

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan

Nr3 2017

Barns hälsa - Barn i Barnahus och BBIC-utredningar

Ann-Margreth E. Olsson (Red.)

KRISTIANSTAD UNIVERSITY PRESS

Forskningsplattformen för **Hälsa i samverkan**

Barns hälsa - Barn i Barnahus och BBIC- utredningar

Ann-Margreth E. Olsson (Red.)

Kristianstad University Press

Tryckort: Kristianstad 2017

ISSN: 1652-9979 NR 3 2017

© Respektive författare

Barns hälsa - Barn i Barnahus och BBIC-utredningar

Ann-Margreth E. Olsson

Abstrakt

I studien Barn i Barnahus har ingått flera delstudier. I denna rapport redovisas två av dessa delstudier. De behandlar hur barns psykiska och fysiska hälsa utreds när barn misstänks vara utsatta för misshandel eller sexuella övergrepp. I den ena studien genomförd av Therése Saksø har barns sjukvårdssökande undersökts genom journalstudier (n=128). Studien visar att barn i Barnahus oftare har sökt sjukhusvård och BUP än andra barn. Av de barn som läkarundersöktes i samband med besöket på Barnahus (5,5 %), har ingen följts upp av sjukvården under de efterföljande sex månaderna. Studien har kommit fram till att läkare har bristfällig utbildning om misshandel och övergrepp av barn. Utbildningsinsatser behövs liksom regionala och nationella strukturer för att höja den medicinska kompetensen.

Ann-Margreth E. Olsson har intervjuat 32 socialsekreterare samt analyserat 108 sociala utredningar. Samrådsmöten på Barnahuset innebär handledning och konsultation för deltagande socialsekreterare. Läkares inrådan blir styrande. Den kunskap som finns inom hälso- och sjukvården om barn som utreds av socialtjänsten, tas i allt större utsträckning med i de sociala utredningarna. Att barnet förhörts på Barnahus omnämns i utredningarna men inte alltid och mycket sällan något mer om Barnahus. Samtal med barn har hållits i 75 % av de sociala utredningarna, oftast av utredande socialsekreterare. Det kan också ha hållits av behandlare inom nyinsatt familjebehandling. Barnets inställning till vad som kommits fram i utredningen har noterats i 52 % av utredningarna. Vidare forskning behövs som följer utvecklingen av socialtjänstens utredningar avseende barnets fysiska och psykiska hälsa också satt i relation till barnets sociala situation samt avseende barnets delaktighet när utredningsarbetet kombineras med behandlingsinsatser.

Nyckelord: Barn i Barnahus, socialsekreterare, sociala utredningar, barns hälsa, barns delaktighet, samverkan, barns fysiska och psykiska hälsa, läkarundersökning, hälsoundersökning, samverkan, sociala utredningar, BBIC, socialsekreterare, barns delaktighet, barns inställning, barnsamtal, socialsekreterare

Rapporten är genomförd med stöd av Forskningsplattformen för Hälsa i samverkan och stöd från Stiftelsen Kempe-Carlgrenska Fonden.

INNEHÅLL

UTREDNING AV BARNS HÄLSA NÄR BARN MISSTÄNKTS VARA	
UTSÄTTA FÖR VÅLD ELLER SEXUELLA ÖVERGREPP	7
Inledning	7
Barnahuset	7
Hälso- och sjukvårdens uppgift	9
Huvudstudien och delstudierna	9
Syfte	10
Genomförande	10
Barns hälsa och skydd	11
Handläggning vid misstanke om övergrepp mot barn	13
REFERENSER	16
BARN I BARNAHUS – SJUKVÅRDSSÖKANDE FÖRE, UNDER OCH	
EFTER BARNAHUSÄRENDE	19
Sjukvårdssökande före, under och efter barnahusärende	19
Bakgrund	19
Syfte	21
Frågeställningar	22
Material och metod	22
Resultat	24
Konklusion/Diskussion	30
REFERENSLISTA	32
BARNS HÄLSA OCH INVOLVERING I SOCIALSEKRETERARES	
UTREDNINGAR VID SAMARBETE I BARNAHUS	33
Inledning	33
Studien	35
Tillgång till och analys av sociala utredningar	36
Barn i Barnhuset	37
Studiens resultat	39
Samverkan kopplat till Barnahuset	39
Barns hälsa i utredningarna	45
Barnet på Barnahuset, barnets delaktighet och inställning	48
Barn på Barnahuset	49
Samtal med barn och barns inställning	50
Diskussion och slutsatser	52
Sammanfattande slutsatser	55
REFERENSER	57
Tack	60
Om författarna	60

UTREDNING AV BARNS HÄLSA NÄR BARN MISSTÄNKTS VARA UTSATTA FÖR VÅLD ELLER SEXUELLA ÖVERGREPP

Ann-Margreth E. Olsson

Inledning

”Barn i Barnahus – tvärvetenskaplig studie av Barnahusverksamhet ur barnperspektiv” är en studie som under åren 2012 – 2017 bedrivits vid Forskningsplattformen Hälsa i Samverkan, Högskolan Kristianstad. I studien har ingått flera delstudier. I denna rapport är fokus på två av dessa, båda knutna till barns psykiska och fysiska hälsa. Den ena är delstudien ”Barn i Barnahus – Sjukvårdssökande före, under och efter barnahus” genomförd av leg. läkare Therése Saksø, Barn- och ungdomskliniken, Centralsjukhuset Kristianstad, med M.D. och överläkare Lars Almroth, som ansvarig handledare. Den andra är delstudien ”Barns hälsa och involvering i socialsekreterares utredningar vid samarbete i Barnahus” som genomförd av studiens projektledare Ann-Margreth E. Olsson, lektor i socialt arbete vid Högskolan Kristianstad. Studien har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden (dnr 2011/756 och dnr 2011/580, ändringsansökan dnr 2014/84 för att omfatta trygghetspersoner och särskilda företrädare, respektive för delstudien om barns sjukvårdssökande i kontext av Barnahus dnr 2013/150).

Barnahus

När barn misstänks vara utsatta för brottsliga gärningar som misshandel eller sexuella övergrepp, kan inblandade myndigheter samverka inom en institution som kommit att kallas Barnahus (Johansson et al., 2017). Utvecklingen och etableringen av de nordiska länderna är inspirerad av en modell i USA, the Children’s Advocacy Center (CAC). Modellen skapades 1985 i Alabama, USA (National Children’s Advocacy Center, 2016). CAC omvandlades 1998 till en liknande verksamheten på Island benämnd Barnahús (Gudbrandsson, 2015). Det är den isländska versionen som spridit sig inom Norden (Johansson, 2012). I Sverige startade första Barnahuset 2005 i Linköping (Åström och Reimer, 2008). År 2013 fanns 28 Barnahus till vilka 164 av Sveriges 290 kommuner var knutna (Landberg och Svedin, 2013). CAC finns numera på 900 platser i USA (National Children’s Advocacy Center, 2016). CAC spreds sig vida före forskningsresultat visade annat än att det verkade vara en lovande verksamhet (Newman et al., 2005, Faller och Palusci, 2007, Jones et al., 2010). Flera nordiska forskare studerar numera olika aspekter av Barnahus (Johansson et al., 2017).

Inom Barnahus ska polis, åklagare, rättsmedicin, barnmedicin samarbeta liksom barn- och ungdomspsykiatri samt socialtjänsten när ett barn misstänks vara eller varit utsatt för våld eller övergrepp (Rikspolisstyrelsen et al., 2008). Det kan också handla om

att barnet har bevittnat våld i nära relationer (Broberg et al., 2015). På Barnhuset ska myndigheternas inledande insatser samordnas (Rikspolisstyrelsen, 2008). Målet är att öka rättsäkerheten för barn som blivit utsatta för brott (Kaldal et al., 2010). Syftet är också att minska risken för att de pågående parallella utredningarna ska försvåra eller förhindra för varandra (Åklagarmyndigheten, 2016).

Mål för Barnahus är både att förbättra stödet för barn som blivit brottsoffer och skapa förbättrade utredningar i stöd- och behandlingsprocessen och i rättsprocessen (Rikspolisstyrelsen, 2009). Målgrupp för Barnahus i Sverige är barn 0-18 år. I de nationella kriterierna för Barnahus definieras målgruppen enligt följande. Barn som misstänks vara utsatta för:

- misshandel eller andra våldsbrott enligt 4 kap. brottsbalken (brott mot liv och hälsa)
- olaga frihetsberövande, grov fridskränkning, människohandel, olaga tvång, olaga hot, ofredande och andra brott enligt 4 kap. brottsbalken (brott mot frihet och frid) och där utredningar kring barnet inleds parallellt av sociala myndigheter samt av åklagare och polis
- våldtäkt mot barn, sexuellt övergrepp mot barn, sexuellt tvång, våldtäkt, köp av sexuell handling av barn och övriga brott enligt 6 kap. brottsbalken (sexualbrott)
- kvinnlig könsstympning i målgruppen ingår även barn som lever med våld i familjen (vittne till våld, direkt eller indirekt).

De angivna brottstyperna inkluderar brott med hedersmotiv. Där det bedöms lämpligt bör samverkan även omfatta barn som är förövare av sexualbrott. (Rikspolisstyrelsen, 2009 s. 9-10).

Dessa kriterier följer de flesta av svenska Barnahus (Landberg och Svedin, 2013). I samband med att beslut om att inrätta Barnahus fattas, vilket sker på lokalt plan, överenskomms också om målgruppen för respektive Barnahus. Barnahus Skåne Nordost följer de nationella riktlinjerna.

Samverkan i ett barnärende på Barnahus startar vanligen med ett samrådsmöte. På dessa möten sammanstrålar de samarbetande aktörerna, här planeras och koordineras insatserna inför att barnet kallas till polisförhör (Landberg och Svedin, 2013). För att barnet inte ska behöva upprepa sin berättelse, tillåts de samarbetsaktörer som ska arbeta vidare i ärendet, att iakttä förhöret i ett medhörningsrum i närheten av förhörsrummet (Åström och Reimer, 2008). Formellt är det åklagarens beslut, vilka som tillåts vara med i medhörningsrummet. En grundidé med Barnahus är att barnen kommer till en plats och inte ska behöva åka runt till de olika myndigheterna och upprepa vad barnet varit med om (Rasmusson, 2011).

Hälso- och sjukvårdens uppgift

Idén om en plats går igen i det att även de medicinska undersökningarna skall ske på Barnhuset. Enligt riktlinjerna är hälso- och sjukvårdens uppgift i Barnhuset att:

- Utredda barnets somatiska status, bedöma förekomsten av skador.
- Utredda, bedöma och tillgodose barnets behov av somatisk och psykiatrisk medicinsk behandling.
- Bedöma och tillgodose barnets behov av krisbearbetning, psykoterapeutisk eller psykologisk insats.
- Bedöma och tillgodose de vuxnas behov av krisbearbetning och annan behandling (vuxensjukvården) (Rikspolisstyrelsen et al., 2008 s. 28).

Tidigare studier visar att läkarundersökningar i samband med Barnhuset sällan sker i Sverige (Gustafsson, 2011, Holmsten, 2009, Landberg och Svedin, 2013, Otterman et al., 2013). Sker läkarundersökning är detta oftast av rent polisärt syfte d.v.s. det handlar om att säkra bevis varvid barns fysiska hälsa och rätt till behandlingsinsatser mycket sällan är i fokus (Landberg och Svedin, 2013). Studier i USA tyder dock på att de medicinska undersökningar ökar när CAC används jämfört med utan (Edinburgh et al., 2008, Walsh et al., 2007, Smith et al., 2006). Barnläkare Therése Saksø återkommer till läkarundersökningarna vid Barnhuset i kapitel 2 i denna rapport.

Huvudstudien och delstudierna

Studien "Barn i Barnhuset – tvärvetenskaplig studie av Barnhusets verksamhet ur barnperspektiv" planerades tillsammans med styrgruppen för Barnhuset Nordöstra Skåne. I styrgruppen har ingått representanter för de myndigheter som driver verksamheten i Kristianstad. Dessa är kommunerna Kristianstad, Hässleholm, Bromölla, Osby och Östra Göinge samt Region Skåne, polismyndigheten, åklagarmyndigheten och rättsmedicinalverket i Skåne. Studien planerades och har genomförts som dialogisk deltagande aktionsforskning där flera olika moment, faser och delstudier följer på varandra och inflätas i varandra (se nedan). Deltagande aktionsforskning kan ses som ett sätt att få kunskap om sin egen praktik och därigenom förutsättningar för att förändra densamma. Utgångspunkten tas i den praktiska verksamheten och ur deltagarnas perspektiv. Centrala moment i dialogisk deltagande aktionsforskning är att som forskare ställa sig till förfogande för deltagarna, ställa lyssnade frågor till deltagare om praktikens handlingar och arbetsprocesser, vara med i och/eller observera aktioner, följa och undersöka processerna systematiskt samt utforska och reflektera över vad som sker gärna tillsammans med deltagarna. Delar av studiens preliminära resultat har redovisats vid seminarier vid Högskolan Kristianstad, i styrgruppsmöten på Barnhuset, i lokala möten med aktuella kommuner och inom Region Skåne, på konferenser nationellt och internationellt. Presentationerna har syftat till att sprida resultat men också för att få

möjlighet till vidare dialog om preliminära resultat och fortsatt forskning. Här har eftersträvat delaktighet och ömsesidighet i dialoger mellan forskare och deltagare såväl när det gäller studiens genomförande i stort som vid enskilda möten och i intervjuande samtal med deltagare.

Syfte

Studien i sin helhet syftar till att utforska och finna former för:

1. att följa hur barn upplever att bli kallad till och besöka Barnahus samt hur det blir efteråt för barnet
2. att tillgodose de behov som uppstår hos barn före, under och efter kontakt med Barnahus och de undersökningar som genomförs
3. att göra barn mer delaktiga i utrednings- och behandlingsprocesser i samband med att barn besöker eller besökt Barnahus

Studien förväntas bidra till att skapa arbetsformer som gör det möjligt att ta hänsyn till berörda barns perspektiv och behov i pågående samverkan inom Barnahus. Verksamheten riktar sig till de mest utsatta barnen i vårt samhälle. Också dessa barn har rätt att bli inbjudna till delaktighet, erbjudas information på ett sätt som gör det möjligt för dem att förstå vad som händer och är på gång samt då kunna bidra med synpunkter i de frågor som gäller dem själva (cf. Regeringskansliet, 2010). Studien förväntas också medverka till att inom Barnahus utvecklas förhållnings- och arbetssätt som gör barnens röster mer hörda och barn mer delaktiga i vad som sker före, under och efter besöket på Barnahus. Forskningen förväntas kunna medverka till att såväl nationella som lokala idéer och riktlinjer om Barnahus vidareutvecklas så att de säkrar att verksamheten både drivs med barnperspektiv och utifrån barnens perspektiv. Det förra handlar om när vuxna försöker sätta sig in i barnets perspektiv, det senare att lyssna till vad barnen har att säga – att göra deras egna röster hörda (Sommer et al., 2011).

Genomförande

Studiens frågeställningar handlar om hur Barnhusverksamheten kan utvecklas vidare i enlighet med FN:s deklaration om mänskliga rättigheter och barnkonventionen enligt vilka barn ska uppfattas och bemötas som *aktörer* (Utrikesdepartementet, 2003). Utifrån det svenska rättssystemet deltar barnen Barnahus både som *part* och som *brottsoffer* (Diesen, 2003). Detta är viktiga utgångspunkter i såväl studien som helhet som dess delstudier, som fokuserar på följande frågeställningar:

- Vilka konsekvenser får Barnahus ur barnens perspektiv respektive ur socialtjänstens och sjukvårdens perspektiv?
- Vilka berättelser hörs om barns deltagande i Barnahus och de utredningar som genomförs inklusive vad berättar berörda barn om Barnahus och om hur deras röster blir och kan bli hörda?

- På vems villkor sker läkarundersökningar och hur kan dessa utvecklas till ett mer allmänt barnhälsoperspektiv?
- Vilka möjligheter öppnar sig för de professionella till utveckling av förhållnings- och arbetssätt som gör barnen mer delaktiga i Barnahus med särskilt fokus på utrednings- och behandlingsprocesserna i såväl processer som texter?
- Vilka former finns och kan utvecklas för att följa hur barnen upplever Barnahus?

Studien har genom åren involverat flera praktiker inom Nordöstra Skånes kommuner och Region Skåne tillsammans med forskare vid Högskolan Kristianstad och Region Skåne (se nedan). I forskargruppen har också ingått biträdande professor Vesa Leppänen och fil.dr. Sven-Erik Olsson. Hösten 2012 tillträdde Maria Kläfverud doktorandtjänsten. Delprojekten inom studien har genomförts av följande forskare och redovisningen av desamma gjorts/görs enligt följande:

1. Barnahus i barnens perspektiv – om barns delaktighet och deltagande. Ann-Margreth E. Olsson och Maria Kläfverud.
2. Medverkan av trygghetspersoners och deras erfarenheter av barnens upplevelser. Maria Kläfveruds kommande avhandling.
3. Barn i Barnhus – sjukvårdssökande före, under och efter barnahusärende. Therése Saksø.
4. Barns hälsa och involvering i socialsekreterares utredningar vid samarbete i Barnahus. Ann-Margreth E. Olsson.
5. Socialsekreterare i Barnahus och deras erfarenheter av barn i samband med Barnahus. Ann-Margreth E. Olsson.

Delprojekten täcker olika delar och aspekter av barns kontakter med Barnahus. Här rapporteras delstudierna 3 och 4.

Barns hälsa och skydd

God hälsa och utveckling är en viktig skyddsfaktor hos barn som kan motverka och lindra utveckling av psykosociala problem. Både fysiska och psykiska hälsoproblem är överrepresenterade hos barn som far illa i sin hemmiljö eller som uppvisar problem när det gäller eget beteende. Ett barn kan få lindriga eller allvarliga hälsoproblem i form av fysiska och psykiska skador efter våld eller övergrepp. Överrepresentationen av ohälsa gäller också hos barn som blir placerade i familjehem eller på institutioner jämfört med övriga barn. Barnets behov kan tidigare ha förbisetts och de kan vara konsekvenserna av bristande omsorg. Barn kan också själva ha förringat sina behov eller förbisett dem. När barn uppvisar fysiska eller psykiska hälsoproblem är det viktigt att noga utreda om det kan finnas omständigheter i barnets situation och omgivning som problemen är konsekvenserna av eller som de kan förvärras av. Det kan handla om bristande omsorg av vårdnadshavare och när det gäller äldre barn, eget beteende hos barnet. Risk- och

missbruk av droger och alkohol ökar barnets utsatthet och ökar risken för att barnet ska utveckla ohälsa. För skolbarn kan det vara skyddande i sig att barn och föräldrar har kontakt med elevhälsan liksom för yngre barn att de har kontakt med barnhälsovården. Det kan också vara skyddande att ta del av de kontroller som tandvården erbjuder. För de barn som har en konstaterad långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning kan regelbunden kontakt med behandlande läkare och annan personal inom sjukvården, exempelvis inom barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomsmedicin eller vid barn- och ungdomshabiliteringen, utgöra ett skydd. (Socialstyrelsen, 2015a)

Ovannämnda aktörer inom hälso- och sjukvården är alla skyldiga att förmedla/anmäla till socialtjänsten om oro för barn vid misstanke om att barnet far illa. I praktiken är det få orosanmälningar som kommer från hälso- och sjukvården. De senaste decennierna ökade antalet anmälningar kommer främst från förskola och skola, men när sjukvården tagit initiativet ökar sannolikheten att ärendet förs vidare i rättsprocessen (Shannon, 2011). Den låga andelen orosanmälningar från hälso- och sjukvården kan handla om bristande kontinuerlig utbildning och uppdatering av riktlinjer liksom bristande möjligheter till samråd och samarbete med socialtjänsten visar studie med distriktsläkare (Talsma et al., 2015) respektive sjuksköterskor inom barnhälsovård (Lagerberg, 2001).

