



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

Hinder och möjligheter att samverka med socialtjänsten när barn misstänks fara illa

-BVC-sjuksköterskors erfarenheter

Författare: Therese Olsson & Ida Qvarsell Kicsi

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2015

Hinder och möjligheter att samverka med socialtjänsten när barn misstänks fara illa

-BVC-sjuksköterskors erfarenheter

Författare: Therese Olsson & Ida Qvarsell Kicsi

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2015

Abstrakt

Barns rättigheter skyddas och förklaras i olika riktlinjer och lagar. Trots dessa lagar inkommer omkring 140 000 anmälningar varje år om barn och unga som far illa till socialtjänsten i Sverige. Flera studier visar att det finns en underrapportering när barn misstänks fara illa trots anmälningsskyldigheten och att det finns ett missnöje i samarbetet med socialtjänsten. Syftet med studien var att beskriva BVC-sjuksköterskors erfarenheter av att samverka med socialtjänsten, i samband med att en anmälan om barn som misstänks fara illa görs. I studien har 12 BVC-sjuksköterskor intervjuats och datamaterialet har analyserats med kvalitativ innehållsanalys. I resultatet framkom det att samverkan med socialtjänsten i många avseenden ansågs vara otillräcklig, i synnerhet återkopplingen. Trots bristande återkoppling drog sig aldrig sjuksköterskorna för att anmäla igen. Det framkom också att de sjuksköterskor som arbetade på familjecentral generellt sett var mer nöjda med samarbetet.

Nyckelord

BVC-sjuksköterska, erfarenhet, barn som far illa, stöd, anmälan, samverkan, socialtjänst

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Omvårdnadsteoretisk och etisk utgångspunkt	5
Definition av barn som far illa	6
Tecken på att barn far illa	6
Riskfaktorer	6
Konsekvenser när barn far illa	7
Anmälan	7
Efter Anmälan	8
Begreppsförklaring	8
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Instrument	9
Datainsamling	9
Analys av data	9
Forskningsetiska avvägningar	10
Resultat	11
Stödfunktioner	11
Praktiskt stöd	11
Kollegialt stöd	12
Socialtjänstens bemötande	12
Graden av öppenhet	12
Relation	13
Återkoppling	14
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Konklusion och implikationer	20
Referenser	21
Bilaga 1 (1)	24

Introduktion

Problemområde

Enligt Barnkonvention har alla barn rätt till liv, överlevnad och utveckling (Unicef, 2009). Barn ska även sättas i främsta rummet vad gäller beslut som rör dem, de ska få uttrycka sin egen åsikt och de har rätt till bra hälsa och rätt sjukvård (Ibid). Barns rättigheter skyddas och förklaras även i nationella riktlinjer och lagar. Enligt Föräldrabalken (SFS 1949:381) har alla barn rätt till omvårdnad, trygghet och god fostran. Barn ska behandlas med respekt för sin person och får inte utsättas för varken fysisk eller psykisk bestraffning (Ibid). Trots dessa lagar inkommer varje år omkring 140 000 anmälningar som rör 60 000 barn som misstänks fara illa till socialtjänsten i Sverige. Anmälningarna inkommer från både anmälningsskyldiga och allmänheten (Socialstyrelsen, 2012). Under 2014 gjordes från BVC i Skåne totalt 363 anmälningar för 332 barn, för 25 barn gjordes mer än en anmälan (Bergmark & Gustafsson, 2015). En studie av Annerbäck, Wingren, Svedin och Gustafsson (2010) pekar på att det finns en underrapportering när barn far illa från hälso- och sjukvården i Sverige, trots anmälningsskyldigheten. Enligt Schols, Ruiter och Öry (2013) förekommer samma problem i Holland.

Barnhälsovården i Sverige når ungefär 99 % av alla barn och syftet är att medverka till att främja alla barns hälsa och utveckling. Det är till största del sjuksköterskan som bedriver arbetet inom barnhälsovården och som tillsammans med läkaren ansvarar för att målen för verksamheten uppfylls (Jansson & Drevenhorn, 2012). Sjuksköterskan är alltså den som står för tätast kontakt och kontinuitet för familjen, vilket leder till att det framförallt är sjuksköterskan som har möjlighet att upptäcka barn som far illa (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2009). Misstänker sjuksköterskan att det föreligger någon form av omsorgssvikt eller försummelse av barnet ska en anmälan göras enligt 1 § i 14 kap av Socialtjänstlagen (SFS 2001:453).

En litteraturöversikt av Piltz och Wachtel (2009) pekar på att bra rutiner kring anmälan samt tillfredsställande stöd för anmälaren är av stor betydelse. Andra betydande faktorer är utbildning, erfarenhet och god samverkan med socialtjänsten (Ibid). I Backlund, Wiklund och Östberg:s studie (2012) för Rädde barnen, vilken baserades på fokusgruppsintervjuer med deltagare från barnhälsovård, förskola och skola, framkom att socialtjänsten upplevdes som en otydlig myndighet där arbets- och förhållningssätt kan variera både mellan socialkontor och mellan handläggare. Det visade sig även att anmälaren ofta känner stor ovisshet i om en anmälan leder någonstans. I samtliga fokusgrupper förknippades en god samverkan med en god relation med enskilda socialarbetare. Den ofta höga personalomsättningen inom socialtjänsten upplevdes därmed som ett stort problem som drabbade kontinuiteten i relationen mellan socialtjänsten och anmälare. Vidare tog studien upp att många såg betydande fördelar med att det fanns personal från socialtjänsten i eller i nära anslutning till verksamheten, som till exempel på en familjecentral. I resultatet framkom det även att återkopplingen från socialtjänsten, efter en anmälan, ses som ett stort problem (Ibid). Utebliven respons från socialtjänsten kan påverka sjuksköterskor negativt när det gäller deras vilja att anmäla i framtiden (Söderström & Jackson, 2011).

Den 1 januari 2013 infördes en förändring i Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) som innebär att anmälningsskyldiga som i sin verksamhet "får kännedom om eller *misstänker* att ett barn far illa" *genast* skall göra en anmälan till socialnämnden. Det infördes även nya bestämmelser om att socialtjänsten bör erbjuda möten mellan anmälare, socialtjänst och familj, i samband med att en anmälan görs (14 kap. 1 a § SoL). Den så kallade återkopplingen är den tredje förändringen, vilket innebär att anmälaren bör få information om hur ärendet handläggs (14 kap. 1 b § SoL).

Då det finns en underrapportering av barn som far illa och då flera studier pekar på att sjuksköterskor upplever brister i samarbetet med socialtjänsten som en av orsakerna till detta, fann författarna det intressant att undersöka vad BVC-sjuksköterskor har för erfarenheter av samverkan med socialtjänsten. Författarna vill kunna dra nytta av studien på framtida arbetsplatser och hoppas att studien kan uppmärksamma ämnet.

Bakgrund

Omvårdnadsteoretisk och etisk utgångspunkt

Enligt omvårdnadsteoretikern Kari Martinsen är omsorg för sig själv och andra människor en av människans grundläggande förutsättningar (Kirkevold, 1998). Omvårdnad är en form av professionell omsorg, där utövaren inte förväntar sig något tillbaka. Omvårdnaden innefattar bland annat personligt engagemang, moraliskt ställningstagande och professionellt omdöme (Ibid). Martinsen menar att sjuksköterskans uppgift är att genom sin tidigare kunskap och erfarenhet kunna utföra de handlingar som krävs för att hjälpa den beroende, i detta fall barnet (Jahren Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2006).

