

Utvärdering av barnskyddsteam i Region Skåne

Sammanfattning

I samband med beslut om inrättandet av barnskyddsteam i Region Skåne så beslutades det även att en utvärdering av uppdraget skulle göras efter att barnskyddsteamet (BST) varit igång i tre år. Denna utvärdering utgör idag en pusselbit till formandet av den övergripande kunskapsstyrningsorganisationen av hälso- och sjukvården i Region Skåne.

BST har sammanfattningsvis i uppdrag att stötta all hälso- och sjukvård och tandvård finansierad av Region Skåne genom att ge konsultativt stöd till vårdpersonal i ärenden där barn far illa, sprida kunskap och utbilda vårdpersonal om dessa frågor samt att samverka med myndigheter och kommunal verksamhet.

Barnskyddsteamet består av tre team (SUS, Nordväst och Nordost), där SUS team motsvarar resurserna av två team. Teamens uppdrag och verksamhet bygger primärt på att ge ett konsultativt stöd i ärenden där barn riskerar att fara illa, de utbildar om barnskydd och de samverkar internt och extern med t.ex. kommunal verksamhet (som är tätt länkad till barnskyddet). Kunskapscentrum barnhälsovård (KC BHV) har ett regionalt samordningsuppdrag av barnskyddsteamet, samt de regionala uppdragen inom ramen för barn i utsatta livssituationer (BIUL), barn som far illa, barn som anhöriga och hälsoundersökning på begäran av socialtjänst.

Utvärderingen besvarar frågan om i vilken utsträckning barnskyddsteamet i Region Skåne utfört sitt beslutade uppdrag, och frågan besvaras via intervjuer med samtliga BST och KC BHV.

Utvärderingen visar att samtliga BST i hög utsträckning levererar det givna uppdraget. Med engagemang och professionalitet har teamen etablerats och utgör idag stommen i Region Skånes barnskyddsarbete, i samverkan med KC BHV. Det konsultativa stödet har god tillgänglighet och når successivt allt fler verksamheter, både i privat och offentlig regi. Utbildningarna når flera tusen medarbetare i verksamheter som finansieras av Region Skåne. Därutöver utgör teamen en kunskapsnod med engagemang för att utveckla barnskyddet i hela Region Skåne, t.ex. genom utvecklade riktlinjer och uppföljning.

Utvärderingen kan konstatera att kärnuppdraget utförs utan anmärkning. Barnskyddsteamet utgör en central del hälso- och sjukvårdens barnskyddsarbete. Samtidigt görs ett antal reflektioner om hur barnskyddet och BST i Region Skåne ytterligare kan stärkas. Rekommendationerna, som finns att läsa i mer utförligt format i rapportens slut, kan sammanfattas enligt nedan:

- Barnskyddsteamens koppling till kunskapsstyrningsorganisationen bör stärkas
- Samverkan mellan KC BHV och BST behöver förbättras
- Ökad lokal närvaro och förbättrad regional förankring behöver uppnås
- Samverkan inom ramen för de tre regionala uppdragen för barn i utsatta livssituationer, som KC BHV ansvarar för, bör förtydligas (barn som far illa, barn som anhöriga, hälsoundersökning på begäran av socialtjänst)
- Uppföljning och analys bör stärkas och skulle ge bättre förutsättningar för en mer jämlik vård
- Teamens administrativa stöd bör förstärkas

Bakgrund

Barnskyddsteam finns på flera platser i Sverige och utgör ett arbetssätt som successivt lanserats i svensk hälso- och sjukvård. Barnskyddsteam utgår från en idé om ett specialiserat och tvärprofessionellt team med stor och bred kunskap om barnskydds- och barnrättsfrågor, som kan bidra med kunskap och konsultation till övriga hälso- och sjukvården. Området barnskydd är omgärdat av stor komplexitet och ställer särskilda kunskapskrav utifrån ett socialpediatriskt perspektiv. Området innefattar komplicerade medicinska frågeställningar, etiska utmaningar, sociala dimensioner och samverkan med kommunal verksamhet.

