



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

SAMVERKAN MELLAN BARNHÄLSOVÅRD OCH SOCIALTJÄNST

Sjuksköterskors upplevelse av samverkan kring familjer med behov av stödjande och hälsofrämjande insatser

Anne-Sofie Johansson

Uppsats/Examensarbete:	30 hp
Program och/eller kurs:	OM5150 Examensarbete för en master i omvårdnad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2021
Handledare:	Helena Wigert
Examinator:	Stefan Nilsson

Titel svensk:	Samverkan mellan barnhälsovård och socialtjänst. Sjuksköterskors upplevelse av samverkan kring familjer med behov av stödjande och hälsofrämjande insatser.
Titel engelsk:	Collaboration between Child Health Services and social service. Nurses' experiences of collaboration regarding families require social support and Health Promotion efforts.
Uppsats/Examensarbete	30 hp
Kurs	OM5150 Examensarbete för en master i omvårdnad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2021
Handledare:	Helena Wigert
Examinator:	Stefan Nilsson
Nyckelord:	Barnhälsovård, barns rättigheter, folkhälsa, Samordnad Individuell Planering (SIP), samverkan i team, orosanmälan

Sammanfattning

Bakgrund: Sjuksköterskan inom barnhälsovården har som uppdrag att ge hälsofrämjande insatser till familjerna. Familjer har olika förutsättningar, svårigheter och möjligheter att tillse att barn uppnår en god hälsa. När ett barn misstänkts fara illa har sjuksköterskan en skyldighet att orosanmäla detta till socialtjänsten och när ett barn eller familj har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänst skall möjligheten till en Samordnad Individuell Plan erbjudas familjen. Tidigare studier har identifierat olika hinder för orosanmälan och tvärprofessionell samverkan angående barn och deras familjer. Trots barns kända behov av både stödjande och hälsofrämjande insatser och att deras rättigheter angående samverkan är reglerade både i lagstiftningen och olika riktlinjer saknas kunskap om hur ofta samverkan sker inom barnhälsovården. Hur samverkan sker kan påverkas av strategier för professionella men även av sjuksköterskans kärnkompetens samverkan i team. Det saknas kunskap om hur sjuksköterskor inom barnhälsovård upplever samverkan med socialtjänsten.

Syfte: Denna studie belyser hur sjuksköterskor inom barnhälsovården upplever samverkan med socialtjänsten angående barn och deras familjer.

Metod: Studien är en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie. Intervjuerna analyseras med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Resultat: I studien framkom huvudkategorierna: *Förutsättningar för samverkan:* strukturerad tid för samverkansmöten, både tvärprofessionellt och i SIP-möte med familjen, vilket upplevdes viktigt av sjuksköterskorna. De berättade om relationerna med andra professioner och hur kunskap om och tillit till de andra professionerna ibland saknades. Hinder för samverkan upplevdes när struktur saknades och när en part aktivt avstod att samverka eller någon part inte blev inbjuden till samverkan. Sjuksköterskorna belyste hur tillgången på information om barnet och familjen påverkar upplevelsen av samverkan. *Behov av kunskap;* sjuksköterskorna berättade om hur de arbetar för att tillgodose barns rättigheter och hur de i samverkan bistår med omvårdnads kunskap om barns behov. Tilliten och förtroendet till barnets familj påverkade sjuksköterskans arbete. *Behov av handledning och stöd;* sjuksköterskorna önskade handledning och uppföljning. De berättade om betydelsen av stödet från andra kollegor och andra professioner och hur barnens situationer väcker flera olika känslor hos dem.

Slutsats: Barn i familjer med ett särskilt behov av stödjande och hälsofrämjande insatser påverkas av de professionellas förhållningsätt till samverkan. Sjuksköterskorna i studien, deras upplevelse av samverkan med socialtjänsten angående barn och deras familjer, visar ett behov

av tydlig *Styrning*, *Struktur* och *Samsyn* på samverkan inom barnhälsovården. Genom utveckling av olika strategier för samverkan kan barns och deras familjers hälsa påverkas positivt och på lång sikt bidra till en förbättrad folkhälsa. Riktade insatser bör ske för att främja tvärprofessionell samverkan mellan olika verksamheter och där lagstiftningen, tillämpningen och behovet för samverkan finns, men inte tillämpas. Detta kommer vara både till fördel för de professionella i deras arbete, men framförallt kan samverkan mellan barnhälsovård och socialtjänst öka möjligheten att upptäcka barn som far illa och minska skillnaderna i hälsa för barn i Sverige.

Nyckelord: Barnhälsovård, barns rättigheter, folkhälsa, Samordnad Individuell Planering (SIP), samverkan i team, orosanmälan

Abstract

Background: The nurse in child health care has assignment to give health-promoting interventions to the families. Families have different qualifications, difficulties and opportunities to ensure that children attain good health. When a child is suspected of being mistreated or being in danger, the nurse has an obligation to report this to the social services and a child or family needs efforts from both health care and social services and the family must be offered the possibility of a Coordinated Individual Plan. Previous studies have identified various obstacles to reporting and collaboration in Coordinated Individual Plan regarding children and their families. Despite children's known needs for both supportive and health-promoting interventions and their rights regarding collaboration is regulated both in legislation and various guidelines, there is a lack of knowledge about how often collaboration takes place in Child Health Service. How collaboration takes place can be affected by the professional's strategies but also by the nurse's core competence collaboration in teams. There is a lack of knowledge about how nurses in Child Health Service experience collaboration with the social services.

Aim: This study illustrates how nurses in Child Health Service experience collaboration with the social services regarding children and their families.

Method: The study is a qualitative semi-structured interview study. The interviews are analysed with qualitative content analysis with an inductive approach.

Results: Results: In the study, three main categories emerged: *Prerequisites for collaboration:* structured time for collaboration meetings, both interprofessional and in a SIP-meeting with the family, was highlighted by the nurses as important. The nurses told about the relationships with other professions and about how knowledge and trust in the other professions was sometimes lacking. Some obstacles to collaboration that were identified were that structure was lacking. Also, the nurses told about situations when professionals actively refrained from collaboration or not were invited to collaboration. The nurses also shed light on how the availability of information about the child and the family affects the experience of collaboration. *Need for knowledge;* the nurses talked about the need to look after children's rights and how they in collaboration assist knowledge about children's needs of nursing. The trust and confidence in the child's family also affected the nurse's work. *Need for guidance and support;* the nurses in the study wanted guidance and follow-up. The nurses described the importance of the support

from other colleagues and other professions, and how they experienced several different feelings about the children's situation.

Conclusion: Children in families with needs for both supportive and health-promoting interventions are affected by the professionals' approach to collaboration. The nurses experiences of collaboration with the social services regarding children and their families, illustrate a need for *Management, Structure* and *Consensus* on collaboration in Child Health Service. Through the development of various strategies for collaboration, the health of children and their families may be positively affected and in long term contribute to an improved public health. Addressed efforts should be made to promote interprofessional collaboration between Child Health Care and social service since the regulation, the application, and the need for collaboration exist but is not practiced. It will benefit the professionals in their work, but above all, collaboration between Child Health Service and social services can increase the opportunity to detect children risking maltreatment and reduce the differences in health for children living in Sweden.

Keywords: Child Health Service, children's rights, collaboration in team, Coordinated Individual Planning, public health, reporting child maltreatment

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Sjuksköterskans arbete inom barnhälsovård.....	2
Anmälan om oro för barn och unga	3
Hinder för orosanmälan	3
Samverkan inom sjuksköterskans område.....	4
Samverkan i team som kärnkompetens.....	4
Samverkan med barnets familj.....	5
Barns levnadsvillkor och förutsättningar för hälsa.....	5
Strategier för professionell samverkan	6
Hinder för samverkan i SIP-möte	7
Samordnad individuell plan för barn	9
Problemformulering	10
Syfte	10
Metod	10
Design	10
Urval	11
Datainsamling	12
Deltagarna	12
Kontext	12
Förförståelse	13
Etiska överväganden.....	13
Dataanalys.....	14
Resultat.....	15
Förutsättningar för samverkan inom barnhälsovården.....	15
Mötas i professionell samverkan	15
SIP-möte med familjen	17
Information om barnets situation	21
Behov av kunskap	22
Kunskap om till barns rättigheter.....	22
Bistå med omvårdnadskunskap.....	24

Tillit och förtroende till barnets familj.....	28
Behov av stöd och handledning	33
Erhållet stöd av kollegor och andra professioner.....	33
Upplevda känslor angående barns situation och samverkan.....	34
Diskussion	36
Metoddiskussion.....	36
Resultatdiskussion	39
Styrning.....	40
Struktur	42
Samsyn.....	45
Kliniska implikationer	48
Slutsats	48
Referenslista	49
Bilaga 1. Forskningspersonsinformation (FPI)	
Bilaga 2. Intervjuguide	

Inledning

Specialistsjuksköterskor inom Barnhälsovården (BHV) möter i sitt arbete barn och deras familjer där det råder missförhållanden i familjen, vilket riskerar att skada barnets hälsa. Specialistsjuksköterskan är då skyldig enligt Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) att göra en anmälan till socialtjänsten och utan dröjsmål skall en Samordnad Individuell Plan (SIP) gemensamt upprättas för de individer som har behov av insatser både från socialtjänst och hälso- och sjukvård enligt Hälso-och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Det ska ske i tvärprofessionell samverkan och i Västra Götalands riktlinjer för samverkan mellan region och kommun anges det att verksamhetschefen ansvarar för att personalens har kunskap och kompetens gällande denna samverkan (Vårdsamverkan i Västra Götaland, 2012a). En rikstäckande statistik över hur många tillfällen för samverkan som sker saknas (Sveriges Riksdag, 2017), trots det kända behovet av barn som har insatser från både socialtjänst och barnhälsovård. Fenomenet kallas av Tyrstrup (2014) för välfärdens organisatoriska mellanrum, ett tillstånd där lagstiftningen, formen och behovet finns men tillämpningen inte sker konsekvent. Barnets och familjens delaktighet i socialtjänstens utredning är ofta begränsad och föräldrar upplever ofta att de saknar information och kunskap om den situationen de befinner sig i, trots att föräldrarna skall vara delaktiga menar Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO, 2019).

Genom att belysa specialistsjuksköterskor i barnhälsovården, deras upplevelse av samverkan med socialtjänsten och barnets familj, så kan kunskap om förutsättningar och främjande för samverkan öka. Det kan innebära att fler barns och deras familjers specifika behov identifieras och stödande insatser sätts in både av hälsofrämjande skäl och när det råder missförhållande i familjen och barnet riskerar att fara illa.

Bakgrund

Sjuksköterskans arbete inom barnhälsovård

Verksamma inom barnhälsovården (BHV) är specialistsjuksköterska inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar (barnsjuksköterska) och specialistsjuksköterska med inriktning till distriktsköterska vilka innehar skyddade yrkestitlar enligt lagen för yrkeskvalifikationer inom hälso- och sjukvård (HSL:FS 2016:64). Specialistsjuksköterskans arbete regleras även av Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:65) som ger professionen legitimitet mot andra aktörer inom området att utföra och bedöma behovet av omvårdnad för barn och ungdomar. Arbetet inom BHV styrs även av Rikshandboken (2020).

I denna studie har enbart barnsjuksköterskor och distriktsköterskor verksamma inom barnhälsovård deltagit och de kommer fortsättningsvis benämnas som sjuksköterska.

Sjuksköterskor inom BHV möter majoriteten av alla nyfödda barn i Sverige, vilket ger barnhälsovården stora möjligheter att främja hälsa och förebygga sjukdom för dessa barn. Familjens och barnets kompetens är lika viktig som sjuksköterskans kompetens och för att familjens situation skall påverkas i en positiv riktning krävs det ett motiverande och hälsofrämjande engagemang, både från sjuksköterskan och från familjen (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017; Coyne, Holmström, & Söderbäck, 2018).

Familjecentrerad vård (Family Centred Care, FCC) är en vårdmodell som inkluderar hela familjen i barnets vård för att barnet skall uppnå så god hälsa som möjligt. För barnet är familjen det konstanta i barnets liv. Enligt FCC är vårdrelationen mellan personal och patienten och dess familjemedlemmar inte hierarkisk, utan bygger på en aktiv relation som resulterar i ett partnerskap mellan sjuksköterskan och barnet/familjen (Harrison, 2010). Sjuksköterskan har kunskap om vikten av en god omvårdnad och intar ofta barnets och dess familjs perspektiv (RfB och SSF, 2016) liksom ett barnperspektiv, som innebär ett vuxet perspektiv på ett barns situation för att se till barnets bästa (Wigert, 2017). Sjuksköterskan kan vid prövning av barnets bästa utgå från ett verktyg (SKL, 2017) som ger handledning hur barns bästa kan prövas utifrån lagstiftning. Denna är en stegvis uppdelad tankekarta där Barnkonventionen, praxis, forskning,

teori, beprövad erfarenhet och det sociala nätverket barnet synliggörs och bearbetas i sina olika delar för att skapa en helhetsbild av barnets situation.

Anmälan om oro för barn och unga

Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) reglerar skyldigheten för alla sjuksköterskor som kommer i indirekt kontakt via en närstående eller direkt via möte med barn och ungdomar, om de får vetskap om eller enbart misstänker att ett barn far illa att anmäla till socialnämnden i kommunen där barnet befinner sig. Anmälan ska ske utan dröjsmål och yrkesverksamma personer kan inte anmäla anonymt. I rollen som yrkesverksam ska sjuksköterskan utgå från sina egna iakttagelser och göra bedömning om ett barn misstänks fara illa. Det behövs således inga tydliga tecken eller bevis för att göra en anmälan till socialtjänsten utan enbart anmälarens oro för barnet. Socialtjänstens personal utreder anmälan och bedömer allvaret i barnets situation. En orosanmälan ska även göras då yrkesverksamma känner oro för att våld eller övergrepp sker i hemmet mot någon av barnets familjemedlemmar. Alla personer kan kontakta socialtjänsten för att få stöd vid en orosanmälan, men enbart yrkesverksamma har rätt till återkoppling av socialtjänsten om utredning startades eller inte (Socialstyrelsen, 2014).

Hinder för orosanmälan

Tidigare studier av hur sjuksköterskor i olika verksamheter orosanmält visar att det finns hinder för att sjuksköterskorna ska anmäla oro för ett barn eller ungdom. I en studie av Lines, Hutton och Grant (2016) hade majoriteten av sjuksköterskorna goda kunskaper om sitt juridiska och etiska ansvar för att uppmärksamma och orosanmäla då barn inte får den omvårdnad de behöver eller utsätts risker av sin omgivning. Sjuksköterskorna upplevde att verksamhetens riktlinjer om orosanmälan då barn misstänktes fara illa var vaga och inte bidrog till stöd i deras beslut att orosanmäla. Att diskutera sin oro för barnet med personal i socialtjänsten upplevde sjuksköterskorna som arbetskrävande och menade att socialtjänsten oftast inte upplevdes som hjälpsamma. I studiens resultat framkom det även att deras oro för ett barns hälsa diskuterades ofta med andra sjuksköterskor, läkare eller chefer och att detta kunde resultera i att sjuksköterskan avstod från att göra en orosanmälan, trots den egna oron. Sjuksköterskorna i studien saknade således tillit till sin professionella bedömning (Lines et al., 2016).

Skolsköterskor som intervjuades i en studie av Engh-Kraft, Rahm och Eriksson (2017) ansåg att de hade bristfällig utbildning för att agera professionellt vid misstanke eller upptäckt av övergrepp av någon elev. I studien framkom brister i skolsköterskans professionella agerande

där elever som uppvisade symtom som ångest, suicidtankar, magont, blåmärken, viktninskning och håravfall, inte gjorde att misstanke om övergrepp väcktes hos skolsköterskorna trots att det senare visade sig vara orsaken till barnets ohälsa. Skolsköterskorna tvivlade på elevernas trovärdighet när de berättade om övergrepp de utsattes för och skolsköterskan undvek att ställa direkta och djupgående frågor till eleverna. En faktor som påverkade skolsköterskornas handlande av anmälan till och samverkan med socialtjänsten gällande övergrepp på elev, var deras erfarenheter av hur samverkan med socialtjänsten varit tidigare (Engh-Kraft et al., 2017).

I en rapport från IVO (2019) kritiserar socialtjänsten hur deras hantering av inkomna orosanmälningar för barn sker. Det är inte tillräckligt dokumenterat hur insatser beslutade från socialtjänsten följs upp och hur socialtjänsten hanterar sin egenkontroll som myndighet. IVO (2019) kritiserar även möjligheterna för delaktighet för barnen i samband med utredningar om barnets och familjens situation.