Moralbegreppet spelar en central roll i Martinsens teori och är både rationellt och emotionellt (Kirkevold, 1998). När en sjuksköterska anmäler att ett barn misstänks fara illa är det den moraliska plikten som är utgångspunkten. Martinsen betonar även vikten av att särskilt se de omsorgstagare som, på grund av sjukdom eller andra omständigheter, inte har möjlighet att tillgodose sitt hjälpbehov (Ibid). Då föräldrar brister i sitt ansvar är det således sjuksköterskans ansvar att, i enlighet med kompetensbeskrivningen för barnsjuksköterskor, se till att det utsatta barnet får hjälp (Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening, 2008). Barnsjuksköterskan ska "*upptäcka/uppmärksamma barn som far illa, eller riskerar att fara illa, och att i samarbetet med barnet, dess närstående, andra vårdgivare och myndigheter se till att barnet får vård och/eller annat omhändertagande*" (Ibid s. 10).

En annan utgångspunkt som kan appliceras är principetiken, där sjuksköterskans moraliska plikt och etiska förhållningssätt kommer till uttryck genom principen om autonomi, principen om rättvisa och principen om att göra gott och inte skada. "*Att skada kan bara rättfärdigas när syftet är att åstadkomma mer gott på lång sikt*" (Lundqvist, 2012, s. 33). Ovanstående citat kan relateras till situationen då sjuksköterskan anmäler att ett barn misstänks fara illa. Föräldrarna kanske "skadas" vid en anmälan men i slutänden gör sjuksköterskan gott då hon ser till barnets bästa, och handlar utefter de lagar och dokument som bland annat reglerar barnets mänskliga rättigheter (Unicef, 2009).

Definition av barn som far illa

Begreppet "barn som far illa" är ett ganska vitt begrepp, som syftar till att fånga upp samtliga barn som på något sätt utsätts för en oacceptabel behandling eller situation, oavsett om det är avsiktligt eller ej. Det kan röra sig om allt ifrån att barnet blir utsatt för fysisk eller psykisk misshandel till sexuella övergrepp, kränkningar, vanvård eller försummelse i hemmet. Det kan också handla om att barnet lever i en miljö med missbruk eller våld, eller har utvecklat ett självdestruktivt beteende (Socialstyrelsen, 2013a).

Tecken på att barn far illa

Både Region Skånes handlingsprogram (2015) och den amerikanska Committee on child abuse and neglect:s rapport (Christian, 2015) visar att det kan vara mycket svårt att avgöra om ett barn far illa, eller riskerar att göra det. När det gäller fysisk misshandel finns det dock vissa tecken som bör uppmärksammas. Exempel på sådana tecken är när vårdnadshavarna uppger ett trauma som inte stämmer överens med en skada eller när föräldrarna lämnar olika uppgifter om hur skadan gått till. Tabeller för differentialdiagnostiska överväganden vid barnmisshandel finns dock att tillgå som hjälp. Det är även suspekt när föräldrar söker medicinsk hjälp för en allvarlig eller omfattande skada, lång tid efter själva händelsen. Familjer med upprepade vårdkontakter för olycksfall och skador är också en varningssignal (Ibid). Fysiska tecken på att ett barn blivit utsatt för våld kan vara oförklarliga blåmärken, bitmärken, frakturer, brännmärken efter cigaretter och losslitna hårtussar efter luggning (Jansson, 2012).

Då det gäller andra orsaker, som t.ex. sviktande omsorg brukar tre faktorer särskiljas; känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen, försummelse samt fysisk vanvård (Region Skåne, 2015). Tecken på den första bristen kan vara att föräldrarna känslomässigt avvisar barnet eller inte har förmåga att möta det på "dess nivå", eller att barnet aktivt ignoreras, hotas eller kränks. Tecken på att ett barn försummas kan vara att barnet hindras att vara tillsammans med andra barn och vuxna eller att det har bevittnat våld och/eller missbruk i hemmet. Ett liv präglad av oförutsägbarhet är också en form av försummelse, då det är viktigt med rutiner för barn. Den sista kategorin, som gäller fysisk vanvård, kan eventuellt vara lättare att upptäcka då tecknen på detta kan vara mer uppenbara. Dessa tecken kan vara att barnet verkar smutsigt, att det inte har lämpliga kläder för årstiden, att det inte blir upphämtat från förskola/fritids vid överenskommen tid eller får för mycket/för lite/oregelbunden mat (Ibid).

Alla tecken på att barn far illa är inte synliga och kan vara svårare att upptäcka (Socialstyrelsen, 2013a; Schols et al., 2013). Dessa tecken speglas ofta i barns beteenden så som regression, koncentrationssvårigheter, aggression, misstänksamhet, sömnsvårigheter samt, för de lite äldre barnen, att de söker kontakt. På mindre barn kan traumatiska upplevelser i hemmet ge somatiska symtom som magont och huvudvärk. Äldre barn som far illa kan ha hög skolfrånvaro, missbruk och självska debeteende. De två sistnämnda symtomen tillsammans med självmordsförsök är vanligt hos ungdomar som blivit utsatta för sexuella övergrepp (Socialstyrelsen, 2013a).

Riskfaktorer

Barn som far illa, eller riskerar att fara illa, kan hittas i alla samhällsskikt och kulturer. Dock är det konstaterat att det finns grupper där risken för barnen att råka illa ut är större. Det gäller till exempel i familjer med missbruksproblem, våldsrelationer, psykisk sjukdom eller allvarlig

somatisk sjukdom (Region Skåne, 2015). Fosterhemsplacerade barn och flyktingbarn som riskerar att utvisas samt familjer med låg socioekonomisk status är också miljöer där barn har en ökad risk att fara illa (Tingberg, 2012). Riskfaktorer hos barnet självt kan vara beteendeproblematik och fysiska samt kognitiva funktionsnedsättningar (Ibid). I en enkätstudie gjord av Svensson, Bornehag och Janson (2010) var syftet att undersöka om barn med kroniska sjukdomar löpte större risk än andra barn att utsättas för fysiskt våld. I studien ingick 2771 barn i årkurs 4, 6 och 9. I resultatet framkom det att barn med kroniska sjukdomar hade en ökad risk för misshandel. Det visade sig även att risken ökade i kombination med socioekonomiska faktorer (Ibid). Har barnet flera riskfaktorer ökar den totala risken för barnet (Socialstyrelsen, 2013a).

Konsekvenser när barn far illa

Barn som blir utsatta för försummelse eller våld kan bli tillbakadragna och känslomässigt passiva eller utveckla ett aggressivt beteende (Hornor, 2014). Dessa barn kan även ha svårt att interagera med andra och känner sig mindre självsäkra, vilket i sin tur kan leda till att barnet hämmas i sin fysiska, psykiska och sociala utveckling (Ibid). De barn som på något sätt farit illa under barndomen har även, förutom ärr på kropp och själ, en ökad risk för att i vuxen ålder använda sig av våldshandlingar mot egna barn, hamna i missbruk, kriminalitet, depression och självskadebeteenden (Socialstyrelsen, 2013a).

En amerikansk studie har undersökt hur stora samhällskostnaderna blir när barn far illa (Fang, Brown, Florence & Mercy, 2012). I studien räknades kostnader samman för bland annat sjukvård, barnens framtida produktionsförlust, straffrättsliga kostnader och kostnader för specialundervisning. Siffrorna visar att den totala samhällskostnaden när ett barn far illa är betydligt högre än vid andra hälsoproblem (Ibid).

Anmälan

För att underlätta en anmälan när barn misstänks fara illa måste arbetsledningen försäkra sig om att all personal med anmälningsskyldighet känner till hur en anmälan ska göras samt ha goda rutiner och stöd i samband med anmälan (SOSFS 2014:4). I intervjustudien av Schols et al. (2013), där syftet var att undersöka hur sjukvårdspersonal och grundskollärare identifierar och hanterar fall där barn far illa, framkom det bland annat i resultatet att sjuksköterskor har ett stort behov av att ha bra stöd kring en anmälan för att underlätta anmälningsprocessen. Sjuksköterskans behov av stöd är något som även Backlund et al. (2012) kommit fram till i sin studie.