Alla myndigheter vars arbete berör barn och unga samt andra myndigheter och verksamheter inom hälso- och sjukvård, annan rättspsykiatrisk verksamhet, socialtjänst och kriminalvård har en lagstadgad skyldighet att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom eller misstänker att ett barn far illa (14 kap 1 § SoL). Hänvisningar till anmälningsskyldigheten finns också i 5 kap. 8 § HSL, se nedan. Tidsperspektivet är viktigt då det kan hända mycket för ett barn på kort tid liksom att anmälaren inte behöver sätta sig in om socialnämnden behöver ingripa för barnets skydd (Socialstyrelsen, 2014). Även svårbedömda och obestyrkta uppgifter ska rapporteras om dessa tyder på att ett barn kan behöva stöd och hjälp. Det är inte anmälarens utan socialtjänstens sak att utreda och att se till att barnet och barnets familj får det stöd och de insatser de behöver och har rätt till. För att möjliggöra en bättre i samverkan infördes även nya bestämmelser om möten i samband med att en anmälan görs och om återkoppling. Anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL bryter sekretessen mellan myndigheter med stöd av Offentlighets- och sekretesslagen (OSL) 10 kap. 28 § (2009). Enligt den bestämmelsen hindrar sekretess inte att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning.

Det finns ingen nationell statistik över antalet anmälningar till socialtjänsten. På basis av antalet anmälningar, antal barn/unga och antal utredningar i en undersökning som Socialstyrelsen genomförde 2010 i ett urval kommuner skattas nivån av anmälningar till 140 000, 60 000 barn och 30 000 inledda utredningar (Socialstyrelsen, 2012). För

att följa antalet anmälningar till socialtjänsten inom barnhälsovården i Skåne följer Kunskapscentrum BHV utvecklingen sedan 2007. Under 2016 gjorde BVC-enheterna i Skåne totalt 439 anmälningar gällande 410 barn (Bergmark och Gustafsson, 2016). Bland orsakerna till anmälan fanns misstanke om omsorgssvikt i 42 %, våld i familjen 19 %, missbruk 8 %, sexuella övergrepp 2 % och misstänkt barnmisshandel 2 %.

Handläggning vid misstanke om övergrepp mot barn

En grundprincip vid handläggning av ärenden rörande misstanke om övergrepp mot barn är att barn ska skyddas från ytterligare övergrepp, påtryckningar eller repressalier, bli lyssnat på och tillförsäkras rättsskydd av ansvariga myndigheter. Myndigheterna ska samordna sina åtgärder i inledningsskedet för att undvika att man råkar hindra eller försvåra varandras åtgärder, respektera varandras roller och ansvar, medverka till att respektive utredning blir så snabb och skonsam som möjligt för de inblandade samt erbjuda barnet och dess familj nödvändig vård, behandling och stöd (Åklagarmyndigheten, 2016).

När det gäller barn, som kan vara i behov av skydd eller stöd har socialnämnden ett långtgående utredningsansvar. Utredningar som gäller barn som kan behöva skydd ska inledas utan dröjsmål och kan genomföras oavsett barnets eller vårdnadshavarens inställning. Men en anmälan eller ansökan som aktualiseras blir inte per automatik föremål för utredning. Frågan om nämnden ska inleda en utredning avgörs från fall till fall efter en s.k. förhandsbedömning av huruvida ärendet tillhör socialtjänstens ansvarsområde (Gegner, 2009). Barnets eller den unges behov av skydd kan behöva övervägas vid flera tillfällen under en utredning om skydd eller stöd. Det specifika för den omedelbara skyddsbedömningen som regleras i 11 kap. 1 a § SoL är att socialnämnden ska bedöma barnets eller den unges behov av skydd samma dag eller senast dagen efter om anmälan kommer in sent på dagen. För att kunna göra en skyddsbedömning behöver det alltså finns tillgång till personal för att bedöma de inkomna uppgifterna inom tidsfristen (Socialstyrelsen, 2015c).

Det finns ärenden som kräver särskild handläggning. Det kan handla om misstanke om att ett barn kan ha utsatts för brott, exempelvis systematisk våld eller sexuella övergrepp av en närstående person. De brottsliga gärningarna kan t.ex. handla om misshandel, människohandel, olaga hot, olaga tvång, kränkande fotografering, sexuellt ofredande eller sexuellt utnyttjande. Barnet kan ha eller tvingats till att bevittna våld eller andra övergrepp av eller mot närstående. Då ska en utredning om barnets behov av stöd och hjälp inledas utan dröjsmål och polisanmälan övervägas och vanligtvis ske. Socialnämnden har övergripande ansvar för att samverka med andra berörda myndigheter kommer till stånd (5 kap. 1 a § SoL). Därför har många kommuner i Sverige startat upp Barnahus (Kaldal et al., 2010, Landberg and Svedin, 2013).

När det gäller barn som far illa eller riskerar att fara illa är hälso- och sjukvården skyldig att samverka med socialtjänsten, andra samhällsorgan, organisationer och andra som berörs, enligt Hälso- och sjukvårdslagen, se ovan, och patientsäkerhetslagen (2010:659).

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
Svensk författningssamling 2017:30 (2017)
Särskilda skyldigheter i fråga om barn

Utdrag ur 5 kap. HSL

6 § När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

7 §/Upphör att gälla U:2018-01-01/ Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. är missbrukare av alkohol eller något annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

7 §/Träder i kraft I:2018-01-01/ Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider. Lag (2017:810).

8 § Hälso- och sjukvården ska på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 6 kap. 12-14 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) och av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Om barnets berättelse eller någon annan information talar för att barnet kan ha utsatts för våld eller sexuellt övergrepp kan en läkarundersökning behöva göras. En läkarundersökning är ofta ett led i en förundersökning som rör övergrepp mot barn. Syftet med en läkarundersökning som ett led i en brottsutredning skiljer sig från syftet med en läkarundersökning som ett led i en utredning enligt SoL. Vid en brottsutredning syftar läkarundersökningen till att ta reda på om brott kan styrka. Syftet med en läkarundersökning vid en utredning enligt SoL är vanligtvis att få kunskap om barnets hälsostatus. (Socialstyrelsen, 2015c)

Socialstyrelsen utbildar socialtjänstens individ- och familjeomsorg i att använda BBIC som står för Barns Behov I Centrum. Det är en modell för handläggning, utredning, genomförande och uppföljningsarbete med metod- och dokumentationsstöd (Socialstyrelsen, 2015b). Bl.a. finns stöd för att inhämta uppgifter genom konsultation med BVC

och elevhälsa, tandvården och pågående vårdkontakter. Konsultationsstödet består av frågor som är tänkta att ställas av den utredande handläggaren till den personal inom hälso- och sjukvården som har kontakt med barnet. Frågorna bygger på kända risk- och skyddsfaktorer för utsatthet och psykosocial problematik. Om socialtjänsten behöver svar från konsultationen skriftligt så finns också mall för utlåtande som kan användas (Socialstyrelsen, 2015b). Om socialtjänsten behöver få svaren från en konsultation skriftligt kan hälso- och sjukvården och tandvården använda BBIC:s mall för utlåtande (Socialstyrelsen, 2015b). I de fall en hälsoundersökning av barnet behöver göras finns ett underlag för vad den kan omfatta. Detta dokument används av undersökande sjuksköterska eller läkare som en egen checklista. Allt BBIC-material finns på Socialstyrelsens hemsidan inklusive information om hälsoundersökning av barnet efter begäran av socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2017).

Region Skåne och Kommunförbundet Skåne samarbetar för att fler barn i utsatta situationer ska erbjudas de hälsoundersökningar de har rätt till vid utredningar enligt socialtjänstlagen (SoL)(2001) och Lag om särskilda bestämmelser om vård av unga LVU (1990). Alla barnkliniker erbjuder denna undersökning, se nedan. Vårdcentralerna ska, efter begäran av kommunens socialtjänst, undersöka barn över 13 år i enlighet med det utökade uppdraget BBIC (Barns Behov i Centrum). Barnet behöver inte vara listat på den vårdcentral som genomför undersökningen. Barn under 13 år brukar i första hand undersökas på barnkliniken. Denna gräns är inte absolut, men kan tas i dialog med vårdgivare. I nordöstra Skåne finns läkare som är utbildade hur man genomför en Hälsoundersökning på Barnkliniken, Vårdcentral Östermalm. Kristianstad Vårdcentral och Familjecentralen Näsby och Vårdcentral Vinslöv. Fler utbildningar erbjuds läkare i Skåne (Region Skåne, 2017).

REFERENSER

1990. Lag om särskilda bestämmelser om vård av unga. SFS 1990:52.
2001. Socialtjänstlagen. SFS 2001:453. Sweden.
2009. Offentlighets- och sekretesslag. (2009:400). Sweden: Sveriges Riksdag.
2017. Hälso- och sjukvårdslag. SFS 2017:30. Sweden: Sveriges Riksdag.
- Åklagarmyndigheten, S. P. A. 2016. Handläggning av ärende gällande övergrepp mot barn. Handbok. Göteborg. Utvecklingscentrum Göteborg.
- Åström, K. & Reimer, A. 2008. "Det blir nog bättre för barnen" Slutrapport i utvärderingen av nationell försöksverksamhet med barnahus 2006 – 2007. Lund, Lund University Sociology of Law Lund
- Bergmark, K. & Gustafsson, Å. 2016. Anmälan till socialtjänsten. In: SUND, S. (ed.) Barnhälsovården Region Skåne. Årsrapport 2016. Malmö: Kunskapscentrum barnhälsovård,.
- Broberg, A., Almqvist, K., Appell, P., Axberg, U., Cater, Å., Draxler, H., Eriksson, M., Grip, K., Hjärthag, F., Hultmann, O., Iversen, C. & Röbbäck De Souza, K. 2015. Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn, Göteborg, Göteborgs universitet, Karlstad universitet, Mälardalens Högskola, Örebro universitet.
- Diesen, C. 2003. Barnet i vuxnas rättssystem. En jämförande studie i nio europeiska länder om barnet i rättsprocessen vid misstanke om sexuella övergrepp. Delta-gående länder: Danmark, Finland, Grekland, Island, Italien, Rumänien, Spanien, Sverige och Tyskland., Stockholm, Rädda barnen, Save the Children Sweden.
- Edinburgh, L., Saewyc, E. & Levitt, C. 2008. Caring for young adolescent sexual abuse victims in a hospital-based children's advocacy center. *Child Abuse & Neglect*, 1119-1126.
- Faller, K. C. & Palusci, V. J. 2007. Children's Advocacy Centers: Do they lead to positive case outcomes? *Child Abuse & Neglect*, 31, 1021-1029.
- Gegner, H. 2009. Förhandsbedömningar i barnavårdsärenden – Tre kvantitativa studier med fördjupning –, Lund, FoU Skåne.
- Gudbrandsson, B. Barnahus - Children's House a child-friendly, interdisciplinary and multagency response to child abuse and services for child victims. The European Forum on the Rights of the Child, 2015 Brussels. Barnaverndastofa, Höfdaborg, Reykjavik.
- Gustafsson, K. 2011. Utvärdering av Barnahus Gävleborg - slutrapport, Gävle, Fou Valfärd Region Gävleborg.
- Holmsten, S. 2009. Barnahus Västmanland Omfattning, inriktning, sammanhang, Utvecklings- och utredningsfunktionen Västmanlands kommuner & lansting.
- Johansson, S. 2012. Diffusion and Governance of 'Barnahus' in the Nordic Countries: Report from an On-going Project. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 13, 69-84.
- Johansson, S., Stefansen, K., Bakketeig, E. & Kaldal, A. 2017. Collaborating Against Child Abuse. Exploring the Nordic Barnahus Model, Palgrave MacMillan.

- Jones, L. M., Atoro, K. E., Walsh, W. A., Cross, T. P., Shadoin, A. L. & Magnuson, S. 2010. Nonoffending Caregiver and Youth Experiences With Child Sexual Abuse Investigations. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 291-314.
- Kaldal, A., Diesen, C., Beije, J. & Diesen, E. 2010. Barnahusutredningen 2010, Stockholm, Juridiska Institutionen vid Stockholms universitet.
- Lagerberg, D. 2001. A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. I. Characteristics of the nurses. *Child abuse and Neglect*, 25, 1583-1601.
- Landberg, Å. & Svedin, C. G. 2013. Inuti ett Barnahus. En kvalitetsgranskning av 23 svenska verksamheter. Stockholm, Linköpings Universitet Hälsouniversitetet Rädda Barnen.
- National Children's Advocacy Center. 2016. History. Children's Advocacy Centers [Online]. Huntsville, Alabama: National Children's Advocacy Center. [Accessed 24 April 2016].
- Newman, B. S., Dannenfels, P. L. & Pendleton, D. 2005. Child abuse Investigations: Reasons for using Child Adocacy Centers and Suggestions for Improvement. *Child and Adolscent social Work Journal*, 22, 165-181.
- Otterman, G., Lainpelto, K. & Lindblad, F. 2013. Factors influencing the prosecution of child abuse cases in a Swedish metropolian are. *Acta Pædiatrica Nuturing the Child*, 102, 1199-1203.
- Rasmusson, B. 2011. Children's Advocacy Centers (Barnahus) in Sweden. *Child Indicators Research*, 4, 301-321.
- Regeringskansliet. 2010. Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige, , Stockholm, Socialdepartementet,
- Region Skåne. 2017. Hälsoundersökning enligt BBIC [Online]. Vårdgivare Skåne, Region Skåne. [Accessed September 16th 2017].
- Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Socialstyrelsen & Åklagarmyndigheten 2008. Barnahus – försöksverksamhet med samverkan under gemensamt tak vid misstanke om brott mot barn, Stockholm, Rikspolisstyrelsen Rättsmedicinalverket Socialstyrelsen Åklagarmyndigheten.
- Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Socialstyrelsen & Åklagarmyndigheten 2009. Delredovisning av regeringsuppdrag avseende gemensamma nationella riktlinjer kring barn som misstänks vara utsatta för brott och kriterier för landets barnahus. Stockholm, Rikspolisstyrelsen.
- Shannon, D. 2011. Den polisanmälda barnmisshandeln. Utvecklingen fram till 2009. Rapport 2011:16, Stockholm, Brottsförebyggande rådet The Swedish National Council for Crime Prevention.
- Smith, D. W., Witte, T. H. & Fricker-Elhai, A. E. 2006. Service Oucomes in Physical and Sexual Abuse Cases: A Comparison of Child Advocacy Center-Based And Standard Services. *Child Maltreatment*, 11.
- Socialstyrelsen 2012. Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga – en undersökning om omfattning och regionala skillnader, Stockholm, Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen 2014. Barn som far illa eller riskerar att fara illa En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar, Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen 2015a. Grundbok i BBIC Barns behov i Centrum, Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen 2015b. Metodstöd för BBIC Barns behov i centrum, Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen 2015c. Utreda barn och unga. Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen, stockholm.
- Socialstyrelsen 2017. Samverkan kring barnets hälsa. In: BBIC (ed.) <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/BBIC-Samverkan-halso-och-sjukvard-info.pdf>. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sommer, D., Hundeide, K. & Samuelsson Pramling, I. 2011. Barnperspektiv och barnens perspektiv i teori och praktik, Stockholm, Liber.
- Talsma, M., Bengtsson Boström, K. & Östberg, A.-L. 2015. Racing suspected child abuse – what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? *Scandinavium Journal of Primay Health Care*, 33, 21-26.
- Utrikesdepartementet, R. 2003. Mänskliga rättigheter - Konventionen om barnets rättigheter, Stockholm, Utrikesdepartementet.
- Walsh, W. A., Cross, T. P., Jones, L. M., Simone, M. & Kolko, D. J. 2007. Which sexual abuse victims receive a forensic medical examination? The impact of Children's Advocacy Centers. *Child Abuse & Neglect* 31, 1053-1068.

BARN I BARNAHUS – SJUKVÅRDSSÖKANDE FÖRE, UNDER OCH EFTER BARNAHUSÄRENDE

Therése Saksø



Sjukvårdssökande före, under och efter barnahusärende

Detta är en delstudie i studien Barn i Barnahus – en tvärvetenskaplig studie ur barnperspektiv, som drivs med Högskolan Kristianstad som huvudman. Delstudien utfördes under 2013-2014 som en deskriptiv, kvantitativ studie.

Bakgrund

Barnahus är en relativt ny modell för samverkan mellan myndigheter kring barn som utsatts för brott. Tanken är att barnen ska bli omhändertagna i en barnvänlig och trygg miljö där alla nödvändiga utredningar kan genomföras, genom samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård (både somatisk och psykiatrisk), samt polis- och åklagarmyndigheter under samma tak. Ett sätt att beskriva Barnahus är att det har fyra rum som alla rymmer en verksamhet. Det handlar om brottsutredning, skydd, fysisk hälsa och psykisk hälsa. Mål för Barnahus är både att förbättra stödet för barn som blivit brottsoffer och att skapa förbättrade utredningar i såväl stöd- och behandlingsprocessen som i rättsprocessen (1). När verksamheten fungerar väl blir hjälpprocessen en obruten kedja från att polisanmälan görs till att barnet fått skydd, stöd och behandling. Barnets bästa ska vara i fokus under hela processen (2). I praktiken har det rättsliga perspektivet visat sig få företräde och vad detta får för konsekvenser för barnen är osäkert (3).

Numera finns Barnahus på 28 orter i Sverige, till vilka 164 av Sveriges 290 kommuner är knutna, och i december 2009 öppnades Barnahus i Nordöstra Skåne, placerat i Kristianstad, dit fem kommuner är knutna; Kristianstad, Hässleholm, Bromölla, Östra Göinge och Osby kommun. Under 2012 var 175 barn mellan 0-17 år aktuella för samverkansmöten, s.k. samråd, där. Vid samråd på Barnahuset i Kristianstad närvarar så vitt möjligt Barnahusets samordnare, socialsekreterare från respektive kommun, polis, åklagare, kurator från BUP (Barn- och Ungdomspsykiatri) och barnläkare. Samråden sker en gång i veckan.