Samverkan inom sjuksköterskans område

Samverkan i team som kärnkompetens

Centralt i sjuksköterskans arbete är kärnkompetensen samverkan i team vilket innebär samverkan främst med andra professioner och att se till helheten istället för mindre områdesspecifika problem som patienten har (Berlin, 2019). Ett exempel på detta är att barns hälsa påverkas både på lång och kort sikt av deras föräldrars förmåga att ta hand om dem, den sociala kontext de lever i och föräldrarnas hälsa (Socialstyrelsen, 2013).

Ett teamarbete är beroende av att alla teamets deltagare känner utbyte av samverkan och att det finns ett tillåtande förhållningssätt i teamet. Ett team kan vara en grupp som tillsätts för att lösa ett specifikt problem men deltagarna fortsätter att agera utan interagera. Fenomenet kallas pseudoteam och uppstår när deltagarna inte ser vinningen med en tvärprofessionell teamsamverkan. Teamsamverkan kräver flexibilitet av alla dess deltagare, även sjuksköterskan och kan ibland innebära ett visst överskridande av professionsgränserna för att stärka teamet som helhet (Berlin, 2019). Förutsättningarna för en tillitsfull samverkan kan skapas genom att verksamheterna upprättar tydliga gemensamma mål menar Huxham (2003). Vidare anser Huxham (2003) att det är viktigt att teamet utformas så att samverkan inte är avhängigt av olika nyckelpersoner, utan att teamsamverkan är en utformad strategi för arbetet inom olika verksamheter. När professionella inom olika professioner saknar möjligheter till teambildning påverkas deras möjligheter till att känna tillit till varandra och det påverkar hur de agerar mot

varandra. Teambildningen bör vara lokalt avgränsat och pågå under en lång tid, minst tre år, för att vara mest gynnsam för de personer teamet skall samverka om. Det är viktigt för det tvärprofessionella teamet att motarbeta parallellt arbete och på så vis förebygga att resurser slösas bort genom att ge otillräckliga hälsofrämjande insatser från olika håll till familjerna (Huxham, 2003).

Samverkan med barnets familj

Alla patienter och deras närståendes har rätt enligt Patientlagen (SFS 2014:821) att påverka vårdens utformning så långt det är möjligt och Harrison (2010) menar att påverkan kan ske genom delaktighet för hela barnets familj när familjecentrerad vård tillämpas.

Harrison (2010) menar vidare att en god vårdrelation och kommunikation mellan sjuksköterskan och familjen minskar familjens stress och ångest, ökar deras känsla av kontroll vilket bidrar till en bättre hälsa för hela familjen. I en studie av Coyne et al. (2018) beskrivs det att familjer som erhåller en familjecentrerad vård upplever ofta tillit, är nöjda och upplever mindre ångest än de som erhåller traditionell vård. Glenny och Roaf (2008) påvisar att en tidig identifikation av mindre problem i familjer kan genom tvärprofessionell samverkan begränsa problemens storlek. Det innebär att gemensamma resurser kan sättas in i ett tidigt skede för barn och familjer istället för att vara förbehållet för de familjer och barn med en omfattande social och hälso-problematik. När de professionella har en regelbundenhet i sin kontakt undviks det att arbetet med familjen sker parallellt och utan kännedom. Ett hinder för en god samverkan mellan professionella och familjer vilket Huxham (2003) belyser, är att de professionella har en maktposition och det är ofta de som bestämmer plats och tid för möten med familjen.

Barns levnadsvillkor och förutsättningar för hälsa

Barn har rätt att uppnå bästa möjliga hälsa och en för dem anpassad hälso- och sjukvård. Barnets bästa skall framhållas i alla situationer med barn och unga och att alla barn har samma rättigheter och är lika mycket värda, oavsett ursprung, etnicitet, religion eller kön enligt Barnrättslagen (SFS 2018:1197). Folkhälsomyndigheten (2020) definierar ojämlikhet i hälsa som systematiska hälsoskillnader mellan olika samhällsgrupper. Skillnaderna i livsvillkor för socialt och ekonomiskt utsatta grupper visar sig som olika symtom på ohälsa som signifikant skiljer sig från övriga befolkningen. Grupper inom befolkningen som lever under en socioekonomisk utsatthet har ökat i det svenska samhället sedan 2011. Folkhälsomyndigheten (2020) anser därför att det är viktigt att synliggöra att de ökade riskerna för ohälsa för barn som

växer upp i familjer med en lägre levnadsstandard och socioekonomisk utsatthet, som till exempel vid arbetslöshet, psykisk ohälsa, migration eller i familjer där föräldrarna har psykiska funktionshinder. Genom att denna skillnad i förutsättningarna till en god hälsa åskådliggörs kan det hälsofrämjande arbetet inom utsatta grupper starta tidigt i barnets liv, med riktade insatser och på så vis försöka att förekomma eller angripa de problem som kan påverka barns hälsa på ett negativt sätt både på kort och lång sikt.

I Sverige reglerar Föräldrabalken (SFS 1949:381) vårdnadshavarnas skyldigheter att tillgodose barnets behov, men vårdnadshavarna ska enligt Barnrättslagen (SFS 2018:1197) även få stöd av samhället för att kunna tillgodose barnets behov om det krävs. År 2018 orosanmäldes 180 000 barn i Sverige till socialtjänsten, vissa av dem från flera olika verksamheter eller tillfällen. För 38 000 av dessa barn bedömde socialtjänsten att det var nödvändigt att tillfälligt eller långvarigt flytta barnet ur sin familj till ett jourhem, familjehem eller ett hem för vård eller boende (Socialstyrelsen, 2019).

Barns och ungas hälsa och livsvillkor kan inte ses isolerade från föräldrarnas hälsa och svårigheter utan påverkas av vilken förmåga som föräldrarna har att ge goda förutsättningar för barnet. När sociala insatser ges till familjen behöver dessa samordnas med insatser till barnet för att ett gott resultat skall uppnås (Socialstyrelsen, 2013). Socialtjänstens agerande är ofta bristfälligt då de gäller barn som lever under utsatthet vilket uppmärksammas av IVO (2019), ”Brister i socialtjänstens handläggning gör att barn och unga som far illa riskerar att inte få det skydd och det stöd som de har rätt till” (IVO, 2019, s. 40). I riktlinjerna för samverkan gällande barns hälsa (Socialstyrelsen, 2013) påvisas det att ett gott systematiskt arbetssätt utvecklat mellan verksamheterna påverkar barns hälsa positivt.

Strategier för professionell samverkan

Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsens (2013) vägledning för samverkan kring barns som riskerar att fara illa, har identifierat olika professioners kompetens och uppdrag som en styrka i tvärprofessionell samverkan. De har gemensamt utarbetat en modell för det tvärprofessionella samverkansarbetet strategi baserat på tre S:n, Styrning, Struktur och Samsyn. Genom en engagerad ledning kan *styrningen* av verksamheterna påverka den tvärprofessionella samverkan positivt. Att som chef eller ledare främja samverkan ges samverkan en legitimitet i det dagliga arbetet. Detta kan till exempel göras genom att avsätta

tid för uppföljning och utvärdering av samverkansprojekt regelbundet. Ett annat exempel på hur en chef eller ledare kan främja tvärprofessionell samverkan är att låta medarbetare reflektera över de riktlinjer som finns upprättade och hur stödet ser ut. När olika verksamheter upprättar en tydlig *struktur* genom avtal, riktlinjer, handlingsplaner, samordnarfunktioner, och en Samordnad Individuell Plan (SIP) påverkas de olika verksamheternas möjligheter till en fungerande samverkan, alla vet sitt ansvar och kan fullfölja sitt uppdrag på bästa möjliga sätt. Professioner som skall samverka behöver även ha viss kunskap om varandras uppdrag, resurser och begränsningar. Förutsättningar för aktuell kunskap ökar om gemensamma möjligheter till kontakt och direkt kommunikation med varandra finns. Genom att anordna gemensamma fortbildnings- och samverkansmöten för de olika verksamheterna ges en förbättrad kompetens för personalen och det skapas möjligheter för relationer emellan personalen från olika verksamheter. *Samsyn* kan skapas genom kunskap och tillit till varandras professionskunskap, en god professionell relation sinsemellan och ett gemensamt ledningsstöd. Personalens kunskaper om lagstiftningen som berör barn, samt olika risk- och skyddsfaktorer för barn och unga ligger till en gemensam kunskapsgrund om barns möjligheter till förbättrade livsvillkor och ökad hälsa (Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsens, 2013).

Hinder för samverkan i SIP-möte

En studie av Widmark et al. (2016) belyser samverkan ur socialtjänstens personals- och barnpsykiatri-sjuksköterskors perspektiv. Personalen inom socialtjänsten upplevde att sjuksköterskorna inte arbetade flexibelt och helst ville komma med färdiga lösningar innan samverkan inletts. Sjuksköterskorna ansåg att socialtjänsten inte satte in tillräckliga hälsofrämjande insatser till familjerna, trots att sjuksköterskorna påpekade familjernas behov till socialtjänsten. Sjuksköterskorna upplevde även att socialtjänsten problematiserade deras hälsofrämjande arbete och att socialtjänsten ansåg att de behov sjuksköterskan identifierade för barnet var för vida och för långtgående i framtiden (Widmark et al., 2016).

Svårigheter i samverkan mellan sjuksköterskor och socialtjänst som beskrivs även i Lines et al. (2016) där sjuksköterskor beskriver brist på tillit och saknar tilltro till att socialtjänsten agerar på korrekt sätt. Socialtjänsten uppvisar enligt IVO (2019) brister på vård, behandling och stöd för barn som är i behov av att vistas i stödboenden. Bristerna handlar både om hur barnets skrivs in i verksamheten och hur insatserna följs upp av socialtjänsten. Ett annat hinder är upplevelsen

av tidsåtgången för samverkan beskriver Huxham (2003) att personalen i olika verksamheter upplever att processen kring samverkan mellan verksamheterna tar för mycket tid från deras egen verksamhet. Både socialtjänstens personal och sjuksköterskorna anser att tiden som spenderas på samverkan ibland blir mer tidskrävande än om de själva hade lagt tiden på barnets/familjens specifika problem. Detta påverkar dem att bli mindre benägna att både initiera och delta i samverkan.

I en utredning gjord av Sveriges Riksdag (2017) gjordes försökt att utvärdera tillämpningen av SIP-möte. Det var svårt att uppskatta en generell tillämpning från alla olika verksamheter då det inte förs någon statistik av vårdsamverkan i SIP. Detta innebär att det inte är möjligt att följa upp resultatet av samverkan mellan olika verksamheter, då man inte vet vem, hur ofta eller var samverkan sker i Sveriges alla verksamheter. I barnhälsovårdsrapporten från Region Skåne (2017), beskrivs frekvensen av samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten. Tio barnhälsovårdsenheter uppgav att de samverkade om mellan 3-8% av inskrivna barn, medan 67 barnhälsovårdsenheter menade att de inte hade någon samverkan alls. Detta visar att frekvensen av samverkan är olika för olika enheter med samma uppdrag. Familjecentraler samverkade i högre grad, samverkan skedde för 1,29% av alla inskrivna barn, jämfört med traditionella barnavårdscentraler, där samverkan skedde för 0,26% av de inskrivna barnen.

Samordnad individuell plan för barn

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) beskriver att personer som har behov av insatser både från socialtjänst och hälso- och sjukvård, för dem ska en individuell plan upprättas utan dröjsmål. Inom Västra Götaland kallas mötet mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, där man upprättar en SIP, för SIP-möte eller Västbus-möte. Västbus är ett lokalt namn för ”Gemensam riktlinjer för kommunerna och region i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik” som är utgiven av Vårdsamverkan i Västra Götaland (2012a).

Fortsättningsvis i denna studie kommer mötet mellan BHV och socialtjänsten där en SIP upprättas att benämnas som *SIP-möte*.

Alla verksamheter med anknytning till barnet/familjen kan kallas till SIP-mötet vars syfte är att identifiera behoven av professionella insatser. Familjen behöver vid SIP-mötet enbart berätta sin historia en gång och alla tillkallade professionella tar del av samma berättelse och har möjlighet att ställa direkta frågor till familjen om något är oklart. Verksamheten ska representeras av en person som i sitt yrke har anknytning till familjen och SIP-mötet skall ske inom tre veckor från kallelsen. Samverkansskyldighet föreligger i SIP-mötet vilket innebär att det ska prioriteras inom varje kallad verksamhet. Det är verksamhetschefens ansvar att understödja ett gott individuellt samordnat omhändertagande för familjen. Sekretessen mellan de olika verksamheterna regleras genom ett skriftligt avtal med familjen som gör att de professionella som deltar får samverka utan att begå sekretessbrott. Sammankallande till mötet upprättar en nerskriven SIP för insatserna som beslutas om och på så vis klarläggs ansvaret ytterligare då varje verksamhet ansvar för sitt område av samverkan. För att upprätthålla och ha god kännedom om förfarandet vid av SIP-möten kan det krävas kompetensutveckling för all yrkesverksam personal. Verksamheterna är skyldiga att erbjuda personalen möjligheter till erfarenhetsutbyte så att samverkan kan åstadkommas (Vårdsamverkan i Västra Götaland, 2012a). Speciellt utformade riktlinjer för hur samverkan ska gå till när det gäller familjehemsplacerade barn finns också, där det utförligt beskrivs vilka insatser de olika verksamheterna bör göra för att övergången mellan den vård som barnet erhåller i sin familj, samverkar med den vård som familjehemmet är knutet till (Vårdsamverkan i Västra Götaland, 2012b).

Det finns även en gemensam överenskommelse gällande vid oro för väntat barn, vid en graviditet där det ofödda barnet riskerar att fara illa då det föds, mellan region och kommun (Västkom & VGR, 2020) som reglerar när det ska initieras samverkan. Samverkan mellan kommun och region för det ofödda barnet benämns olika beroende på vilken riktlinje som upprättas lokalt. Inom Fyrbodal kallas den formen samverkan för Very Important Baby (VIB) (Närhälsan, 2020). I denna studie kommer dessa möten kallas *VIB-möte*.

Problemformulering

För att tillsammans med barnets familj på ett så bra sätt som möjligt kunna kartlägga de insatser och stöd som barnet och familjen behöver krävs samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Riktlinjer och lagstiftning angående barn med insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst är tydliga, men trots detta framkommer brister i både det professionella agerandet och i verksamheternas strukturerade samverkan. Genom att belysa sjuksköterskor i barnhälsovården, deras perspektiv och upplevelse av samverkan med socialtjänst om barnets familj, så visualiseras problem och möjligheter angående samverkan inom både professionen och det tvärprofessionella teamet.

Denna studies resultat kan även ligga till grund för fortsatt forskning om hur samverkan mellan barnhälsovård och socialtjänst sker i Sverige, vad samverkan påverkas av och hur barnets och familjens rätt till stödjande och hälsofrämjande insatser påverkas av de professionellas samverkan.

Syfte

Denna studie belyser hur sjuksköterskor inom barnhälsovården upplever samverkan med socialtjänsten angående barn och deras familjer.

Metod

Design

Studien är en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie. Intervjuerna analyseras med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Elo och Kyngnäs (2008).

Urval

Författaren kontaktade totalt 33 sjuksköterskor inom BHV, både i kommunal och privat regi. Urvalet skedde inom en större region för att även mindre kommuners samverkan skulle representeras i studien och var ändamålsenligt för syftet. Inklusionskriterierna var specialistutbildade sjuksköterskor som hade erfarenhet av orosanmälan och samverkan i SIP inom barnhälsovårdens område.

Kontakten med sjuksköterskorna skedde antingen via mejl, Facebook eller telefon för att rekrytera deltagare till intervjustudien. En sjuksköterska svarade direkt i telefonen och kunde inkluderas i studien. Författaren lämnade meddelande till 24 sjuksköterskor via telefon, antingen via BHV:s telefonsvarare eller via en annan administrativ personal på vårdcentralen som lämnade meddelandet till sjuksköterskan. Författaren lämnade i meddelandet en kort information om studien tillsammans med kontaktuppgifter, bad dem ringa upp. Totalt kontaktades tretton barnvårdcentraler mer än en gång antingen via att författaren lämnade ett nytt telefonmeddelande eller att författaren mejlade om mejladress fanns tillgänglig, då ingen återkoppling skett. Totalt 18 barnhälsovårdcentraler återkopplade via telefon eller mejl till författaren och av dessa valde fem sjuksköterskor att delta i studien. Tolv sjuksköterskor uppgav att de inte kunde medverka i studien på grund av att de inte uppfyllde inklusionskriteriet att ha medverkat i ett SIP-möte inom sitt arbete i barnhälsovården. En sjuksköterska avböjde att delta på grund av en belastad arbetssituation.

Tre sjuksköterskor kontaktades genom att deras mejladresser erhöles av före detta kollegor till författaren. En sjuksköterska valde att delta i studien, de andra två sjuksköterskorna återkopplade inte till författaren. Två deltagare rekryterades via så kallat snöbollurval, dvs att efter en intervju ombads sjuksköterskan att lämna kontaktuppgifter till de personer som eventuellt skulle kunna vilja delta i studien. Vid två tillfällen kunde inte de kontaktade sjuksköterskorna inkluderas via snöbollsurvalet då de inte uppfyllde inklusionskriterierna.