Barnskyddsteam (BST) beslutades att införas hösten 2017 av Hälso- och sjukvårdsnämnden, först på SUS i Lund och i Kristianstad (dåvarande förvaltning Kryh). 2019 beslutades även att team på SUS Malmö och i Helsingborg skulle inrättas. Uppdraget för teamen utgår från vad som anges i ”Strategi och handlingsplan för införande av barnskyddsteam i Region Skåne” (2017) samt ”Fördjupad handlingsplan för barnskyddsteam” (2018).

En utvärdering av barnskyddsteamet är beslutad i termer av ”Barnskyddsteamet föreslås bedrivas under en provotid på 3 år med utvärdering senast maj 2021”. Av denna orsak genomförs nu denna utvärdering av barnskyddsteamets verksamhet.

Utvärdering bör sättas i relation till andra aktuella utvärderingar och förändringar inom området kunskapsstyrning i Sverige och Region Skåne, eftersom BST kan ses som en komponent i kunskapsstyrningen av vården. BST bedriver ett systematiskt arbete för konsultation i enskilda fall, utbildning, utveckling och implementering av riktlinjer samt initiering av forskning – aktiviteter som definitivt anspelar på den övergripande kunskapsstyrningen av vården i Region Skåne.

Utvärderingsuppdraget

Ett utvärderingsuppdrag har tagits fram inför utvärderingen för att transparent beskriva vad som kommer att studeras.

Syftet med utvärderingen är att konstatera vad som fungerat bra respektive mindre bra med barnskyddsteamens verksamhet, detta för att kunna ge ett kvalificerat utlåtande inför politiskt beslut om barnskyddsteamens fortsatta verksamhet. Den övergripande frågeställning som ska besvaras är: ”I vilken utsträckning utför barnskyddsteamet sitt uppdrag?”

Avgränsningar

I utvärderingen har följande avgränsningar gjorts:

- Inga intervjuer av verksamheter som tagit del av barnskyddsteamens utbildningar eller konsultativa stöd
- Inga patientintervjuer
- Ingen omvärldsbevakning eller jämförelse med andra regioner
- Ingen relation till forskning
- Ingen dataanalys baserat på kvalitetsdata

Trots dessa avgränsningar ger utvärderingen ett relativt robust svar på frågan om hur verksamheten bedrivs. Som senare kommer presenteras finns stor samstämmighet mellan teamen i hur uppdraget utförts, vilket stärker sannolikheten att bilden av hur uppdraget levererats stämmer överens med verkligheten.

Material och metod

Utvärderingens material utgörs av intervjuer med respektive barnskyddsteam, chef/teamledare och i vissa fall även fler från teamen samt chef för KC BHV. Intervjuerna har varit semi-strukturerade och har utgått från en intervjuguide. Respektive intervju har pågått i två till tre timmar. Därutöver har samtliga aktörer getts möjlighet att besvara ett antal öppet ställda frågor skriftligt, som komplement till intervjuerna. Verksamhetsberättelser från respektive team/enhet har också nyttjats, i vissa fall baserat på 2019 års verksamhetsberättelse och i vissa fall på 2020 års verksamhetsberättelse (beroende vad som funnits färdigställt).

Journaldata och registerdata kan ge viss information om hur stödet för målgruppen påverkats, även om det är svårt att dra några kausala samband mellan BST och utvecklingen av t.ex. antalet orosanmälningar. Datakvaliteten för registrerade KVÅ-koder och journalförda ärenden för barn som far illa är bristfällig, och av den orsaken kommer inga större slutsatser baseras på detta.

Barnskyddsteamens uppdrag

Eftersom utvärderingen tydligt utgår från barnskyddsteamens beslutade uppdrag bör uppdraget presenteras så som det är beslutat.

BST uppdrag framgår i de politiskt beslutade dokumenten ”Strategi och handlingsplan” samt ”Fördjupad handlingsplan” för barnskyddsteamet och är sammanställt nedan:

”Barnskyddsteamet ska:

- Ge konsultativt stöd till hälso- och sjukvårdspersonal, habilitering och tandvård i ärenden med misstänkt misshandel inkl. omsorgssvikt och sexuella övergrepp
- Sprida kunskap och fortbilda rörande diagnostik, medicinsk utvärdering, orosanmälan vid misstanke om missförhållanden, dokumentation av fynd samt spårsäkring
- Samverka med olika myndigheter och verksamheter inom och utanför hälso- och sjukvården, t.ex. socialtjänsten, Rättsmedicin, Barnahus m.fl. verksamheter
- Bidra till skapandet av en lärande organisation utifrån de svåraste patientfallen s.k. ”Serious Case Reviews”
- Kunskapsförmedling samt initiering av forskning