Försöksverksamheten med Barnahus i Sverige, som inleddes 2005, har utvärderats både 2008 (4), 2010 (5) och 2013 (2). 2008 utvärderades sex verksamheter. Utvärderingen visade att inom barnahusverksamheten i Sverige är läkarnas deltagande vid samverkan begränsad och att det sällan genomförs läkarundersökningar på plats, trots att detta var en av grundtankarna med Barnahus (4). 2010 utvärderades åtta verksamheter och då sågs att läkarundersökningar på Barnahus skedde i 13 % av fallen och endast 25 % av de utförda läkarundersökningarna skedde på själva Barnahuset (5). I utredningen 2013 utvärderades 23 verksamheter och där framkom att det vid 74 % av Barnahuset som regel finns medicinsk kompetens representerad vid samråden, vilket innebär att frågan om rättsmedicinsk undersökning kan diskuteras med en sakkunnig och att medicinska frågeställningar kan tas upp. Det kan handla om misstänkta skador hos barnet, funktionsnedsättningar eller sjukdom hos barnet, men också behov av provtagning och vilken betydelse sjukdom eller funktionsnedsättning hos en förälder kan ha för barnet och utredningen. Vidare framkom att det fortfarande endast är 13% av barnen som kommer till Barnahus som läkarundersöks och att variationen är stor mellan orterna (2).

Vid utredarnas besök på Barnahuset under kvalitetsgranskningen som utfördes under 2012 och publicerades 2013 var både åklagare, poliser, läkare, samordnare och socialtjänst egentligen eniga. Fler barn behöver undersökas. Men ändå fungerar det inte. På många orter togs av personalen upp att bristen på medicinska undersökningar är ett problem. På några orter står undersökningsrummen på Barnahus helt tomma. På andra orter har man gett upp och tagit bort undersökningsrummen helt, eftersom inga eller väldigt få undersökningar görs där (2).

Av statistik från Brottsförebyggande rådet (BRÅ) för år 2012 framgår att antalet anmälda misshandelsbrott mot barn och ungdomar i åldern 0-17 år i Sverige uppgick till 18 290 fall (6). Troligen har en inte obetydlig andel av de misshandlade barnen och ungdomarna haft kontakt med hälso- och sjukvården för problem som varit direkt eller indirekt relaterade till övergreppen, exempelvis buksmärtor, bristande längd- och viktutveckling, frakturer, kramper, blåmärken, sårskador, huvudvärk, sömnsvårigheter, nedstämdhet etc.(7). I en amerikansk studie från 2006 konkluderas att nästan 20 % av barn under 10 år som misshandlats till döds haft dokumenterad kontakt med hälso- och sjukvården månaden innan deras död, av andra anledningar än rutinkontroller, och motsvarande siffra året innan deras död uppgick till 30 %. En del av dessa presenterade symptom misstänkta för att vara orsakade av odiagnostiserade skador efter misshandel, som, om korrekt identifierade, hade kunnat möjliggöra livräddande intervention (8).

I Sverige pågår just nu en diskussion avseende införande av s.k. multidisciplinära granskningar av dödsfall och allvarliga skador bland barn, för att identifiera förebyggbara faktorer och dra lärdomar för att förhindra att liknande händelser sker igen. Sådana granskningsprocesser, "child death reviews" och "serious case reviews" pågår redan i många länder och har bidragit till förebyggande åtgärder för att skydda och främja barns hälsa och livsvillkor (9).

Det finns en del viktiga varningssignaler som kan vara tecken på barnmisshandel (10);

- Att medicinsk hjälp söks sent även om skadan är allvarlig eller omfattande
- Att vårdnadshavaren primärt söker för annat än skadan och först mot slutet av konsultationen tar upp allvarlig problematik
- Skildringen av hur skadan gått till är oklar, detaljer saknas och uppgifterna varierar mellan de hjälpsökande vuxna och barnet kanske ger en tredje och ännu vagare version av vad som hänt
- Versionerna av hur olycksfallet gått till ändrar sig efterhand
- Uppgivet trauma stämmer inte överens med hur allvarlig skadan är
- Avvikande förälder/barn-samspel
- Krampande eller medvetslöst spädbarn, som kan ha utsatts för skakningar.

Eftersom den bakomliggande, egentliga orsaken till barnets besvär i dessa fall sällan yppas vare sig av vårdnadshavare eller av barnet självt, krävs särskild kunskap hos sjukvårdens personal, kanske i synnerhet hos barnläkare, om barnmisshandelns mångfasetterade uttryck. Få blivande barnläkare utbildas dock om barnmisshandel, enligt en nationell undersökning som gjordes 2009. Av läkare med pågående ST-tjänst i pediatrik hade endast 27 % genomgått någon form av formaliserad/särskild utbildning om barnmisshandel/vanvård (7).

Syfte

Projektet syftar till att (a) beskriva mönster i sjukvårdssökande före, under och efter det aktuella barnahusärendet, (b) beskriva fokus vid de aktuella vårdkontaktarna, huruvida de är fokuserade på ett mer allmänt barnhälsoperspektiv eller ett skadeperspektiv, före och efter att barnen varit aktuella på Barnhuset, och (c) studera om läkares medverkan i Barnhuset påverkar förloppet.

Frågeställningar

- Sökmönster (när, var och orsak) i vården året före, i anslutning till (+/-1 mån), samt under sex månader efter aktuellt barnahusärende?
- Finns det ett samband mellan läkares närvaro vid samråd och hur ofta läkarundersökning sedan sker?
- Hos hur stor andel av barnen initierades läkarundersökning i nära anslutning till samråd på barnhuset (+/- 10 dagar)?
- På vems initiativ initierades vårdkontakten samt med vilket fokus?
- Initieras läkarkontakt olika ofta av olika kommuner?
- Hur ser barnklinikens fortsatta kontakter ut med barnet/familjen efter genomförd läkarundersökning?
- Hur stor andel av barnen hade kontakt med BUP i anslutning till aktuellt barnahusärende (+/-3 mån)?

Material och metod

Studiepopulationen utgjordes av alla barn som varit aktuella på Barnhuset i Kristianstad under 2012, dvs. 175 st. Det förekommer att fall är oidentifierade, vilket innebär att socialtjänsten velat diskutera fallen med resten av samverkansgruppen, innan det bestämts huruvida de skulle polisanmälas. Om de inte polisanmäls, förblir de oidentifierade för resten av gruppen. Under 2012 förblev 47 fall oidentifierade och dessa exkluderades ur studien. Därmed inkluderades totalt 128 barn. I de uträkningar där det behövts för att få en rättvisande bild, har ytterligare tre fall exkluderats, då tre barn varit aktuella vid två olika samråd.

Från Barnhuset fick vi uppgifter om varje barn i form av personnummer, typ av ärende (t.ex. misshandel eller sexuella övergrepp), datum för samråd, vilken kommun barnet tillhör, om barnläkare närvarat på samråd och om det beslutats om läkarkontakt i ärendet. Utifrån personnummer kontrollerades sedan i vårt journalsystem på Central-sjukhuset Kristianstad (innefattande barn-, akut-, ortoped-, kirurg-, anesthesi-, öron-näsa-hals-, ögon-, kvinno-, hud- och infektionsklinikerna på sjukhusen i Kristianstad och Hässleholm) vilka av barnen som varit aktuella där under ett år före, direkt i anslutning till och sex månader efter att de blev aktuella på Barnhuset.

I denna studie har vi valt att fokusera primärt på somatiska symptom och diagnoser, inte på psykiatriska. Vi har dock ur patientöversikten samlat information om huruvida barnen haft kontakt med BUP före respektive efter barnahusärende, för att kunna avgöra hos hur många BUP-kontakt initierats efter samråd. Vi har inte tittat i deras journaltext eller registrerat diagnos. Pga. olika journalsystem och viss privatisering har

vi tyvärr inte haft möjlighet att inkludera vårdkontakter inom primär- eller skolhälsovården, då vi inte har åtkomst till deras journaler.

I journalerna från somatisk vård tittade vi efter hur många vårdkontakter barnen haft innan, vad de handlat om (t.ex. skada eller symptom som mag- och huvudvärk, sömnstörningar, andra tecken på oro/ångest eller förändringar i stämningsläge), på vems initiativ undersökningarna skett (familjens, sjukvårdens, polisens, Barnhusets, socialtjänstens, skolhälsovårdens etc.) och om kontakterna lett till socialanmälan. I patientadministrativa systemet Pasis togs information om antalet vårdkontakter och diagnoskoder på respektive avdelning fram och i datajournalen Melior kunde även läkares bedömningar i fritext läsas vid varje vårdtillfälle. När det gäller vårdkontakter efter att barnen varit aktuella på Barnhuset, tittade vi också efter på vems initiativ undersökningarna skett och vad fokus varit då – skadedokumentation, allmän hälsoundersökning, BBiC-undersökning (Barns Behov i Centrum, som är en speciell undersökning med helhetsperspektiv, med syfte att identifiera aktuella och tidigare försummade hälso- och sjukvårdsbehov för att möjliggöra åtgärder och fortsatt uppföljning) (11), uppföljning av annan sjukdom eller något annat. Läkarundersökningar som utförts inom 10 dagar före eller efter samråd på Barnhuset räknas vara gjorda i nära anslutning till dessa.

Ur Region Skånes patientadministrativa system plockades uppgifter fram om hur många patienter 0-17 år som varit aktuella inom den somatiska sjukhusvården respektive BUP i Kristianstad och Hässleholm, i relation till sjukhusens upptagningsområde.

För analys av skillnader i proportioner mellan olika grupper, användes Chi2-test alternativt Fischers exakta test i SPSS och Open-Epi (12).

Data hanterades konfidentiellt genom att personnummer ersattes av annat ID-nummer, som dock kunde spåras genom särskild nyckel, som förvarades som journalhandling enligt Barn- och Ungdomsklinikens rutiner. Data hanterades alltså helt avidentifierat.

Informerat samtycke var i denna studie ett etiskt dilemma, då den person man borde tillfråga om samtycke, vårdnadshavare, ofta var den person som varit misstänkt för brott. Då vi i denna studie tittade på samband mellan sökorsak i sjukvården och misshandel/övergrepp, låg det inte i vårdnadshavares intresse att belysa detta, i de fall denne varit misstänkt, även om vi skulle garantera konfidentialitet. Barnen var oftast för unga för att själva kunna tillfrågas om informerat samtycke. Studien är retropektiv och vi utsatte inte barnen för något ytterligare. Antalet barn är så pass stort att det inte går att härleda data till något enskilt barn. Vi har således inte frågat om informerat samtycke, vilket godkänts av Etikprövningsnämnden i mars 2013.

Resultat

De 128 inkluderade barnen bestod av 61 % pojkar och 39 % flickor, fördelade mellan 0-17 år med medelålder 9,1 år. Se fig. 1. Fördelningen av kommuntillhörighet och ärendetyper redovisas i fig. 2 och 3.

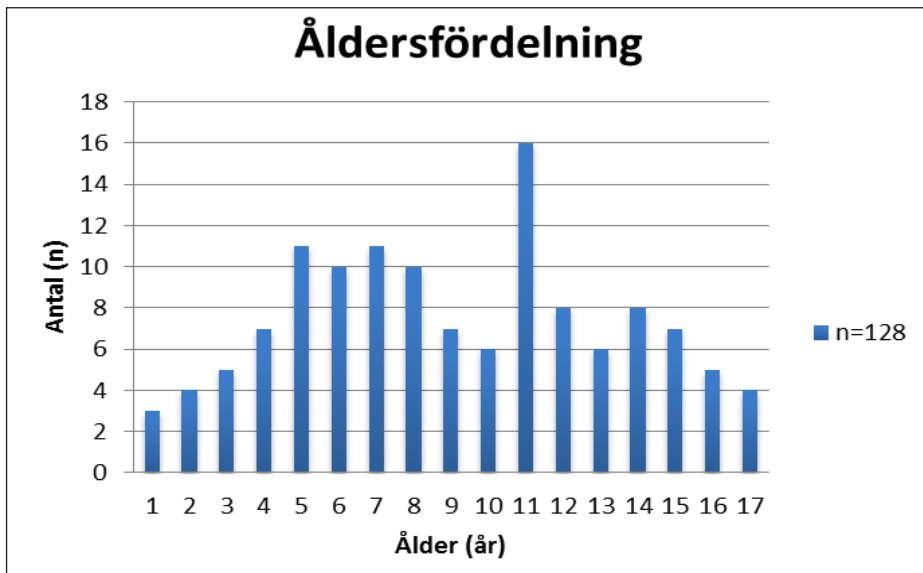


Fig. 1. Åldersfördelning bland barnen som var aktuella på Barnhuset i Kristianstad under 2012.

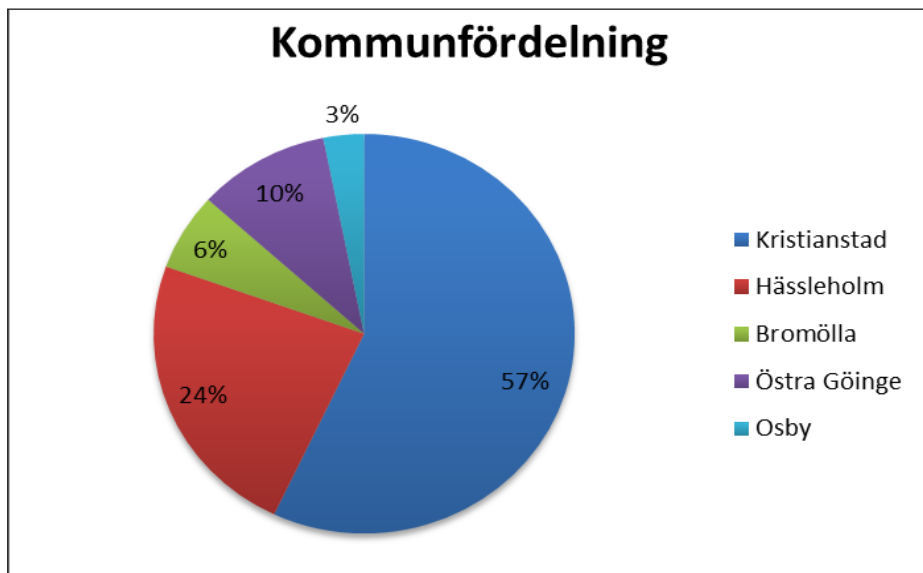


Fig. 2. Geografisk fördelning avseende hemkommun bland barnen.

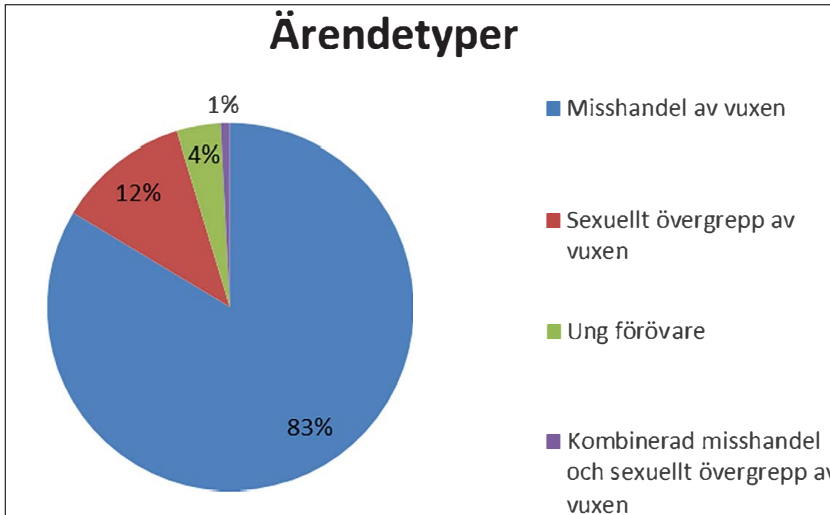


Fig. 3. Fördelning av typ av barnahusärende bland de 128 barnen.

Vi fann att 51 % av barnen hade sökt sjukhusvård året före barnahusärendet. Vid jämförelse med normalpopulationen fann vi att motsvarande siffra var 43 %, $p=0,07$. Under sex månader efter barnahusärendet sökte 31 % sjukhusvård. Vi fann ingen större variation i antal vårdkontakter över tid i förhållande till barnahusärendet. Det såg inte ut som att barnen sökte mer sjukhusvård i anslutning till barnahusärendet och det skedde ingen signifikant minskning i antalet vårdkontakter efter barnahusärendet. Se fig. 4.

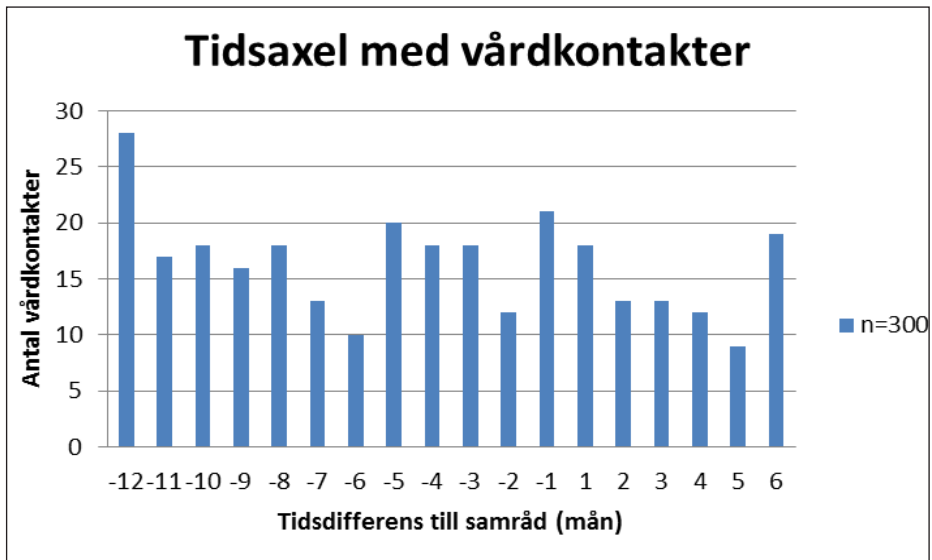


Fig. 4. Översikt över hur barnens vårdkontakter på sjukhus var fördelade över tid, året innan barnahusärende (s.k. samråd) och sex månader efter. De flesta vårdkontakterna skedde på barnkliniken (40%), följt av ortoped- och öron-näsa-halskliniken (21% vardera). Se fig. 5.