Åtta barnhälsovårdcentraler som kontaktades via telefon återkopplade aldrig till författaren, och tre barnhälsovårdcentraler som författaren försökte kontakta via familjecentralens Facebooksida återkopplade aldrig.

Forskningspersonsinformation (FPI) (Bilaga 1) mejlades både till deltagarna och till deras verksamhetschefer. Deltagarna erhöles både skriftlig och muntlig information om studien i

samband med intervjun. I FPI:n informerades deltagarna om syftet med studien, att deltagandet var frivilligt och om möjligheten att när som helst avbryta sin medverkan utan att behöva ange orsak. I FPI:n stod även kontaktuppgifter till ansvariga för studien för att deltagarna skulle kunna kontakta dem och ställa frågor, samt hur de kan del av resultatet av studien.

Datainsamling

Totalt intervjuades nio specialistsjuksköterskor på nio olika barnhälsovårdscentraler mellan oktober - november 2020. Tre av intervjuerna genomfördes på plats i barnhälsovårdens lokaler och sex av intervjuerna via telefon efter deltagarens önskemål eller efter de lokala restriktionerna relaterat till Covid-19 pandemin (29 oktober 2020). Intervjuerna var semistrukturerad med en inledande öppen fråga; ”Kan du berätta för mig hur du upplever det att samverka med socialtjänsten när du gjort en orosanmälan”? som följdes av följdfrågor utifrån det som deltagaren beskrev och ytterligare öppna strukturerade frågor (Intervjuguide, Bilaga 2). För att säkerställa att deltagaren haft möjlighet att berätta allt den önskades var den sista frågan formulerad; Är det något mer du vill berätta om samverkan angående SIP och orosanmälan? Deltagarna tillfrågades även hur de upplevt att bli intervjuad.

Intervjuerna tog mellan 18-35 minuter (m=29 minuter).

Deltagarna

Samtliga deltagare var kvinnor och var mellan 38-59 år (m=49 år). De var legitimerade sjuksköterskor och arbetat som sjuksköterska mellan 13-35 år (m=20 år), specialistsjuksköterskeutbildning sedan mellan 3-30 år tillbaka (m= 10 år). De arbetade antingen på en barnhälsovårdcentral eller på en familjecentral. Verksamheterna var antingen i kommunal eller privat regi.

Kontext

De barnhälsovårdscentraler som sjuksköterskorna arbetade på var belägna i stad och på landsbygd. Sjuksköterskan har som tätast kontakt med barnet och dess familj under barnets första levnadsår och vid de åldersrelaterade vaccinationer och hälsoundersökningar som görs enligt Rikshandboken Barnhälsovård för professionen (2020).

Förförståelse

Författaren i denna studie är specialistsjuksköterska, barnsjuksköterska med erfarenhet av kirurgisk vård för vuxna, neonatal sjukhusvård och barnmedicinsk mottagning och har erfarenhet av att möta barn och familjer i behov av samverkan mellan olika verksamheter. Författaren har även erfarenhet som förälder till tre barn i behov av barnhälsovård. Författaren har i sitt yrkesliv upplevt att när professionella samverkar anses familjen inte vara en lika viktig part i samverkan som de professionella. Författaren har även förförståelsen av att olika verksamheter inte samverkar strukturerat då det gäller barn i lika hög grad som vuxna med svårigheter. Det kan innebära för familjen att de inte erbjuds ett SIP-möte, utan att de professionella har olika oformella möten som föräldern utan att delta får ge godkännande till. Författaren tror att samordnade individuella planer inte upprättas för alla barn som har behov av det och att sjuksköterskorna behöver få mer stöd i sin profession kring dessa familjer. Författarens förförståelse var att styrning, struktur och samsyn för samverkan skiljer sig åt inom barnhälsovården.

Etiska överväganden

Universitetet tillsammans med studenten ansvarar för ett etiskt genomförande av studien, examensarbete på avancerad nivå kräver inte en etisk prövning i nämnd men skall genomföras med de etiska riktlinjer som finns enligt lagen om etikprövning (SFS 2003:460). Denna studie värnar om deltagarens integritet, autonomi och anonymitet enligt Vetenskapsrådet (2020). En fördel med deltagande i studien kan vara att bidra till ökad kunskap om upplevelser av samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten.

Det fanns inga förväntade fysiska risker med att delta i studien. En risk som identifierades med telefonintervjuer kan vara att fysiska signaler från deltagaren förbises och att intervjuaren på så sätt omedvetet överträda deltagarens integritet, för att detta skall ske iakttas särskild av intervjuaren vid dessa tillfällen (Kvale & Brinkmann, 2017). Intervjufrågorna väckte hos en del deltagare olika känslor vilket författaren samtalande en stund med deltagaren om efter att inspelningen var avslutad. Intervjuerna spelades in via en applikation på en Iphone, transkriberades därefter. Inga namn eller utelämnande uppgifter spelades in för att skydda deltagarens identitet. Citat i studien benämns med "Sjuksköterska" följt av ett nummer 1- 9. Data sparades tills examensarbetet var godkänt, sedan kasserades detta.

Dataanalys

Författaren utförde intervjuerna och transkriberade dem vilket gav god kännedom om det insamlade datamaterialet. Författaren läste igenom datamaterialet flera gånger initialt och diskuterade med handledaren, som även läste intervjuernas innehåll. Under analysen framkommer olika notat ur texten. Notaten grupperas efter gemensamt innehåll i förhållande till syftet, och subkategorier framkommer för att sedan bilda huvudkategorier som utgör studiens resultat. Inget av materialet som tillhör syftets frågeställning får exkluderas och subkategorierna skall vara så tydliga att notat inte hamnar i flera olika huvudkategorier (Elo & Kyngnäs, 2008). Resultatet av studien presenteras med flera citat. Huvudkategorier som framkom var *Förutsättningar för samverkan*, *Behov av kunskap*, och *Behov av handledning och stöd* vilket resultatet presenterades under.

Tabell 1: Huvudkategorier och subkategorier

Huvudkategori	Subkategori
<i>Förutsättningar för samverkan</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Mötas i professionell samverkan▪ SIP-möte med familjen▪ Information om barnets situation
<i>Behov av kunskap</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Kunskap om barns rättigheter▪ Bistå med omvårdnads kunskap▪ Tillit och förtroende till barnets familj
<i>Behov av handledning och stöd</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Erhållet stöd av kolleger och andra professioner▪ Upplevda känslor om barns situation och samverkan.

Resultat

Förutsättningar för samverkan inom barnhälsovården

Sjuksköterskorna hade samverkat både med biologiska föräldrar och familjehemsföräldrar: deras kontaktpersoner och närstående. Professionella som sjuksköterskorna samverkat med var personal från socialtjänsten: mottagningsenhet, missbruksenhet, individ och familjeenhet och annan behandlingspersonal. Andra sjuksköterskor som sjuksköterskorna samverkat med arbetade inom barnmedicin, vuxenpsykiatri och habiliteringen, samt barnmorskor i mödravården och på BB. Ytterligare professioner samverkan sker med var: kuratorn på familjecentralen och vårdcentral, socionomer och förskolelärare inom öppen förskola, hörselverksamheten, vårdcentralens psykiatriska samordnare, förskollärare och förskolechefen, sjukgymnast, mödrabarnpsykolog och BHV-läkare.

Sjuksköterskorna upplevde att samverkan med socialtjänsten var ofta var otillräcklig, ibland rentav dålig och de ansåg att genom att samverkan förbättras hade det kanske inneburit att socialtjänsten kunnat kopplas in tidigare kring barn med olika riskfaktorer för ohälsa. Genom att kartlägga behovet av riktat stöd till föräldrarna och erbjuda tidiga hälsofrämjande insatser och hade symtomen på ohälsa hos barnet kunnat förebyggas. När samverkan saknades upplevde sjuksköterskorna att familjens bekymmer i slutändan hamnade hos dem, sjuksköterskan på BHV, och familjens situation påverkade barnets hälsa negativt. Att avsätta tid för samverkansmöten upplevdes viktigt för sjuksköterskorna, inte bara med familjerna, utan även i olika verksamhetsnivåer. Sjuksköterskorna upplevde att synsättet mellan socialtjänsten och sjuksköterskan skilde sig och strukturen för samverkan skedde skilde sig emellan sjuksköterskornas arbetsplatser, både hur samverkan sker på ett professionellt plan inom olika kommuner och hur samverkan strukturerades på individuellt plan för familjerna.

Mötas i professionell samverkan

Samtliga sjuksköterskor träffades i centrala barnhälsovårdens team och samverkade på en yrkesspecifik professionell nivå, och de samverkade även på kommunal nivå där alla verksamheter som träffade barn och familjer inom kommunen ingick. En sjuksköterska berättade att hon avsatte tid för att besöka förskolorna i kommunen en gång per termin. Några kommuner arrangerade samverkans möte med öppna förskolan, sjuksköterskorna i BHV, barnmorskorna i mödravården och socialtjänstens personal en gång per år. Sjuksköterskorna

samverkade även i så kallade VIB-grupper två till fyra gånger per år: med barnmorskorna, pedagogerna och kuratorn på öppna förskolan och personalen från socialtjänstens familjeenhet. Innehållet i VIB-träffarna var besök av mottagningsenheten från socialtjänsten som berättat fördjupat om deras roll och uppdrag och sjuksköterskorna önskade att missbruksenheten skulle göra detsamma. En sjuksköterska berättade att samverkan startade med VIB-grupperna och fungerade som "en väg" mellan verksamheterna, för att sedan förändras till SIP-grupp för att inkludera alla barn mellan 0-6 år.

Sjuksköterskorna upplevde hinder för samverkan när en part inte dyker upp till samverkansmöten mellan de professionella. Det leder till att samverkansmötets funktion brister och att relationen mellan verksamheterna påverkas negativt. Sjuksköterskorna hade erfarenheter av att olika verksamheter som socialtjänsten eller barnmorskorna inte var representerade i samverkansmöten. Vid flera samverkansmöten hade en sjuksköterska varit med om att det kommit en representant för barnmorskorna, som inte arbetade som barnmorska i mödravården. Sjuksköterskan upplevde detta konstigt då representanten fick mer rollen som en observatör i mötet, och inte kunde ju inte tillföra upplevda problem eller lösningar till diskussionen under samverkansmötet.

En sjuksköterska berättade att hon upplevde det lättare att samverka nu när hon arbetar på en familjecentral jämfört när hon arbetade på ett traditionellt BHV. Sjuksköterskorna tyckte att personal som var delvis anställda på familjecentralen och delvis anställda i socialtjänsten fungerade som en bra länk mellan verksamheterna. Den personalen förmedlade kontakt mellan sjuksköterskan och familjens handläggare och påvisade ibland socialtjänsten om behovet av att inbjuda sjuksköterskan till delaktighet i SIP-möte. En annan sjuksköterska berättade att familjecentralen har strukturerad tid för samverkan en dag per vecka då professionerna möts. Sjuksköterskan delade tjänsten på familjecentralen med en sjuksköterska från en annan vårdcentral. Samverkan mellan sjuksköterskorna blev på så vis även verksamhetsöverskridande mellan olika vårdcentraler. En annan sjuksköterska berättade om att familjecentralen kopplad till alla BHV-er och att alla sjuksköterskor på så vis har regelbundna möten och samverkan.

Sjuksköterskorna ansåg för att underlätta kontakten med socialtjänsterna att det var viktigt att ha kännedom och direkta kontaktuppgifter till personalen. Sjuksköterskan fick i samverkan

under SIP-mötet en god insyn i vilka olika roller de professionella hade och upplevde att det underlättade kontakten angående familjerna efter SIP-mötet. Hög personalomsättning inom socialtjänsten och det tungt belastande arbetet inom socialtjänsten, kände sjuksköterskorna förståelse för. Men att sjuksköterskorna upplevde att samverkan påverkades negativt av personbytena. Samverkan med socionomer och förskolelärare inom öppna förskolan eller familjeförskolan kändes lättare än att samverka med de som var anställda i socialtjänsten. En sjuksköterska upplevde det lättare att samverka med nyexaminerad personal på socialtjänsten då de upplevdes vara mer inställda på samverkan och gemensamma träffar med sjuksköterskan.

När sjuksköterskorna hade en god relation med personerna på socialtjänsten upplevdes det inte så jobbigt att ringa och ”bolla sina ärenden” med socialtjänstens personal, den relationen upplevde sjuksköterskorna har förbättrats efter att de börjat samverka mer strukturellt. När de samverkat om flera eller samma familj, eller var i samverkansgrupp, bidrog det till en trygghet att de professionella kände varandra och de kände de modet att bjuda in till samverkan även om att anledningen var av förebyggande och hälsofrämjande karaktär.

SIP-möte med familjen

Trots att ambitionen var att samverka mer, deltog inte sjuksköterskorna i SIP-möte särskilt ofta trots att de på samverkansmöten med socialtjänsten bestämt att de gemensamt skulle träffa familjerna. En sjuksköterska berättade att alla möten med andra huvudmän på BHV definieras som SIP-möte som det finns en åtgärdskod att registrera. Sjuksköterskorna upplevde att samverkan med socialtjänsten genom SIP-möte fungerade bra, de upplevde att formen och strukturen i SIP-mötet var en styrka, men upplevde att de inte alltid har en självklar roll i samverkan kring familjerna och att de ibland behövde strida för att bli delaktig i samverkan. En sjuksköterska påtalade att verksamheten som känner behov av SIP-möte är skyldiga att kalla och hålla i mötet. Ibland upplevde sjuksköterskan att verksamheterna, skulle kunnat se behovet och erbjudit SIP-möte tidigare i barnets liv.

”Det hade nog kanske blivit ännu bättre om setts för många år sedan egentligen. Att man hade samverkat redan då”. (Sjuksköterska 1)

Några upplevde att samverkan kändes lättare kring de yngsta barnen, att samtliga professioner var mer aktiva tidigt i barnets liv. Ibland saknades en strukturerad uppföljning vilket ledde till

att samverkan kring familjen rann ut i sanden när barnet blev äldre. Sjuksköterskorna upplevde det positivt att skapa en relation till föräldrarna när de följde barnet och dess utveckling från spädbarn till dess barnet var 6 år och möta föräldrar som var i en svår social situation innan deras barn föddes i ett VIB-möte. Sjuksköterskorna hade mer erfarenhet av samverkansformen för VIB än SIP. En uppföljning av det överenskomna i SIP-mötet var en trygghet och sjuksköterskorna ansåg att det är mycket viktigt att de professionella håller sina överenskommelser sinsemellan, som att rapportera muntligt mellan BB och BHV, det påverkar möjligheten för sjuksköterskan att göra ett snabbt hembesök. Ibland framkom det brister när en eller flera parter inte följde den samordnade individuella planen.

När sjuksköterskorna kände personalen på socialtjänsten kunde de samtala innan om hur formen för mötet skulle ske. En sjuksköterska berättade om att de hade regelbunden samverkan i SIP-möten om ett barn är placerat i familjehem och att kontinuiteten i den samverkan upplevdes mycket positiv. En sjuksköterska påtalade att det tog mycket tid i anspråk med fysiska möten, men att hon ansåg att första mötet ska vara i fysisk form för att underlätta för relationen mellan deltagarna. Anledningen till valet av plats för att hålla SIP-mötet berättade sjuksköterskorna hade varit olika: de hade haft SIP-möte på kommunkontoret för att lokalen passade bra. En sjuksköterska upplevde det särskilt tryggt att ha SIP-mötet på socialtjänstens kontor för att det var en lokal med hög säkerhet. Ibland hade föräldrarnas behov fått styra och de hade de haft SIP-mötet på mödravården i samband med en graviditetskontroll eller på BHV i samband med ett hälsobesök för barnet. SIP-mötena hade även hållits digitalt i pga. Covid-19 pandemin eller via trepartssamtal på telefon.

Sjuksköterskorna upplevde att det var positivt för föräldrarna att få en konkret plan att följa då föräldrarna ofta behövde en ökad struktur. Sjuksköterskorna upplevde det positivt att barnets behov av kontakt med BHV prioriterades av socialtjänsten, även vid de tillfällen då familjen vistades i hem för föräldrar och barn eller när socialtjänstens personal tillsåg att föräldern kom till BHV med sitt barn varje vecka.