När sjuksköterskan gör en anmälan i sin profession kan hon aldrig vara anonym och det behövs inga bevis för oron/misstanken. Det går alltid bra att rådfråga en kollega eller kontakta socialtjänsten för en diskussion om anmälan och vilka uppgifter som är angelägna att få med i anmälan. En anmälan bör alltid vara skriftlig och ska skickas till socialtjänsten i den kommun barnet bor. Upplever sjuksköterskan att det är brådskande kan socialtjänsten också kontaktas per telefon. I regel ska alltid barnet, beroende på ålder, samt föräldrarna underrättas om att en anmälan är gjord. Undantag kan vara när det handlar om fysiskt våld eller sexuella övergrepp på barnet och föräldrarna är förövarna. Då ska informationen till föräldrarna undvikas och barnet måste vid svåra fall skyddas direkt (Tingberg, 2012).

Enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355, kap 3. 2 §) är det viktigt med en tydlig dokumentation i barnets journal. Om en anmälan görs ska detta dokumenteras men även det som framkommit av samtal, undersökningar och observationer då detta i ett senare skede kan vara av värde för framtida utredningar (Region Skåne, 2015).

Efter anmälan

När socialtjänsten fått in en anmälan gör de omgående en "skyddsbedömning" för att få klarhet i om barnet behöver omhändertas omedelbart eller om en utredning kan inledas med barnet kvar i hemmet (Socialstyrelsen, 2013a). Socialtjänsten har sedan två veckor på sig att bedöma om en utredning ska påbörjas eller ej och det är under denna period som de, för att främja barnets bästa, bör erbjuda ett samverkansmöte mellan socialtjänst, anmälare och de anmälda. Om socialtjänsten går vidare med en utredning har de max fyra månader på sig att bedöma om och vilka insatser som kan bli aktuella (Ibid). Enligt Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) bör anmälaren, oavsett samverkansmöte eller ej, få återkoppling från socialtjänsten, i detta fall med besked om utredningen har inletts eller lagts ner.

Begreppsförklaring

I studien används begreppen bekräftelse och återkoppling. För att läsaren ska förstå innebörden har författarna valt att definiera begreppen själva. Bekräftelse innebär att BVC-sjuksköterskan får ett "kvitto" från socialtjänsten om att anmälan är mottagen. Återkoppling innebär en information från socialtjänsten om utredningen är inledd, pågår eller är nerlagd.

Syfte

Syftet var att beskriva BVC-sjuksköterskors erfarenheter av att samverka med socialtjänsten, i samband med att en anmälan om barn som misstänks fara illa görs.

Metod

Då syftet med studien var att beskriva BVC-sjuksköterskors erfarenheter av att samverka med socialtjänsten, har kvalitativa forskningsintervjuer använts som instrument. Detta lämpar sig väl för att beskriva informantens erfarenhet och upplevelse kring ett ämne, vilket ger forskaren en helhetssyn och djupare förståelse (Kvale & Brinkmann, 2014). Insamlat datamaterial har analyserats med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (2004). Kvalitativ innehållsanalys är användbart för att tolka och granska transkriberade texter. Skillnader och likheter i texten kan identifieras och kategorier skapas (Ibid).

Urval

Antalet informanter som intervjuas i en studie varierar utefter studiens syfte, tidsram och ekonomiska ramar (Kvale & Brinkmann, 2014). För denna studie intervjuades 12 verksamma BVC-sjuksköterskor runt om i Skåne. Kriteriet för att ingå i studien var att sjuksköterskorna skulle ha erfarenhet av att ha gjort minst en anmälan om barn som misstänks fara illa till socialtjänsten. Ett informationsbrev samt projektplan skickades ut till 69 verksamhetschefer för barnavårdscentraler, där förfrågan om att få kontakta deras BVC-sjuksköterskor ställdes. Av de tillfrågade gav 17 verksamhetschefer sitt medgivande, 15 gav nekande svar och 37 svarade inte alls. Efter att en verksamhetschef givit sitt medgivande kontaktades BVC-

sjuksköterskorna via telefon. Femton BVC-sjuksköterskor var intresserade av att delta i studien men en av dem återkom aldrig efter vår nästa kontakt, en exkluderades på grund av att hon inte gjort anmälan på en BVC utan på en tidigare arbetsplats och en tredje blev sjuk. Författarnas intention var att eftersträva en variation i undersökningsgruppen vad gäller ålder, yrkesverksamma år samt i vilken regi barnvårdscentralerna drevs (landsting respektive privat) för att få olika synvinklar på fenomenet. En förhoppning var också att få med minst en BVC-sjuksköterska som arbetade på familjecentral. Samtliga förhoppningar infriades då studien förutom landstingsdrivna barnvårdscentraler, fick med en privat BVC och tre familjecentraler. Vad gäller informanterna var de mellan 36 och 57 år, med en medelålder på 48 år. De hade arbetat mellan 1 och 20 år som BVC-sjuksköterska, med ett medeltal på 8 år. Hälften var distriktssköterskor och hälften var barnsjuksköterskor. Samtliga var kvinnor.

Instrument

En ostrukturerad intervjuform användes där intervjuerna inleddes med en gemensam inledande fråga för att därefter, beroende på svar, fånga in de frågeområden som ingick i intervjuguiden (bilaga 1) genom följdfrågor. Att använda ostrukturerade intervjuer som instrument gör det lättare att förstå informanternas personliga erfarenheter och upplevelser av ett fenomen (Olsson & Sörensen, 2007). Genom att ställa öppna frågor ges informanten möjlighet att prata fritt och med en utforskande hållning med följdfrågor kan svaren kompletteras för att få en ännu mer detaljerad information (Kvale & Brinkmann, 2014).

Den första intervjun som utfördes var en pilotintervju för att se om intervjuguiden skulle belysa studiens syfte. Att göra en pilotstudie rekommenderas av bland annat Polit, Beck och Hungler (2001). Efter pilotintervjun diskuterade författarna vad som kunde gjorts annorlunda och/eller bättre, intervjuguiden justerades något och författarna kunde därefter använda sig av den utan ytterligare justeringar.

Datainsamling

Informanterna fick själva bestämma tid och plats för intervjun som beräknades ta cirka 30-45 minuter men tog i snitt 20 minuter. Intervjuerna spelades in med hjälp av mobiltelefon/iPad. Alla intervjuer utom två utfördes av författarna gemensamt. De återstående två gjorde författarna var för sig för att kunna uppfylla sjuksköterskornas önskemål om intervjutider. Under de gemensamma intervjuerna turades författarna om att leda intervjun, medan den andra agerade aktiv observatör och kunde fylla i med frågor om något ämne inte berörts i tillräcklig utsträckning. Pilotintervjun inkluderades i resultatet då författarna ansåg att materialet svarade på det som avsågs att undersökas.

Analys av data

Analysprocessen inleddes med att intervjuerna transkriberades ordagrant. Därefter utfördes en kvalitativ innehållsanalys (Tabell 1) enligt Graneheim och Lundman (2004). Analysen inleddes med att intervjuerna genomlästes flera gånger för att få en känsla för helheten. Därefter plockades meningar eller fraser ut som innehöll relevant information för syftet. Dessa meningar kallas för meningsbärande enheter, vilka utgör grunden för analysen. Bli dessa för stora kan de bli svårhanterliga och viktig information kan försvinna och blir de för små kan resultatet bli fragmenterat (Ibid).