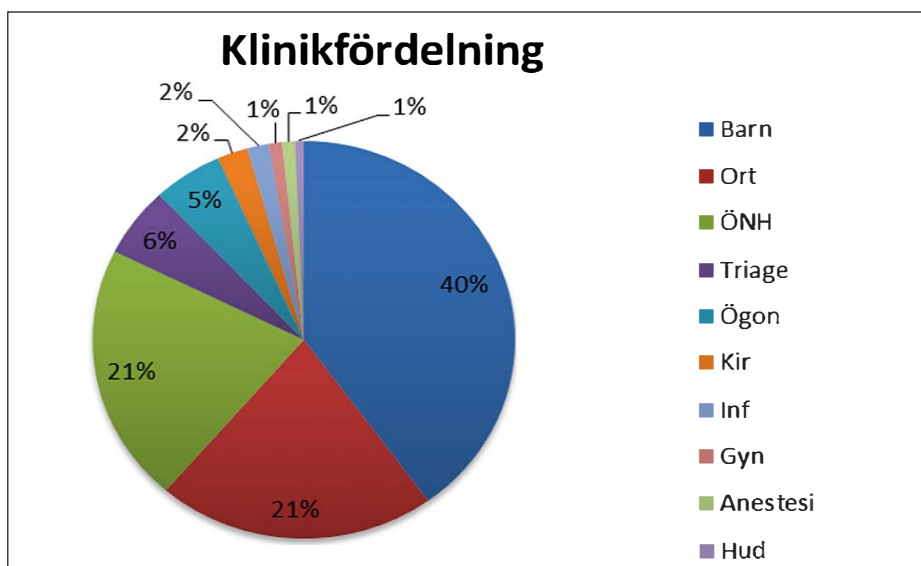


Fig. 5. Fördelning av kliniker för samtliga vårdkontakter, året innan och sex månader efter barnahusärendet.

Fördelningen mellan yrkeskategorier visas i fig. 6.

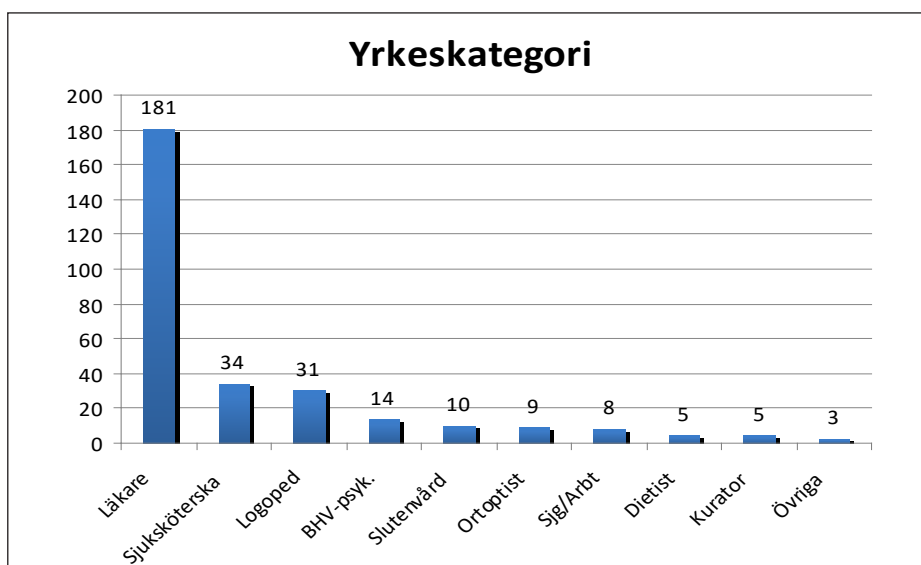


Fig. 6. Översikt över yrkeskategorier representerade vid samtliga vårdkontakter.

Diagnosfördelningen enligt ICD-10-klassifikationen i bokstavsgrupper vid samtliga vårdkontakter visas i fig. 7.

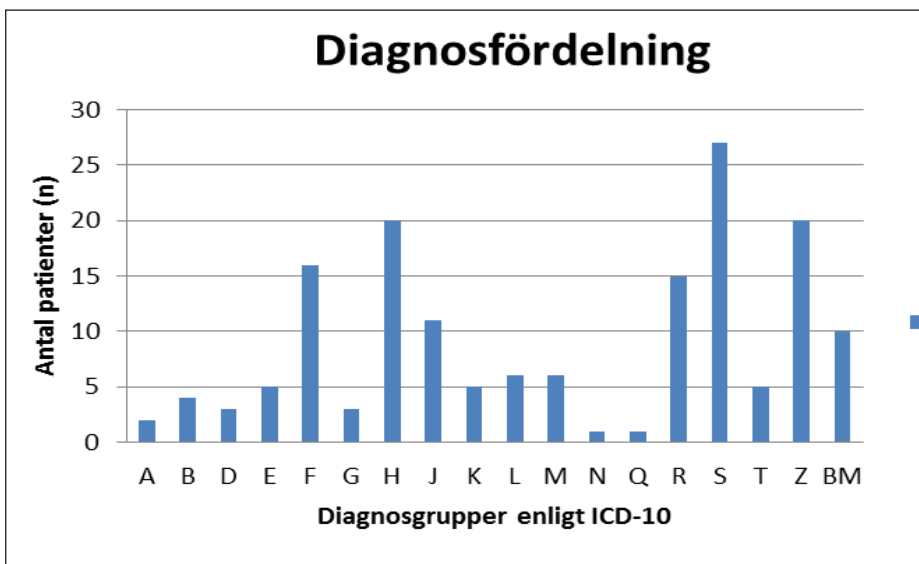


Fig. 7. Fördelning av diagnosgrupper enligt ICD-10 vid samtliga vårdkontakter, året innan och sex månader efter barnahusärende. Antalet anges i antal olika patienter, inte antal vårdkontakter.

A-B	Vissa infektions- och parasitsjukdomar
D	Tumörer och blodsjukdomar
E	Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningsjukdomar
F	Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar
G	Sjukdomar i nervsystemet
H	Sjukdomar i öga och öra
J	Andningsorganens sjukdomar
K	Matsmältningsorganens sjukdomar
L	Hudens och underhudens sjukdomar
M	Sjukdomar i muskuloskeletal systemet och bindväven
N	Sjukdomar i urin- och könsorganen
Q	Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser
R	Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd
S-T	Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker
Z	Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården
BM	Z-koder för undersökning vid misstänkt barnmisshandel

Fig. 8. Förklaringsstabell för diagnosgrupper enligt ICD-10. BM=Barnmisshandel, utgör ingen separat grupp i ICD-10 klassifikationen, men gör det här för översiktens skull.

Bokstavsgrupperna F (psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar), H (sjukdomar i öga och öra) och S (skador) förekom flest gånger, förutom Z (faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården). Vid mer detaljerad genomgång av diagnoserna fann vi att diagnoserna som redovisas i fig. 9 förekom flest gånger.

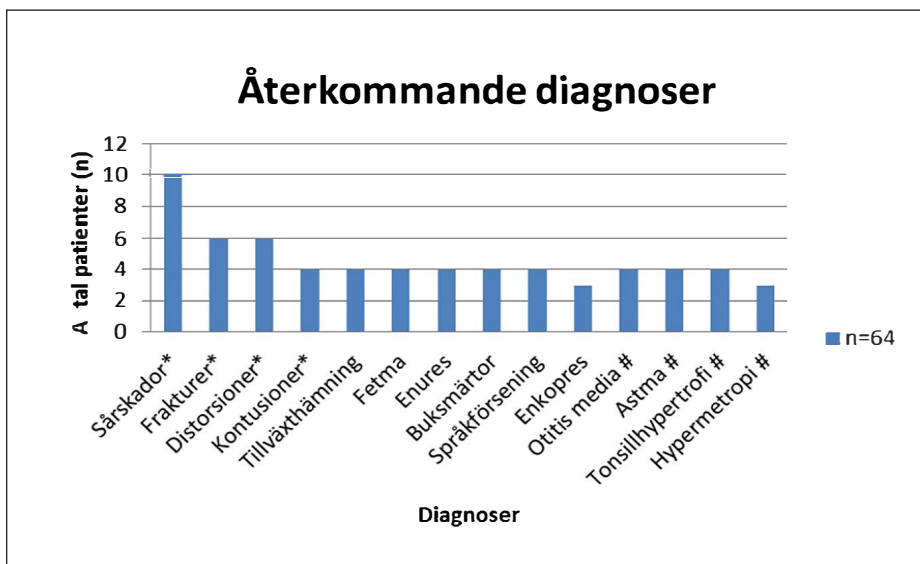


Fig. 9. De vanligast återkommande specifika diagnoserna hos alla 128 barn, året innan och sex månader efter barnahusärendet.

Diagnoser markerade med * orsakas av yttre skada och står för nästan hälften av de vanligast återkommande diagnoserna.

Diagnoser markerade med # anses vara vanligt förekommande i gällande åldersgrupp, oavsett om barn farit illa eller ej.

Läkarnärvaron vid samråd var 90 %. Det var endast vid ett tillfälle som det beslutades om läkarundersökning i samband med samrådet, när barnläkare inte var närvarande. Det går därför inte att räkna ut några signifikanta resultat på detta.

Läkarundersökning planerades hos nio barn (7 %), men utfördes aldrig på två av dem. Således läkarundersöktes endast sju barn (5,5 %), varav fyra av rättsläkare och tre av barnläkare. Inga av undersökningarna utfördes på Barnhuset.

Det var vanligast att sjukvården tog initiativ till en vårdkontakt och att fokus var uppföljning av annan sjukdom. Se fig. 10 och 11 för fördelning av initiativtagare och fokus.

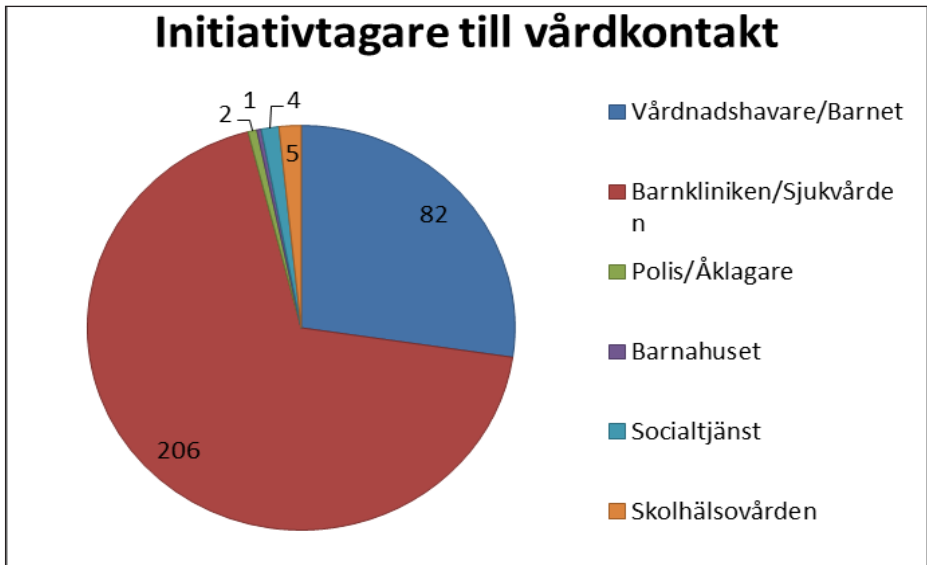


Fig. 10. Fördelning av initiativtagare till samtliga vårdkontakter.

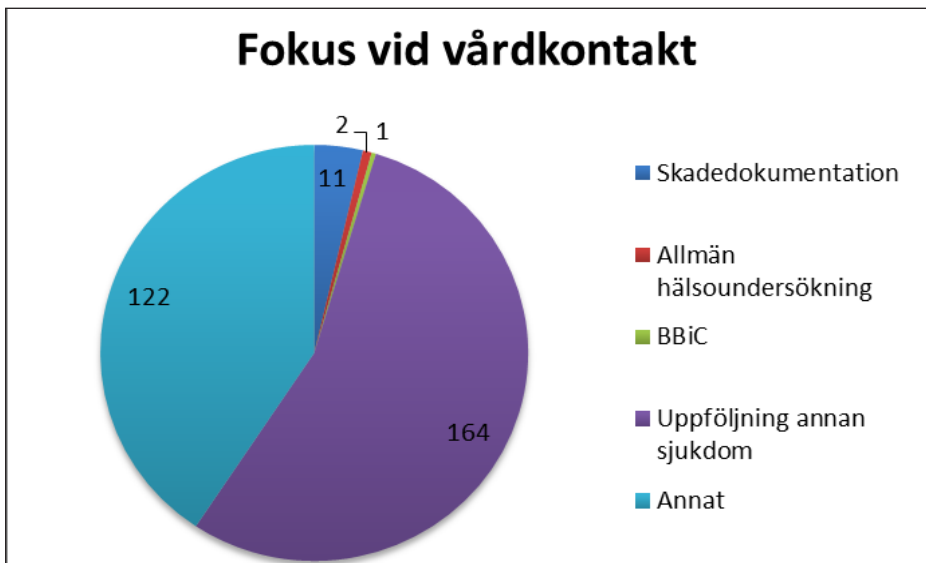


Fig. 11 Fokus vid samtliga vårdkontakter.

Det planerades endast nio läkarundersökningar i samband med samråd på Barnhuset och av dessa tillhörde fem barn Kristianstads kommun, två barn Östra Göinge kommun, ett barn Hässleholms kommun och ett barn Osby kommun. Kristianstads kommun representerade samtidigt merparten av alla barn, jämför fig. 2. Det finns således inga signifikanta skillnader mellan kommunerna, avseende hur ofta läkarkontakt initieras.

Inget av de nio barn som planerades för läkarundersökning hade någon vidare uppföljning på barnkliniken efter den eventuella undersökningen i anslutning till barnahusärendet.

Under tre månader innan barnahusärendet hade 30 barn (24 %) en pågående BUP-kontakt i Kristianstad eller Hässleholm. Vid jämförelse med normalpopulationen fann vi att motsvarande siffra var 4,8 %, $p < 0,001$.

Efter samråd hade 40 barn BUP-kontakt (32 %), dvs 8% fick initierat BUP-kontakt efter barnahusärendet.

Socialanmälan från sjukhusvården gjordes i 8 % av fallen, samtliga från barnkliniken.

Konklusion/Diskussion

Barn som far illa söker oftare sjukhusvård och har oftare BUP-kontakt än andra barn. Vi behöver vara medvetna om detta i vården, oavsett vilket håll sambandet går åt. Om barn som redan farit illa mår sämre psykiskt, ändrar sitt beteende och av den anledningen får en kontakt inom BUP, behöver vi ha detta samband i åtanke och aktivt ta reda på vad barnet varit med om. Om det tvärtom är så att ett barn som mår psykiskt dåligt och därmed är sårbart, har ökad risk att fara illa, behöver vi istället agera förebyggande.

En svaghet i denna studie är att vi inte tittat på diagnosfördelningen inom BUP, primärvård och skolhälsovård, utan endast somatisk sjukhusvård. Vidare studier behövs för att kartlägga dessa områden.

Väldigt få läkarundersökningar görs som led i utredningen när barn farit illa. I Kristianstad utfördes under 2012 ännu färre än i övriga landet, 5,5 % jämfört med 13 %. Läkarundersökningen anses ändå fylla en viktig funktion i utredningen av brott mot barn. Den är inte bara viktig för barnets hälsa och välmående, utan kan också påverka bevisdokumentation, om det väcks åtal eller inte och vilken dom det i så fall mynnar ut i (13). Resultatet av en läkarundersökning kan både vara relevant i socialtjänstens bedömning av barnets sociala vårdbehov, liksom i utformandet av adekvata insatser (14).

Barnhusets undersökningsrum står oanvänt i Kristianstad, eftersom de få läkarundersökningar som görs, utförs på sjukhusen. Det anses ändå vara mest barnvänligt att de medicinska undersökningarna utförs på samma plats som resten av utredningarna som dessa barn behöver genomgå, t.ex. polisförhör. Den barnvänliga och trygga miljön som är utmärkande på Barnahus kan minska stigmatiseringen och risken för sekundär traumatisering, som en undersökning på sjukhus kan bidra till (15). Sjukhus som samarbetar med Barnahus behöver således ha ansvariga barnläkare med mer tid avsatt för att kunna utföra lämpliga undersökningar på plats på Barnahus, i samband med

polisutredningar, vilket är en av grundtankarna med Barnahus.

Läkarnärvaron vid samråd var dock hög på Barnhuset i Kristianstad, 90 % jämfört med 74 % nationellt (2).

Uppföljningen av utsatta barn är bristfällig. Inget av barnen som läkarundersöktes i anslutning till barnhusärendet hade någon uppföljning på barnkliniken under de sex första månaderna efter ärendet. Detta är en riskgrupp, som behöver täta kontroller för att undvika ytterligare morbiditet och mortalitet orsakad av misshandel och omsorgssvikt.

Barnläkare bör ha en självklar funktion att upptäcka och agera när barn far illa, liksom att bevaka att hälso- och sjukvården har kompetens och hög vårdkvalitet för alla barn. För att uppnå jämn kvalitet på omhändertagandet av barn som far illa över hela landet behövs utbildningsinsatser och uppbyggande av regionala och nationella strukturer för att höja den medicinska kompetensen och etablera ett ständigt pågående kvalitetsarbete. Varken barnläkare, ortopedläkare eller öron-näsa-halsläkare, som på sjukhusen träffar allra flest barn, har barnmisshandel som ett obligatoriskt utbildningsmoment under sin specialiseringstjänstgöring i Sverige och detta behöver ändras på.

Vi behöver skapa förhållnings- och arbetssätt som säkrar att verksamheterna utgår från barnens perspektiv och behöver därför mer forskning och utbildning inom detta område.

REFERENSLISTA

- Rädda barnen. Barnahus i hela landet – för barnens skull! Stockholm: Rädda Barnen; 2012 [läst 2012-07-05]; Tillgänglig: <http://www.rb.se>
- Landberg Å. & Svedin, CG. (2013). Inuti ett Barnahus – en kvalitetsgranskning av 23 svenska verksamheter, Rädda Barnen, Stockholm och Linköpings Universitet.
- Johansson, S. (2011). Rätt, makt och institutionell förändring – en kritisk analys av myndigheters samverkan i barnahus, Lund studies in sociology of law, 2011.
- Åström K. & Rejmer, A. (2008). "Det blir nog bättre för barnen" – slutrapport i utvärderingen av nationell försöksverksamhet med barnahus 2006-2007, Sociology of law, Lund university, Research Report 2008:7.
- Kaldal, A., Diesen, C., Beije, J. & Diesen, E. (2010). Barnahusutredningen 2010.
- Brottsförebyggande rådet. Statistik – Anmälda brott mot barn 0-17 år 2012, [läst 2013-11-15]. Tillgänglig: <http://www.bra.se>
- Mårtensson T. & Janson, S. (2010). Få blivande barnläkare utbildas om barnmisshandel - Största utbildningsbristerna på landets stora barnkliniker, visar nationell enkät. Läkartidningen, 2010, 107(35):1996-1998.
- King, W.K., Kiesel, E.L. & Simon, H.K. (2006). Child abuse fatalities: are we missing opportunities for intervention? *Pediatr Emerg Care*, 2006, 22(4):211-4.
- Lahne, K., Otterman G., & Janson, S. (2013). Alltför få oklara dödsfall bland barn utreds i Sverige – Utvidgad granskning efter engelsk modell föreslås, *Läkartidningen*, 2013, 110(46):2061-2063.
- Sundelin, C. (2001). Tecken på barnmisshandel och försummelse – En bok till skolsköterskor, BVC-personal m.fl, Kommittén mot barnmisshandel, Socialdepartementet, 2001.
- Socialstyrelsen, Formulär och stöddokument, Barns behov i centrum (BBiC), 2011.
- Epidemiologic calculators. Tillgänglig: <http://www.openepi.com>, 2013.
- D.W. Smith, T.H. Witte & A.E. Fricker-Elhai, Service Outcomes in Physical and Sexual Abuse Cases: A Comparison of Child Advocacy Center-Based and Standard Services, *Child Maltreatment*, 2006, 11(4):354-360.
- P. Leviner, Rättsliga dilemman i socialtjänstens barnskyddsarbete, Jure förlag AB, Stockholm, 2011.
- B.S. Newman, P.L. Dannenfels & D. Pendleton, Child Abuse Investigations: Reasons for using Child Advocacy Centers and Suggestions for Improvement, *Child and Adolescent Social Work Journal*, 2005, 22(2):165-181.