”...bättre är det ju att föräldrarna har ju mer fokus, eller är mer tvungna att ha mer fokus på barnet. Det är ju verkligen det vi alla lyfter då, och gör dem medvetna om och vilka brister det rör sig om och så...”. (Sjuksköterska 6)

I samverkan har sjuksköterskorna upplevt att hela bilden av barnets situation blivit tydlig. Sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna hade nytta av att se och förstå de olika professionernas uppdrag då föräldrarna ibland både saknade kunskap om barnets behov och motivation till att söka hjälp för sin situation av olika verksamheter. När familjen och de olika professionerna delger sin syn på situationen, de hör samma saker och har möjlighet att ställa frågor, då kompletterar de varandras kunskaper och perspektiv så kan en gemensam bild av barnets och familjens situation träda fram. I familjer med stora behov hade socialtjänsten och sjuksköterskan flera möten, ibland upp till ett tiotal och genom samverkan fick sjuksköterskan en ökad förståelse för hur personalen på socialtjänsten arbetar och resonerar kring olika problem.

”Man samlas vid en SIP alla de berörda runt barnet, att alla är med och hör samtidigt vad som bestäms vad som finns. Ja, att allting läggs på bordet och föräldrarna får ju också den möjligheten då, det är ju inte bara vi i våra olika yrkeskategorier om man säger så som samverkar, utan även barnets familj. Utan alla kommer ju till tals, och tillsammans kan vi hjälpas åt för att komma till en bra lösning och en fortsättning, så det är absolut en möjlighet”. (Sjuksköterska 6)

Sjuksköterskorna påpekade att i SIP-mötet ska de olika verksamheterna presentera och erbjuda familjen insatser, både praktiska saker och stöd. Under SIP-mötets gång löses ibland problemen direkt som boka tid till kurator eller läkare. Det var även viktigt för sjuksköterskorna att ansvaret sinsemellan de olika professionerna kunde klargöras när ett barn har flera vårdgivare. SIP-mötet behövde ibland ske enbart för att belysa var och ens del i samverkan, att försäkrat sig vilka insatser som pågår och att rätt stöd ges till familjen. En sjuksköterska hade deltagit i ett SIP-möte där det fanns moderator, anställd av socialtjänsten, med uppdrag att strukturera mötet. En annan sjuksköterska berättade om ett SIP-möte där allt skrevs ner på en Whiteboard under mötets gång för att åskådliggöra familjens styrkor och svagheter, både de professionellas och föräldrarnas upplevda problem, rädslor och möjliga lösningar. Allt på Whiteboarden sammanställdes sedan till den individuella planen. Både att använda en oberoende moderator och att visualisera problemet upplevdes väldigt professionellt av sjuksköterskorna, de ansåg att det gav både de professionella och familjen möjligheter för att komma till tals och att ställa frågor samt att konkretisera under SIP-mötet vad som just nu var det största problemen och identifiera behovet av stöd för familjen.

Sjuksköterskorna var ibland ensamma i sin profession under SIP-mötena, men ibland deltog sjuksköterskor från andra verksamheter som barnmedicin, barnpsykiatri och barnhabiliteringen. Under SIP-mötena var det ofta två eller fler yrkesverksamma från socialtjänsten, i olika roller som handläggare och familjebehandlare. En sjuksköterska berättade om att socialtjänsten och sjuksköterskan setts en stund innan SIP-mötet:

”... jag fick oftast komma in en liten stund innan så att vi också kunde få prata ihop oss lite grann innan mötet. Och för mig kände jag att det betydde mycket att jag fick den stunden för jag var också ensam i min profession och med mina åsikter och hur jag upplevde situationen. Då var det skönt att vi kunde ”lufta” lite tillsammans innan föräldrarna kom in. Så det tyckte jag var bra, sedan är det inte alltid brukligt att man skall göra så, men vi gjorde så vid några av tillfällena”. (Sjuksköterska 6)

Sjuksköterskorna berättade att de nekats av socialtjänsten att delta i SIP-möte. När en sjuksköterska önskade samverka upplevde hon socialtjänsten svår att få kontakt med och motvillig till samverkan. En annan sjuksköterska berättar om att socialtjänsten avstyrat samverkan med sjuksköterskan trots föräldern önskemål: *”Jag och familjen har haft önskemål om att vi skall träffas och samverka, då har föräldrarna själva önskat att jag ska vara med som känner familjen och barnet men då har socialtjänsten sagt att de inte tycker att det behövs”.* (Sjuksköterska 3)

En annan sjuksköterska berättade att hon var inbjuden till VIB-möte innan barnet var föddes men efter att barnet var fött, inte blev inbjuden till SIP-möte trots att hon träffade familjen en till två gånger i veckan. Sjuksköterskan, och flera andra professionella hade reagerat på det beslutet. Sjuksköterskan hade även framfört efteråt till socialtjänsten att hon ansåg det var ett misstag som inte borde upprepas.

Information om barnets situation

Sjuksköterskorna ansåg att med den digitala utveckling som fanns det en risk att barnets journal och annan information som finns om barnets situation inte finns tillgänglig som en helhet för olika professionella. Sjuksköterskorna menade att det borde för yrkesverksamma finnas en gemensam dokumentation om barnet för att skapa kunskap om barnet, för att stärka barnets behov av skydd och skapa möjligheter till gemensam insyn. Verksamheternas olika system för datainformation upplevdes ett hinder av sjuksköterskorna. Det ansågs ålderdomligt att faxa in orosanmälningar som läses in manuellt i vårdens och socialtjänstens system. Även dokumentationen från SIP-mötet saknades som löpande i barnets journal utan fanns inläst som pappersbilaga. Sjuksköterskorna tyckte att det var viktigt att alla professionella i SIP-mötet kan ta del av all information och att informationen inte ägs av en part, utan dokumenteras i en samordnad individuell plan (SIP) som finns tillgänglig både för familjen och för de professionella.

Sjuksköterskorna påpekade att problematiken hos föräldrarna kunde vara enda orsaken till att samverkan för barnet behövdes och samverkan inte kunde ske utan förälderns tillåtelse. Sjuksköterskorna hade erfarenhet av att föräldrarna inte alltid förstår att de professionella agerar utifrån barnets bästa och att det ibland skiljer det sig åt vad de professionella anser och vad föräldrarna anser vara barnets bästa. En sjuksköterska beskriver det som att de professionella ibland försöker "få in föräldern i rätt bana och att denne stretar emot". Sjuksköterskorna upplevde det som ett hinder i sitt yrkesutförande när familjen inte godkände samverkan. Ibland upplevde sjuksköterskorna att föräldrarna "spelade" ut de professionella aktörerna emot varandra, när de inte samverkade.

Samtliga sjuksköterskor hade kunskap om sekretessen från socialtjänstens sida till BHV, om inte föräldern lämnat sitt medgivande. Trots det upplevdes sekretessen olika, då en del sjuksköterskor upplevde den som nästan som ett fysiskt hinder och beskrev sekretessen som en "stängd dörr", "en vägg" "en stängd gräns" eller "ett stängt rum". Sekretessen upplevdes som en ojämlikhet mellan sjuksköterskorna och socialtjänsten.

”De har tystnadsplikt mot oss, och vi har inte det mot dom. Och det tycker vi är synd, jag säger vi för att det är så jag uppfattar samtliga BVC-sjuksköterskor som jag pratar med angående detta ämne att vi saknar den insynen”. (Sjuksköterska 3)

Sjuksköterskorna upplevde att även om de önskar återkoppling så är det inte alltid de får återkoppling från socialtjänsten om en utredning startats eller inte och att de ibland ringer socialtjänsten för att få återkoppling om deras orosanmälan. En sjuksköterska som anmält oro för ett barn på socialtjänstens webb-tjänst saknade den versionen möjligheten att kryssa i om yrkesverksamma önskar återkoppling av socialtjänsten. Sjuksköterskan önskade återkoppling i den löpande texten för orosanmälan, men tyckte att det var anmärkningsvärt att formuläret på webbtjänsten skiljer sig från pappersversionen. En sjuksköterska uppgav att hon önskade att när socialtjänsten fick en anmälan, tog kontakt med sjuksköterskan för ett samtal medan en annan kände sig trygg med att socialtjänsten tog kontakt med sjuksköterskan vid undran om orosanmälan. En sjuksköterska upplevde att socialtjänsten inte var intresserade av sjuksköterskans uppfattning utan enbart intresserade av barnets journal.

Behov av kunskap

Sjuksköterskorna i studien upplevde det viktigt att agera för att identifiera och tillse barnets behov genom orosanmälan eller samverkan för att barnets bästa skulle kunna prioriteras. Att vara delaktig i samverkan beskrevs som att finnas som professionell för barnet och att i sin yrkesroll var opartisk mellan föräldrar och andra professionella. Sjuksköterskorna beskrev att det var viktigt att belysa upplevelsen av samverkan ur sjuksköterskans perspektiv samt att det finns ett behov av ytterligare fördjupad kunskap om samverkan på BHV.

Kunskap om till barns rättigheter

Sjuksköterskorna ansåg att de hade goda möjligheter att upptäcka missförhållanden för barn speciellt under spädbarnstiden, då de har en tät kontakt med familjen. När sjuksköterskan kände oro för ett barn eller oro för föräldrarnas förmåga att ta hand om sitt barn, så avsattes mer tid för längre och tätare besök för familjen, som två besök på BHV i veckan eller fler hembesök. Att fatta beslutet om att orosänmäla upplevdes svårt och var en utmaning för sjuksköterskornas relation med familjen. Sjuksköterskorna tyckte det var en styrka att de själva bedömde familjens individuella behov av stöd och de planerade därefter. Sjuksköterskorna upplevde att ibland är

det inte konkreta saker som föräldern eller barnet gör som väcker deras oro, utan mer helheten av hela familjens situation tillsammans med sjuksköterskans kunskaper och erfarenhet.

”Magkänslan säger någonting, men jag kan inte exakt ta på det men jag vill ändå orosanmäla. Alltså det är svåra bitar alltså”. (Sjuksköterska 5)

Några av sjuksköterskorna upplevde att de hade fler familjer med social utsatthet än deras kollegor på BHV. Den mest troliga orsaken till detta var att sjuksköterskan även arbetade med familjer i migration, att de arbetade på en familjecentral eller de hade längre erfarenhet av barn i riskmiljöer än sina kollegor.

”Det här är ju angeläget att man får till ett bra samarbete och rutin på det, för det, känslan är väl hela tiden att, nu har jag jobbat fem år med detta men att jag har ju nu nya kollegor, men jag kommer ihåg den här känslan att statistiskt sett borde det göras fler orosanmälningar. Vad är det jag missar??? Det är ju den känslan man har, framför allt som ny BVC-sjuksköterska”. (Sjuksköterska 2)

Sjuksköterskorna berättade att de hade god kännedom om sin skyldighet att orosanmäla vid oro för ett barn, inte bara vid ett tillfälle utan vid upprepade tillfällen, trots att socialtjänsten inte upprättat utredning eller insats. När sjuksköterskorna upplevde att det var något speciellt kring orosanmälan, de kände en större oro för barnet eller att det inte var den första orosanmälan, så valde en del sjuksköterskor även att ringa eller lämna orosanmälan personligen. Att lämna orosanmälan personligen var en strategi för några av sjuksköterskorna för att ge orosanmälan ”mer tyngd” och för att skapa möjlighet till en dialog med socialtjänsten.

”...jag kan ju inte skriva att jag känner mig hotad, jag är ju inte fysiskt hotad, men känslan är ju det. Det kan jag ju inte skriva i barnets journal, så då skulle ju det aldrig komma fram till socialtjänsten. Sedan om det är rätt eller fel det vet jag inte”. (Sjuksköterska 2)

Sjuksköterskorna upplevde det svårt att hantera känslan av otillräcklighet när de kallat ett barn upprepade gånger till BHV genom att ringa och skicka brev, men där familjen inte kommit. När

sjuksköterskorna då gjorde en orosanmälan och inte fick återkoppling från socialtjänsten var de osäkra på om adressen var riktig eller om barnet fortfarande fanns i Sverige eller ej.

”... för barnets skull är det bättre att inte dra ut på det för länge. Utan att det kan ju vara så att ibland kan man göra orosanmälan tidigare, för det är ju ändå för barnets skull för att barnet behöver komma till barnhälsovården”. (Sjuksköterska 9)

Sjuksköterskorna hade svårt att avgöra hur länge och ofta de ska fortsätta att kalla barnet till BHV, när de inte fick någon kontakt med familjen och då riktlinjer för detta saknas.

Ibland visade det sig att barnet som uteblivit hade flyttat, men sjuksköterskorna hade även kunskap och erfarenhet av att familjer med social problematik flyttar mellan kommuner för att undvika insyn i familjens situation av professionella. En sjuksköterska berättade att hon använder en mall från Rikshandboken för barnhälsovården för att skriva brev till familjer som uteblir. Ibland hade hon skickat brevet med informationen om att orosmäla om inte någon kontakt tagits av familjen eller hon hade fått kännedom om att barnet även uteblivit vid kallade besök hos andra vårdgivare. Sjuksköterskorna önskade konkret återkoppling från socialtjänsten om när de ska sluta kalla barnen som inte kommer till BHV.

Viktigt för sjuksköterskorna var att förklara för föräldrarna att orosanmälan eller SIP-mötet var för att hjälpa föräldern, inte för att stjälpa föräldern. Sjuksköterskorna berättade att de agerade både som ett stöd för föräldrarna i samverkan, och att de var tvungna att påvisa socialtjänsten deras oro för barnet. En sjuksköterska påtalade att ett SIP-möte inte behöver föregås av en orosanmälan. En sjuksköterska berättade om ett tillfälle då mödravården inte upprättade samverkan i VIB, trots föräldrarnas riskfaktorer, på grund av att familjen saknade uppehållstillstånd i Sverige och sjuksköterskan ansåg att denna situation skedde till följd av de professionellas okunskap om barnets rättigheter.

Bistå med omvårdnadskunskap

Samverkan identifierades av sjuksköterskorna som en omvårdnadshandling genom att uppmärksamma problemen i familjen och sedan be om hjälp av de andra verksamheterna. Sjuksköterskorna ansåg att samverkan är en viktig del i omvårdanden och att få helhetsbild av barnet och familjen. Socialtjänsten ansågs bidra med insatser som bidrog till att delar av

omvårdnaden underlättas, som att ordna en mikroågsugn för att underlätta med barnets mat eller busskort till föräldrarna så de kan komma sitt barn till BHV eller andra hälsofrämjande aktiviteter. Sjuksköterskorna hade alla deltagit i möten med socialtjänsten och varit delaktiga i samordnad individuell plan för barn, men deras upplevelse om varifrån de fick sin formella kunskap skiljde sig åt. Några sjuksköterskor upplevde att de fick tillräckligt med utbildning om ämnet från Central Barnhälsovård (CBHV); via sin verksamhet; i regional regi; från Vårdsamverkan i Väst eller genom att kommunens socialtjänst inbjöd till gemensam utbildning. Utbildningar via webben upplevdes positivt och ansågs öka möjligheten att delta, medan fysiska utbildningar begränsade i möjligheten att delta på grund av platsantalet. Att delta i utbildningar och samverka med andra professioner genom att ingå i tvärprofessionella samtalsgrupper upplevdes lärorikt och givande. Sjuksköterskorna som var delaktiga i olika mindre nätverk, som barnombud eller i ledningsgrupp, ansåg detta vara en möjlighet att få ytterligare kunskap om samverkan. Tidigare erfarenhet från andra BHV, arbete i andra kommuner eller som skolsköterska bidrog även till ökad kunskap om samverkan. En sjuksköterska berättade att hon hade SIP-möte oftare än sina BHV-kollegor, för att hon är mer ”inkörd” på den formen för samverkan. Några sjuksköterskor önskade mer utbildning om samverkan och få mer kunskap om: barn som inte kommer till BHV, missbruk i familjen samt olika juridiska dilemman som sjuksköterskorna ställs inför.

Sjuksköterskorna ansåg att de hade haft kunskap och erfarenhet att bidra med i samverkan, om samverkan med socialtjänsten skett på ett annat sätt eller mer frekvent. Hur sjuksköterskornas kompetens och omvårdnadsperspektiv togs tillvara på av socialtjänsten upplevdes olika av sjuksköterskorna. Några sjuksköterskor upplevde att deras professionella bedömning inte tillvaratogs, trots deras specialistkunskap i omvårdnad och deras unika insyn i familjen. Men en del upplevde att deras bedömning av förälderns kompetens vägde tungt i socialtjänstens bedömning. Det hade hänt att socialtjänsten inväntat orosanmälan från BHV som avgörande i beslutet angående barnet. När sjuksköterskorna har gjort anmälningar på allvarliga grunder, och återkoppling sker att utredning ej startas av socialtjänsten, kände sjuksköterskorna misstro till socialtjänstens bedömning.

