner, som lider av psykisk ohälsa, kognitiva funktionsnedsättningar, långvarig kroppslig sjukdom/funktionsnedsättning eller missbruk. De tar således ett betydande omsorgsansvar för många barn och vuxna, vilket står i bjärt kontrast till den allmänna uppfattningen om barndomen som en period fri från ansvar, då barnen i första hand är mottagare av vuxnas omsorg (European ME-WE policy brief, 2019). Denna uppfattning kanske är extra starkt förankrad i det svenska välfärdssamhället, där det är socialtjänstens, samt hälso- och sjukvårdens ansvar att tillgodose medborgares behov av vård, hjälp och stöd "från vaggan till graven".

Enligt Barnkonventionen, som sedan 1 januari 2020 ingår i svensk lag, ska barn skyddas mot att utföra arbete som kan vara skadligt, hindra barnets utbildning eller inverka skadligt på barnets hälsa eller fysiska, psykiska, andliga, moraliska eller sociala utveckling (Barnkonventionen, artikel 32). Många av ungdomarna i den här studien ger omfattande vård, hjälp eller stöd till flera personer och deras omsorgsansvar går ut över deras egen utbildning, hälsa och välbefinnande och kan allvarligt påverka deras framtid i negativ riktning vilket har synliggjorts i tidigare internationella studier (se referenslista).

ME-WE-modellens mål – att stärka UO:s resiliens, bidra positivt till deras psykiska hälsa och välbefinnande, samt att mildra negativ påverkan av psykosociala och miljömässiga faktorer – har uppnåtts till vissa delar i denna studie. Interventionen visade sig ha en positiv inverkan på UO:s färdigheter i mindfulness, förmåga att skaffa nya vänner, syn på sig själva och på familjen, samt på omsorgssituationen. Tre månader efter interventionen hade flera börjat välja bort omsorgsuppgifter som de ogillar, gör dem upprörda, känns obehagliga eller oroar dem. Dessutom hade flera av ungdomarna fått nya vänner. ME-WE-modellen kan således bidra till att UO får tillräckligt med kraft, mod och verktyg för att kunna påverka sin situation i positiv riktning, till exempel genom

att söka hjälp eller stöd hos någon vuxen. Denna effekt av interventionen kan bidra till att minska antalet UO som är och förblir osynliga i vårt samhälle.

Däremot tycks livskvaliteten ha minskat i IG men inte i KG. Detta kan vara en effekt av att deltagandet i ME-WE-grupperna ledde till att UO blev mer medvetna om och fick tid att reflektera över sin omsorgssituation vilket kan ha påverkat deras syn på livskvaliteten. Det skulle även kunna vara en effekt av covid-19. Pandemin hade en negativ inverkan på UO:s liv, skolresultat och hälsa i båda grupperna. IG:s deltagare upplevde dessutom att pandemin påverkade deras omsorgsbörda i negativ riktning, att deras eget och familjens behov av stöd ökade och att de inte fick det stöd de behövde. KG:s deltagare uppgav att behovet av stöd inte ökade, samt att de själva och familjen fick det stöd de behövde under pandemin. Det eventuella sambandet mellan pandemin och den minskade livskvaliteten behöver dock undersökas närmare. Att UO:s närvaro och prestationer i skolan ökade under interventionen, men sedan minskade igen, tyder på ett behov av en mer långvarig insats vilket också flera UO önskade. Om ME-WE-modellen bör utökas med fler gruppträffar eller följas av en annan stödform, och hur den stödformen i så fall ska se ut, bör också utredas vidare. ME-WE-modellen behöver vidareutvecklas och anpassas för att ännu bättre möta UO:s behov och preferenser. Exempelvis bör antalet öningar och hemuppgifter minskas.