BARNS HÄLSA OCH INVOLVERING I SOCIALSEKRETERARES UTREDNINGAR VID SAMARBETE I BARNAHUS

Inledning

En viktig del i socialsekreterares utredningar om barns behov och resurser är att utforska barns psykiska och fysiska hälsa. Detta särskilt som det visat sig att barn som lever i utsatta situationer och som är i kontakt med socialtjänsten tenderar ha sämre hälsa än andra barn (Ford et al., 2007, Guglani och Ford, 2008, Hultman et al., 2013, McAuley och Davies, 2009, Socialstyrelsen, 2015d, 2015e). De barn som utreds av socialtjänsten kan leva i levnadsförhållanden som exponerar dem för en mängd olika faktorer som riskerar deras hälsa och utveckling. Socialtjänstens utredningar ska därför både belysa barnets hälsa och att barnet har och får tillgång till hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2014a och b). Studien "Barns hälsa och involvering i socialsekreterares utredningar vid samarbete i Barnahus", en delstudie inom studien "Barn i Barnahus – tvärvetenskaplig studie av Barnahusverksamhet ur barnperspektiv", fokuseras just på dessa aspekter. Barnahus som företeelse i Sverige och i nordöstra Skåne presenteras i kapitel 1 i denna rapport. Första kapitlet bildar också bakgrund till vad som tas upp i detta kapitel.

I denna studie har socialsekreterares, dvs. socialtjänstens, utredningar undersökts. Socialnämnden ska utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden (11 kap. 1 § SoL). Om det i en anmälan eller socialtjänstens inledande förhandsbedömningen framkommer uppgifter om att ett barn kan ha utsatts för våld eller andra övergrepp av en närstående eller bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot en närstående ska en utredning om barnets behov av stöd och hjälp inledas utan dröjsmål. När det gäller barn, som kan vara i behov av skydd eller stöd har nämnden ett långtgående utredningsansvar varför den kan genomföras oavsett barnets eller vårdnadshavarens inställning. Utredningen benämns i denna rapport social utredning eller utredning av barnets behov av stöd och hjälp (Socialstyrelsen, 2015d). Barnets föräldrar är vanligtvis också barnets vårdnadshavare varför här används benämningen förälder och föräldrar.

Utredningsmodellen som socialsekreterarna använder sig av handlar om Barns Behov i Centrum (BBIC), en modell och ett koncept som socialstyrelsen rekommenderar (Socialstyrelsen, 2015a). År 2012 uppgav sig 62 % av landet kommuner använda densamma (Hultman, 2013). Den bygger på Bronfenbrenners idéer om flera samverkande kontext runt barnet som befinner sig i mitten – i centrum (Socialstyrelsen, 2006). Utifrån Bron-

fenbrenners ekologiska systemiska idéer utvecklas barnet och barnets olika omgivande kontexter i reflexivt samspel (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Utredningsuppgiften är att utforska hur de olika kontexterna hitintills samskapat barnets tillvaro tillsammans med barnet som medaktör men också att bedöma systemens kapacitet att samverka och utvecklas vidare med barnets bästa för ögonen. Att lyssna och beakta barnens berättelser och inhämta barn inställning är en viktig del i utredningsarbetet. Socialsekreterare förväntas i utredningsarbete utforska såväl hur barnet mår i samspel med sina omgivande och samverkande kontexter, barnets psykisk och fysisk hälsa, vilken kapacitet som föräldrar och omgivning har i förhållande till det unika barnet. Utredningarnas syfte är såväl att bedöma om och i så fall vilka insatser som behöver sättas in, som att starta utvecklingsstödande process i samarbete med barnet och dess föräldrar (Rasmusson, 2009). Barnets berättelser och inställning är viktiga i bedömningen om vad som är det bästa för barnet. Barnet har inte fullt ut rättigheter att självständigt bestämma men har rätt att få sin inställning hörd och beaktad i utredningen. Förhållandena i det enskilda fallet kan vara sådana att barnet av någon anledning inte kan eller inte vill framföra sina åsikter. I så fall behöver barnets inställning så långt det är möjligt klarläggas på annat sätt (Socialstyrelsen, 2015d). Om barnet inte själv har kommit till tals ska anledningen till detta dokumenteras. Detta gäller också vid förhandsbedömningar (Socialstyrelsen, 2015a).

BBIC-modellen styr handläggning, utredning, genomförande och uppföljningsarbete med metod- och dokumentationsstöd (Socialstyrelsen, 2015b). BBIC-triangeln som socialsekreterares utredningsarbete och utredningstexter utgår ifrån, är också ledstjärna i samverkan kring barnets hälsa (Socialstyrelsen, 2017). I triangeln ingår 12 delområden varav hälsa är en av fyra i barnets utveckling. De andra är utbildning, sociala relationer samt känslor och beteende. Delområdena fokusera på sådant som är av särskild betydelse för att identifiera risk- och skyddsfaktorer för psykosocial problematik samt tecken på att barn far illa (Socialstyrelsen, 2015b). I området hälsa ingår "Hälsa och utveckling" som delområde tillsammans med delområdet "Tillgång till hälso- och sjukvård". I det förra räknas att ha en god hälsa och utveckling som ett skydd för barnet medan risk för barnet identifieras som:

- Att ha fysiska hälsoproblem, funktionsnedsättning eller utvecklingsförsening
- Att ha fått fysiska skador till följd av våld eller övergrepp
- Att ha psykiska hälsoproblem
- Att ha gjort tidig alkohol- eller drogdebut, att ha ett risk- och missbruk

När det gäller barnets tillgång till hälso- och sjukvård så betraktas detta som ett skydd i sig medan försummad hälso- och sjukvård eller tandvård är en risk för barnets hälsa och välbefinnande. (Socialstyrelsen, 2015b).

Studien

Urvalet i studien omfattar samtliga genomförda utredningar under år 2012, samma år som studien om barns sjukvårdssökande, se kap. 2, handlar om. Omfattningen är 108 utredningar där barnen misstänks vara eller varit utsatta för våld eller sexuella övergrepp och där Nordöstra Skånes Barnahus varit inkopplat, se nedan.

Tabell 1. Barns ålder i sociala utredningar 2012 med koppling till Barnahus

	Flickor	Pojkar	Totalt
0 – 5 år	8	9	17
6 – 10 år	14	27	41
11 – 14 år	16	20	36
15 – 18 år	8	6	14
Totalt	46	62	108

Samtliga barn som misstänks leva i särskilt utsatta livssituationer. För dessa barns bästa krävs såväl fungerande samverkan som utredningsmetoder som involvera barn och som utforskar såväl barnets livssituation som hälsa. För att belysa detta har tre frågeställningar formulerats i denna delstudie:

1. Hur fungerar *Samverkan* mellan socialsekreterare och representanter från hälso- och sjukvård när Barnahus är inkopplat – vad berättar socialsekreterarna?
2. Hur tas den kunskap om *barnets hälsa* som kan finnas inom hälso- och sjukvården till vara i sociala utredningar i samband med Barnahus?
3. *Barnet i Barnahus och barnets delaktighet* – hur märks detta i utredningstexten?

I studien har ovanstående utforskats i

- intervjuer med socialsekreterare (n=32), samordnare (n=3) och personal vid Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) (n=1),
- gruppsamtal med socialsekreterare och deras chefer i 9 delta-reflekterade team (n=56 deltagare)
- sociala utredningar om 108 barn, se nedanstående tabell.

I studien har barnens socialsekreterare från samtliga fem kommuner som driver Nordöstra Skånes Barnahus deltagit. Sammanlagt har 56 socialsekreterare och deras närmaste chefer deltagit i deltareflekterande team där de berättat om sina erfarenheter av Barnahus och om att vara ansvarig för utredning och bedömning av barns behov samt att handlägga fortsatta utredningar efter Barnahus. Deltareflekterande team handlar i forskningssammanhang om att grupper berättar och reflekterar över varan-

dras berättelser kring ett visst ämne eller frågeställning (Olsson, 2014). Sammanlagt har intervjuer gjorts med 32 socialsekreterare i samma ämne. Majoriteten gjordes 2012 och resten 2014/2015. Vid de senare intervjuerna tillkom 4 socialsekreterare som inte deltagit tidigare och i 5 fall handlade det om vidare utforskning av vad som tagits upp i intervjuer två år tidigare och erfarenheter därefter. Dessutom har samordnare vid Barnahus intervjuats och en representant från BUP om Barnahus och sin uppgift på Barnahus. Samtliga aktiviteter är videoinspelade med deltagarnas tillåtelse och har transkriberats av forskaren. Innehållet har analyserats såväl vid lyssnade som skrivande av de verbala transkriptionerna. Därefter har analysen fortsatt vid flera genomläsningar av texterna varvid identifierats utsagor och berättelser vid de intervjuande samtalen respektive deltareflektande teamens berättande. Dessa utsagor och berättelser har sorterats utifrån gemensamma nämnare till mönster eller teman respektive exempel som sticker ut, är annorlunda, unika, s.k. slående exempel (cf. Shotter, 2000, 2008). De senare kan bli kompletterande eller också ifrågasättande de mönster som eljest har konstruerats i analysen. I denna delstudie har de utsagor och berättelser som handlar om samverkan om och utredning av barns hälsa skiljts ut från vad som övrigt kommit fram i mötet med socialsekreterare och andra i studien vilket publiceras på annat sätt. I rapporten eftersträvas att återge och använda de ord och det meningskapande som samskapats i de aktuella sammanhangen Ingen kan bättre återge detta än de som deltagit varför flera citat används (Kohler Riessman, 1990, 1997).

Tillgång till och analys av sociala utredningar

Frågan om hur den kunskap om barnets hälsa som kan finnas inom hälso- och sjukvård tas till vara i de sociala utredningarna, har undersökts genom att studera samtliga utredningstexter som upprättats under ett år i barnärenden aktuella på Barnahuset. I detta undersöktes bl.a. också om där fanns noteringar eller redogörelser om barnet i Barnahus eller någon koppling till Barnahus i utredningstexten. Dessutom noterades huruvida socialsekreteraren haft eget samtal med barnet, dokumentation av barnets inställning samt socialsekreterarens redovisat förundersökningssekretess som råder för vad som framkommit under barnförhöret, medfört någon begränsning.

För att få tillgång till utredningarna har brev om "Begäran enligt 12 kap 6 § SoL om tillgång till sociala utredningar för forskningsändamål från socialtjänsten skickats till samtliga aktuella kommuner i nordöstra Skåne, rörande barn och ungdomar där ärendet ingått i barnahusverksamheten under 2012 respektive 2013" skickat till de aktuella kommuner Bromölla, Hässleholm, Kristianstad, Osby och Östra Göinge. Samtliga socialnämnder har beslutat bevilja tillgång till dessa utredningar. Utredningarna har överlämnats i pappersformat personligen till forskaren och i ett fall genom rekommenderat brev till HKR. Utredningarna förvaras inlåsta i kassaskåp som endast berörda forskare på Högskolan Kristianstad har tillgång till. I analysen avidentifieras och kodas materialet.

Huvudinriktningen var att utforska om vad som framkommer om barns deltagande, delaktighet och inflytande inom dels utredningsprocessen och del inom Barnahuset. I denna rapport och detta avsnitt fokuseras vad som framkommit i analysen av utredningarna 2012 om samverkan med hälso- och sjukvården skett. När dessa utredningar gjordes fanns ännu inte de utarbetade formerna och stödmaterialet för konsultation och utlåtande som omnämns i kap 1. Socialsekreterarna har i stället för utlåtande vanligen begärt in utdrag ur sjukvårdsjournal. I de analystabeller som används har uppgift om konsultation, muntlig eller skriftlig, noterats, om läkarundersökning gjorts i samband med att utredningen pågår och om psykisk respektive fysisk hälsa särskilt tagits upp i utredningen dvs. redovisas och ingår i socialsekreterarens bedömningsunderlag. I analysens blankett har också andra uppgifter noterats. Nedan används resultatet om barn i Barnahuset, socialsekreterares samtal med barn, barnets inställning samt begränsning utifrån förundersökningssekretess.

När det gäller frågan om barns hälsa tas upp i de sociala utredningarna görs en jämförelse med en tidigare genomförd studie av socialsekreterares utredningar på uppdrag av Länsstyrelsen i Skåne län (Olsson, 2005, 2007). Sammanlagt analyserades 181 utredningar varav 160 var om barn (Olsson, 2008). Resultatet av analys när det gäller fokus på hälsa i utredningarna har inte tidigare publicerats. Jämförelsen görs för att kunna säga något om utvecklingen när det gäller fokus på hälsa i socialtjänstens utredningar.

Barn i Barnahuset

Totala antalet barn som varit uppe för samråd på Barnahuset under 2012 var enligt Barnhusets verksamhetsberättelse 175 barn. Flest barn tog socialsekreterare i Kristianstad kommun upp (104 barn) därefter Hässleholm (35 barn), Östra Göinge (18 barn), Bomölla (10 barn) och Osby (8 barn). I förhållande till kommunens totala population av barn i åldrarna 0-18 år 2012 så toppar Östra Göinge med 6,9 promille, därefter kommer Kristianstad 6,4 promille; Bomölla 4,1; Hässleholm 3,6 och Osby 3,3 promille. När det gäller 35 barn som varit uppe på samråd gällde oron misstanke om sexuella övergrepp. När det gäller majoriteten av barn (140) handlade misstanken om misshandel. (Gustavsson, 2013)

Det som ovan i Barnhusets verksamhetsberättelse kallas "misshandel" (Gustavsson, 2013), visar sig i studiens analys av de sociala utredningarna handla om misstankar om våld i hemmet eller att barnet på annan plats kan ha varit utsatt för våld. Det förra dominerar. Barnkonventionen talar i artikel 19 om barns rätt till skydd mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, innefattande sexuella övergrepp (UNICEF, 2008). I tabellen nedan används det vidare begreppet "våld". De utredningar som handlar om misstanke om "sexuella övergrepp", se ovan, handlar också om misstanke om sexuellt

ofredande och utnyttjande samt sexuellt beteende mellan minderåriga. I analysen har också utkristalliserats sig fall som snarare handlar om vanvård eller försumlig behandling än våld i hemmet, exempelvis bristande hygien i familjen, att vårdnadshavare inte ser till att barnet får den medicinska vård som barnet behöver eller för barnets hälsa lämplig kost och sovvanor. De senare utredningarna redovisas i tabellen under sammanfattande begreppet "omsorgssvikt".

Om barnets vårdnadshavare, eller någon närstående till vårdnadshavaren, är under misstanke kallas barnet till Barnahus och förhöras utan vårdnadshavarnas vetskap eller samtycke (Åklagarmyndigheten, 2016). Motiveringen till detta förfarande är att barnet antas ha känslomässiga band och vara beroende av sina vårdnadshavare. Om vårdnadshavaren känner till polisanmälan och att förhör med barnet ska ske, kan barnet utsättas för medveten eller omedveten påverkan (Rikspolisstyrelsen, 2009). Det kan också finnas risk för att barnet hålls borta från myndigheternas möjligheter att nå barnet. För att få en indikation på hur ofta barn kallats och hämtats till Barnahus utan medverkan av barnets föräldrars har undersökt i utredningstexterna anledningen till utredning och vem eller vilka som är under misstanke när utredningen aktualiserats; om det är vårdnadshavare eller närstående till vårdnadshavare eller inte, jfr ovan. I analysen har också noterats om i utredningarna omnämns att Barnahus varit involverat.

Tabell 2. Utredningar 2012 i respektive kommun, antal barn, huvudorsak till utredning

Kommun	Antal barn	Våld	Sexuellt	Omsorgssvikt	Under misstanke: Vårdnadshavare eller denne närstående	Under misstanke: Ej vårdnadshavare eller denne närstående	Barnahus omnämns
Bromölla	8	7		1	8		6
Hässleholm	26	21	2	3	24	2	15
Kristianstad	59	45	8	6	55	4	25
Osby	6	4	2		5	1	6
Östra Göinge	9	6		3	9		5
Summa	108	83	12	13	101	7	56

I majoritet av utredningarna har dessa aktualiserats p.g.a. misstanke om att barnet är utsatt för våld i hemmet. I de allra flesta fall är det vårdnadshavare, eller någon denne närstående, som är under misstanke. I de 56 utredningar där Barnhus omnämns, se nedan, redovisas detta mycket kortfattat att barnet förhörts vid ett visst datum eller att socialsekreteraren varit i medhörningsrummet under förhöret. Vårdnadshavares/föräldrars medverkan eller frånvaro vid barnets kallelse och besök på Barnhus redovisas inte i utredningarna. Några få undantag har hittats. Dessa återkommer vi till nedan.

Med tanke på de många fall med vårdnadshavare eller denne närstående under misstanke kan finnas anledning att anta att också många barn kallas, hämtas och besöker Barnhus utan föräldrarnas medverkan. Vid intervju med samordnare (2017) bekräftar detta. Detta innebär att barn i Barnhus oftast har blivit kallade och hämtade på sin förskola eller sin skola och körts till Barnhus under vad som för kan antas ha varit ovanliga omständigheter. Det är vad barn berättat om till oss i delstudien "Barnhus i barnens perspektiv – om barns delaktighet och deltagande" Ann-Margreth E. Olsson och Maria Kläfverud.

Studiens resultat

I studien "Barns hälsa och involvering i socialsekreterares utredningar vid samarbete i Barnhus" har utforskats (1) samverkan mellan socialsekreterare och företrädare för hälso- och sjukvården i kontext av Barnhus. De möts i samrådsmöten, eventuellt när barnet är på besök på Barnhus och i samarbete för att undersöka barns behov och ge barnet och barnets föräldrar de stöd- och behandlingsinsatser som kan behövas för barnets bästa. (2) Det andra undersökningsområdet är den kunskap om barnets hälsa som kan finnas inom hälso- och sjukvården (exempelvis barnhälsovård, elevhälsan, vårdcentral, habilitering, barnklinik eller BUP), hur den tas till vara i de sociala utredningarna. (3) Tredje undersökningsområdet enligt frågställningarna handlar om barns delaktighet och deltagande i de sociala utredningarna. Här har undersökts om kopplingar görs till barnets besök på Barnhus i utredningstexterna, om socialsekreteraren samtalar, med barnet respektive om barnets inställning undersökts och redovisats i utredningen.