Sjuksköterskorna ansåg sig ha avancerade omvårdnadsfärdigheter om barns behov ur ett utvecklingsperspektiv. Några sjuksköterskor berättade att de inte alltid tagits på allvar av

socialtjänsten när de förmedlat enbart en känsla av oro för ett barn, när mer specifika indikationer saknas. När sjuksköterskorna upplevde en oro som de inte kunde specificera och skriva barnens journal, var det svårt att förmedla oron för barnet till socialtjänsten. De kände en oro för hur föräldrar med olika svårigheter som psykisk ohälsa, funktionshinder eller social utsatthet, med små marginaler skulle klara av sitt spädbarns behov av mat, närhet och sömn, samt i framtiden klara av det växande barnets behov. Sjuksköterskorna ansåg att dessa föräldrar skulle erbjudas olika insatser för att öka deras möjligheter att lyckas i sitt föräldraskap. Sjuksköterskornas tidigare erfarenheter av familjer i liknande situationer eller av föräldrar vars äldre barn var omhändertagna av socialtjänsten, så bidrog detta till att sjuksköterskorna ibland tvivlade på föräldrarnas förmåga att skapa en hållbar situation för barnen och familjen. I familjer där socialtjänsten hade omfattande insatser kändes situationen förvisso tryggare att inget allvarligt kunde hända barnet. Sjuksköterskorna upplevde att ibland dröjde onödigt länge innan barnets bästa kunde identifieras av socialtjänsterna och att ett omhändertagande av barnet skedde.

Sjuksköterskorna har goda möjligheter genom regelbundna möten med familjen att kartlägga vilka instanser som var involverade i barnets vård och omsorg för att inleda samverkan. Sjuksköterskorna berättade att de gav stöd till föräldrarna genom sina professionella bedömningar som att stödja föräldern i behovet av ökad tid på förskolan eller påvisa barnets behov av bildstöd. Sjuksköterskorna samverkade även med föräldrars tillstånd med personal på förskolan för att få ytterligare underlag för sina bedömningar, då tiden på BHV är begränsad till ca en timme. Sjuksköterskorna samverkade även med kommunens familjeförskola, för att identifiera familjer med behov av extra stöd och för barnets behov av stimulans och rätt till lek.

En viktig del i sjuksköterskornas arbete på BHV var att samordna vården för barnen och hänvisa föräldrar, speciellt föräldrarna med språkbarriär eller social utsatthet var i behov av stöd av sjuksköterskan. Sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna ofta inte förstod de olika verksamheternas uppdrag och till vilken verksamhet de skulle söka sig till för att få hjälp. Ibland fick sjuksköterskorna agera för att stödja familjen när andra verksamheterna inte tog sitt ansvar:

”...hon behöver mediciner för, för han sover inte. Där hänvisade jag henne till att ta kontakt med habiliteringen, och då hon hade ringt till habiliteringen så hade de

hänvisat till barnmottagningen. Och barnmottagningen hade hänvisat tillbaka till habiliteringen, och då kommer hon tillbaka till mig och så, och då bokade jag in henne på vår läkarmottagning så att hon fick hjälp". (Sjuksköterska 4)

När ett barn saknar en medicinsk diagnos påverkar det möjligheten till föräldrarnas sjukskrivning och andra verksamheter som förskolans eller habiliteringens insatser. När sjuksköterskorna ansåg att barn i behov av en diagnos gjordes bedömning av BHV-läkare och därefter remittering till andra vårdgivare. Sjuksköterskorna upplevde att verksamheterna ibland arbetade parallellt, utan att ha en gemensam plan med familjen. Detta gällde även flera andra verksamheter som barnmedicin (BUM), barnhabiliteringen och förskolan med barnens olika problem vilket kunde innebära flera besök för familjen för likande åtgärder.

"...så gjorde BUM lite för sig och så gjorde vi lite här och på förskolan fungerade det jättebra och hemma gjorde det inte det. Och man skulle egentligen samverkat med detta redan från början...". (Sjuksköterska 1)

Ibland trodde sjuksköterskorna att andra verksamheter hade insatser och ansvar för delar av barnets vård utan att sjuksköterskan hade försäkrat sig om att så var fallet: *"... ibland kan det också vara så att man tänker så att: men där finns ju, de har ju kontakt med habiliteringen, de har ju kontakt med barnmottagningen, men att man förlitar sig på att någon annan gör, kanske..."* (Sjuksköterska 4)

Sjuksköterskorna berättade att föräldrarna och personalen från socialtjänsten hade ibland behov av djupgående information, råd och konkreta tips. Föräldrar med social utsatthet och olika riskfaktorer som missbruk, psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning kan vara mindre toleranta för bekymmer med barnets vardagliga omvårdnad som mat och sömn. Sjuksköterskorna ansåg det viktigt att familjerna med behov av ökad kunskap om barns normala beteende under olika åldrar fick det på BHV. Sjuksköterskorna berättade att socialtjänsten ibland behövde stödja föräldrarnas möjlighet tillgodose barnets behov vid olika medicinska tillstånd, som barn med funktionsnedsättningar eller barn med symtom på apati. Andra exempel var när socialtjänstens personal bistod den dagliga fysiska och psykiska omvårdnaden av barnet, som med matsituationen eller när föräldrar har en påverkad anknytning till barnet. Sjuksköterskorna

berättade att det hänt att socialtjänstens personal tillfälligt tagit över omvårdnaden av barnet för att föräldern saknade förmåga att komma vidare i situationen. När socialtjänsten lyssnade in sjuksköterskornas kunskap om barnets omvårdnad utifrån aktuella råd och erfarenheter kunde socialtjänstens personal ge stöd utifrån evidensbaserad kunskap till familjen.

Tillit och förtroende till barnets familj

Sjuksköterskorna ansåg det vara en brist att det ofta byts personal inom BHV, att det påverkar relationen mellan familjen och sjuksköterskan negativt. Sjuksköterskorna var medvetna om det underläge familjen befinner sig i på BHV och beskrev att föräldrarna upplevdes vara ”på tå” och medvetna om att de bedöms. Ofta anstränger sig föräldern under besöket för det skall verka så bra som möjligt under den korta tid de träffar sjuksköterskan. I de fall familjerna, efter att sjuksköterskan identifierat problem i föräldraskapet och risker för barnet, väljer att byta BHV upplevde sjuksköterskorna det som negativt för familjen. De sjuksköterskor som tagit emot familjer som bytt BHV berättade att föräldrarna ofta uppgav att de kände sig svikna av den tidigare sjuksköterskan som orosanmält familjen. Sjuksköterskorna menade det slutgiltiga resultatet förändras inte nämnvärt men det blev en fördröjning av de stödjande insatserna till familjen, när att samma uppdrag och kompetens borde finnas på alla BHV.

De flesta sjuksköterskorna var ensam ansvarig sjuksköterska för barnen på BHV och beskrev att det gav dem en helhetsbild av familjen. Familjerna med social utsatthet kunde kännas tunga att ta hand om och var resurskrävande för sjuksköterskorna. En sjuksköterska beskrev att en ensamstående förälder med psykisk sjukdom placerade henne i en roll som liknades vid förälderns mamma och det blev en ohållbar situation när sjuksköterskan inte kunde tillgodose det stöd som föräldern behövde. Några sjuksköterskor beskrev att de delade på ansvaret med en annan sjuksköterska om familjerna och de fick en gemensam bild av familjen. De gjorde hembesök tillsammans och det kändes lättare att vara två sjuksköterskor som orosanmälde, även om det var svårt att ge en konkret anledning till socialtjänsten om vad som orsakade sjuksköterskornas oro för barnet.

” ... när de var hos oss var det inget problem, barnet utvecklades fint och växte fint och gav fin kontakt och så känner man ändå det här... det kanske fattas lite, de har inte förståelse för allt och vi tänkte hur skall det bli när barnet blir större och kräver mer, när det inte bara fungerar med ersättning, att det kanske blir svårt för föräldrarna att

svara upp till de behoven som kommer sedan... Det är ju jättesvårt att man måste ju vänta in detta, men samtidigt måste ju föräldrarna få en chans också... ”.

(Sjuksköterska 7)

Sjuksköterskorna hade inte specificerade kriterier för vilka familjer de delade på ansvaret om, men det kunde vara föräldrar med missbruk eller där sjuksköterskorna bedömde risken för hot större. En sjuksköterska menade att det borde utvärderas vilka vinster respektive risker med att vara två sjuksköterskor, samt att det saknas kriterierna för när sjuksköterskorna ska vara två. En risk kan vara menade sjuksköterskan att föräldrarna kan känna sig övervakade. Sjuksköterskorna saknade en samsyn om på vilka indikationer det hade varit fördelaktigt för familjen och sjuksköterskorna att vara två ansvariga sjuksköterskor.

Akuta orosanmälningar när föräldern inte informeras skedde inte ofta menade sjuksköterskorna, men de hade kunskap om hur en akut orosanmälan ska göras och om Barnhusets funktion. Sjuksköterskorna informerar minst en förälder om de avser att orosmäla familjen antingen via brev, telefon eller vid ett besök. Några sjuksköterskor såg det som en möjlighet att motivera föräldrarna att tillsammans med sjuksköterskan skriva orosanmälan, som en ansökan om stöd till socialtjänsten. Sjuksköterskorna upplevde att de då hade en möjlighet att förklara för föräldrarna varför de kände en oro för barnet. Syftet var även att föräldrarna skulle uppleva sig delaktiga och den negativa klang som orosanmälan har skulle minska när föräldrarna och sjuksköterskan skrev den tillsammans. Några sjuksköterskor hade erfarenhet av att ha bjudit in socialtjänsten till BHV eller varit med familjen i det första mötet på socialtjänsten.

Flera av sjuksköterskorna hade erfarenhet av att relationen med föräldrarna har förbättrats efter att de gjort en orosanmälan av familjen vid de flesta tillfällena.

”Jag tycker att det är jättejobbigt, och blir alltid väldigt nervös när de skall komma på besök efteråt, men jag tycker nog att det aldrig har varit något negativt i slutändan har det blivit positivt”. (Sjuksköterska 5)

Sjuksköterskorna försökte få föräldrarna att förstå att de ville barnets bästa och att familjen var i behov av hjälp. Sjuksköterskorna delade med sig av flera exempel på när relationen förbättrats

med familjen efter att de berättat om sin oro för barnet. En sjuksköterska berättade om en förälder som efter att ha fått flera orosanmälningar ville ha med sjuksköterskan till socialtjänsten, då sjuksköterskan var den enda personen som inte var anonym och fanns tillgänglig att svara för orosanmälan. En sjuksköterska berättade om ett möte på BHV, där barnet som varit omhändertaget av socialtjänsten efter att sjuksköterskan orosmält familjen, hade fått komma tillbaka till sina föräldrar. Sjuksköterskan förberedde sig ett svårt möte med familjen, men istället fick sjuksköterskan en kram av föräldern.

”... det är ju också så här, bara: WOW. När de är tacksamma att man säger vad vi gör, men då hade jag ändå en relation med mamman där. Ja, sådant är ju skönt...Det är ju jättejobbiga grejor, det är ju det jobbigaste vi gör”.
(Sjuksköterska 5)

Samma sjuksköterska berättade att hon vid ett tillfälle ringde upp en annan förälder för att berätta om en orosanmälan som hon skulle göra av familjen. Då tackade föräldern för möjligheten till att förbereda sig för kontakten med socialtjänsten och sjuksköterskan menade att hon hade lyckats bygga upp en tillitsfull relation med föräldrarna. En annan sjuksköterska beskrev att hur aktivt föräldern söker hjälp och hur öppen föräldern är med sin situation och ber om råd, påverkar hur trygg hon känner sig med barnets situation. Om föräldern försöker dölja eller nonchalera problemen som sjuksköterskan iakttar, försämras utgångsläget för barnet upplevde sjuksköterskan. Sjuksköterskan pratar med samtliga familjer om hennes syn på detta och hon upplever att det öppnar upp för en dialog med föräldern om svåra och kämpiga problem. Kontakt med de biologiska föräldrarna, när ett barn är omhändertaget och placerat i familjehem, är också viktigt menade sjuksköterskorna, att de biologiska föräldrarna känner tillit och förtroende för sjuksköterskan. Sjuksköterskorna hade ibland även ansvaret för syskon till barn som är i behov av flera insatser och sjuksköterskan blir återkommande aktör för familjen. Sjuksköterskorna ville förmedla till familjerna att de ska känna sig trygga och sedda på BHV och att de vill komma dit trots att allt inte var ”perfekt” i familjens tillvaro.

Föräldrarna som inte inser hur svår situation de befinner sig i upplevdes av sjuksköterskorna ibland som upprörda och kunde bete sig aggressivt. En sjuksköterska berättade att hon känt oro

för den ena föräldrarnas agerande och det ibland väcker en oro hos den andra föräldern, om hur partnern ska reagera och vad som ska hända.

”Det tycker jag är ett dilemma, för då vill jag göra en orosanmälan och då blir mamman räddare igen, eller tror att det kommer bli sämre på något sätt. Vilket innebär egentligen en ännu större anledning att göra orosanmälan”.
(Sjuksköterska 3)

Sjuksköterskorna upplevde det även besvärligt att behöva vända sig till föräldrarna och fråga om vilka insatser som socialtjänsten hade i familjen när samverkan om familjen saknades. Sjuksköterskorna behövde ha tillit till föräldrarnas svar att det då deras svar överensstämde med socialtjänstens version då det inte gick att kontrollera svaret föräldern gav. Sjuksköterskorna upplevde ibland att föräldrarnas svar inte innehöll en helhetsbild av situationen och att ibland saknade föräldern förmåga att förstå helheten av sin situation.

I familjer där socialtjänsten har en ständigt återkommande roll som vid missbruk eller tidigare omhändertagna barn, upplevde sjuksköterskorna att föräldrarna var skeptiska till att samverka med de professionella i ett SIP-möte. De upplevde att föräldrarna kände att SIP-mötet inte gav någon konkret hjälp. En sjuksköterska berättade att ett föräldrapar sagt att de inte blivit sedda i SIP-mötet och att de känt sig kränkta i sin föräldraroll. Föräldrarna lämnade in en anmälan till Patientnämnden som sjuksköterskan fick svara på. Sjuksköterskan berättade att hon inte haft avsikt att kränka föräldrarna, hon hade förståelse för att det hade varit ett jobbigt möte för dem och att föräldrarna var både ledsna och nervösa, men att SIP-mötet bidrog till konkreta lösningar för de problem som fanns. Hur föräldrarnas förmåga är att förstå hur sjuksköterskan agerar för barnets bästa och hur situationen uppfattas från sjuksköterskans perspektiv, upplevdes påverka hur sjuksköterskorna kunde känna tillit och förtroende till föräldern.

Samverkan i SIP-möte bygger på att föräldrarna lämnar godkännande vilket sjuksköterskorna upplevde påverkade föräldrarnas delaktigt i samverkan positivt.

”Föräldrarna är så himla delaktiga, allt går ju ut på att de säger ja och att dom är med”. (Sjuksköterska 8)

När sjuksköterskorna träffade samma professionella och föräldrar upprepade gånger i SIP-möten, upplevdes föräldrarna tryggare efter en tid, även om föräldrarna varit kritiska till SIP-mötena. Sjuksköterskorna upplevde att när de kände socialtjänsten personal att de kunde ha en god och öppen relation med föräldern även när föräldern hade sin kontaktperson med på besöket på BHV. Att träffas och samverka i VIB-möte upplevdes positivt även om föräldern ibland frångick den samordnade individuella planen som upprättats genom att exempelvis inte vilja kvarstanna på BB. När samverkan i VIB skett hade familjens akuta behov av stöd kartlagts innan familjen kom hem så upplevdes situationen inte så akut av sjuksköterskan. När föräldrarna ville gå hem tidigare, litade sjuksköterskorna på att BB hade gjort bedömningen att det var säkert för barnet.

Sjuksköterskorna berättade att de i samverkan ibland upplevdes av familjen som ”den goda”. Föräldrarna visade tacksamhet till sjuksköterskan för det stöd de fick i samverkan och för att sjuksköterskan stred för deras skull trots problemen i familjen. Ibland var föräldern nöjd med SIP-mötet trots att sjuksköterskan var missnöjd med utfallet. Sjuksköterskorna bjöd in föräldrarna till ett förberedande möte inför SIP-mötet för att få inblick i deras tankar och kunna uppmuntra till möjligheten att deras röst blir hörd. Det upplevdes ofta som en trygghet för föräldrarna när alla professioner fick insyn i hur familjen fungerar under SIP-mötet även om ingen konkret lösning kunde ske så var problemen synliggjorda. En sjuksköterska brukade besöka familjeförskolan och ha utbildning om ett specifikt ämne med familjerna. Detta hjälpte föräldrarna att se de professionellas samverkan tydligare och det stärkte sjuksköterskans relation med familjerna.