Varje enskilt barnskyddsteam behöver, förutom att arbeta övergripande med uppdraget inom berörd förvaltning, även utveckla samverkansformer med andra förvaltningar/bolag i Region Skåne, t.ex. tandvården, habilitering m.fl. samt med kommuner och Barnahus m.fl. Barnskyddsteamerna ska vara tillgängliga per telefon under dagtid på vardagar.”

Del av uppdraget utförs av KC BHV, följande står att läsa i beslutet:

”Barnskyddsteamens arbetsuppgifter kan rimligen inte separeras från det regionala uppdraget för Barn som far illa eftersom uppdragen hänger så nära samman.”

Den del av uppdraget som KC BHV ansvarar för utgörs av följande:

- ”I det befintliga regionala uppdraget för Barn som far illa ingår bl.a. att utgöra ett varaktigt stöd åt kontaktpersoner inom samtliga vårdverksamheter i Region Skåne
- Revidera och uppdatera regionala riktlinjer, handlingsprogram och göra dem kända
- Anordna utbildningar och nätverksträffar
- Omvärldsbevakning ”

Vidare beskrivs en del av uppdraget som berör så väl BST som KC BHV:

”Att barnskyddsteamerna är verksamma på lokal nivå får inte innebära att det regionala arbetet upphör. Av den anledningen behöver barnskyddsteamerna en samordnande funktion som samtidigt kan finnas nära de olika barnskyddsteamerna för att aktivt kunna utveckla en lärande organisation, bedriva metodutveckling och konsultativt arbete. I detta ingår även att vara aktiv i riksnätverket för barnskyddsteamerna. Kunskapscentrum Barnhälsovård ansvarar för den samordnande funktionen inom ramen för Barnen som far illa.”

Barnskyddsteamens verksamhet

I styckena nedan beskrivs barnskyddsteamens verksamhet med utgångspunkt i deras uppdrag. Målsättningen är att leverera en bild utan värdering eller rekommendationer – detta följer i nästa avsnitt i utvärderingen.

Samstämmigheten hos teamen i hur uppdraget utförs är stor. När barnskyddsteamens verksamhet beskrivs och inget specifikt team omnämns syftar texten på samtliga BST.

Organisation

Det finns i Region Skåne idag formellt fyra barnskyddsteam, i Helsingborg, i Kristianstad och på SUS Lund och SUS Malmö. Respektive sjukhusstyrelse erhåller finansiering för BST. I praktiken finns tre team, då SUS team för Lund och Malmö utgörs av samma personer, men teamet har resurser och budget motsvarande två BST. Barnskyddsteamerna är organiserade hos barnklinikerna, och har således samma verksamhetschef som barnklinikerna. Ledningsstrukturen skiljer sig dock delvis mellan teamen, där SUS har en enhetschef för teamen medan Nordost och Nordväst har teamledare. Det bör understrykas att teamen består av ett fåtal personer och att samarbetet mellan dem är tätt.

Nationell, regional och lokal nivå

Det går att förstå hälso- och sjukvården utifrån nivåerna nationell, regional och lokal. Ett sätt att placera barnskyddsfrågorna är att utgå från dessa nivåer. Annan känd terminologi är makro-, meso- och mikronivå.

Barnskyddsfrågorna bedrivs på alla dessa nivåer. På nationell nivå drivs de t.ex. via det nationella kunskapscentrumet i Linköping, Barnafrid. Det finns även forum inom Socialstyrelsen och SKR, t.ex. den nya nationella kunskapsstyrningsorganisationen. Från ett regionalt perspektiv i Region Skåne bedrivs arbetet via strategier som arbetar med barnskydds- och barnrättsfrågor, t.ex. med Region Skånes nya strategi för barnrätt. Inom avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning finns hälso- och sjukvårdsstrategier som arbetar med kunskapsstyrning och uppdragsstyrning av barnskydd, barnhälsovård och mödrahälsovård. Detta arbete kan förstås som samordnande, beredande, styrande och regionalt övergripande, med stark koppling till den nationella nivån.