De meningsbärande enheterna kondenserades, det vill säga gjordes kortare och mer

lätthanterliga, utan att viktig information förlorades (Graneheim & Lundman, 2004). De kondenserade meningsbärande enheterna kodades och grupperades i subkategorier och kategorier som återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna. Kategorier ska utgöra tydligt innehåll och ingen information som svarar på syftet får utelämnas för att det inte finns en lämplig kategori (Ibid).

Tabell 1. Exempel på analysen som innehåller meningsbärande enheter, kondensering, kod, subkategori och kategori.

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
om vi är med.. från början, då är det lättare och stötta familjen liksom på alla fronter.	Om vi är med från början är det lättare att stötta familjen.	Tidig information från socialtjänsten gör det lättare att stötta familjen.	Respons	Återkoppling
..om det kan va en öppen kommunikation, att det inte är så höga murar utan att man kan hjälpas åt och inte jobbar dubbelt	En öppen kommunikation och inte så höga murar gör att man hjälps åt och inte jobbar dubbelt	Lägre murar minskar dubbelarbete.	Graden av öppenhet	Socialtjänstens bemötande
Och där har ju vart många omorganisationer, både X-stad men även eh region Skåne så att.. sånt påverkar ju hela tiden också så att samarbetet, det blir nya chefer det blir ny organisation så måste man börja om igen	Många omorganisationer regionalt och det påverkar samarbetet och man måste börja om.	Omorganisationer påverkar samarbetet.	Socialtjänstens arbetsituation	Återkoppling

Forskningsetiska avvägningar

Etiska avgöranden sker inte på något särskilt stadium utan är något som man arbetar med under hela forskningsprocessen (Kvale & Brinkmann, 2014). Enligt Hansagi och Allebeck (1994) finns det flera regelsystem och riktlinjer till grund för hur undersökningar bör planeras och utföras, i enlighet med etiska aspekter. Olika forskningsetiska kommittéer hjälper forskningssamhället att efterleva dessa riktlinjer samt skydda forskningspersonernas integritet (Ibid).

Innan föreliggande studie påbörjades, ansöktes om ett rådgivande yttrande hos Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Institutionen för hälsovetenskaper vid Lunds universitet. Efter att författarna mottagit yttrandet inleddes sökandet efter deltagare.

Författarna arbetade, i enlighet med Helsingforsdeklarationen, för att respektera informanternas autonomi och integritet genom att säkra deras konfidentialitet (World medical association, 2013). Detta gjordes genom att förvara personuppgifter och intervjumaterial så att obehöriga inte kunde ta del av dem (Ibid). Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460), inhämtades samtycke till att tillfråga personal om deltagande från verksamhetscheferna. Samtycke till att delta i studien inhämtades därefter från BVC-sjuksköterskorna, tillsammans med information om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange något skäl. Nyttjandekravet beaktades också då de insamlade uppgifterna inte har använts till annat än det uppgivna syftet (Vetenskapsrådet, u.å). Insamlat material kommer att förstöras efter godkänd examination.

Resultat

Under analysprocessen framkom tre kategorier och fyra subkategorier (Tabell 2). Resultatet kommer att presenteras utefter kategorierna och subkategorierna samt illustreras med hjälp av citat.

Tabell 2. Översikt över subkategorier och kategorier

Subkategorier	Kategorier
Praktiskt stöd Kollegialt stöd	Stödfunktioner
Graden av öppenhet Relation	Socialtjänstens bemötande
-	Återkoppling

Stödfunktioner

En förutsättning för att kunna samverka med socialtjänsten var att BVC-sjuksköterskan kände sig trygg i att göra en anmälan. Detta blev hon framförallt genom stödfunktioner på arbetsplatsen i form av kollegor och tydliga riktlinjer.

Praktiskt stöd

I studien framkom det att BVC-sjuksköterskorna tyckte att det var praktiskt lätt att göra en anmälan. Sjuksköterskorna nämnde skillnaden från förr, då inga tydliga riktlinjer fanns och sjuksköterskan själv fick formulera anmälan utan mall. Sjuksköterskorna beskrev att idag finns anmälningsblanketten i journalsystemet vilket gör den lätt att hitta, är tydlig och lätt att följa.

“Asså vi har ju ett standardformulär som finns i Region Skåne. Så man går in och fyller i, och det hjälper ju mycket för det gör ju att man själv inte behöver sitta och tänka efter...” (I 1)

Kollegialt stöd

I samband med en anmälan ville BVC-sjuksköterskorna gärna bolla tankar kring fallet med någon kollega, vilket gjorde att de kände sig tryggare i att göra en anmälan. De vände sig i första hand till sina närmsta medarbetare som i de flesta fall var en annan BVC-sjuksköterska, för att finna stöd.

“Psyiskt tar det ganska hårt på en när det händer någonting... Så man måste, man behöver liksom bara få kräka av sig och berätta...” (I 6)

“Jag har min kollega vi jobbar väldigt nära så vi diskuterar, man måste få bolla det här med varandra. För man vill gärna bolla med nån det är svårt själv, det kanske är jag som uppfattar det på något sätt.. Och kanske inte hon eller nån annan gör...” (I 9)

BVC-sjuksköterskorna hade regelbunden handledning med en barnhälsovårdspedagog där det även fanns utrymme att ta upp olika anmälningsfall. Utöver handledningstillfällena var detta också en person många valde att vända sig till för att ventiler sina tankar om sitt agerande.

Det framkom också andra personalkategorier som kunde vara ett stöd som till exempel kurator, barnhälsovårdsläkare, verksamhetschef och socionomen på de BVC som ingick i en familjecentral. Bland de BVC-sjuksköterskor som arbetade på en familjecentral var det vanligt att diskutera fall med socionomen då de hade en fördjupad kunskap i socialtjänstens arbete. Socionomen kunde även vara delaktig när man informerade familjen om att en anmälan skulle göras och i vissa fall var det socionomen själv som gjorde anmälan.

“...vi har vår socialrådgivare som vi har ju på familjecentralen, att va med när man säger och talar om detta..i bland kan man göra så också att socialrådgivaren är den som gör anmälan för då är det den som blir the bad guy.” (I 7)

På nästan varje BVC fanns det en utbildad kontaktperson för *Barn som far illa*, som både fungerade som kollegialt stöd men också som kunskapsbank. Enligt Bergmark och Gustafsson (2015) har det sedan 2011 utsetts och utbildats kontaktpersoner för *Barn som far illa* på flertalet av barnvårdscentralerna i Skåne.

Socialtjänstens bemötande

I studien framkom en stor variation på socialtjänstens bemötande, allt ifrån att de var tillmötesgående till att det var totalt stängt för kommunikation. Att ha ett ansikte på varandra underlättade kontakten vilket i sin tur främjade samarbetet.

Graden av öppenhet

BVC-sjuksköterskorna upplevde socionomerna på socialtjänsten som skiftande i sin öppenhet men att det blivit bättre genom åren. Sjuksköterskorna tyckte att socionomerna var trevliga att prata med. När hjälp och råd behövdes var det lätt att kontakta dem och de var tillmötesgående och hjälpsamma.

“Jag har pratat med fantastiska socionomer som har mött upp jättefint och som varit tillgängliga och informativa.” (I 4)

De BVC-sjuksköterskor som arbetade på en familjecentral upplevde en större öppenhet hos socialtjänsten än de som arbetade på BVC, som inte ingick i en familjecentral. De uttryckte sig som att murarna mellan instanserna var rivna och att de blev tagna på allvar. Detta gjorde att sjuksköterskorna kände sig betydelsefulla och som en viktig del vid anmälan samt i och efter utredning.