När föräldrarna kommer till tals individuellt i SIP-mötet kan versionerna skilja sig eller aldrig blivit lyfta sinsemellan om vad som är problemet och hur det kan lösas berättade sjuksköterskorna. De menade att när föräldrarnas relation diskuteras så krävs en särskild varsamhet av de professionella, särskilt om en part varit negativt inställd till SIP-mötet. En sjuksköterska berättade om en förälder som erbjudits både individuellt stöd och stöd i föräldrarnas relation av vårdcentralens kurator, föräldern lämnade SIP-mötet med en starkt delaktighet:

”...pappan, alltså hans version som vi då fick till oss och att det då blev en annan relation med honom. Det känns som han blev tryggare, även om vi självklart jobbar på alla relationer i vår verksamhet men det blev ändå en annan typ av relation, en djupare relation”. (Sjuksköterska 2)

Sjuksköterskorna menade att de hjälpte föräldrarna att sätta ord på sina känslor och upplevelsen av sin situation, vilket bidrog till en fördjupad relation mellan de professionella och föräldern, och samverkan blev inte bara praktisk hjälp utan skapade även möjligheter att få emotionell hjälp.

Behov av stöd och handledning

Sjuksköterskorna berördes av relationen med barnet och familjerna och av de situationer de möter i sitt arbete på BHV. Sjuksköterskorna beskrev att de i sitt arbete ibland träffar ”barn man aldrig kommer glömma” för att barnens livssituation gjort ett stort intryck på sjuksköterskan. De kände oro för att missa barn som riskerar fara illa eller barn som far illa. En sjuksköterska berättade om känslan efter ett SIP-möte som befriande, då att hon inte längre bar på sin oro för barnet ensamt. Sjuksköterskorna kände även oro för att barns behov av samverkan och insatser från olika verksamheter inte tillgodoses i den utsträckning som familjerna behöver. Det beskrivs som en frihetskänsla när de samverkar strukturerat, att alla vet vad som förväntas av dem. Tillgången på och hur stödet för sjuksköterskorna utformades skiljde sig åt.

Erhållet stöd av kollegor och andra professioner

Sjuksköterskorna upplevde att de fick stöd från olika professioner och stödet upplevdes och utformades olika. Inte alla sjuksköterskorna arbetade med andra sjuksköterskor på BHV, men de som var flera sjuksköterskor upplevde det kollegiala stödet viktigt. Sjuksköterskorna samtalande även generellt om ämnet oro för ett barn med kollegorna. I vissa fall där sjuksköterskan hade mycket svåra situationer saknade BHV-kollegorna liknande erfarenheter, detta för att det inte sker så ofta. Även BHV-läkaren på vårdcentralen, och vid några tillfällen barnhälsovårdsöverläkaren, upplevdes som ett stöd för sjuksköterskorna genom att de diskuterade sin gemensamma upplevelse av barnets situation och hälsa. Ibland skrev sjuksköterskan och BHV-läkaren orosanmälan tillsammans.

Att verksamhetschefen ställer sig bakom sjuksköterskorna i deras bedömningar upplevdes även viktigt. En sjuksköterska berättade att verksamhetschefen stödjer sjuksköterskan genom att

skriva under orosanmäla, utan att träffat familjen, för att namnet på anmälaren blir synligt. Men verksamhetschefen gav sällan något konkret stöd, utan hade mer en lyssnade och lugnande funktion. En sjuksköterska nämnde möjligheten att söka stöd via vårdcentralens företagshälsovård. En annan sjuksköterska upplevde att hon fick bra stöd av öppna förskolans socionom, då även socionomen kände familjerna i området väl.

Sjuksköterskorna fick alla regelbunden handledning och stöd från av mödrabarnpsykologen, men frekvensen för tillfällena och utformningen skiljer sig åt. Några sjuksköterskor hade handledning vid sex tillfällen gånger per år, medan andra hade tolv tillfällen per år. De flesta hade handledning i grupp tillsammans med sina kollegor och medan några hade individuell handledning utefter det som sjuksköterskan ville ta upp. Covid-19 pandemin och arbetsbelastningen på psykologen har påverkat tillgängligheten på handledningen berättade några sjuksköterskor. Stödet som gavs av psykologen var olika, en sjuksköterska uppgav att det mer handlade om föräldrastöd och barns beteende och hur sjuksköterskorna kunde hantera sin upplevelse av svåra familjesituationer. En förälder besökte regelbundet samma psykolog som sjuksköterskan hade handledning med, det upplevdes av sjuksköterskan ge psykologen en fördjupad insyn av problematiken. En sjuksköterska önskade mer stöd i de juridiska dilemman hon kan hamna i angående samverkan och orosanmälan. De flesta sjuksköterskorna upplevde stödet av psykologen som bra, de kände sig stärkta i sin roll efter handledningen och att de lärde sig av sina kollegors olika situationer.

Upplevda känslor angående barns situation och samverkan

Trots att sjuksköterskorna gjort en orosanmälan kände de fortfarande en oro som inte försvinner enbart därför att socialtjänsten är underrättad, då sjuksköterskan har en relation med barnet och familjen. Sjuksköterskorna undrade vad som händer med orosanmälan och kände en maktlöshet.

”...man gör flera anmälningar och känner känslan av att det inte händer någonting, sedan kanske det händer jättemycket som jag inte vet om, men det är en liten maktlöshet liksom, att lämna det bara”. (Sjuksköterska 2)

När barnen går över till skolhälsovården och uppdraget för sjuksköterskan på BHV är slut, upplevs tudelade känslor att behöva släppa ett barn eller en familj. Ett annat exempel som väckte känslor av otillräcklighet var när familjen valde att byta BHV eller när barnet hade blivit

omhändertagit av socialtjänsten, för då saknas all återkoppling om barnets situation till sjuksköterskan.

Sjuksköterskorna upplevde flera olika negativa känslor kring orosanmälningar och samverkan. En sjuksköterska beskrev känslan av ensamhet under ett SIP-möte, när föräldern vände sig till sjuksköterskan med anklagelser. Ingen av de professionella från socialtjänsten trädde in och bistod sjuksköterskan. Sjuksköterskan upplevde situationen i efterhand tung, både arbetsmässigt och känslomässigt att vara ensam ansvarig sjuksköterska för familjen. Några sjuksköterskor upplever att de som sjuksköterska ibland kände sig utsatt för hot, även om det inte fanns ett uttalat hot. Det var skönt att ”bolla med någon” tyckte sjuksköterskorna som delade ansvaret om vissa familjer. Den sjuksköterska som efter SIP-mötet hade fått skriva en förklaring till Patientnämnden upplevde sig ledsen att hennes avsikt med SIP-mötet uppfattades negativ av föräldrarna. En sjuksköterska kände sig uppgiven över hur hennes kompetens tillvaratogs av socialtjänsten och hon ifrågasatte varför yrkesverksamma inte kunde anmäla anonymt om socialtjänsten inte fäste större vikt vid en orosanmälan utifrån hennes profession i jämförelse med en anonym orosanmälan.

Sjuksköterskorna upplevde att det saknades strategier att använda i sitt arbete för att hantera de olika känslor som uppkom kring familjerna. En sjuksköterska skulle försöka ta reda på vilket stöd och strategier som fanns utarbetade att få i hennes verksamhet, då hon inte tyckte att det var tydligt. Sjuksköterskorna väger samman sina känslor för att lämna något okänt, och en sjuksköterska även hur hennes arbete påverkas av avsaknaden av samverkan och hur hennes roll gentemot barnet i som professionell påverkas av när den ”större” bilden saknas. Samtliga sjuksköterskor uttryckte känslan av att inte veta som en utmaning i deras arbete.

”Att man fick veta mer, vad händer med det här barnet? Vad är tanken? Jag har gjort en anmälan, vad händer? Blev det en utredning? Är barnet placerat, hur länge är det tänkt att det skall vara placerat? Vad är planen; Skall barnet tillbaka sina föräldrar? Alltså ibland, man skulle vilja ha en större bild, men det är klart ibland känner man, på vilket sätt förändrar det mitt arbete? Är det viktigt för mig att veta? Och jag vet ju de att de inte får, så och då vet vi ju inte”. (Sjuksköterska 4)

En sjuksköterska upplevde det användbart att under intervjun kunna reflektera över sina känslor för orosanmälan och samverkan. Hon beskrev att det hjälpte henne att sätta ord på det man inte alltid vet om att man tänker och känner och hon tog även egna anteckningar för att kunna samtala med sin kollega på BHV efteråt. En annan sjuksköterska beskrev att det kändes viktigt att få möjlighet att stanna upp och ta sig tid att fundera över vad man egentligen gör i sitt arbete.

Sjuksköterskorna var inte oberörda av det de situationer de berättade om: ”...det väcker ju upp känslor, i och med att man får tänka till, och särskilt med detta fallet där jag hade extra mycket samarbete med socialtjänsten om den familjen så det är klart. Det hade jag nog lite förträngt nu, i och med att jag började tänka på detta så kommer det ju, det väcker upp det igen. Och en del funderingar och tankar runt om barnet och familjen, det gör det ju. Absolut”. (Sjuksköterska 6)

Att under intervjun samtala med en annan sjuksköterska om situationer i sitt arbete, väckte upp flera olika känslor som glädje, sorg, besvikelse och maktlöshet hos sjuksköterskorna.

Diskussion

Metoddiskussion

Studien gjordes med en kvalitativ metod för att belysa hur sjuksköterskor i barnhälsovården upplever samverkan med socialtjänsten angående barn och deras familjer. Denna studie belyser inte de andra professionellas, barnets eller familjens upplevelser av samverkan. Studien vände sig till sjuksköterskor som för tillfället arbetade i BHV, för att resultatet skulle vara så giltigt som möjligt. Alla sjuksköterskor som arbetar inom BHV i regionen blev inte tillfrågade att delta i studien, utan författaren valde vilka vårdcentraler som kontaktades. Deltagarantalet begränsades på grund av att studien görs som en masteruppsats och då under en begränsad tid. Intervjuerna transkriberades löpande och deltagare rekryterades till dess att resultatet bedömdes, tillsammans med handledaren, kunna belysa studiens syfte. Samtliga sjuksköterskor i studien hade samverkat i SIP-möte angående någon familj i deras arbete på BHV, vilket var viktigt för att belysa hur samverkan hade gått till i olika situationer och SIP-möten.

Författaren fick kontakt med tolv sjuksköterskor som arbetade på olika BHV och som uppgav att de eller deras kollegor inte deltagit i SIP-möte. Orsaker till att samverkan i SIP inte skett av

uppgav sjuksköterskorna vara: att man har slutat med samverkan i SIP i den kommunen, att man enbart samverkar i VIB, att man har en fungerande samverkan med olika instanser enbart på en professionell nivå, att socialtjänsten inte kände behov av att samverka med BHV eller att sjuksköterskan var ny i sin profession eller på sin arbetsplats. Bortfallet av sjuksköterskor som inte återkopplade till författaren om varför de inte önskade delta i studien kan bero på flera orsaker som tidsbrist, att sjuksköterskorna inte deltagit i SIP-möte eller att sjuksköterskorna inte ansåg studien vara viktig.

Deltagande i studien var frivilligt och deltagarna önskade delta då de ansåg att ämnet var intressant. Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer. Författaren är specialistsjuksköterska inom hälso- sjukvård för barn och ungdomar, men har inte varit yrkesaktiv inom BHV, deltagarna blev således inte utelämnade genom att intervjuas av någon de känner eller samverkar med. Sjuksköterskorna var inte anonyma för författaren men inga utelämnande uppgifter som namn eller arbetsplats samlades in i intervjun. Då författarens var för dem okänd hade deltagarna ingen kännedom om författarens förförståelse om samverkan inom barnhälsovården. Författaren har delat de transkriberade intervjuerna med handledaren för att säkerställa att analysen är utförd i enighet med etiska riktlinjer. Deltagarens identitet har då varit anonym för handledaren.

Intervjuerna utfördes både på plats och via telefon, men författaren anser inte att resultatet av studien påverkats negativt av det. Författaren tror att det ibland kan kännas lättare för deltagaren att tala om allvarliga situationer med någon okänd som inte sitter i samma fysiska rum. Författaren kunde under telefonintervjuerna göra anteckningar för att komma tillbaka till utan att deltagaren blev störd i sin berättelse. Kvale och Brinkmann (2017) belyser hur viktigt det är att en yrkespräglad ömsesidig förståelse inte får utöva inflytande över deltagaren och således påverka kvalitén på studien negativt. Studiens syfte var att belysa deltagarens upplevelse och författaren behövde därför vara vaksam att samförståndet inom professionen inte påverkade deltagarens berättelse i någon riktning. I många intervjuer väcktes olika känslor inte bara hos deltagarna, utan även hos författaren. I intervjuerna via telefonen uppfattas inte författarens känslor lika tydligt, som det gör i ett fysiskt möte. Ett exempel på detta är när författaren ofrivilligt rös när en sjuksköterska berättade om ett barns situation och författarens kroppsspråk inte gick att påverka.

Under telefonintervjuerna minskade samstämmigheten mellan författaren och deltagaren ytterligare och det blev lättare för författaren att be deltagaren utveckla sin berättelse med känslor och unika upplevelse av situationen, vilket bidrog till en bättre beskrivande bild. Intervjuernas styrka var att följdfrågorna ställdes individuellt utefter det som sjuksköterskorna valde att berätta om. Författaren upplevde att relationen som skapades med deltagarna var god och då författaren har samma profession och formella kunskap om arbetet på BHV kunde adekvata följdfrågor ställas, samt kunde författaren relatera till situationerna deltagarna berättade om. Intervjuerna transkriberades löpande av författaren, vilket innebar att författaren kunde utveckla tankar om sin egen intervjuteknik och möjliga följdfrågor, i vilket upplevdes som en fördel för fortsatta intervjuer. Författarens förmåga att ställa adekvata följdfrågor för att deltagaren skulle utveckla sitt resonemang påverkade troligtvis skillnaden mellan den första intervjun som var 18 minuter och sista intervjun var 35 minuter lång.

Författaren var neutral i fråga om olika juridiska frågeställningar trots egen kunskap om dessa. Författaren gav heller inga svar eller kommentarer till dilemman som deltagarna berättade att de ställts inför. Genom att författaren försökte förhålla sig neutral i sina praktiska uttalanden, minskade risken att tillförlitlighet till resultatet påverkas negativt genom att sjuksköterskorna skulle begränsa sig och påverka möjligheterna för en öppen och reflekterande intervju om sjuksköterskornas upplevelse. Författaren tänkte aktivt på sitt kroppsspråk och tal under intervjuerna på plats för att minska samstämmigheten mellan författaren och deltagaren, men en viss kollegial förståelse uppkom ändå. Det känslomässiga samförståndet fanns mellan författaren och deltagarna under samtalen om barns allvarliga situationer, och att författaren visade sig berörd av situationerna är en förutsättning för den goda samtal som skapades. Att ha ett totalt neutralt bemötande hade troligtvis av deltagaren uppfattats som nonchalant eller konstigt. Vissa sjuksköterskor upplevde intervjun delvis som reflektion, att de fick en kollegial möjlighet att utforska sina egna tankar och känslor om samverkan och orosanmälan. Efter den inspelade intervjuns slut samtalade författaren med deltagarna en stund i en mer kollegial karaktär.

Sjuksköterskornas upplevelser är unika och därför valdes en kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008) för att analysera det insamlade resultatet, så att både likheter och

skillnader i upplevelser. Valet av denna metod anser författaren kan stärka trovärdigheten i resultatet då även en unik upplevelse sjuksköterskorna haft belystes och ingen meningsbärande enhet för studiens syfte har därför exkluderas. Subkategorier och kategorier skapades induktivt. Resultatet av studien är mångsidigt och stöds med citat för att ge en visualiserad bild av upplevelsen, exempelvis på detta är att sjuksköterskorna ”bollade” ärenden eller att sekretessen uppledes som en ”vägg”. Resultatet i studien är överförbart till andra yrkesverksamma sjuksköterskor som erfarenheter av strukturerad samverkan inom barnhälsovårdens område, då sjuksköterskorna med specialistkompetens för att arbeta inom BHV i Sverige har formell och ibland reell kunskap om samverkan.

Författaren har inte kunnat hitta tidigare forskning med samma frågeställning som belyser enbart sjuksköterskorna inom BHVs upplevelse av orosanmälan och samverkan, trots att deras arbete är viktigt och av betydelse för folkhälsan i Sverige (Rikshandboken, 2021). Att belysa hur samverkan inom BHV fram tills nu skett och hur relationerna mellan olika professionella fungerar anser författaren bidrar med ny kunskap om samverkan.

Resultatdiskussion

Denna studies resultat belyser hur sjuksköterskorna upplevde sig ha både formell och reell kompetens som behövs för att upptäcka barn som riskerar att fara illa och samverka med socialtjänsten om familjerna. De har även samverkat med flera olika andra professioner och sjuksköterskor i sitt arbete med familjerna på BHV. Relationerna mellan de professionella påverkade samverkan och att ha avsatt tid för strukturerad samverkan ansågs viktigt av sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna identifierade samverkan som en omvårdnadshandling för barnet och för deras familjer som skapade en djupare relation och tillit mellan sjuksköterskan och familjen. Sjuksköterskorna berättar även om olika strukturella hinder för samverkan, som påverkar att sjuksköterskorna inte samverkar i den grad som barnen och familjerna har rätt till och behöver. Mellan sjuksköterskorna i studien skiljde det sig åt gällande stöd och handledning, och vem de fick det ifrån angående samverkan. Deras känslor för samverkan påverkar deras arbete och hur förtroendet är för socialtjänsten.