KC BHV bör också uppfattas som en regional aktör även om de är organiserade under primärvårdsförvaltningen, då deras arbete har ett övergripande regionalt perspektiv med hela hälso- och sjukvården och tandvården som målgrupper. KC BHV bedriver en omfattande verksamhet som bland annat inkluderar samordningsuppdraget av BST och tre regionala uppdrag som samlat kallas barn i utsatta livssituationer (BIUL). BIUL utgörs av uppdragen för barn som far illa, barn som anhörig samt uppdraget om hälsoundersökning på begäran av socialtjänsten. BIUL-uppdragen berör i hög utsträckning BST arbete. Utbildningar och insatser som anordnas av KC BHV riktar sig till all hälso- och sjukvårdspersonal inom Region Skåne.

BST kan beskrivas som en aktör som befinner sig på en meso-nivå. Med detta menas att BST befinner sig lokalt, men har ett regionalt uppdrag med hela hälso- och sjukvården och tandvården som målgrupp. Såväl privata som offentliga vårdaktörer har möjlighet att konsultera barnskyddsteamerna och ta del av deras utbildningsinsatser. Samtliga barnskyddsteam beskriver den lokala närvaron som sin främsta styrka, detta skapar enligt dem legitimitet, goda kontaktytor och effektiva arbetssätt. Traditionellt har sjukhusen varit svåra att nå med barnrättsfrågorna. Detta ska ha legat till grund till varför barnskyddsteamerna organiserats på barnklinikerna –

för att komma innanför sjukhusets väggar. Närmare bestämt har teamen införts på de fyra största skånska akutsjukhusen. Denna utgångspunkt är enligt teamen välfungerande och ändamålsenlig, men väcker samtidigt ett par följdfrågor som diskuteras närmare i rekommendationerna.

Upptagningsområde

BST inrättades under den tidigare förvaltningsorganisationen i Region Skåne (Kryh, Sund, SUS). Detta har inneburit att upptagningsområden inte helt överensstämmer med nuvarande förvaltningsorganisation. T.ex. är barnkliniken Landskrona del av barnkliniken Helsingborg, samtidigt som Landskrona lasarett är del av SUS.

Vid konsultation är upptagningsområdena ett mindre problem för teamen då de har en inkluderande ingång och stöttar oavsett vem som tar kontakt, även då de i undantagsfall blivit kontaktade av andra regioner. Praxis vid fall då ett BST blir konsulterat av vårdpersonal i annan del av Skåne, är att informera om att det finns ett mer lokalt BST vid framtida frågor och att direkt stötta i det enskilda fallet.

Det bör understrykas att upptagningsområde och befolkningsunderlag skiljer sig kraftigt mellan teamen, trots att respektive team har samma resurser (SUS utgör två team som tidigare nämnt).

En styrka med att teamen håller sig till ett avgränsat upptagningsområde är att samverkan med närliggande kommuner stärks och detta innebär i förlängningen ett bättre konsultativt stöd, detta vittnar teamen om. Samverkan med kommunernas socialtjänst och elevhälsa bygger delvis på personliga relationer och dessa byggs framför allt upp med närliggande kommuner.

Personalresurser

Samtliga BST utgörs av en tvärprofessionell konstellation, vilket också är specificerat i uppdraget. I teamen ingår socionom, barnläkare och barnsjuksköterska. Respektive team har en budget på 1,65 mkr/år, exakt uppdelning av resurserna på olika personalkategorier skiljer sig marginellt mellan teamen.

Konsultativt stöd

Barnskyddsteamens konsultativa stöd till hälso- och sjukvården utgör teamens mest prioriterade del i uppdraget. Konsultationerna sker oftast via telefon även om det inträffar att BST deltar på plats. Konsulttelefonen är alltid tillgänglig under vardagar kontorstid. BST Nordväst utövar även en typ av konsultation som går under namnet socialpediatrisk rond, som hålls med 4-6 veckors mellanrum. Detta kan ses som en form av planerat dialogforum där konsultation i enskilda ärenden ges.