Samtidigt som det framkom att personalen på socialtjänsten var trevliga och hjälpsamma framkom dessvärre många negativa erfarenheter i kontakt med socialtjänsten. Sjuksköterskorna tyckte att de hänvisade till sin sekretess för ofta, även när det inte fanns belägg för att det var nödvändigt. De var hemlighetsfulla och sparsamma med information och de vill ha mycket information från BVC-sjuksköterskorna men var väldigt sparsamma med att delge något tillbaka. Det kunde inträffa även när BVC-sjuksköterskorna bad om upplysningar. När sjuksköterskorna inte fick den information de tyckte sig ha rätt till eller när socionomerna på socialtjänsten var otillgängliga resulterade det i dålig tillit till socialtjänsten, sjuksköterskorna ifrågasatte deras arbete och kompetens.

“Sen har dom ju inte genom åren varit så bra alltså dom har ju... dom har varit bra på att ringa och fråga frågor men så fort man har velat ha reda på hur går det, har ni startat en utredning? Får jag inte säga!” (I 10)

“Dom har ju en jourtelefon, men jourtelefonen var på lunchrast sen har man ju barn inplanerat resten av eftermiddagen så det är ju, man har ju inte så, man kan ju inte bara gå iväg och ringa sen när man har barn här heller utan man har ju sin begränsade tid.” (I 11)

Då BVC-sjuksköterskor inte gjorde anmälningar regelbundet och situationen som uppstod kring en anmälan ofta var psykiskt påfrestande, efterfrågade BVC-sjuksköterskorna mer empati ifrån socionomerna på socialtjänsten både vad gällde bemötande och vägledning för att underlätta anmälningsprocessen.

“...alltså dom måste ju förstå att det inte är vardagsmat för oss, det är det för dom.. ja, det är ju inte så att vi har detta en gång i veckan absolut inte.. man borde som mottagare där hos dom vara väldigt, jag tänker empatisk och liksom ja möta upp bra...” (I 4)

Relation

Ett genomgående önskemål som framkom i intervjuerna var att ha en närmre relation med socialtjänsten. Sjuksköterskorna gav förslag till hur man kunde förbättra relationen som exempelvis regelbundna informationsträffar för att få ett ”ansikte” på varandra vilket skulle göra det lättare att etablera en kontakt som i sin tur kunde främja samarbetet. Det fanns barnavårdscentraler där ett förbättringsarbete redan var initierat. Möten mellan BVC och socialtjänsten var planerade för att kunna diskutera frågor som gällde varandras verksamheter och få klarhet i frågor kring anmälan.

”Nä men kanske lite så här, att man träffas alltså man har lite möten ihop, ja att dom kommer hit att man blir lite mer synliga för varandra att det är en person man ser ansiktet man kan ringa, vad tycker du att jag ska göra?”(I 11)

BVC-sjuksköterskor som arbetade på en familjecentral hade en bättre relation med socialtjänsten då en socionom fanns på plats, som var en länk in till socialtjänsten. Även de sjuksköterskor som inte arbetade på en familjecentral hade tankar och önskemål om att arbeta så som en familjecentral gör. Att ha samlade yrkeskategorier under samma tak trodde sjuksköterskorna skulle skapa bättre förutsättningar för samarbete och för att stötta familjer som har behov av det.

Återkoppling

BVC-sjuksköterskorna i studien ansåg att socialtjänsten brast i sin återkoppling både när det gällde bekräftelsen på anmälan men även om en utredning var påbörjad, pågick eller lades ner. Trots att sjuksköterskorna i studien upplevde bristande återkoppling var det ingen som drog sig för att anmäla igen. Sjuksköterskorna hävdade att de måste skydda barnen och att barnets bästa alltid ska komma i första hand även om de till exempel visste att föräldrarna ofta blev upprörda.

Återkopplingen från socialtjänsten var varierande och ibland inte ens existerande. Vissa sjuksköterskor hade aldrig fått en bekräftelse på att anmälan kommit in medan andra ansåg sig ha fått en tillräcklig återkoppling.

”Nej, alltså socialtjänsten har aldrig åter.. eller till mig har dom aldrig återkopplat även om man har kryssat i att man vill ha återkoppling.” (I 1)

De sjuksköterskor som hade arbetat lite längre erfor att bekräftelsen på att anmälan hade kommit in hade blivit bättre efter lagändringen 2013. Fortfarande fanns det dock stora brister i återkopplingen om utredningen var startad, pågick eller var nerlagd vilket visade sig påverka sjuksköterskans arbete på olika sätt. De tog upp att ovissheten skapade en oro och att de inte kunde släppa tankarna kring familjen när en anmälan gjorts. Sjuksköterskorna tyckte det var viktigt att få återkoppling från socialtjänsten för att känna att de gjorde rätt och att de kunde lära sig något utav det och använda sig av kunskapen i framtida anmälningsfall.

”När man inte får svar om där är startat utredning eller inte, det är så basalt så det skulle man verkligen alltid behöva få veta, för det är ju också... det säger också något om var jag ska lägga min oro.” (I 12)

”...mamman sitter och är vilsen, sitter i ovisshet och det är en väldigt orolig situation och det är ganska svårt för mig att stötta henne för jag har ju inget...” (I 4)

De flesta sjuksköterskorna i studien hade inte blivit erbjudna samverkansmöte med socialtjänsten och familjen. De önskade dock ett samverkansmöte då sjuksköterskorna trodde att det skulle främja kontakten med socialtjänsten. Sjuksköterskorna trodde också att de skulle kunna stötta familjen bättre om de var med i planeringen från början. En sjuksköterska hade varit med på ett möte och tyckte det var givande och att det alltid borde genomföras.

I flera fall fick BVC-sjuksköterskorna återkopplingen via familjen. Det var bra att få en återkoppling men det kändes också olustigt att inte veta om informationen stämde eller inte.

Sjuksköterskorna ansåg därför att det alltid borde komma från socialtjänsten. I vissa fall när de inte hade fått någon återkoppling och sjuksköterskorna försökte nå familjen upprepade gånger visade det sig till slut att barnet redan kunde vara omhändertaget och placerat i en annan familj som inte tillhörde aktuell BVC.

Sjuksköterskornas erfarenheter av socialtjänstens arbetssituation var att den var pressad och därför var en bidragande orsak till den bristande återkopplingen. Det framkom att sjuksköterskorna i samtal med socialtjänsten hade fått höra att det verkligen var så att det berodde på socialtjänstens arbetssituation. Ofta handlade det om socialtjänstens överbelastning, omorganisationer, personalomsättning och att många socionomer var nyutbildade. Sjuksköterskorna upplevde socialtjänsten som en orolig instans vilket resulterade i att det uppstod hinder för att ha en fungerande samverkan. De ansåg också att socionomerna borde få mer uppbackning och handledning för att orka med sitt arbete och för att vilja stanna på sin arbetsplats. Detta trodde sjuksköterskorna i sin tur skulle minska personalomsättningen vilket i sin tur hade främjat kontinuiteten och därigenom gynnat samarbetet mellan socialtjänsten och BVC.

”Jag tror inte det finns någon som vet hur socialtjänsten fungerar för dom ändrar organisationen från den ene natten till den andra...” (I 7)

”...jag tror att man har väldigt mycket att göra och att man är överbelastad.. Dom har för många ärenden, dom hinner inte med helt enkelt, att det faller mellan stolarna lite granna...” (I 12)

Diskussion

Metoddiskussion

I studien användes kvalitativa forskningsintervjuer, vilket innebar att informanterna öppet och ingående kunde berätta om sina erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2014). Då studiens syfte var att beskriva BVC-sjuksköterskors erfarenheter lämpade sig metoden väl och syftet kunde uppnås genom det innehållsrika och djupa materialet.

För att värdera kvalitativa studiers trovärdighet används begreppen giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Giltighet handlar om hur sanna resultaten är och om de besvarar syftet. Tillförlitlighet innebär att en noggrann och väldokumenterad analys är gjord. Överförbarhet står för i vilken grad resultatet kan överföras till andra liknande grupper. En kvalitativ intervjustudie kan inte utföras utan att forskaren är delaktig under intervjun (Ibid).