Samverkan i team är en kärnkompetens för sjuksköterskor och sjuksköterskans yrkeskvalifikationer är ett sätt att säkerställa att hela familjen får den hälsofrämjande vård de har rätt till på BHV. Arbetet på BHV präglas av både barnperspektiv och ett perspektiv utifrån

barnets familj (Socialstyrelsen, 2014b) och samverkan skall utföras i enighet med lagar och riktlinjer (SFS 2001:453; SFS 2014:821; SFS 2017:30; SFS 2018:1197; Rikshandboken, 2020; Socialstyrelsen, 2013, 2014a; Vårdsamverkan i Västra Götaland, 2012a, 2012b). Sjuksköterskorna ska även på verksamhetsnivå bidra i arbetet med att utföra barnkonsekvensanalyser (SKL, 2017) för att identifiera barnets bästa. Författaren har valt att diskutera resultatet sorterat under strategin som är baserade på tre S:n, *Styrning*, *Struktur* och *Samsyn* för tvärprofessionell samverkan (Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsens, 2013) för att belysa hur användandet av en strategisk syn på samverkan kan påverka de hälsofrämjande insatserna för barnet och dess familj.

Styrning

I vägledningen för samverkan (Socialstyrelsen, 2013) har verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård uppdrag att främja och understödja samverkan och hjälpa personalen identifiera olika strategier. Verksamhetschefen ska även efterfråga kontinuerlig utvärdering och uppföljning av samverkan. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ger riktlinjer för hur kvalitén på vården kan bedömas. Ett sätt är egenkontroll genom att undersöka verksamhetens antal tillfällen av samverkan i SIP genom journalgranskning. Barnhälsovården i Region Skåne (2017) jämförde i sin rapport hur samverkan i SIP skedde på familjecentraler och traditionella BHV. Det kan tyckas vara en brist att det inte är kartlagt hur samverkan sker på BHV och de regionala rapporterna för barnhälsovården skulle kunna ta upp samverkan precis som i rapporten för barnhälsovården från Region Skåne (2017). Rapporterna kunde sedan ligga till grund för en rikstäckande statistik hur samverkan inom BHV för att bedöma och utvärdera hur samverkan sker för att säkerställa alla barn som har behov av det skall få möjligheter till ett samordnat individuellt omhändertagande.

Under verksamhetschefens egenkontroll kan det även ingå att undersöka hos sjuksköterskorna om det finns förhållningsätt och attityder som gör att samverkan inte tillämpas (SOSFS 2011:9). Genom att reflektera med sjuksköterskan angående professionella samverkansmöten kan verksamhetschefen få kunskap om hur sjuksköterskan upplever samverkan. Sjuksköterskorna i studien anser det viktigt att samverkansmötena sker regelbundet, att tid är avsatt i deras arbete, att alla professioner deltar, att mötet har tydlig struktur upplägg och att mötet dokumenteras. När verksamhetschefen identifierar upplevda hinder att för samverkan kan denne i sin styrande funktion, påtala och påverka utformningen av samverkan mellan de professionella så att

produktiva och givande samverkansmöten utformas mellan verksamheterna. Det är enligt Berlin (2019) viktigt för samverkan i team att deltagarna känner att utbyte av samverkansarbetet.

Sjuksköterskorna i denna studie upplevde ibland att deras verksamhetschefer inte hade tillräcklig förmåga att stödja dem eller understödja samverkan med socialtjänsten. Ett exempel är när en verksamhetschef erbjuder stöd till en sjuksköterska genom att signera orosanmälan. Sjuksköterskan upplevde även att verksamhetschefen försökte lugna henne istället för att stödja och hjälpa sjuksköterskan i att skapa strategier för att hantera situationen. Resultatet belyser även att det saknas riktlinjer angående när sjuksköterskorna ska vara två om att ansvara för en familj som är i behov av stödinsatser. För att det skall vara möjligt att vara ensam ansvarig sjuksköterska för familjer med svåra och stora behov, visar resultatet att sjuksköterskorna behöver mer stöd och handledning. Sjuksköterskorna uttryckte behovet av stöd både av andra professioner inom samverkansteamet och behovet av grupp- eller individuell handledning för att utarbeta strategier för att hantera familjernas situation och minska stressen. I studien av Beam, O'Brien och Neal (2010) användes en modell, *The Nurse-Family Partnership Model of Reflection*, för sjuksköterskor som arbetade med barn i social utsatthet. Reflektionen skedde mellan två sjuksköterskor, varav en hade en handledande funktion. Sjuksköterskan fick beskriva situationen, sina känslor för den handledaren och sedan utvärdera hur situationen blev. Sedan reflekterade sjuksköterskan med handledaren genom att denne ställde öppna frågor om situationen med familjen. Sedan analyserade de tillsammans av vad som skett och drog en gemensam slutsats. Därefter upprättades en plan hur sjuksköterskan skulle kunna hantera situationen. Denna strukturerade reflektion med en handledande kollega minskade sjuksköterskans upplevda stress när etiska dilemman kunde diskuteras kollegialt. Sjuksköterskorna hade även handledning i grupp. Handledaren hade då ett viktigt uppdrag att tillse en tillåtande miljö till olika känslor, men även att tillfällena bidrog till ett utmanande angående sjuksköterskornas profession. Handledningen hjälpte sjuksköterskorna att identifiera sin roll, sina möjligheter och begränsningar. Sjuksköterskorna ansåg att både den individuella reflektionen och reflektionen i grupp bidrog till ökad förmåga till etisk hanterbarhet och vidareutveckling av sjuksköterskornas arbete med familjerna med social utsatthet (Beam et al. 2010). Det kan tyckas att *The Nurse-Family Partnership Model of Reflection* skulle passa som reflektionsmodell för sjuksköterskor inom BHV. Genom att sjuksköterskorna ges möjlighet till

en familjecentrerad reflektionsmodell skulle det kunna påverka utformningen av riktlinjer så att sjuksköterskor känner stöd och hanterbarhet i sitt arbete. Författaren anser att sjuksköterskorna har behov av och rätt till mer strukturerat stöd som skall för att hantera de olika dilemman de ställs inför då detta i sin tur kan bidra till hur samverkan sker för familjer med behov stödjande och hälsofrämjande insatser.

Struktur

Både nationellt och i Västra Götalandsregionen finns det flera olika namn för samverkan, Väst bus, VIB-och SIP-möte, vilket författaren anser gör det minde tillgängligt för sjuksköterskorna att hitta lagstiftningen (SFS 2017:30; SFS 2018:1197) som reglerar barnets rättigheter till samverkan. Samverkan i SIP uppfattades av sjuksköterskorna i denna studie som relativt nytt och ganska ovanlig form för samverkan. Samverkan i VIB upplevdes av dessa sjuksköterskor ha fått en större genomslagskraft inom BHV. VIB initieras av mödravården och blir exklusivt för de barn som upptäckts innan födseln. Författaren är kritisk till betydelsen av VIB, översatt ”den väldigt viktiga babyn”, då alla barn har samma värde och är lika viktiga oavsett ålder i enighet med Barnrättslagen (SFS 2018:1197). Familjens situation är den primära att samverka om och påverkar barnets hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2020) och författaren misstänker att samverkan i VIB har felaktigt förminskat behovet av samverkan i SIP för barn mellan 0-6 år på BHV. Författaren föreslår att all samverkan inom BHV med andra huvudmän ska kallas samverkan i SIP-möte och att det skall gälla alla barn, även de ofödda barnen för att förstärka strukturen för samverkan.

Sjuksköterskorna i denna studie berättade om möjligheterna med samverkan i tidiga mindre insatser initierade av sjuksköterskorna för att ge långsiktiga hälsoeffekter för barnet. Familjens utsatthet gör dem särskilt utelämnade till sjuksköterskans professionella agerande, då de ofta har begränsningar i språk eller kunskaper som minskar möjligheten att själva påtala behov av en samordnad individuell plan. Om samverkan sker mer strukturellt inom BHV skulle detta kunna bidra till att fler familjer inkluderas i samverkan anser författaren. Den totala tidsåtgången till familjerna från olika yrkesverksamma skulle bli den samma eller minska vilket sjuksköterskorna i denna studie beskriver sker när de samverkat. Sjuksköterskorna i studien är flexibla för familjernas behov och beskriver att de ibland tar på sig andra professionellas egentliga uppdrag och ansvar när de upplever att samverkansteamet kring familjen inte fungerar. Sjuksköterskorna berättar att de styr sitt arbete utifrån familjens behov och familjer

med en social utsatthet, så tar de sjuksköterskorna många arbetstimmar i anspråk. Folkhälsomyndigheten (2020) belyser att ett mål är att minska klyftorna i förutsättningar för hälsa mellan barn i Sverige.

Denna studie påvisar att det skiljer sjuksköterskorna emellan hur det strukturella samverkansarbete sker beroende på vilken kommun, privat eller regional verksamhet eller vilket BHV de arbetar på. Författaren känner sig oroad över de anledningar till att inte samverkan i SIP skett som uppgavs av andra sjuksköterskor som inte kunde inkluderas i studien som att man slutat med samverkan i SIP i den kommunen, sjuksköterskan samverkar enbart i VIB, samverkan sker enbart på en professionell nivå eller att socialtjänsten uttryckt att de inte kände behov av samverkan med sjuksköterskan. Om alla sjuksköterskor inom BHV erbjuds samma förutsättningar för en samverkanskompetens vilket Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen (2013) beskriver som en utvecklad förmåga att föra dialog angående både sociala processen och arbetsprocessen i samverkan. Samverkanskompetens påverkar förutsättningarna att se och överkomma problem angående gränsdragningar, yrkesmässiga och kulturella skillnader och olika förklaringsmodeller.

Idag bestämmer föräldrarna över barnets möjligheter till en hälsofrämjande vård och möjligheten till samverkan. För att skapa möjligheter för att upptäcka barn med riskfaktorer för ohälsa bör familjer med social utsatthet erbjudas fler besök utöver Rikshandbokens (2020) riktlinjer i enighet med hur sjuksköterskorna i studien agerat. Sjuksköterskorna i studien berättar att föräldrarna byter BHV eller när de yrkesverksamma byter arbetsplats, rubbas relationen dem emellan. Det kan tyckas att om samverkan mellan BHV och socialtjänst var mer lika strukturerad på alla BHV, skulle föräldrarnas strategi att byta BHV vara av mindre betydelse då de riskerar att anmälas till socialtjänst och en större enighet inom BHV signaleras till föräldrarna.

Sjuksköterskorna i studien beskrev strukturen för samverkan som avgörande för att visa på deras professionella ansvar. Även familjens möjligheter till delaktighet kan öka med en god struktur för samverkan. Sjuksköterskorna upplevde att föräldrar som gjorts delaktiga i samverkan får en fördjupad relation med sjuksköterskan och föräldrarna får en konkret plan hur de skall få stöd i sin situation under SIP-mötet. Sjuksköterskorna beskrev även föräldrarnas tillit

och förtroende för dem som viktig för hur samverkan och de olika hälsofrämjande insatserna skulle bli. En familjecentrerad vård bygger enligt Harrison (2010) på att sjuksköterskan ingår partnerskap med familjen och ser dem som en jämbördig partner. I denna studie framkom det att sjuksköterskorna ibland inhämtade föräldrarnas tillåtande till samverkan med socialtjänst eller förskola istället för att samverka i SIP-möte. Samverkan skedde då enbart mellan de professionella och familjen inbjöds inte till att delta, vilket inte är förenligt med familjecentrerad vård eller Patientlagen (SFS 2014:821). Det kan tyckas som att när familjen inte görs delaktiga i samverkan kan det bidra till en försämrad relation mellan sjuksköterskan och föräldern. Andra risker med att inte bjuda in familjen till samverkan är att en hierarkisk uppbyggd vård bibehålls och att samverkansformen för SIP urholkas och betydelsen av samverkan förminskas av de professionella.

Sjuksköterskorna i denna studie berättade att de ofta väntade på att bli inbjudna till SIP-möte eller att de önskade att socialtjänsten ringde dem, trots att den som känner behovet av samverkan är själv skyldig till att kalla till samverkan. Socialtjänsten skall vara aktiv till att se till att samverkan sker (SFS 2001:453) men föräldrarna kan välja bort samverkan i SIP. En del i ett patientsäkerhetsarbete är att erbjuda en form av fast vårdkontakt till patienterna (Socialstyrelsen, 2020) författaren att BHV-sjuksköterskorna kan motsvara barns behov rättighet och av en samordnande fast vårdkontakt enligt Patientlagen (2014:821) i de fall familjen känner behov av det. Sjuksköterskorna i studien berättar att socialtjänsten nekat dem att delta i samverkan, även trots föräldrarnas uttryckt önskan om det. Det agerandet strider mot både mot socialtjänstlagen (SFS 2001:453) som beskriver att socialtjänsten aktivt skall samverka och Barnrättslagen (SFS 2018:1197) som beskriver att föräldrarnas rätt till stöd i sitt föräldraskap. Barn som placeras i familjehem ska alltid samverkas om (Vårdsamverkan, 2012b) vilket sjuksköterskorna i denna studie upplevde enbart skede vid fåtal tillfällen när socialtjänstens omplacerade av barn. Sjuksköterskorna anser att deras kunskaper och professions roll i samverkan behöver tillvaratas i högre utsträckning och att en förbättrad strukturerad samverkan behövs mellan barnhälsovården och socialtjänsten.

Det kan tyckas att varje BHV borde utföra en barnkonsekvensanalys (SKL, 2017), hur barn påverkas när individuella samordnade planer (SIP) inte upprättas och hur lokala strukturer påverkar den professionella samverkan. Detta för att strukturellt angripa klyftorna mellan olika

barns hälsa, både på verksamhets- och individnivå. Hälsöfrämjande insatser till barn ska inte fördröjas eller utebli på grund av strukturella skillnader för samverkan inom BHV.

Samsyn

Sjuksköterskornas roll i samverkan med socialtjänsten hade kunnat styras av en ökad samsyn gällande samverkan, exempelvis genom samverkansmöten inom professionen. Författaren anser med stöd av denna studies resultat att det finns en risk för att familjer med behov av hälsöfrämjande insatser av flera verksamheter, inte erbjuds SIP-möte då sjuksköterskorna inte är tillräckligt vana att vara sammankallande i samverkan. En mer djupgående professionell samsyn på samverkan bör prioriteras för att sjuksköterskor inom BHV ska känna sig trygga med att initiera, kalla, leda, delta och följa upp en strukturerad samverkan, och på så sätt öka möjligheterna för en mer jämlik vård för barnen.

Sjuksköterskorna i denna studie önskade mer utbildning om samverkan och orosanmälningar, och CBHV:s utbildningar uppskattades av sjuksköterskorna. Författaren föreslår att utbildning och samverkan kan struktureras inom BHV, för att som Berlin (2019) sjuksköterskorna skall bilda professionella team med en tillåtande attityd där de vågar ge och hämta inspiration och idéer för att utveckla professionen och verksamheten. Berlin (2019) och Huxham (2003) menar att teamsamverkan måste kännas både givande och tidsbesparande för att de professionella ska eftersträva teamsamverkan. Författaren föreslår att utbildning angående samverkan från CBHV skall var webbaserad vilket innebär att sjuksköterskorna får möjlighet till samma formella kunskap om ett specifikt ämne. Sjuksköterskorna kunde sedan ses i lokala professionsgrupper där de diskuterade och reflekterade över utbildningsmaterialet med stöd av en moderator som är sjuksköterska. En professionell möjlighet ges att reflektera över hur sjuksköterskorna arbetar på olika BHV och en kollegial reflektion kan ske även för de sjuksköterskor som är ensamma i sin verksamhet. Författaren menar att genom en ökad samsyn om omvårdnadens funktion i samverkan skulle sjuksköterskorna kunna ta en mer aktiv roll i samverkan. Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen. (2013) belyser vikten av en gemensam teoretisk utgångspunkt för att få samsyn och barnkonventionen kan vara en gemensam värdegrund. Samsyn förutsätter kontaktytor och kommunikation. Författaren tror att en ökad kollegial samsyn hade kunnat hjälpa sjuksköterskorna att känna sig styrkta i sin profession. Därefter kunde samverkan ske tvärprofessionellt i SIP-grupper inom varje enskild kommun,

precis sjuksköterskorna tidigare deltagit i lokala VIB-grupper, men med skillnad att alla barn mellan 0-6 år nu skulle inkluderas.