Samverkan kopplat till Barnhus

Vilka erfarenheter har då socialsekreterarna av samarbetet med hälso- och sjukvården inom Barnhus?

Under 2012 genomfördes enligt verksamhetsberättelsen vid Barnhuset samråd om 175 barn. Socialtjänsten var närvarande vid samtliga samrådsmöten, barnkliniken vid 86% och BUP i 78%. Övriga deltagare är samordnare (100 %), polis (100 %) och åklagare (94%). Dessa samrådsmöten lyfts fram som särskilt uppskattade. Dessa ses som tillfällen till konsultation och träning i att behålla barnperspektivet:

– Jag har bara träffat (namnet på den läkare) i samråd och hon medverkar ofta, hon har mycket kloka funderingar och tankar utifrån barnet. Hon drar oss ofta tillbaka utifrån barnet när vissa av oss kan försvinna lite i det vuxna och lagar och regler och så. Hon är väldigt bra på att föra tillbaka till barnperspektivet men också barnets hälsa, hur hälsa kan påverkas av olika faktorer. (Socialsekreterare Helen)

Samrådet ger tillfälle till att initiera och samordna insatser samt reflektera över en eventuell skadebild:

– Det är under samrådet då går man ett varv och presenterar den information jag har och sen får de tycka till lite och ställa följdfrågor utifrån sina professioner. Ibland kanske BUP säger, att vi har kanske någon kontakt ska vi kolla; – ska vi höras av? Vi har kanske information som någon annan kan behöva och har de inte kontakt så kan de säga att då kanske vi ska göra en aktualisering. De själva är intresserade. Läkaren kan om prata skador som har förekommit eller vilka skador man skulle kunna förvänta sig men oftast det är svårt att avgöra vad en skada hör hemma för någonstans. (Socialsekreterare Nina)

Samrådet bjuder på experthjälp:

– Jag hade den här babyn med en afrikansk mamma som det var risk för kvinnlig könsstympning. Samordnaren hade kallat in barnläkaren till samrådet och det visade sig att han hade forskat på detta och just utifrån de länder mamman kom ifrån. Då fick jag mycket information, väldigt service, bra för föräldrarna. (Socialsekreterare Doris)

Samrådet handlar om samverkan, använda varandras kompetenser, att bli bättre tillsammans är varje profession var för sig och samskapa säkrare bedömningar:

– För oss myndigheter är Barnahus väldigt bra. Jag tänker på de här samråden där vi sitter med olika kompetenser och kommer med olika idéer och kan testa olika idéer. Så här jobbar vi eller dom. Man lär sig väldigt mycket genom att bara gå på de här samråden. De är jättebra. Jag tänker, att för oss myndigheter, tror jag, att det är väldigt bra därför vi lär varandra. Vi blir skickligare i våra bedömningar och i att veta vilka vägar vi ska gå, vem som ska göra vad och vad kan man göra. (Socialsekreterare Karin)

Socialsekreterarna säger sig bli säkrare i sina bedömningar och tryggare i sin egen yrkesroll. Ärenden när det gäller misstanke om sexuella övergrepp, som inte är lika vanligt som våld i hemmet (se ovan), kan annars skapa osäkerhet hos socialsekreterare

– När mamman gjorde sin anmälan om sexuella övergrepp så sa hon också att flickorna haft flytningar från underlivet. Dels konsulterade vi en läkare per telefon: ” – Det kan man ha ändå, behöver inte betyda övergrepp”. Sen hade vi samråd och då var barnläkaren med. Både läkaren och åklagaren tyckte att i ett sånt här läge var det inte läge att göra någon gynekologisk undersökning eller så, för att det var alldeles för löst. En gynekologisk undersökning är också ett övergrepp – inte så kul. Bra och tryggt att höra för man blir ju ändå skärrad när man får in en sån här anmälan. Tänk om det är så och vi har inte ... Borde man begära en läkarundersökning? Då kändes det bra när de inte tyckte att det behövdes. (Socialsekreterare Vera)

En erfaren barnläkares röst respektive åklagarens, som inte finner rättsliga skäl till att gå vidare med läkarundersökning, får avgörande betydelse för om socialsekreteraren och socialtjänsten ska begära läkarundersökning eller inte. Socialtjänsten verkar förlita sig mycket på vad som samrådsmötena kommer fram och i synnerhet läkares uttalande vid samrådstillfällena:

Det var ett där en pappa hade skickat in en anmälan att dottern hade kommit hem efter umgänge med mamman med blod i trosorna och då hade han tagit bilder på de här trosorna med blod. Det vet jag att läkaren tittade på och att hon kommenterade: – Det ser märkligt ut, det ser inte ut som blod. Det gjorde det inte men de gjorde heller ingen undersökning på flickan. Där hade det kanske ...[tvekar], jag vet inte, det är känsligt med sådana undersökningar. Men hon gjorde inte den bedömningen att det behövdes. (Socialsekreterare Queen)

Samråden blir styrande för om läkarundersökning ska planeras i samband med att barnets förhörs eller inte:

– Vi lägger så bra planering vid samråden och de ärenden vi menar att det kan behövas. Då bokar vi på centralsjukhuset. Fortfarande inga undersökningar på Barnhuset. Blir olika vid polisförhöret utifrån vad åklagaren bedömer behövas. Annars är det socialtjänsten som tar ansvar för detta. Då säger vi på samrådet att här kan det bli viktigt med en hälsoundersökning. Barnets kropp är viktig. Viktigt att ta det på allvar, inte för att se skador utan som försäkran om att barnet ska veta att barnet är friskt, att kroppen är OK trots det man varit utsatt för. Det är mer för socialtjänsten, när barnet har landat och när barnet är redo, än att då göra det i samband med polisförhöret. (Socialarbetare Zaida)

Socialsekreteraren kan begära hälsoundersökning senare i utredningen, det är detta som omnämns i ovanstående citat. Efter vad som framkommit delstudien i kap. 2, har

sådan begärts endast en gång under 2012 av sjukhuset sida. Nedan i analysen av de sociala utredningarna framkommer att läkarundersökning skett i sammanlagt 11 fall i samband med utredningen.

Vid barnets besök på Barnahus sitter socialsekreterarna i medhörningsrummet och följer barnets deltagande i polisen förhör. De ska därvid bedöma barnets behov av stöd och om omedelbart behov av skydd föreligger. Enligt socialsekreterarna är Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) sällan närvarande vid förhören och läkare aldrig. Emellertid innebär samråden att de också är med. Då förbereds förhöret med barnet inklusive om hälso- och sjukvårdsinsatser kan behövas eller andra särskilda insatser:

– Det som varit bra med läkare är, att läkaren de har också andra kunskaper om barn med funktionshinder, så de har kunnat ge lite tips alltså om vad att tänka på. Jag vet en gång, oh, det var en flicka som var rätt så svag språkligt. Läkaren gav tips till polisen också vad man kan tänka på vid förhören när barnet inte riktigt har den här förmågan att redogöra, som inte har tidsuppfattning och så ... alltså läkarens kunskap om hur barn fungerar särskilt bra när det gäller barn med funktionshinder. Också om det är lönt att läkarundersöka, vad kan man hitta och stöta på, ja, konsultationen med läkare har varit bra. (Socialsekreterare Maja)

Samtidigt är det viktigt att notera att forskning visar att barn med funktionsnedsättningar löper mycket större risk än andra barn att bli offer för våld (Nygaard Christoffersen, 2017). Det finns risk för att läkare alltför mycket koncentrerar sig på barnets funktionsnedsättning och inte ser andra tecken som kan tyda på våld och övergrepp (Baladerian, 2017).

Barnens besök på Barnahus kan också innebära att tidigare okända behov avslöjas. Detta ligger då på närvarande socialsekreterare att ta hand om. Särskilt som vare sig representanter från BUP eller läkare brukar vara närvarande vid själva förhören. Dessa kan då behöva kontaktas om barnet visar symptom som omedelbart kan behöva läkarundersökas eller psykiatrisk utredas och behandlas. Men även med upparbetade kontakter kan det trassla till sig:

– Jag kommer att tänka på. Jag har väl haft 5-6 på Barnahus. Det var ett där en tonårig tjej berättade att hon haft en sexuell relation med en äldre man. Det var jättesvårt för henne att berätta detta. Hon hade gått och mått dåligt länge och gått hos kurator. Så släpper hon då det här och så händer där ingenting efteråt – vad är egentligen BUP:s uppgift när de sitter med i Barnahus? Jag var med i arbetsgruppen för Barnahus när det började, det är jag inte längre. Som jag minns det så satt ju BUP med där för att kunna erbjuda krissamtal. Man hamnar ju i en kris. Jättejobbigt för

alla inblandade. Det är därför BUP är med. Och det var så uppenbart att flickan och hennes föräldrar behövde krissamtal när de fick reda på vad flickan hade varit med om. Familjen mådde skitdåligt. Både jag och min kollega, vi försökte få fram det till BUP. Men det hände ingenting – ingenting – och till slut så fick vi, fast vi egentligen inte hade skäl att inleda utredning på flickan, men vi fick ju göra det för att vi skulle kunna bevilja [namnet på socialtjänstens familjebehandling]. Det blev så tokigt – vad sitter de med för om de inte är för ett ärende som detta. De ska erbjuda krissamtal – det var så himla tydligt. (Socialsekreterare Inger)

Barnahuset förväntas ha utarbetade kanaler in till barnklinik och BUP. Överenskommelsen inom Barnhuset är att BUP vid behov ska erbjuda tre krissamtal inom ramen för Barnahuset. Under en period uppges en av de aktuella BUP-klinikerna inte hållit sig till överenskommelsen. Detta ledde till stor irritation och frustration bland socialsekreterarna som i ovanstående exempel. Detta har senare ordnats upp. I de nya lokalerna för Barnhuset har BUP ett eget rum där samtal kan hållas. Enligt uppgift i en studie inom Region Skåne är cirka 40 % av barnen på Nordöstra Skånes Barnhus också patienter hos BUP (Olsson, 2016).

Syftet med en läkarundersökning vid en utredning enligt SoL är vanligtvis att få kunskap om barnets hälsostatus men det kan också göras läkarundersökningar som en del i brottsutredningarna (Socialstyrelsen, 2015d). Dessa skiljer sig från läkarundersökningar som ett led i en utredning enligt SoL. Vid en brottsutredning syftar läkarundersökningen till att ta reda på om brott kan styrka. Socialsekreteraren Rita berättar om en 2-årig flicka:

- Flickan hade fått kraftiga brännskador på rumpan på skinkorna. Det var ju rättsmedicin och sånt som inblandat. Det var någon som hade lagt upp det på Facebook. Och så kom anmälan in hit. I det här fallet så var det pappan som kände en kvinna i stan här. Det var hon som la ut bilderna efter att han hade visat dem för henne. Och så hade hon lagt ut dem för att nedsvärta mamman. Mamman hade flytt och fått ett skyddat boende. Han hade hittat henne och så hade han tagit de här bilderna för att tala om för henne att hon var en dålig mor. Jag kommer ihåg eftersom jag hade varit inne i ärendet ett tag. Så jag hade följt dem under en längre period. Hon hade fått det skyddade boendet så hade jag ju mycket kontakt med henne. Jag kommer ihåg samrådet. Alla var ju där, nej inte BUP – de är sällan där när jag varit där men det brukar vara alla de andra där. Läkaren var ju genast på det. Det var inget snack om saken, hon skulle genast undersökas. Jag kommer ihåg att polisen hade kontakt med mig och

de åkte ner till det här skyddade boendet där mamman befann sig och då fanns det är en kontaktperson inkopplad till mamman och barnen som jag hade tillsatt för att barnen skulle ha någon. Mamman kunde ju inte tala svenska. Hon hade levt i Sverige i flera år men blivit hindrad, isolerad och så. Vi kunde kommunicera med henne. Med kontaktpersonen kände hon en trygghet. De åkte ner till rättsmedicin i Malmö för läkarundersökning. Nej, det blev inget mer utan polisen tog det via rättsmedicin så de gjorde undersökningen och fick klara besked på vad det var. De gjorde också en, vad kallas det, en undersökning i huset i det skyddade boendet där kvinnan befann sig. Hon talade om vad det var som hade hänt. Den teorin ansåg de vara trolig för hon blev aldrig anklagad. (Socialsekreterare Rita)

På Barnahuset blivit också kommit överens om att läkarundersökningar ska kunna vara till hjälp för barnet, att få bekräftat om sin egen hälsa och att kroppen är normal...:

– ... men det handlar mycket om bevis på samråden. Men märkena är oftast inte färska. Men ur ett hälsotänk så vill socialtjänsten kunna ta kontakt – blir mer en rekommendation vid samrådet. De kan göra undersökningar på Barnahuset men jag har aldrig varit med om att de gjort det. De har åkt efteråt till rättsmedicin till Lund. Det var en våldtäkt med killen. Det är inge hälsokontroll utan då är det spår. Barnläkarna tänker utifrån hälsotänkte och vill bekräfta för barn: – Du är hur bra som helst. Dig är det är inget fel på. (Socialarbetare Zaida)

Tanken med Barnahuset var bl.a. att skapa en barnvänlig plats där samtliga aktuella myndigheter samlats för att utreda barnets behov och ge barnet chans att berätta *en gång för alla* vad barnet varit med om. Barnet skulle inte behöva åka runt till flera ställen och upprepa sin berättelse (Rasmussen, 2011). I praktiken är det polisens förhör som görs på Barnahuset medan socialtjänstens utredning fortsätter på annat håll och eventuella läkarundersökningar sker på närmaste sjukhus eller hos rättsmedicin på annan ort. En socialsekreterare i studien reflekterar över och konstaterar detta:

– Det är så klart bra för barnet att slippa åka runt. Fast det håller jag inte med om heller att Barnahuset innebär, kom jag på, för är det så att man behöver träffa läkare så måste man ändå åka till sjukhuset och vill man träffa en kurator måste man ändå åka till BUP och göra det. Och oss träffar man alltid här [på socialkontoret]. Så det är ändå så att man måste åka runt lite granna, fast kanske inte samma dag. Tanken är ju egentligen att alla ska komma till barnet. Barnet kommer dit och så samlas alla där. Istället för att barnet ska åka rundor. Men det får de ju ändå göra om det är så att de behöver träffa alla inblandade ... (Socialsekreterare Xena)

Som Therese konstaterat och redovisat i kap 2, är det sällan som det sker läkarundersökningar i samband med Barnahus och aldrig på Barnhuset. Det är likadant vid andra Barnahus i Sverige (Gustafsson, 2011, Holmsten, 2009, Landberg och Svedin, 2013, Otterman et al., 2013). Totalt blev 13 % av barnen enligt den landsomfattande studien "Barnhusutredningen" läkarundersökta (Kaldal et al., 2010). Liknande resultat (13 %) visas i studier av Barnahus i Norge (Stefansen et al., 2012). Studier om CAC i USA tyder dock på att antalet medicinska undersökningar ökar vid användning av CAC jämfört med utan (Edinburgh et al., 2008, Walsh et al., 2007, Smith et al., 2006).

Som fram kommer i flera citat ovan, så kan i samråden rekommenderas att socialtjänsten överväger att begära hälsoundersökning senare under utredningen. Socialsekreterarna har ju också att utreda barnets hälsa enligt BBIC. De kan i utredningsarbetet också välja att konsultera hälso- och sjukvården, begära ut journaler eller skriftliga utlåtande samt begära att barnet hälsoundersöks av läkare. Dessa kontakter underlättas av att de har upparbetade kanaler in till barnkliniken och BUP genom samarbetet i Barnahus, säger socialsekreterarna. När det gäller de yngre barnen har socialsekreterarna kontakt med BVC, barnhälsovården och vårdcentralerna liksom elevhälsan när det gäller skolbarn. I nästa avsnitt undersöks i vilken omfattning och hur detta kan se ut. Slutligen undersöks hur och om barns deltagande på Barnahus belyses i socialsekreterarnas utredningar, om barn och socialsekreterare möts i samtal och om barnets inställning efterfrågas och belyses i utredningarna

Barns hälsa i utredningarna

Utredningar som utforskats gjordes 2012. Då hade ännu inte det stödmaterial för konsultation och utlåtande kommit från Socialstyrelsen (2015d) som omnämns i denna rapportens inledande kapitel. Socialsekreterarnas konsultation/utlåtande har 2012 vanligen handlat om att de talat med sjukvården per telefon och/eller begärt in utdrag från sjukvårdsjournal från barnhälsovård, elevhälsan, vårdcentral och/eller sjukhus. Ett exempel från intervju med socialsekreterare:

– Jag hämtade in journalanteckningar från skolhälsovård för hon hade andra bekymmer också. Jag har hämtat in från centralsjukhuset för där har de haft kontakt. Jag har pratat med den kuratorn på barnavdelningen. Jag har hämtat in från skolan där hon går. (Socialsekreterare Queen)

I tabellen nedan redovisas resultatet av analysen av utredningarna när det gäller uppgifter om konsultation, läkarundersökning i samband med Barnahus samt om psykisk respektive fysisk hälsa tagits upp i utredningarna. Om så ingår detta i socialsekreterares underlag för bedömning av barnets behov och föräldrarnas kapacitet i utredningsarbetet.

Tabell 3. I Utredningar 2012 per kommun: omfattningen av att barnets psykiska hälsa; fysiska hälsa; läkarundersökningar; konsultation/utlåtande BUP; konsultation/utlåtande sjukvård i övrigt; ej hälsa i utredningen; antal barn

Kommun	Fysisk hälsa i utredning	Psyk. hälsa i utredning	Läkarundersökning	Konsultation/utlåtande BUP	Konsultation/utlåtande Sjukhus, BVC, VC eller elevhälsa	Begärten ej fått i tid	Ej hälsa i utredning	Antal barn
Bromölla	8	3	1	3	5			8
Hässleholm	12	11	2	9	7	1	3	26
Kristianstad	37	15	3	16	20		7	59
Osby	3	3	2	3	2	1	2	6
Östra Göinge	8		4		3		1	9
	67 (62 %)	30 (28 %)	11 (10 %)	22 (20 %)	37 (34 %)	2	13 (12 %)	108

Resultatet visar på att de sociala utredningarna i hög grad också omfattar barnets hälsa. Endast i 13 utredningar nämns hälsa över huvud taget inte. Variationen i vilken omfattning som fysisk respektive hälsa berörs är stor liksom att det varierar vem som i utredningarna uttalat sig om barnets hälsa. Som redovisa ovan har hälso- och sjukvården konsulterats i 60-70 ärenden. I andra fall är det skolpersonal, föräldrar eller barnets själv som uttalar sig om barnets hälsa.