Det fanns vissa svårigheter med att få informanter till studien, då många verksamhetschefer sa nej eller inte svarade alls på förfrågan att få intervjua BVC-sjuksköterskor i deras verksamhet. Forskning ingår som en obligatorisk del i specialistutbildningen och kompetensbeskrivningen för barnsjuksköterskor tar upp att sjuksköterskan ska ha fördjupade kunskaper i att initiera, medverka i och/eller bedriva utvecklings- och forskningsprojekt (Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening, 2008). Författarna anser att det därför inte borde stoppas redan på chefsnivå utan vara upp till varje enskild sjuksköterska att avgöra om viljan och möjligheten att delta finns. Då urvalet påverkades av att många

verksamhetschefer gav nekande svar eller inte svarade alls, skulle resultatet kunna bli annorlunda om fler medgivanden hade givits. Detta skulle kunna medföra minskad överförbarhet av föreliggande studies resultat.

För studien krävdes mellan 12-15 deltagare. Trots dålig respons från cheferna kunde detta uppnås och antalet informanter blev slutligen 12 stycken BVC-sjuksköterskor med varierande åldrar, specialistutbildningar och antalet verksamma år inom BVC. För att få så många nyanser som möjligt av ett och samma fenomen är det önskvärt med en variationsbredd i urvalet (Malterud, 2014). Informanterna var emellertid enbart kvinnor. Det hade varit intressant om någon manlig BVC-sjuksköterska hade deltagit i studien. Det verkar dock vara ovanligt med manliga BVC-sjuksköterskor. Resultatet i stort hade förmodligen inte påverkats eftersom alla följer samma riktlinjer och lagar men författarna tror att möjligheten finns att vissa skillnader i tankesätt hade funnits.

Då tidsramen var begränsad var det endast möjligt att utföra intervjuerna i Skåne. Detta kan ses som en svaghet i att överförbarheten till andra landsting skulle kunna vara låg. Samtidigt styrs landets samtliga BVC och socialtjänster av samma lagar och föreskrifter och därför tror författarna att resultatet ändå går att överföra till viss del. Även om studien endast utfördes i Skåne finns det en styrka i att informanterna var geografiskt utspridda, i små samhällen och stora städer i olika kommuner samt på privat drivna respektive landstingsdrivna BVC.

Ostrukturerade intervjuer som instrument ger större möjlighet för informanterna att, utan författarnas påverkan, berätta med egna ord om sina erfarenheter (Olsson & Sörensen, 2007). Att använda ostrukturerade intervjuer minskar intervjuarens styrning vilket stärker trovärdigheten i de erhållna svaren vilket i sin tur stärker studien (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Författarna ansåg att en ostrukturerad intervju passade studien då syftet var ganska smalt. Om en mer strukturerad intervju hade använts tror författarna att viktig information inte hade kommit fram då deltagarna fick prata så öppet om sina erfarenheter. Författarna började med att göra en pilotintervju för att se om intervjuguiden var tillfredsställande och att den erhållna informationen skulle svara mot syftet. Att göra en pilotintervju rekommenderas av Polit et al. (2001). Efter genomförd pilotintervju kände författarna att de behövde diskutera igenom intervjutekniken och en mindre justering av intervjuguiden gjordes. Trots att det var en pilotintervju ansåg författarna att den kunde ingå i studien då den ändå svarade på syftet.

Alla intervjuer utom två utfördes av författarna gemensamt vilket ökar tillförlitligheten. Att göra intervjuerna tillsammans såg författarna som en fördel då båda tog del av allt som sades och efteråt kunde diskutera sina uppfattningar av intervjun. Även att ha någon som backar upp om något skulle missas stärker tillförlitligheten. Det kan dock finnas nackdelar med att vara två som intervjuar som till exempel att det är resurskrävande och att informanten kan känna sig i underläge (Repstad, 2007). Författarna upplevde dock inte att informanten påverkades av att det var två som intervjuade. Däremot var det resurs- och tidskrävande men fördelarna av att göra det tillsammans övervägde nackdelarna.

Författarna anpassade sig efter sjuksköterskornas önskemål om tid och plats för att utföra intervjuerna. Samtliga intervjuer utfördes på BVC-sjuksköterskans arbetsplats, i rum där de kunde genomföras ostört. För att ingen information skulle gå förlorad spelades intervjuerna in så att intervjuaren slapp anteckna och istället kunde koncentrera sig på att lyssna och ställa följdfrågor (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna spelades efter informanternas samtycke in med hjälp av appen Röstmemon på mobiltelefon respektive iPad. För att underlätta

transkriberingen krävs ett bra inspelningsprogram (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjumaterialet transkriberades ordagrant för att garantera en god tillförlitlighet. Ljudkvaliteten i appen var god men vid transkriberingen var det svårt att använda spolningsfunktionen vilket gjorde att det tog extra lång tid. Efter transkriberingen inleddes den kvalitativa innehållsanalysen enligt Graneheim och Lundman (2004). Författarna ansåg att innehållsanalysen var tidskrävande och frustrerande, då det tog längre tid än väntat. Trots det visade det sig dock vara fördelaktigt då materialet var väl diskuterat och bearbetat, vilket även det ökar tillförlitligheten. En annan fördel var att det underlättade arbetet med att beskriva resultatet, då författarna var väl förtrogna med materialet.

För att belysa BVC-sjuksköterskornas erfarenheter genom deras egna ord har flera citat valts ut och använts i resultatdelen. Genom detta blir det även möjligt för läsaren själv att följa med i analysen och göra en bedömning av giltigheten (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012).

Eftersom intervjudeltagarna gav sitt informerade samtycke och därmed var medvetna om att allt material skulle behandlas konfidentiellt samt att de när som helst kunde avbryta studien, har författarna följt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Det som dock hade kunnat bli ett problem var att studien skulle kunna uppfattas vara av känslig karaktär och därmed påverka deltagarna känslomässigt men eftersom deltagarna själva valt att delta uppfattade författarna inte detta som något problem.

Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande studie bekräftar flera tidigare studiers resultat, som till exempel att stöd och bra rutiner är viktigt för anmälaren, att socialtjänsten brister i sin återkoppling samt att det är socialtjänstens ansträngda arbetssituation som kan vara orsak till det. Studien visade dock att en viss förbättring skett efter lagändringen gällande bekräftelsen men ingen direkt skillnad vad gällde återkoppling. Det var bara en sjuksköterska som hade blivit erbjuden ett samverkansmöte men det var ett genomgående önskemål från sjuksköterskorna om att ha det. Det visade sig även att familjecentraler hade bättre samverkan med socialtjänsten än övriga BVC. De sjuksköterskor som inte arbetade på familjecentral ville efterlikna familjecentralens arbetssätt. Sjuksköterskorna kom också med förslag till hur samverkan kunde förbättras och att på vissa ställen var förbättringsarbetet med socialtjänsten redan i gång.

I Martinsens teori spelar moralbegreppet en central roll (Kirkevold, 1998) vilket kan spegla sjuksköterskornas synsätt på när de gör en anmälan om barn som misstänks fara illa. I studiens resultat framkom att sjuksköterskorna trots bristande återkoppling inte drog sig för att anmäla igen eftersom de satte barnets bästa i första hand vilket stämmer väl överens med både Martinsens teori och kompetensbeskrivningen för legitimerad barnsjuksköterska (Riksföreningen för barnsjuksköterskor, 2008). I många situationer blev föräldrarna arga och besvikna på sjuksköterskans agerande men enligt principen att inte skada är det dock sjuksköterskans uppgift att skydda barnet från skada och våld då det saknar autonomi och föräldrarna brister i sitt ansvar (Lundqvist, 2012).