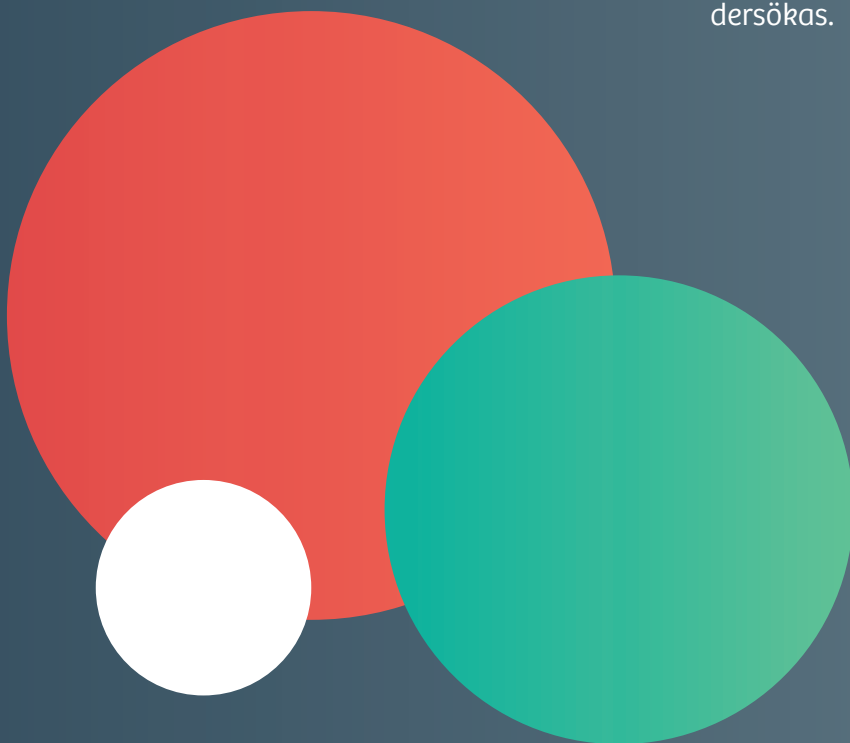
Ett av målen med ME-WE-projektet som helhet är att sprida kunskap om UO och öka medvetenheten i samhället. Interventionsstudiens rekryteringskampanjer i skolor och på sociala medier har i stor utsträckning bidragit till en ökad medvetenhet bland både tonåringar och professionella som möter barn och ungdomar i sitt arbete.

Slutsatser

ME-WE-interventionens informations- och rekryteringskampanjer har resulterat i en ökad medvetenhet bland såväl tonåringar som vuxna professionella. ME-WE-modellen har visat sig kunna bidra till att stärka UO:s resiliens, bidra positivt till deras psykiska hälsa och välbefinnande, samt att mildra negativ påverkan av psykosociala och miljömässiga faktorer i deras liv. Modellen är tillräckligt flexibel för att kunna fungera väl även under den samhällskris som en pandemi innebär. För att få en långvarig positiv effekt på skolnärvaro och skolresultat behövs dock en mer långvarig intervention eller en uppföljande stödinsats.

Rekommendationer för policy och praxis

- ▶ ME-WE-interventionens informationsmaterial kan med fördel användas för fortsatt spridning i skolor, på arbetsplatser, i samhället och på sociala medier, för att öka medvetenheten om UO och deras situation.
- ▶ UO i hela Sverige bör erbjudas möjligheten att få psykosocialt stöd genom ME-WE-modellen. Detta kan ske i form av fysiska gruppträffar lokalt i kommunerna eller i form av online-träffar på riksniivå. Grupperna leds med fördel av professionella från socialtjänst, elevhälsa eller fritidsgårdar, gärna i ett samarbete mellan dessa verksamheter.
- ▶ Möjligheten att förlänga ME-WE-modellen, eller att erbjuda en uppföljande stödintervention efter avslutad ME-WE-grupp, bör undersökas.



Referenser

Aldridge, J. & Becker, S. (1993). Punishing children for caring: the hidden cost of young carers. *Children & Society*, 7 (4).

Aldridge, J. & Becker, S. (2003). Children caring for parents with mental illness: Perspectives of young carers, parents and professionals. Bristol: Policy. Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter. Tillgänglig: <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#hela-texten>

Becker, S. & Leu, A. (2014). Young Carers. I Montgomery, H. (red). *Oxford bibliographies in childhood studies*. New York: Oxford University Press, 2014.

Carers Trust Scotland. 2020 Vision: Hear Me, See Me, Support Me and Don't Forget Me; Report; Carers Trust Scotland: Glasgow, UK, 2020. Tillgänglig: <https://carers.org/downloads/scotland-pdfs/2020-vision.pdf>

Cree, V.E. (2003) Worries and problems of young carers: Issues for mental health. *Child & Family Social Work*, 8(4), 301-309.

European ME-WE project policy brief – Enabling young carers to pursue their goals in life and reach their full potential – Converting research findings into policy actions. (2019). Tillgänglig: <https://me-we.eu/wp-content/uploads/2019/05/Me-We-European-brief.pdf>

Hamilton, M. G. & Adamson, E. (2013). Bounded agency in young carers' lifecourse-stage domains and transitions. *Journal of Youth Studies*, 16(1), 101-117.

Hayes, L., & Ciarrochi, J. (2015). *The thriving adolescent: Using acceptance and commitment therapy and positive psychology to help teens manage emotions, achieve goals, and build connection*. Oakland, CA: Context Press, an imprint of New Harbinger Publications.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Tillgänglig: https://www.riksdagen.se/su/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Nap, Hoefman, De Jong, Glimmerveen, Ludo, Louink, Lewis, . . . Hanson. (2020). The awareness, visibility and support for young carers across Europe: A Delphi study. *BMC Health Services Research*, 20 (1), 921.

Rosita Brolin, Elizabeth Hanson, LNU 21-05-10



More information: www.me-we.eu
#youngcarers



This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement n° 754702