De mindre kommunerna har exempel på hur de reagerat på anmälningar om att barn haft blåmärken. I ett fall är barnen flicka 3 år och pojke 6 år, ringer handläggaren direkt in till Barnahus när anmälan kommer in men polisen har ingen möjlighet att genomföra barnförhör under dagen. De poängterar vikten av att barnen skyddas. Samordnaren på Barnahus ordnar ett läkarbesök på Barnkliniken inne i Kristianstad samma dag. Den förälder som inte är under misstanke, pappan, följer med barnen och handläggaren till sjukhuset. I utredningen redogörs för vad som händer:

Läkaren möter upp på barnakuten. Läkarundersökningen på pojken visar inga skador. Läkaren hittar vid undersökningen på flickan blåmärken på armar samt rygg. Blåmär-

kena på ryggen bedöms underliga utifrån att där får barn oftast inte några blåmärken enligt läkaren. (s. 5 utredning X)

Under bilturen hem till pappan säger pojken:

– *Mamma slåss.*

Barnen blev kvar hos fader och hans sambo under några månader och flyttade sen tillbaka hem till modern som fått stöd av socialtjänsten i sin roll som ensamstående mamma.

Jämfört med de utredningar som forskaren utforskade på Länsstyrelsen i Skånes uppdrag, se tabell 4, verkar en dramatisk utveckling kunna ha skett.

Tabell 4 Hälsa i utredningar från 2005 och 2007 i Lund, Svalöv, Hyllie respektive Trelleborg

	Hälsa kortfattat	Hälsa utförligt	Inte alls	
Ej BBIC	3	7	22 (68%)	32
BBIC-liknande	63 (49 %)	20 (16%)	45 (35%)	128
	66 (41 %)	27 (17 %)	67 (42%)	160

Resultatet tyder på att utvecklingen går mot att allt fler utredningar kommit att omfatta uppmärksamhet på barnets hälsa. 2012 var det endast 12 % som sakade omnämnande av hälsa medan det i jämförelsematerialet var 42 %. I de BBIC-liknande utredningarna var andelen kortfattade inlägg högt, 49 % av 128 BBIC-utredningarna, medan de utförliga var 16 % och de som inte alls innehöll något om hälsa 35%. I ännu större andel saknades uppgifter om hälsa bland de 32 utredningar som genomfört utifrån annan modell än BBIC, 68 %.

I utredningarna 2012 finns också exempel på omsorgssvikt p.g.a. av vårdnadshavares oförmåga att förstå sjukvårdens system och därmed heller inte ser till att barnet får den vård det behöver. En 4-årig pojke är glad och pigg men liten för sin ålder. I den sociala utredningen beskrivs hur pojken ”har en långhistoria av olika diffusa sjukdomssymptom och en problematisk viktkurva. Det framkommer av journalerna att mamma underlåtit att komma till sammanlagt ett tiotal läkarundersökningar och rådgivningar av dietist”. När socialsekreterare har kontakt med läkare visar det sig att denne övervägt att göra anmälan till socialtjänsten men låtit bli eftersom mamman lovat att komma på nästa tid. ”Läkaren bedömer att det troligtvis inte finns någon sjukdom som gör att pojkens viktuppgång inte är tillfredsställande utan tror att det är socialt betingat och att mamma behöver mer stöd vad gäller kosthållningen.” Exemplet visar också på hur viktigt det är att läkare inom primärvården och socialtjänsten samarbetar och mer utbildning och information behövs om orosanmälningar, också för läkare (Talsma et al., 2015).

Barnet på Barnahus, barnets delaktighet och inställning

Centralt i studien "Barn i Barnahus" är barnens deltagande och delaktighet i Barnahus inklusive det som sker barnet före, under och efter. Barnens upplevelser av Barnahus påverkas av vad de är möter på Barnahus men också såväl av vad de är med om före ankomsten till Barnhuset som vad de förväntar eller befarar ska hända efter besöket och förhöret på Barnahus. Detta kan påverka också hur de förmår genomföra det som förväntas av dem på Barnhuset, nämligen prestera i polisförhöret.

Barn har här rätt till information i frågor som rör den egna personen på ett sätt som gör att barnet kan ha förutsättning att utifrån sin ålder och mognad förstå och ta ställning i vad som är på gång och planeras (Socialstyrelsen, 2012). Både i Socialtjänstlagen (11 kap. 10 § första stycket SoL) och i LVU (36 § första stycket LVU) har barnets rätt att komma till tals förstärkts. Om barnet eller den unge inte framför sina åsikter, ska hans eller hennes inställning så långt det är möjligt klarläggas på annat sätt. Ur ett barnrättsperspektiv är det betydelsefullt att barnets åsikter och förslag till åtgärder är tydliga och läggs fram för beslutsfattarna (Socialstyrelsen, 2015c). Hur har socialsekreterarna lyckats med detta enligt vad som redovisas i utredningstexten? Och vad säger de själva om att göra barnen delaktiga i utredningsprocessen och i utredningstexten? I analysen av texten har särskilt eftersökts om socialsekreteraren haft eget samtal med barnet respektive om barnets inställning noterats eller på annat sätt framkommit.

I de 108 sociala utredningar som samtliga av kommunernas socialtjänst identifierats som Barnahus-ärenden, har i sammanlagt 56 omnämnts att Barnahus varit inblandat initialt. Oftast sker detta genom att datum för barnförhör är angivet och/eller att det är angivet att socialsekreteraren varit i medhörningsrummet. Förhinder att använda i utredningen vad som framkommit vid förhöret av barnet p.g.a. fortsatt förundersökningssekretess anges i 3 utredningar. Det är ansvarig åklagare som beslutar när sekretessen kan hävas.

Tabell 5 Barn i Barnahus, om detta omnämns i utredningen, barnsamtal skett eller inte, med social sekreterare eller med annan inom socialtjänsten, om barnets inställning noterats i utredningen.

Kommun	Antal barn	Barnahus nämns	Barnsamtal Soc sekr	Barnsamtal annan	Inga samtal	Barnets inställning
Bromölla	8	6	7		1	5
Hässleholm	26	15	23		3	19
Kristianstad	59	25	27	12	20	22
Osby	6	6	5		1	5
Östra Göinge	9	5	5	2	2	5
Summa	108	56(52 %)	67 (62 %)	14 (13 %)	27 (25 %)	56 (52 %)

Barn på Barnahus

I några få utredningar finns berättelser om barnet i samband med Barnahus-besöket. När socialsekreterarna deltar under barns besök på Barnahus är det inte alltid så att beslut om att starta social utredning har fattats. Dokumentationen av Barnahusbesöket kan ha gjorts i det som ska föregå att öppna utredning; i s.k. förhandsbedömningar (cf. Gegner, 2009). Dessa dokumenteras på särskilt sätt; ska hållas mycket kort och inte registreras i socialregistret. Mycket talar dock för att utredningarna öppnats mer eller mindre omgående efter att anmälan inkommit med tanke på att vad som står om skyndsamhet. När studien av de sociala utredningarna för 2012 planerades bedömdes därför att det skulle räcka med att studera utredningstexterna. I utredningstexterna visade det sig att socialsekreterarna sällan redovisar något om barnet på Barnahus eller att socialsekreteraren frågat barnet om besöket på Barnahus. Nedan redovisas några av de exempel som hittats i utredningstexterna. I mer än

I två utredningar om ett syskonpar finns noggrant berättat om förloppet vid hämtningen av barnen på skolan. Handlar om två pojkar 11 och 12 år gamla. Den yngre pojken "blir hämtad av sin lärare i klassrummet och hans trygghetsperson sätter sig utanför klassrummet och väntar. När (pojken namn) ser utredaren sätter han en bok framför sitt ansikte och säger "nej, inte du" och vänder sig till sin trygghetsperson och säger "få henne att försvinna" samt "nu måste jag gå och säga till mamma att du är här och ska ta mig till ett fosterhem". När utredaren frågar varför han tror att han ska tas till ett fosterhem svarar han "det sa mamma att du sagt när ni pratade i telefon igår". Utredaren förklarar att det inte var det samtalet handlade om utan samtalet gällde hans skolgång. Han är fortfarande väldigt orolig och smiter in i klassrummet igen." Till slut åker utredande socialsekreterare, pojkarna och deras trygghetsperson till Barnhuset. "Efter barnförhöret är (brödernas namn) väldigt nöjda och uttrycker att det var spännande och att det var roligt att vara på Barnahus. Även (lillebror) är nöjd med situationen och frågar utredare om han kan få visa en sak i sin bänk när vi kommer tillbaka till skolan" (Utredning Y). I aktuellt fall verkar barnen ha blivit förberedda av sin mamma på att det kan vara så att socialtjänsten kan vilja ta dem till familjehem. De här barnen är inte ensamma om att associera socialsekreterare med att bli hämtad till fosterhem (Olsson, 2007). Barn ser sådana exempel både på TV och filmer.

I en annan utredning om en pojke på 6 år redogörs både för vad som hände samma dag efter att barnet förhörts och hur barnet reagerade under förhöret. Detta var också ett av de förhör som jag inledningsvis i forskningen observerade. Socialsekreteraren skriver: "Under förhöret är (pojken namn) väldigt motorisk rörlig i rummet och undersöker det mesta som går att undersöka där. Han visar inget intresse av att svara på frågor av polisen". Senare samma dag träffar handläggarna pojken tillsammans med föräldrarna. De förnekar våld. De träffar familjebehandlare och får "information om KIBB och familjebehandling som de tackar Ja till. Samma dag görs en skyddsbedömning

huruvida (pojken namn) kan följa med sina föräldrar hem då dom förnekar att någon våld ska ha skett och ej heller kan formulera någon säkerhetsplan. Överenskommelser med föräldrarna i samråd med (pojken) rektor att han ska vara extra tid på fritids nästa vecka där det är skollov samt att föräldrarna snarast erbjuds en tid på Prisma med familjebehandlare ...". Barn kan följa med sina föräldrar hem. "Några enskilda samtal har inte skett med (pojken namn) utifrån hans ålder och mognad":

Mer och mer under studiens gång har socialtjänsten börjat ha kontakt med barn och familj samma dag som barnet förhörts på Barnahus. Tidigare var det vanligt att efter att barnen besökt Barnahus ...

– ... så försöker vi åka ut till barnet och föräldrarna dagen efter och där pratar man en stund med föräldern och en stund med barnen och då försöker jag höra lite hur de tyckte att det var att vara hos polisen och vad de tyckte om vad de gjort inne och efter höra runt om och känna av lite barnet om barnet tycker att det varit jobbigt, extremt jobbigt eller bara jobbigt eller roligt ... (Socialsekreterare Emma)

Samtal med barn och barns inställning

Socialsekreteraren har själv träffat och samtalat med barnet 62 % av utredningar och i 13 % har de förlitat sig på kollegas samtal med barnet. Det senare är främst i en av kommunen med tillgång till egen familjebehandling och under studien pågående försök med KIBB (Kristianstad). KIBB är förkortning av Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel en behandlingsmodell för familjer där fysisk barnmisshandel förekommit (Kjellgren et al., 2013). KIBB bygger på att familjer i öppenvård, i grupp eller enskilt, får behandling i barn- respektive föräldragrupp.

När familjebehandlingen är inne så försöker jag precisera att det är de som ska tala med barnet och ska förklara och fråga. Lite äldre barn så frågar jag dom om vad de tycker och har ganska mycket kontakt med dem. (Socialsekreterare Xena)

När det gäller de yngre barnen så varierar uppfattningarna om hur gammalt ett barn bör vara för att socialsekreteraren ska kunna samtal med barnet. En pojke, 6 år, lever tillsammans med en förälder som visar oförmåga att bl.a. se till att barnet får tillgång till den vård och behandling som barnet behöver. Barn har ont i magen, kissar på sig och får inte en kost han behöver. BVC har slagit larm. Samtal med barnet görs inte enligt vad som skrivs i utredningen då: "Barnet är inte tillräckligt gammal för att ha en åsikt själv". När det gäller dylika utsagor, se också ovan, säger en socialsekreterare:

– Vi har en fast rubrik i vår utredningsmall: Har samtal skett med barnet möte eller inte och varför? Det har vi och då är det lätt att ta till "Har inte

varit aktuellt utifrån ålder och mognad". Ja, just det, i stället för att skriva att jag har verkligen övervägt om jag ska eller inte. Jag kan bara gå till mig själv. Jag tror inte att jag är så väldigt utförlig, nej, jag kan vara det i tanken (visar med snurr mot eget huvud) och jag kan uttala det till föräldrarna men jag formulerar det inte så i skriften utan så "i resonemang med föräldrar, arbetsledning eller någon kollega har vi bestämt att utredare inte ska träffa...blablabbla. (Socialsekreterare Bodil)

I en annan av utredningarna står att läsa om ett samtal som en socialsekreterare haft med en 5-årig pojke: "Utredare frågar (pojken namn) han vet vad utredare arbetar med och vad som hände under gårdagen. (Pojkens namn) uppger att han var på Barnahus och på sjukhuset för att fotografera blåmärken eftersom mamma har slagit honom. (Pojkens namn) berättar att han vet att det är för att mamma slagit honom som han träffar utredaren." Exemplet är ett gott exempel på att även de yngre barnen kan vilja dela med sig av minnen och ha en uppfattning om vad som är på gång. Det är naturligtvis lika viktigt att ta hänsyn till att ett barn vill berätta som att det inte vill.

När nu inte något samtal med barnet sker inom utredningens ram, vem talar med barnen då? Ett exempel genom ett utdrag intervju med socialsekreterare Queen:

- Egentligen är det ingen mer än BUP som pratar med flickan – de har träffat henne en gång.

-Är det ett typiskt ärende för dig att du inte pratar med barnet själv?

- Ähm, det är rätt vanligt ja. För det första så diskuterade jag med mamman, för jag satt ju med vid medhörningen och då berättade ju flickan rätt mycket där och då sa jag till mamman att det eventuellt skulle bli ett ärende på BUP och då tyckte både hon och jag att det kunde vara bra att BUP har de samtalen med flickan i stället för mig. För att hon ska slippa träffa så många. För det var den kontakten som mamma egentligen ville ha. Hon ska slippa träffa så mycket folk. Jag är nog ingen för henne – faktiskt – jag tror inte ens jag har – nej, jag har inte presenterat mig för henne. I den bästa av världar så hade det varit jättebra om hon hade kunnat ha, att jag hade kunnat prata med henne, om hur hon upplever hela situationen och, för hon har ju många syskon och de här syskonen ger henne skulden för mycket. Har inte haft kontakt för att jag har haft samtal med föräldrarna och de ville ju egentligen ha hjälp från BUP.

I 25 % av utredningar har inget samtal med barnet hållits. I dessa vet socialsekreteraren inte barnets inställning, och vice versa, barnet har inte fått del av socialsekreterarens erfarenheter och bedömningar av barnet. Inte heller alltid när samtal hållits med barnet vet socialsekreterarna barnets inställning när utredningen avslutas, i alla fall

noteras den inte mer än i 56 % av utredningarna. Samtal med barn har hållits i 75 % och med socialsekreteraren direkt i 62 % av utredningarna. Sammanlagt framkommer barnets inställning till det som utredningen kommer fram till i 56 % av de undersökta utredningarna.

– Nej, det måste jag säga att vi försäkrar oss inte så ofta om barnets inställning (skakar på huvudet) speciellt inte när de väldigt små. Det är inte ofta man frågar dem utan det är föräldrarna som frågar som, Alltså jag måste säga att det hamnar mycket på föräldrarna. Om föräldrarna säger att de vill ha en insats så är det de som pratar med barnet om insatsen och påbörjar det där och så. (Socialsekreterare Pia)

I avslutande samtal med Barnhusets ledning framkommer att en av kommunerna bestämt sig för att systematiskt försäkra sig om barnets inställning i avslutningen av utredningsarbetet. Detta har ansetts som en viktig del i att göra barnen mer delaktiga i frågor och utredningar som rör barnen själva.

Diskussion och slutsatser

Socialsekreterarnas uppgift när socialtjänsten nås av misstankar om att ett barn kan vara utsatt för våld, övergrepp, försummelse eller vanvård, är att omedelbart ta ställning till om barnet behöver skydd. Barnhus och det upparbetade samarbetet med andra professionella kan då bli till stort stöd för socialtjänsten i att utröna om omedelbara insatser behövs. När misstankarna gäller att barnet kan vara utsatt för allvarligt brott kan Barnhus omgående erbjuda såväl medicinska som polisiära undersökningar. Oavsett om läkarundersökning sker på Barnhus eller på näraliggande sjukhus, kan sådan genomföras med kort varsel och kombineras med barnpsykiatriskt stöd.

Beredskapen finns för medicinska undersökningar och insatser, organisationen likaså, men används sällan. Det är vad detta forskningsprojekt kommit fram till såväl som flera tidigare studier och utvärderingar om Barnhus (Gustafsson, 2011, Holmsten, 2009, Landberg och Svedin, 2013, Otterman et al., 2013).

Det nya och mest uppseendeväckande i resultaten i Therése Saksøs studie, är dels att barn som i Barnhus oftare ha sökt sjukhusvård och oftare har BUP-kontakt än andra barn, dels att de barns som undersöktes i samband med Barnhus inte följts upp av sjukvården och att läkare lider brist på utbildning om barnmisshandel. Studiens resultat visar att barn som mår psykiskt dåligt och därmed är sårbara, har ökad risk att fara illa. Dessutom konstaterar Therése Saksø att de 5,5 % barn som läkarundersöktes i samband med Barnhus, inte haft någon som helst uppföljning på barnkliniken under de sex följande månaderna. Therése Saksøs slutsats blir att utbildningsinsatser behövs och uppbyggande av regionala och nationella strukturer för att höja den medicinska kompetensen och etablera ett ständigt pågående kvalitetsarbete. Varken barnläkare,

ortopedläkare eller öron-näsa-halsläkare, som på sjukhusen träffar allra flest barn, har barnmisshandel som ett obligatoriskt utbildningsmoment under sin specialiserings-tjänstgöring i Sverige och detta behöver ändras på, skriver Therése Saksø.

Nordöstra Skånes Barnahus har den stora fördelen att ha god tillgång till barnläkare med erfarenhet av utsatta barn. Här kan sägas finnas särskilt goda förutsättningar för att göra gemensamma bedömningar och ge rekommendationer till socialtjänsten respektive till polis och åklagare, också om när medicinska undersökningar behövs eller inte. Socialsekreterarna säger sig kunna konsultera Barnahus och få vägledning vid samrådsmötena. De förlitar sig på läkarnas bedömningar och kan agera därefter.