Teamen har en gemensam struktur för att följa upp antal konsultationer. Statistiken är baserad på pinnstatistik och visst bortfall är att räkna med, t.ex. när frågor ställs i förbifarten. Antalet konsultationer varierar något mellan teamen, vilket kan hänga ihop med att teamen har funnits olika länge. På ett år har BST SUS (två team) ca 300 konsultationer, BST Nordost ca 200 konsultationer och BST Nordväst ca 100 konsultationer (exklusive socialpediatrisk rond).

Konsultationernas innehåll är brett och handlar t.ex. om stöd med journalföring, administration, orosanmälningar, kommunal samverkan, kliniska bedömningar, våld i nära relationer, barn som anhörig, omsorgssvikt och sexuella övergrepp mot barn.

Bredden på vilka som kontakter teamen är stor. En central del i teamens verksamhet är att vara tillgängliga för hela hälso- och sjukvården och tandvården. Vilka som kontakter teamen hänger självfallet ihop med vilka delar av sjukvården som har kännedom om dem. En generell bild är att en stor del av sjukvårdens olika kliniska områden någon gång har hört av sig till teamen, men att en tonvikt av ärendena som inkommer är från barnsjukvården inom sjukhuset, där teamen är organiserade, men eventuellt även där behovet är som störst.

Att utvärdera konsultationernas kvalitet utan att utreda enskilda konsultationer och mottagare av dem är inte möjligt. Teamens utvärdering av sina egna konsultationer är att de bidrar till en bättre vård i de enskilda ärendena, ger högre kvalitet i orosanmälningar och att de ökar vårdens förmåga att identifiera barn som far illa.

Utbildning

Utbildning utgör en del av kärnverksamheten i BST verksamhet. Utbildning är ett medel för att stärka kompetensnivån hos personal i hälso- och sjukvården. Detta är nödvändigt dels för att säkerställa att barn som far illa identifieras (problematiken är ofta dold eller komplex att bemöta) och dels för att säkerställa att personal känner sig trygga med sitt agerande och för att säkerställa en god patientsäkerhet och en vård av hög kvalitet.

Utbildning har även anknytning till det konsultativa stödet. Genom utbildning sätts barnskyddsfrågorna på agendan och barnskyddsteamerna kan öka kännedomen om det konsultativa stöd som går att få i enskilda ärenden. Därför ser barnskyddsteamerna en korrelation mellan utbildade verksamheter och vilka som tar del av det konsultativa stödet. Detta vittnar hypotetiskt om att mörkertalet av barn som far illa är stort och ouppmärksammat i delar av sjukvården där ett barn som far illa-perspektiv är frånvarande. Detta är särskilt problematiskt då anmälan vid oro för barn är en lagstiftad skyldighet för vårdpersonal (SOL, kap 14).

De olika teamen har gemensamt hållit mängder av utbildningstillfällen sedan uppstart, och nått flera tusen medarbetare. Utbildningarna är integrerade i AT- och ST-utbildningen, sker lokalt på arbetsplatsträffar och via större konferenser. Utbildningarna utförs ibland av respektive BST lokalt, ibland samarrangeras de av alla teamen och ibland sker de i samverkan med KC BHV. Det har inte varit möjligt för denna utvärdering att utvärdera kvaliteten på de enskilda utbildningarna.

Uppföljning

BST följer upp sin verksamhet på flera sätt och levererar årligen en verksamhetsberättelse per barnskyddsteam.

Journaldata och KVÅ-koder nyttjas i viss mån även om en fördjupad dataanalys är något som diskuterats som en utvecklingsmöjlighet.

”Pinnstatistik”, icke automatisk inrapportering i excelfil, av antal ärenden, antal utbildningar, med mera genomförs löpande av samtliga BST. Denna uppföljning är

vad som i nuläget är möjligt att genomföra, men bristerna i sådan indata är flera (tidskrävande, låg validitet och reliabilitet). Förhoppning om bättre uppföljningsmöjligheter via SDV finns.

Riktlinjearbete

I arbetet med barnskydd har teamen identifierat behov av nya riktlinjer och utvecklingsbehov i journalsystemen. Teamen har gemensamt upprättat arbetsgrupper för att lösa detta, genom att upprätta riktlinjer vilket t.ex. är fallet för en ny regional checklista vid sexuellt våld mot barn.