För att underlätta för anmälningsskyldig personal att göra en anmälan måste arbetsgivaren försäkra sig om att personalen har kännedom om hur de ska gå tillväga samt ha goda rutiner och stöd i samband med en anmälan (SOSFS 2014:4). I studierna av Piltz och Wachtel (2009); Schols et al. (2013) och Backlund et al. (2012) framkommer just vikten av tillfredsställande rutiner och stöd för anmälaren, vilket också framkommer i föreliggande studie. Det visade sig att anmälningsblanketten var tydlig och lätt att följa vilket författarna

tror är en viktig grundläggande förutsättning för att lätt kunna anmäla. Det är positivt att det förändrats genom åren. Det vore dock intressant att studera hur det ser ut i andra landsting, om alla har blanketten lättillgängligt i journalen och gemensamma riktlinjer. I studien framkom att samtliga sjuksköterskor var nöjda med stödet de hade runt sig, i synnerhet från sina närmsta BVC-kollegor. Sedan 2011 har det i Region Skåne utsetts och utbildats kontaktpersoner för *Barn som far illa* på flertalet av barnavårdscentralerna (Bergmark & Gustafsson, 2015). I föreliggande studie visade det sig att nästan alla verksamheter hade en kontaktperson på arbetsplatsen. Att det fanns kontaktpersoner var något författarna inte hade vetskap om innan studien genomfördes. Genom att det fanns kontaktpersoner på arbetsplatserna är det sannolikt att ämnet ständigt är aktuellt och att sjuksköterskorna får en utökad kunskap om ämnet, vilket i sin tur kan ge en trygghet när en anmälan ska göras. Detta styrks av Region Skånes årsrapport för barnhälsovården 2014, där det konstaterades att andelen anmälningar från BVC med kontaktperson var högre än från de som inte hade en kontaktperson (Bergmark & Gustafsson, 2015).

Sjuksköterskorna i studien upplevde ett varierat bemötande från socialtjänsten. Det som var positivt var ändå att socialtjänsten var trevliga och hjälpsamma när sjuksköterskorna behövde råd och stöd. Det negativa var dock att sjuksköterskorna upplevde socialtjänsten som hemlighetsfulla och sparsamma med information samt ofta hänvisade till sin sekretess, även när det inte fanns belägg för det. Sjuksköterskorna kunde även uppleva socialtjänsten som otillgänglig och tvivlade på deras kompetens. Liknande resultat framkom i studien av Backlund et al. (2012) där deltagarna upplevde socialtjänsten som en otydlig myndighet, där arbets- och förhållningssätt varierade mellan både socialkontor och mellan olika handläggare. Innan föreliggande studie påbörjades var författarnas förförståelse om socialtjänsten negativ då media framfört mycket kritik om socialtjänstens handläggning i olika anmälningsfall, att socialtjänsten agerat för sent och att det inte riktigt finns förklaringar till varför. Efter genomförd studie har författarna en annan förståelse för socialtjänsten då det har framkommit att socialtjänstens arbetssituation är pressad och socionomerna skulle behöva mer tid och stöd vilket författarna håller med om. Socialtjänstens organisatoriska problem får dock inte gå ut över barnen, att de inte får den hjälp de behöver och har rätt till.

De sjuksköterskor som arbetade på familjecentral upplevde en större öppenhet hos socialtjänsten än de som inte arbetade på familjecentral. De kände att de blev tagna på allvar och att de blev en viktig del i processen, vid anmälan samt i och efter utredning. Sjuksköterskorna på familjecentral hade en mer positiv upplevelse av samarbetet med socialtjänsten, troligtvis för att de hade en socionom på plats som var en länk in till socialkontoret. Att ha en socionom på plats sågs som fördelaktig även i studien av Backlund et al. (2012). Under intervjuerna framkom det även förslag på och önskemål om förbättringsarbeten vad gällde samarbetet mellan socialtjänsten och BVC som till exempel regelbundna informationsträffar. För att kunna förbättra samarbetet med socialtjänsten hade de sjuksköterskor som arbetade på traditionella barnavårdscentraler en önskan om att efterlikna familjecentralers arbetssätt. I en studie gjord av Wallby, Fabian och Sarkadi (2013) framkommer det att fördelarna med familjecentraler var att de hade bättre förutsättningar för föräldrastöd, preventivt arbete och samverkan. Detta stödjer BVC-sjuksköterskornas tankar om familjecentralens fördelar, i föreliggande studie. Enligt Region Skånes årsrapport för barnhälsovården 2014 visade det sig att BVC som var belägna inom en familjecentral hade en högre andel anmälningar än BVC utanför familjecentral (Bergmark & Gustafsson, 2015). Författarna tror att familjecentraler har en högre anmälningsfrekvens just på grund av att det finns en socionom på plats som är behjälplig och har specifik kunskap som sjuksköterskan har nytta av i anmälningssituationer.

Sjuksköterskorna i studien erfor att socialtjänsten brast både vad gällde bekräftelse och återkoppling när anmälningar gjorts, vilket blev ett stort hinder för samverkan. Dock framkom det att efter lagändringen hade en viss förbättring skett vad gällde bekräftelse på att anmälan mottagits. Enligt Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) bör anmälaren få återkoppling från socialtjänsten om utredning inletts, pågår eller lagts ner, så länge det inte blir till en nackdel för barnet. Orsaker till bristande återkoppling, antog sjuksköterskorna, framförallt berodde på socialtjänstens pressade arbetssituation med överbelastning, omorganisationer och personalomsättning. Personalen inom socialtjänsten hade i flera fall även själva uppgett detta som orsak till bristande återkoppling. Även i studierna av Backlund et al. (2012) samt Piltz och Wachtel (2009) upplevde deltagarna att socialtjänsten hade en ansträngd arbetssituation med hög personalomsättning som försvårade ett samarbete. I föreliggande studie framkom att sjuksköterskorna ansåg att socionomerna på socialtjänsten borde få bättre stöd och uppbackning och att det i sin tur hade fått positiva effekter som gynnat samverkan mellan socialtjänsten och andra instanser.

När sjuksköterskorna inte fick någon återkoppling påverkade det deras arbete. De tog upp att ovissheten skapade en oro och att de inte kunde släppa tankarna kring familjen, när en anmälan gjorts. Sjuksköterskorna uttryckte också att de ville ha återkoppling från socialtjänsten för att känna att de handlat rätt samt var måna om att lära sig om något kunde gjorts annorlunda. I studien av Backlund et al. (2012) sågs bristen på återkoppling också som ett stort problem. I föreliggande studie framkom att sjuksköterskorna inte drog sig för att anmäla igen trots bristande återkoppling till skillnad från deltagarna i studierna av Söderström och Jackson (2011) samt Piltz och Wachtel (2009). Att sjuksköterskorna i föreliggande studie inte drog sig för att anmäla igen kan antas att bland annat bero på att det idag är ett aktuellt ämne, att lagändringen har gjort att sjuksköterskorna är mer medvetna om sina rättigheter och skyldigheter samt att man som BVC-sjuksköterska alltid arbetar för barnets bästa.

De barn som på något sätt farit illa under barndomen har en ökad risk för att i hamna i missbruk, depression och självska debeteenden (Socialstyrelsen, 2013a). Gruppen barn och ungdomar med psykisk ohälsa har uppvisat en högre sjukvårdskostnad än de utan psykisk ohälsa, både under uppväxtåren och i vuxen ålder. Det visar sig även att denna grupp ofta är lågutbildade och därmed har svårare att komma in på arbetsmarknaden vilket leder till att deras inkomst huvudsakligen grundar sig på bidrag (Socialstyrelsen, 2013b). Att inte uppmärksamma och anmäla barn som misstänks fara illa är därmed inte bara en risk för barnet själv att utveckla psykisk ohälsa utan också en samhällskostnad och hälsoekonomisk förlust.