De sociala utredningarna enligt BBIC ska omfatta livsområdet hälsa tillsammans med elva andra livsområden. Något om barnets hälsa tas upp i nästan samtliga sociala utredningar som undersökts i studien – i 95 av de 108 utredningarna. Det kan handla om att bara kortfattat ha omnämnt t.ex. om att barnet är helt, rent och friskt enligt förskolepersonalen, till omfattande redogörelser baserade på journaler och utlåtanden från den hälso- och sjukvårdspersonal – i 59 av de 108 utredningarna. I jämförelse med de utredningar som granskats i tidigare studie (2008) har omfattningen av redogörelser om barnets fysiska respektive psykiska hälsa ökat väsentligt. Lokala skillnader mellan kommuner förekommer både nu och då. Nära samverkan med BUP verkar t.ex. kunna göra att fler utlåtande från barnpsykiatrin används. I samrådsmötena är närvaron hög för samtliga samverkande parter. Socialsekreterarna lyfter särskilt upp läkarnas kunskaper och råd som de säger sig förlita sig på. Kan detta betyda att behovet av läkarundersökningar ändå inte är större än vad som visar sig i rapportens båda studier? Therése Saksø kom fram till att 5,5 % av barnen på Barnahus blivit läkarundersökta på sjukhuset. De sociala utredningarna visar på att 10 % av barnen haft kontakt med läkare och 55 % av de sociala utredningarna grundar sig på utdrag ur journaler eller utlåtande, muntliga eller skriftliga, från hälso- och sjukvården.

Har socialtjänsten blivit bättre på att ta vara på den kunskap om barnets hälsa som kan finnas inom hälso- och sjukvården? Ja, i alla fall när de här aktuella 108 utredningarna från 2012 utredningar jämförs med tidigare opublicerade resultat med utredningar från 2005 och 2007. Den studien utfördes inom ramen för ett större projekt hos Länsstyrelsen i Skåne län (Olsson, 2008). 2012 var det endast 12 % av utredningarna som sakade omnämnande av barnets hälsa medan det i jämförelsematerialet var 42 %.

Kunskapen hur socialtjänsten uppmärksammar fysiska och psykisk hälsa i utredningar är mycket begränsad. I Sverige är det främst en avhandling som tidigare belyst ämnet (Hultman, 2013). I de studier som gjorts inom avhandlingsarbetet visade resultatet att informationen om barns hälsa inte var omfattande oavsett utredningsmodell (Hultman et al., 2013). Även när det fanns oro för barnets hälsa när utredningen aktualiserades,

uppmärksammades inte alltid barns fysiska och psykiska hälsa (Hultman et al., 2015). Slutsatsen blev att det kan vara nödvändigt att utveckla mer detaljerade riktlinjer som tydliggör hur socialsekreterare kan synliggöra barns fysiska och psykiska hälsa i bedömningar och argumentation för beslut (Ibid). Den mest i ögonfallande skillnaden mellan de utredningar som Elin Hultman undersökte och de utredningar som undersökts i studien i denna rapport, är att dessa 108 sociala utredningar är kopplade till misstanke om att barnet är utsatt för brott och att socialsekreteraren inlett utredningsarbetet med koppling till Barnahus. En hypotes skulle kunna vara att den samverkan och konsultation som sker på Barnahus, där både representanter från barnkliniken och BUP medverkar i hög grad, kan ha kommit att påverka utvecklingen av fokus och innehåll i de sociala utredningarna till allt större hälsoinriktning. En intressant frågeställning och ett viktigt område för vidare forskning. Ett annat skulle kunna vara att utforska med vad som händer när allt fler sociala utredningar kombineras med behandlingsinsatser och barnen därvid bedöms vara sig behöva träffa eller göra sin röst hörd hos den utredande socialsekreteraren eller lyssna till vad denne har att säga, se nedan.

I de utredningar som analyserats i denna studie har dels undersökts om barnet och socialsekreteraren haft eget samtal eller om det varit någon annan socialarbetare/ behandlare som samtalat med barnet och avlämnat rapport till socialsekreterare, dels om socialsekreteraren försäkrats sig om barnets inställning till vad utredningen kommit fram till och noterat detta i utredningen. Analysen visar att i 75% av utredningarna har barnsamtal skett och oftast med socialsekreteraren själv (62 %). När familjebehandlingsinsatser satts in under utredningstiden, tenderar dock socialsekreterare avstå från att själv hålla samtalet med barnet utan förlitar sig på den behandlade socialarbetarens samtal med barnet. Detta gör att barnet å ena sidan inte tillåts träffa den socialsekreterare som handlägger barnets ärende och skriver barnets utredning, å andra sidan förskonas från att lära känna en person till under pågående behandlingsinsats. Detta förklarar kanske till en del varför bara drygt hälften (52%) av utredningarna innehåller barnets inställning till vad utredningen kommer fram till. Detta kräver ju i sig att socialsekreteraren har direktkontakt med barnet. En annan delförklaring är att i 27 fall har inget samtal skett med barnet, i alla fall inte så att det redovisats eller noterats i utredningstexten. Det kan handla om att barnet bedömts inte tillräckligt gammalt eller moget för att delta i samtal eller komma med synpunkter. Bland de barn som aktualiserats på Barnahus 2012 (se fig. 1 i kapitel 2) fanns 30 barn i åldern 5 år och yngre och 21 barn i åldern 6-7 år. Åldern ger ett visst riktmärke men det kan mycket väl vara så att även om barnet inte är moget för förhör på Barnahus, kan barnet ha förmåga och vilja ha kontakt med sin socialsekreterare (jfr. Olsson, 2005). Som utredande socialsekreterare av barnets behov av stöd och hjälp, är du barnets socialsekreterare. Att denna inte skulle vara viktig nog för barnet, att andra görs viktigare i relation till barnet än den socialsekreterare som står inför och tar avgörande steg för barnets framtid, är en märklig slutsats. Kan det vara att socialsekreterare inte ser sin egen betydelse i relation till de

barn de utreder? Socialsekreteraren utreder barnet, skriver utredningen om barnet, föreslår eller fattar beslut som oavsett om insats sätt sin eller inte, är medskapande barnets framtid. Hörs socialsekreterarens röst kanske därhemma hos barnet, talar föräldrarna om vad som händer och skrivits om dem, kommer utredningstexterna förklaras för eller läsas av barnet – nu eller i framtiden?

När det gäller barnet i Barnahus omnämns mycket lite i de sociala utredningarna med några få undantag. I 56 utredningarna finns notering om förhör på Barnahus alternativt att socialsekreterare suttit i medhörning när barnet förhörts på Barnahus. Om något mer redovisas, handlar det om hämtning av barnet till Barnahus och utvecklingen på Barnahus. Därvid visas exempel på det samarbete som kan utvecklas mellan barn – socialsekreterare och som får stor betydelse för barnets förståelse för vad som händer i situationen samtidigt som socialsekreterarens involveras i barnets perspektiv och får bättre underlag för bedömning och beaktande av barnets behov, egen inställning och egna strategier. I de allra flesta utredningstexterna redogörs inte för processen i samband med Barnahus eller vad som framkommit under barnets besök på Barnahus. Det blir till en perifer händelse i utredningstexterna. Genom att studera utredningstexterna ges således mycket knapphändiga svar på hur det blir för barn i Barnahus.

Sammanfattande slutsatser

- Samrådsmötena på Barnahus har hög närvaro när det gäller alla de samverkande parterna. Parterna lär känna varandra och har lättare att finna varandra också i annat samarbete.
- Socialsekreterarna uppskattar konsultationen och de lärdomar som de kan dra i samrådet. Läkares inrådan blir styrande.
- Även om andelen läkarundersökningar i samband med Barnahus är låg (5,5 %) så tas den kunskap som finns inom hälso- och sjukvården i hög grad till vara i de sociala utredningarna. I 54 % av utredningarna har utdrag ur journaler eller skriftlig eller muntligt konsultation till grund och i 10 % finns läkarundersökningar som utgångspunkt. Omfattningen är markant större än vad som resultat i tidigare forskning visat.
- I lite mer än hälften av de sociala utredningarna finns noteringar om att barnet förhörts på Barnahus. Några få undantag finns med beskrivningar om barnet i samband med Barnahus.
- Barnsamtal har hållit i 75 % av de sociala utredningarna oftast av utredande socialsekreterare, annars av behandlare inom pågående familjebehandling. Barnets inställning till vad som kommit fram i utredningen har noterats i 52 % av utredningarna.
- Vidare forskning föreslås utforskande utvecklingen av de sociala utredningarna avseende barnets fysiska och psykiska hälsa satt i relation till barnets sociala hälsa och situation.

- Vidare forskning föreslås också när det gäller utvecklingen att sociala utredningar kombineras med behandlingsinsatser varvid utredande socialsekreterare avstår från att bjuda in barnet till delaktighet och deltagande i sin egen utredning, med hänsyn till barnets bästa.

REFERENSER

- Åklagarmyndigheten. 2016. Handläggning av ärende gällande övergrepp mot barn. Handbok., Gothenburg, Utvecklingscentrum Göteborg.
- Baladerian, N. (2017). Rule out abuse campaign for physicians (who treat children with intellectual and developmental disabilities). 15Th ISPCAN European Regional Conference On Child Abuse & Neglect. ISPCAN.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology Of Human Development. Experiments By Nature And Design*, London, Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (Ed.) (2005). *Making Human Beings Human Bioecological Perspectives On Human Development*, Thousand Oaks London New Dehli: Sage Publications.
- Edinburgh, L., Saewyc, E. & Levitt, C. (2008). Caring for young adolescent sexual abuse victims in a hospital-based children's advocacy center. *Child Abuse & Neglect*, 1119-1126.
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H. & Goodman, R. (2007). Psychiatric Disorder Among British Children Looked After By Local Authorities: Comparison With Children Living In Private Households. *The British Journal Of Psychiatry*, 190, 319-325.
- Gegner, H. (2009). Förhandsbedömningar i barnavårdärenden – Tre kvantitativa studier med fördjupning –, Lund, FoU Skåne.
- Guglani, S., Alan & Ford, T. (2008). Mental health and educational difficulties in children in contact with children's social services. *Child & Family Social Work*, 13, 188-196.
- Gustafsson, K. (2011). Utvärdering av Barnahus Gävleborg - slutrapport, Gävle, FoU Välfärd Region Gävleborg.
- Gustavsson, Å. (2013). Verksamhetsberättelse Barnhuset Nordöstra Skåne 2012. Kristianstad: Barnhuset Nordöstra Skåne, Kristianstad Kommun.
- Holmsten, S. (2009). Barnahus Västmanland Omfattning, inriktning, sammanhang. Utvecklings- och utredningsfunktionen Västmanlands kommuner & landsting.
- Hultman, E. 2013. Barnperspektiv i barnvårdsutredningar - med barns hälsa och barns upplevelser i fokus, Linköping.
- Hultman, E., Alm, C., Cederborg, A.-C. & Fälth Magnusson, K. (2013). Vulnerable children's health as described in investigations of reported children. *Child & Family Social Work*, 18, 117-128.
- Hultman, E., Cederborg, A.-C. & Magnusson, K. (2015). Social Workers' Assessments of Children's Health When Arguing for Children's Needs. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 32, 301-308.
- Kaldal, A., Diesen, C., Beije, J. & Diesen, E. (2010). Barnahusutredningen 2010, Stockholm, Juridiska Institutionen vid Stockholms Universitet.
- Kjellgren, C., Svedin, C. G. & Nilsson, D. (2013). Child Physical Abuse—Experiences of Combined Treatment for Children and Their Parents: A Pilot Study. *Child Care in Practice*, 193, 275-290.

- Kohler Riesmann, C. (1997). berätta, transkribera, analysera - en metodologisk diskussion om personliga berättelser i samhällsvetenskaper. In: L.-C. Hydén, & M. Hydén (Eds.) Att studera berättelser samhällsvetenskapliga och medicinska perspektiv. Stockholm: Liber.
- Kohler Riessman, C. (1990). *Divorce Talk. Women and Men make sense of personal relationships*, New Brunswick, London, Rutgers University Press.
- Landberg, Å. & Svedin, C. G. 2013. *Inuti ett Barnhus. En kvalitetsgranskning av 23 svenska verksamheter*. Stockholm, Linköpings Universitet Hälsouniversitetet Rädda Barnen.
- Mcauley, C. & Davies, T. (2009). emotional well-being and mental health of looked after children in England. *Child & Family Social Work*, 14, 147-155.
- Nygaard Christoffersen, M. (2017). Sexual and violent crime against children with disabilities: a nationwide prospective birth cohort-study 15Th ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse & Neglect. Haag.
- Olsson, A.-M. E. (2005). Barnets socialsekreterare. Coaching i dialogiska utredningar, Malmö, Länsstyrelsen i Skåne Län.
- Olsson, A.-M. E. (2007). Barns berättelser om socialtjänstens utredningar. Samtal mellan socialsekreterare och barn, Malmö, Länsstyrelsen i Skåne Län.
- Olsson, A.-M. E. (2008). Hörs barnet? Studie om hur socialsekreterare gör barns röst hörda i utredningarna, Malmö, Länsstyrelsen i Skåne Län.
- Olsson, A.-M. E. (2014). Dialogical participatory action research in social work using delta-reflecting teams. In: F. Rauch, A. Schuster, T. Stern, M. Pribila, & A. Townsend (Eds.) *Promoting change through action research* Rotterdam: Sense Publishers.
- Olsson, U.-J. (2016). *Genomlysning av BUP i Region Skåne*. Stockholm: Region Skåne.
- Otterman, G., Lainpelto, K. & Lindblad, F. (2013). Factors influencing the prosecution of child abuse cases in a swedish metropolian area. *Acta Pædiatrica Nuturing The Child*, 102, 1199-1203.
- Rasmusson, B. (2009). *Analys, bedömning och beslut i utredningar enligt BBIC*, Stockholm, Socialstyrelsen.
- Rasmusson, B. (2011). *Children's Advocacy Centers (Barnhus) in Sweden*. *Child Indicators Research*, 4, 301-321.
- Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Socialstyrelsen & Åklagarmyndigheten 2009. *Delredovisning av regeringsuppdrag avseende gemensamma nationella riktlinjer kring barn som misstänks vara utsatta för brott och kriterier för landets barnhus*. Stockholm, Rikspolisstyrelsen.
- Shotter, J. (2000). *Conversational Realities - Constructing Life through Language*, London, Sage Publications Ltd.
- Shotter, J. (2008). *Conversational Realities Revisited: Life, Language, Body and World*, London, Taos Institute Publications.
- Smith, D. W., Witte, T. H. & Fricker-Elhai, A. E. (2006). Service Outcomes in Physical and Sexual Abuse Cases: A Comparison of Child Advocacy Center-Based and Standard Services. *Child Maltreatment*, 11.
- Socialstyrelsen (2006). *Grundbok Barns behov i centrum (BBIC)*, Stockholm, Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2012). Dokumentation av barnets bästa inom socialtjänsten, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2014 a.). Barn som far illa eller riskerar att fara illa. En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar, Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014b). Handläggning av ärenden som gäller barn och unga, Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015a). Grundbok i BBIC Barns behov i centrum, Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015b). Metodstöd för BBIC barns behov i centrum, Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015c). Nya bestämmelser för den sociala barn- och ungdomsvården Uppföljning av 2013 års ändringar av SOL och LVU. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015d). Utreda barn och unga. Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2015e). Utsatta barns hälsa. Resultat av en undersökning av fysisk och psykisk hälsa hos barn vars behov utreds av socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017). Samverkan kring barnets hälsa. In: BBIC (ed.) [Http://www.Socialstyrelsen.se/sitecollectiondocuments/bbic-samverkan-halso-och-sjukvard-info.Pdf](http://www.Socialstyrelsen.se/sitecollectiondocuments/bbic-samverkan-halso-och-sjukvard-info.Pdf). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stefansen, K., Gundersen, T. & Bakketeig, E. (2012). Barnehusevalueringen 2012 delrapport 2 en undersøkelse blant barn og pårørende, jurister og politifolk, samt ledere og ansatte, Oslo, NOVA – Norsk Institutt for Forskning om Oppvekst, Velferd Of Aldring.
- Talsma, M., Bengtsson Boström, K. & Östberg, A.-L. (2015). Facing suspected child abuse – what keeps swedish general practitioners from reporting to child protective services? *Scandinavium Journal of Primay Health Care*, 33, 21-26.
- Unicef (2008). Handbok om barnkonventionen, Stockholm, Unicef Sverige.
- Walsh, W. A., Cross, T. P., Jones, I. M., Simone, M. & Kolko, D. J. (2007). Which sexual abuse victims receive a forensic medical examination? *The Impact of Children's Advocacy Centers. Child Abuse & Neglect* 31, 1053-1068.

Tack

Varmt tack till alla deltagare i forskningen som generöst delat med sig av sina erfarenheter och material. Stort tack också till Nordöstra Skånes Barnahus, Region Skåne och socialtjänsten i Bromölla kommun, Hässleholms kommun, Kristianstad kommun, Osby kommun respektive Östra Göinge kommun.

Om författarna

Ann-Margreth E. Olsson, doktor i systemisk praxis och praktik, auktoriserad socionom, är universitetslektor i socialt arbete. Forskningsområden är barns delaktighet; socialsekreterares arbete, sociala utredningar; systemiskt arbetssätt i socialt arbete och i handledning; anhörigstöd och det sociala livet på hemmaplan för soldater, veteraner och deras utvidgade familjer i samband med att svenska soldater deltar i internationella militära insatser.

Therése Saksø, leg läkare , Barn- och ungdomskliniken, Centralsjukhuset Kristianstad.

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan (tidigare Forskningsplattformen för Utveckling av Närsjukvård) har funnits sedan 2003 och är ett samarbete mellan Region Skåne, Högskolan Kristianstad samt de sex kommunerna i Nordöstra Skåne (Bromölla, Hässleholm, Kristianstad, Osby, Perstorp och Östra Göinge) som tillsammans finansierar verksamheten. Den ursprungliga inriktningen för Plattformens verksamhet var att den forskning som bedrevs skulle ha en deltagar-baserad forskningsdesign. Representanter för de olika finansörerna återfinns i den samordnings-grupp som beslutar om, och följer upp Plattformens inriktning och verksamhet.

Verksamhetsperioden 2011-2015 hade delvis en ny inriktning med ett ökat fokus på flerveten-skaplig forskning inom tre prioriterade områden: Hälsofrämjande vård och omsorg, Person-centrerad vård och omsorg samt Organisation och Ledarskap inom vård och omsorg. Den forskning som genomfördes bedrevs i nära samarbete med parterna.

Under den nya verksamhetsperioden 2016-2020 ska forskningen som bedrivs präglas av en stark forsknings- och forskarettisk medvetenhet och en värdegrund där mångfald, jämlikhet, jämställdhet och öppenhet är centrala. Visionen att i samverkan bedriva verksamhetsnära forskning som kan möta framtidens utmaningar och ge möjlighet till ökad hälsa och livskvalitet för medborgarna med speciellt fokus på:

- Insatser för att stärka hälsa och förebygga ohälsa
- En personcentrerad vård med specifikt fokus på utsatta och sårbara grupper i vårt samhälle
- En patientsäker och resurseffektiv vård över organisationsgränserna
- Utveckling av nya och innovativa lösningar, inklusive E-hälsa