Riktlinjearbetet är inte explicit uttalat i barnskyddsteamens uppdrag men har koppling till kunskapsförmedling. Lokal närvaro har många styrkor men vad gäller arbete med regionala processer finns en risk för parallella spår byggs upp när de inte synkroniseras med regionalt arbete. Mer om detta i utvärderingens rekommendationer.

Samverkan och nätverk

Samverkan med aktörer utanför Region Skåne är framgångsfaktorer för arbete med barnskydd. Detta beror på att många skyddsåtgärder ligger inom kommunal verksamhet. Vid social problematik är samverkan mellan myndigheter och i vissa fall idéburen sektor avgörande för att etablera fungerande och individanpassade lösningar.

BST bedriver ett aktivt arbete med att initiera och etablera samverkan med aktörer som socialtjänst, elevhälsa, barnahus, polis, rättsmedicin m.fl. De har ett robust nätverk – både lokalt, regionalt och nationellt. Detta skapar goda förutsättningar för att utgöra länk i enskilda ärenden där BST agerar konsultativt, och kan i förlängningen innebära att enskilda verksamheters samverkan med t.ex. socialtjänst också stärks.

Intern samverkan och relationsbyggande med enheter finansierade av Region Skåne är en naturlig del i teamens konsultativa arbete och utbildande verksamhet.

De tre teamen samverkar tätt med varandra på ett välfungerande sätt.

Samordning via Kunskapscentrum Barnhälsovård

KC BHV har enligt uppdraget för BST i uppgift att samordna barnskyddsteamens arbete. Denna samordning anser BST är överflödig och formuleringen ”samordning” utgör enligt teamen problem, där det finns en känsla av att KC BHV har en överordnad roll. Formuleringen har av vissa team föreslagits skrivas om till samarbeta eller samverka, istället för samordna. Även KC BHV anser att samordningen fungerat bristfälligt. Givetvis är inte detta en svartvit bild, vissa delar har fungerat bra men vissa delar har varit haltande. T.ex. hålls med regelbundenhet chefsmöten för alla BST och KC BHV.

En fortsatt fungerande samverkan är viktig för att barnskyddsarbetet i Region Skåne ska bedrivas effektivt. KC BHV och BST har mängder av överlappande frågor samt metoder. De delar målbilden om ett välfungerande barnskydd i Region Skånes verksamheter. Utbildning är centrala verktyg för KC BHV och BST. Samverkan i

utbildning har utförts men kan sannolikt förbättras. Detta diskuteras närmare i avsnittet om rekommendationer.

Med en positiv tolkning går det att se att KC BHV och BST kompletterar varandras svagheter. BST lokala förankring, och därmed risk att missa övergripande perspektiv, kan kompenseras via KC BHV regionala perspektiv. KC BHV, som regional aktör, har svagare verksamhetsnära förankring, vilket kan stärkas av BST.

Tre särskilda regionala uppdrag – barn i utsatta livssituationer (BIUL)

KC BHV ansvarar för tre regionala uppdrag, BIUL, som i hög utsträckning berör BST – nämligen barn som far illa-uppdraget, barn som anhörig-uppdraget samt uppdraget om hälsoundersökning på begäran av socialtjänsten. För barn som far illa finns särskild finansiering, 2 mkr/år. KC BHV ansvarar och utvecklar riktlinjer och handlingsprogram, utbildar vårdpersonal, förmedlar information till sjukvården, samverkar med kommunerna, följer upp områdena, med mera. De utgör en fast punkt i arbetet och har hand om regional samordning.

Det finns överlappning mellan dessa uppdrag och BST arbete. Uppdragen utgör en nödvändig samverkansyta, eftersom områdena berör BST i hög utsträckning. Målgrupperna för utbildning är de samma, patienterna som avses är de samma, målbilden är den samma.

Teoretiskt finns inga hinder för en effektiv samverkan gällande de tre regionala uppdragen, men empiriskt går det att skönja problem gällande hur samverkan har fungerat. De tre regionala uppdragen utreds i en separat utvärdering och diskuteras även kortfattat i utvärderingens rekommendationer.