Som tidigare nämnts framkom i föreliggande studie att en viss förbättring avseende bekräftelse av anmälan skett sedan lagändringen 2013. Dock saknades och efterfrågades fortfarande återkoppling och deltagande i samverkansmöten. Det var ett överraskande resultat eftersom lagen finns men inte efterföljs. Det skulle kunna bero på att det inte var så länge sedan lagändringen trädde i kraft. Möjligtvis skulle resultatet bli annorlunda om studien gjorts om ett par år då lagändringen kanske fått större genomslagskraft. En alternativ tanke är att problemet ligger hos socialtjänsten, möjligen måste socialtjänstens arbetssituation förbättras innan en förändring kan ske.

Konklusion och implikationer

Studien visade att BVC-sjuksköterskorna ansåg att samverkan med socialtjänsten i många avseenden var otillräcklig. Bristande återkoppling visade sig vara huvudproblemet som bland annat ledde till att sjuksköterskans arbete påverkades negativt. Den bristande återkopplingen troddes till största delen bero på socialtjänstens arbetssituation. Trots att erfarenheterna av återkopplingen generellt sett var negativa, drog sig aldrig sjuksköterskorna för att anmäla ett barn som misstänks fara illa igen. Det framkom även att de sjuksköterskor som arbetade på familjecentral generellt sett var mer nöjda med samarbetet med socialtjänsten och de som arbetade på övriga barnavårdscentraler hade föreställningar om att familjecentralers arbetsätt var att föredra.

Genom att BVC-sjuksköterskor tar del av föreliggande studie kan ämnet uppmärksammas mer och därmed förhoppningsvis minska en del av underrapporteringen av anmälningar när barn misstänks fara illa. Det vore önskvärt att personal inom socialtjänsten också tog del av studien för att bli medvetna om hur BVC-sjuksköterskor upplever samverkan i dag. Förutsättningar för att påbörja ett förbättringsarbete är att först identifiera hinder och möjligheter. Därför hade det också varit intressant att göra en tvärvetenskaplig studie för att samtidigt få BVC-sjuksköterskornas och socionomernas perspektiv på hur samverkan fungerar kring anmälningar om barn som misstänks fara illa.

Referenser

- Annerbäck, E-M., Wingren, G., Svedin, C.G. & Gustafsson, P.A. (2010). Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - findings from a population-based youth survey. *Acta Paediatrica*, 99 (8), 1229-1236
- Backlund, Å. Wiklund, S. & Östberg, F. (2012). *När man misstänker att barn far illa- en studie av hur professionella inom BVC, förskolan och skola förhåller sig till anmälningsplikten*. Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet.
- Bergmark, K. & Gustafsson, Å. (2015). Anmälan till socialtjänsten. I Barnhälsovården Region Skåne årsrapport 2014. Hämtad den 16 december, 2015, från: <http://vardgivare.skane.se/siteassets/5.-uppfoljning/verksamhetsrapporter/ovriga-rapporter/barnhalsovard-arsrapport-2014.pdf>
- Christian, C. (2015). The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 135 (5), 1337 -1354. doi: 10.1542/peds.2015-0356
- Fang, X. Brown, DS. Florence, C. & Mercy, JA. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child abuse and neglect*, 36 (2), 156–165. doi:10.1016/j.chiabu.2011.10.006
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hansagi, H. & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Honor, G. (2014). Child neglect: assessment and intervention. *Journal of Pediatric Health Care* (2):186-92. doi: 10.1016/j.pedhc.2013.10.002
- Jansson, A. & Drevenhorn, E. (2012). Hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn. I Hallström, I. & Lindberg, T. (Red) *Pediatrisk omvårdnad* (s. 76-91). Stockholm: Liber.
- Jansson, S. (2012). Barn som far illa. I K. Hanséus, H. Lagerkrantz & T. Lindberg (Red). *Barnmedicin* (s. 629-637) Lund: Studentlitteratur.
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2006). *Grundläggande omvårdnad. Del 4*. Stockholm: Liber.
- Kirkevold, M. (1998). *Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B & Hällgren- Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Graneskär & B. Höglund-Nielsen (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-200) Lund: Studentlitteratur.

- Lundqvist, A. (2012). Värdegrund och etiska perspektiv i barnhälsovård och barnsjukvård. I Hallström, I. & Lindberg, T. (Red) *Pediatrisk omvårdnad* (s. 31-36). Stockholm: Liber.
- Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E. & Sundelin, C. (2009). *Barnhälsovård -att främja barns hälsa*. Stockholm: Liber.
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och Kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Piltz, A. & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26 (3), 93-100
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Raven.
- Region Skåne. (2015). *Handlingsprogram vid misstänkta fall av barn som far illa*. Kristianstad.
- Repstad, P. (2007). *Närhet och distans: Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Stockholm.
- Schols, MW. Ruiter, C. & Öry, FG. (2013). How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health*. 13:807. doi: 10.1186/1471-2458-13-807
- SFS (1949:381). *Föräldrabalken*. Stockholm. Justitiedepartementet L2. Hämtad den 3 mars, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381/#K6
- SFS (2003:460). *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad den 22 april, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/
- SFS (2008:355). *Patientdatalag*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad den 12 januari, 2016, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/
- SFS (2001:453). *Socialtjänstlagen*. Stockholm. Socialdepartementet. Hämtad den 22 april, 2015, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/#K14

Socialstyrelsen. (2012). *Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga - en undersökning om omfattning och regionala skillnader*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 10 februari, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18653/2012-3-27.pdf>

Socialstyrelsen. (2013a). *Barn som far illa eller riskerar att fara illa. En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar*. Västerås.

Socialstyrelsen. (2013b). *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg*. Hämtad den 14 januari, 2016, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>

SOSFS (2014:4). *Våld i nära relationer*. Hämtad den 3 mars, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-5-7>

Svensson, B., Bornehag, CG. & Jansson, S. (2010). Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse - but vary with socio-economic circumstances. *Acta Paediatrica*, 100 (3), 407-412. Doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.02029

Söderström, A & Jackson, K. (2011). Barn som far illa i sin hemmiljö - BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen. *Vård i Norden*, 4 (31), 38-42

Tingberg, B. (2012). Barn som far illa. I Hallström, I. & Lindberg, T. (Red) *Pediatrisk omvårdnad* (s. 321-325). Stockholm: Liber.

Unicef. (2009). *Barnkonventionen*. Hämtad den 9 februari, 2015, från <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full>

Vetenskapsrådet. (u.å). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad den 22 april, 2015, från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wallby, T., Fabian, H. & Sarkadi, A. (2013). Bättre stöd till föräldrar vid familjecentraler. Nationell webbenkät visar på fördelar med samlokalisering. *Läkartidningen*, 110 (23-24)1155-7

World medical association. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad den 21 april, 2015, från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Intervjuguide

Bakgrundsinformation (fylls i på separat papper efter intervjun och tilldelas samma nummer som den inspelade intervjun ”kodas” med)

Ålder

Kön

Utbildning

År som BVC-sjuksköterska

Antal barn som BVC-sjuksköterskan ansvarar för på BVC

Inledande fråga

Kan du berätta hur det var att göra en anmälan om ”barn som far illa” till socialtjänsten? (Har du gjort det flera gånger?)

Frågeområden

-Rutiner kring anmälan

-Stöd på arbetsplatsen

-Samarbetet med socialtjänsten

-Lagändring 2013

Avslutningsvis, har du något att tillägga?

Följdfrågor

Hur ser du på...?

Hur menar du då?

Vilken anledning?

Hur känns/kändes det?

Kan du utveckla/ge exempel...

Hur upplevde du det?