Sjuksköterskorna i denna studie upplevde att socialtjänsten var mer aktiva och agerande i början av barnets liv, vilket även gällde dem själva. Socialtjänsten är delvis en uppsökande verksamhet men är till stor del beroende av orosanmälningar utifrån (SFS 2001:453). Sjuksköterskornas kontakt med familjerna minskar ju äldre barnet blir (Rikshandboken, 2020) och därmed upplever sjuksköterskorna i studien det svårare att upptäcka när barn far illa och familjen är i behov av stödinsatser när barnet blir äldre. Sjuksköterskorna i studien beskriver att känslan av att missa barn som far illa framförallt uppstår ibland, men framförallt tidigt i yrket som sjuksköterska inom BHV. Sjuksköterskorna berättar att de ibland känner sig själva tveksamma till sin bedömning att det finns risk att ett barn skall fara illa, samt har upplevt att deras orosanmälan inte tagits på allvar av socialtjänsten. Sjuksköterskorna i studien hade lång erfarenhet inom professionen (m=20 år i yrket; m=10 år inom BHV) och beskriver att ibland är deras ”magkänsla” den enda indikationen på att allt inte står rätt till i familjen. I studien av Melin-Johansson, Palmqvist och Rönnberg (2017) har man kartlagt sjuksköterskors fysiska känsla, ”gut feeling”, och definierat den som sjuksköterskors kliniska intuition, samt vad som påverkat dem att lyssna till sin intuition i bedömning av patienter. Resultatet visar att intuitionen utvecklas ett bedömningsstöd och baserar sig på sjuksköterskans erfarenhet och kunskap. Sjuksköterskornas arbetsmiljö, hur emotionellt involverade de var i patienten och kollegors inställning till reflektion av klinisk intuition påverkade hur sköterskorna värderade sin intuition i arbetet. Melin-Johansson et al. (2017) studie visade att sjuksköterskornas tid i yrket var den faktor i högst grad bidrog till en större legitimitet för sjuksköterskorna till att reflektera över, känna tillit till och agera utefter sin intuition, sin ”gut feeling”. Författaren anser det viktigt att sjuksköterskor identifierar sin ”magkänsla” som en professionell intuition (Melin-Johansson et al., 2017) som leder till att sjuksköterskan orosämalar enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:43). Risker författaren ser med att sjuksköterskan inte agerar utefter sin intuition är att barnet riskerar far illa och om sjuksköterskan negligerat sin ”magkänsla” och något händer barnet kan etisk stress uppstå för sjuksköterskan. Genom att sjuksköterskor erhåller en kollegial handledning kan tyst kunskap tillgängliggöras och sjuksköterskornas kan tillsammans reflektera över känslan av intuition vilket kan bidra med en förstärkt samsyn på när samverkan med socialtjänsten bör inledas.

Författaren menar att om sjuksköterskor inte ger tillräckligt med stöd till familjer i behov av stödjande och hälsofrämjande insatser och enbart ser till sitt medicinska uppdrag, kan det innebära att både den medicinska- och hälsofrämjande insatsen för barnet inte har tillräcklig eller ens har någon effekt. Sjuksköterskorna i studien definierade samverkan som en omvårdnadshandling som de inte kunde avskriva sig ansvaret för till föräldrarna eller socialtjänsten. När och om sjuksköterskan eller de andra professionella väljer att inte samverka kring barnen så bryter de mot flera lagar (SFS 2001:453; SFS 2014:821; SFS 2017:30; SFS 2018:1197). Sjuksköterskorna i studien beskrev att handledning och kollegialt stöd är viktigt i arbetet med familjerna.

Studiens resultat är särskilt viktigt då en ny socialtjänstlag är under utarbetning (SOU 2020:47) vilket innebär att kommunerna behöva beakta behovet av tidiga och förebyggande insatser för att främja hälsa i större utsträckning. Lagförslaget innefattar även ett förstärkt barnrättsperspektiv inom socialtjänsten. I vägledningen för Barnhälsovården anges att: *”Barnrättsperspektivet är ingen personlig tolkning av vad som är bäst för barnet utan uttrycker en skyldighet att genom lämpliga åtgärder förverkliga barnets mänskliga rättigheter och barnets bästa liksom barnets rättigheter som de är formulerade i barnkonventionen”* (Socialstyrelsen, 2014, s. 26). Lagförslaget (SOU 2020:47) beskriver att socialtjänsten skall bedrivas med stöd av vetenskaplig evidens och kunskap, vilket författaren anser inte kan ske utan att sjuksköterskan inkluderas för att beakta omvårdnadsperspektivet i samverkan när risk för ohälsa hos barnet uppkommer. Studiens resultat visar att samverkan inte sker tillräckligt strukturerat och att familjerna inte alltid inkluderas i enighet med en barn- och familjecentrerad vård.

Kliniska implikationer

Denna studies resultat kan bidra med fördjupad kunskap hur sjuksköterskor inom BHV kan tillvarata kärnkompetensen samverkan i team med både familjen och socialtjänsten för att främja hälsa i familjer med behov av stödjande och hälsofrämjande insatser. Studien belyser även värdet av sjuksköterskans omvårdnads kunskap i samverkan för att skapa en helhetsbild av familjens situation så insatser från flera olika verksamheter kan sättas in, baserat på familjens specifika behov. Studien kan vara till grund för fortsatt forskning och utveckling av riktlinjer och utbildning angående samverkan inom BHV. Studien visar på sjuksköterskornas behov av styrning, struktur och samsyn i samverkan och hur effektivt strategiskt samverkansarbete kan främja barns hälsa och en jämlik vård.

Slutsats

Barn i familjer med ett särskilt behov av stödjande och hälsofrämjande insatser påverkas av de professionellas förhållningsätt till samverkan. Sjuksköterskorna i studien, deras upplevelse av samverkan med socialtjänsten angående barn och deras familjer, visar ett behov av tydlig styrning, struktur och samsyn på samverkan inom BHV. Genom utveckling av olika strategier för samverkan kan barns och deras familjers hälsa påverkas positivt och på lång sikt bidra till en förbättrad folkhälsa. Riktade insatser bör ske för att främja tvärprofessionell samverkan mellan olika verksamheter och där lagstiftningen, tillämpningen och behovet för samverkan finns, men inte tillämpas. Detta kommer vara både till fördel för de professionella i deras arbete, men framförallt kan samverkan mellan barnhälsovård och socialtjänst öka möjligheten att upptäcka barn som far illa och minska skillnaderna i hälsa för barn i Sverige.

Referenslista

- Beam, R., O'Brien, R.A., & Neal, M. (2010). Reflective Practice Enhances Public Health Nurse Implementation of Nurse-Family Partnership. *Public Health Nursing, 27*, 131-139. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1525-1446.2010.00836.x>
- Benzein, E., Hagberg M., & Saveman, B-I. (2017). *Att möta familjer inom vård och omsorg*. (dra upplagan ed.) Lund: Studentlitteratur.
- Berlin, J. (2019). Teamarbete. I M. Lepp, & J. Leksell (Red).(2019) *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 139-176). Stockholm: Liber.
- Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A Concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of Pediatric Nursing, 42*, 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>
- Elo, S., & Kyngnäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing, 62*(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Ength-Kraft, L., Rahm, G., & Eriksson, U-B. (2017). School Nurses Avoid Addressing Child Sexual Abuse. *The Journal of School Nursing, 33*(2), 133-142. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1177%2F1059840516633729>
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Folkhälsans utveckling- Årsrapport 2020*. Hämtad 2020-09-15, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9fd952e9014642249164352cd5a3eb50/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2020.pdf>
- Glenny, G. & Roaf, C. (2008). *Multiprofessional Communication: Making System Work for Children*. Hämtad 2020-11-09, från [https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=Hd1EBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=+Glenny,+G.+%26+Roaf,+C.+\(2008\).+Multiprofessional+Communication:+Making+system+work+fpr+children+&ots=DLDpaXFZ32&sig=7N4yI4ISU31WvtQyfAaZTjpc9s&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=Hd1EBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=+Glenny,+G.+%26+Roaf,+C.+(2008).+Multiprofessional+Communication:+Making+system+work+fpr+children+&ots=DLDpaXFZ32&sig=7N4yI4ISU31WvtQyfAaZTjpc9s&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Harrison, T. M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing, 25*(5), 335-343. doi: 10.1016/j.pedn.2009.01.006

- HSL:FS 2016:64. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om erkännande av yrkeskvalifikationer inom hälso- och sjukvården*. Hämtad 2020-09-15, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2016-6-30.pdf>
- Huxham, C. (2003). Theorizing collaboration practice. *Public Management Review*, 5 (3), 401-423. doi:10.1080/1471903032000146964
- Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). (2019). *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*. Hämtad 2020-09-12, från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2020/vad-har-ivo-sett-2019-20200316.pdf>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2017). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lines, L.E., Hutton, A.E., & Grant, J. (2016). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing*, 73 (2), 302-322. doi:10.1111/jan.131001
- Melin-Johansson, C., Palmqvist, R., och Rönnerberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making- A mixed-studies review. *Journal of Clinical Nursing* 26, 3936-3949. doi:10.1111/jocn.13814
- Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen. (2013). *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*. Hämtad 2020-09-15, från <http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/340/42.pdf>
- Närhälsan. (2020). *VIB- Very Important Baby*. Hämtad 2020-12-16, från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/9ad0b718-7f7b-47f1-86c7-cfaceda1fbef/VIB-rev%20170505.pdf?a=false&guest=true>
- Region Skåne. (2017). *Barnhälsovården i Skåne årsrapport 2017*. Hämtad 2020-11-09, från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/bhv/arsrapport/barnhalsovarden-i-skane---arsrapport-2017.pdf>
- Rikshandboken- Barnhälsovård för professionen. (2020). *Hälsobesök*. Hämtad 2021-01-03, från <https://www.rikshandboken-bhv.se/halsobesok/>

Rikshandboken- Barnhälsovård för professionen. (2021). *Barnhälsovårdens folkhälsoarbete*. Hämtad 2021-03-17, från <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/strategier-och-kvalitetssakring/barnhalsovardens-folkhalsoarbete/>

Riksföreningen för Barnsjuksköterskor & Svensk SjuksköterskeFörening (RfB och SSF). - (2016). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Hämtad 2020-09-23, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning_halso-och_sjukvard_for_barn_och_ungdomar.pdf

SFS 1949:381. *Föräldrabalken*. Stockholm: Justitiedepartementet L2.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2018:1197. *Barnrättslagen- Lagen om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet

Socialstyrelsen. (2013). *Samverkan för barns bästa*. Hämtad 2020-04-29, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2013-8-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2014a). *Barn som far illa eller riskerar att fara illa En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar*. Hämtad 2020-04-29, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-4.pdf>

- Socialstyrelsen. (2014b). *Vägledning för barnhälsovården*. Hämtad 2021-01-07, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019). *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2018*. Hämtad 2020-09-23, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-8-6261.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020). *Samlat stöd för patientsäkerhet*. Hämtad 2020-01-07, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>
- SOSFS 2011:9. *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Hämtad 2021-01-07, från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20119-om-ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete/>
- SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*. Hämtad 2020-12-09, från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/08/sou-202047/>
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2017). *Prövning av barnets bästa- Ett verktyg för styrning och ledning*. Hämtad 2020-11-05, från <https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/provning-av-barnets-basta.html>
- Sveriges Riksdag. (2017). *Samordnad individuell plan (SIP)- En utvärdering*. Hämtad 2020-09-23, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/rapport-fran-riksdagen/samordnad-individuell-plan-sip---en-utvardering_H50WRFR5/html
- Tyrstrup, M. (2014). *I välfärdsproduktionens gränsland- Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg*. Hämtad 2020-11-09, från https://entreprenorskapsforum.se/wp-content/uploads/2014/05/UV_Tyrstrup_webb.pdf
- Vetenskapsrådet. (2020). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2020-09-18, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

- Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K., & Bergman, D. (2016). What do we think about them and what do they think about us? *Journal of interprofessional Care*. 30 (1), 50-55. doi: 10.3109/13561820.2015.1055716
- Wigert, H. (2017). Barn- och familjecentrerad barnsjukvård. I M. Lepp, & J. Leksell (Red). (2017). *Vårdpedagogik. Vårdens kärnkompetenser från ett pedagogiskt perspektiv* (s. 271-296). Stockholm: Liber.
- Vårdsamverkan i Västra Götaland (2012a). *Gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik*. Hämtad 2020-04-28, från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/386a4e60-4784-4ac2-9782-89dcc4fa5338/vastbusrevideraderiktlinjer.pdf?a=false&guest=true>
- Vårdsamverkan i Västra Götaland. (2012b). *Västbus riktlinjer för familjehemsplacerade barn och unga*. Hämtad 2020-09-22, från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/1b855aee-210d-4d0d-a917-d3bb0d2b5182/Riktlinjerfamiljehemsplacerade.pdf?a=false&guest=true>
- Västkom & Västra Götalands Regionen (VGR). (2020). *Länsgemensam riktlinje vid oro för väntat barn- samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland*. Hämtad 2020-12-16, från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/a3e2ffa9-71aa-44b3-a1b9-bf568f431e90/L%20c3%a4nsgemensam%20riktlinje%20vid%20oro%20f%20c3%b6r%20v%20c3%a4ntat%20barn%20V%20c3%a4stra%20G%20c3%b6taland.pdf?a=false&guest=true>

Bilaga 1. Forskningspersonsinformation (FPI)

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Jag är barnsjuksköterska och genomför en masterutbildning i omvårdnad. I mitt examensarbete vill jag belysa Barnhälsovårdssjuksköterskans upplevelse av tvärprofessionell samverkan vid orosanmälan och vid västbusmöte. Jag ber dig som arbetar inom Barnhälsovårdens område som specialistutbildad sjuksköterska inom hälso- och sjukvård för barn och unga eller Specialistsjuksköterska med inriktning distriktsjuksköterska om möjligheten att få genomföra en intervju om din upplevelse.

Hur går studien till?

Du som barnhälsovårdssjuksköterska deltar i en intervju som spelas in och transkriberas. Vi kommer prata om din upplevelse av tvärprofessionellt arbete av ett i Västra Götaland så kallat Västbus-möte, samt vid orosanmälan till socialtjänst. Under intervjun kommer INGA namn nämnas som gör att sekretess bryts eller personer kan utpekats. Materialet kommer att helt avidentifieras och citat kommer i uppsatsen koda. Resultatet av studien kommer att redovisas som en masteruppsats på avancerad nivå i omvårdnad och ev. publiceras i tidskrifter med inriktning av barns hälso- och sjukvård. Intervjun uppskattas att ta 1 timme. Pga Covid-19 kan vi ses via appen Zoom eller via telefon om möjligheten till att ses är begränsad.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Det finns inga förväntade fysiska risker med att delta i denna forskningsstudie, dock kan samtal om barns och ungas livssituation väcka känslor av obehag som oro och ledsamhet.

Vad händer med mina uppgifter?

Allt material kommer att förvaras oåtkomligt för obehöriga under Göteborgs universitets och studentens ansvar.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att behöva förklara dig.

Hur får jag information om studiens resultat?

Kontakta ansvariga för studien om du vill ta del av resultatet. Studiens resultat kan komma att publiceras i en vetenskaplig tidskrift.

Ansvariga för studien är:

Anne-Sofie Johansson Leg. Spec. Sjuksköterska gusjohando@student.gu.se
Handledare vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa är: Helena Wigert
helena.wigert@gu.se

Samtycke till att delta i studien

Jag har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformationen :

.....

Bilaga 2. Intervjuguide

- Demografiska data: ålder, kön, yrke i antal år, specialistutbildning, vilken och antal år, annan yrkeserfarenhet. I vilken kommun, familjecentral eller traditionellt BHV.
- Kan du berätta för mig hur du upplever det som sjuksköterska, att samverka med socialtjänsten vid en orosanmälan av ett barn?
- Kan du berätta om ett SIP- möte där du upplevde att den tvärprofessionella samverkan fungerade bra. Vilka professioner deltog i mötet och vad skedde?
- Kan du berätta om ett SIP- möte där du upplevde att den tvärprofessionella samverkan fungerade dåligt. Vilka professioner deltog i mötet och vad skedde?
- Vilka är möjligheterna i denna samverkan?
- Vad är hindren i denna samverkan?
- På vilket sätt upplever du att relationen med familjerna påverkas, efter ett eller olika möten? Vad blir bättre och vad blir sämre?
- Vilket stöd och utbildning får du som sjuksköterska angående SIP-möte i din verksamhet?
- På vilket sätt upplever du att din kompetens som sjuksköterska och omvårdnadsperspektiv av socialtjänsten när du anmäler oro för ett barn? – I er samverkan kring barnet och familjen?
- Är det något mer du vill berätta för mig?
- Hur var det att bli intervjuad?