Det finns ett omfattande nätverk med kontaktpersoner i verksamhet finansierad av Region Skåne för barn som far illa som omfattar ca 1000 personer. Nätverket bör ses som en av de bästa vägarna för att idag nå ut med barnskyddsarbete till de enskilda verksamheterna och patienterna. Nätverket hålls samman av KC BHV. Detta nätverk utgör en viktig ingång för att nå ut med information om barnskyddsarbetet, både för KC BHV och för BST. Det finns vissa splittringar i hur nätverket bäst samordnas, vilket potentiellt får negativa konsekvenser för deltagarna i nätverket där initiativ inte koordineras av avsändarna.

Idéer till hur samverkan kan förbättras lämnas i avsnittet om rekommendationer.

Forskning

BST arbetar inte i någon större utsträckning med forskning, vilket rimmar väl med uppdraget där ”initiering av forskning” är vad som förväntas. De skiljer sig mellan teamen i vilken utsträckning forskningsrelaterat arbete bedrivs. Några exempel som utförts är handledning av studenter och idéer och bollplank i studier.

Serious case reviews

Serious case reviews ska enligt uppdraget utföras för att bidra till en lärande organisation. BST utgör en hubb där enskilda ärenden om barn far illa samlas, vilket ger goda förutsättningar för att genomföra serious case reviews, ackumulera kunskap och bidra till en lärande organisation. En specifik och gemensam metodik för serious

case reviews används inte av teamen, men de allvarliga fallen utgör en naturlig del i teamens arbete och särskilt svåra fall kan även anonymt diskuteras på teamens veckovisa gemensamma möten. Serious case reviews utförs som en del av vårdens avvikelsearbete, och i sådana fall genomförs händelseanalys enligt rutin.

Jämlik vård

På grund av bristande indata är det svårt att uttala sig om jämlikhetsaspekter. Detta område ser samtliga BST som relevant att studera närmare.

Frågan om jämlik vård kan ställas utifrån flera perspektiv. Ges BST konsultativa stöd och utbildningar i en jämlik utsträckning? Eftersom inget team refuserat något ärende kan det sägas att tillgången till stödet är jämlikt, men utfallet i vem som tar del av stödet skiljer sig. Detta vittnar BST egna pinnstatistik om. Om nyttjandegraden överensstämmer med behovet behöver utvärderas närmare.

Ett annat jämlikhetsperspektiv är om barn som far illa identifieras i samma utsträckning, oavsett ålder, kön, föräldrars utbildningsbakgrund, geografi med mera. Detta går att studera men kräver också vidare uppföljning.

Eftersom det är känt att det finns stora mörkertal av barn som far illa, som inte uppmärksammas, kan BST verksamhet antas bidra till en mer jämlik vård, även om insatserna inte är riktade till någon särskild verksamhet eller undergrupp. Ett mer målgruppsanpassat arbetssätt är en möjlighet men förutsätter kunskap om hur behoven ser ut och tillgodoses.

Ekonomi

Samtliga BST anser att det är svårt att få de tilldelade medlen för det regionala uppdraget att räcka till. Detta drabbar barnklinikerna där BST är organiserade, som belastas med kostnader som inte täcks av budgeten. Teamen har ingen finansiering för overheadkostnader utan enbart för personalkostnader.

En förutsättning för att nå ut med stöd och utbildning som BST ger är att det tillhandahålls utan kostnader för mottagaren. BST köper och säljer inga tjänster och alla utbildningar tillhandahålls utan kostnad.

Sus barnskyddsteam har inte haft ekonomisk möjlighet att bemanna som det var tänkt i ursprungsuppdraget då anslaget varit för lågt.

Ekonomiska medel står inte i relation till befolkningsunderlag eller geografiskt upptagningsområde, utan budgeten är baserad per team.

De ekonomiska medel som BST erhåller har inte räknats upp sedan införandet.

Rekommendationer

Det korta svaret på utvärderingens frågeställning, ”I vilken utsträckning utför barnskyddsteamet sitt uppdrag?”, är att barnskyddsteamet på ett fullvärdigt sätt utför det uppdrag de har. De drivs av starkt engagemang och kunnande.

Områdena barn som far illa är komplexa och kräver särskild kunskap för att utövas på ett korrekt sätt. Det särskilda kunskapsstöd som BST utgör finns det behov av i

sjukvården. Från ett befolknings- och patientperspektiv finns få så motiverade insatser som för barn som far illa – nyttan med att tidigt intervensera och stötta upp kan bli livslång och kan komma att ha stor samhällsekonomisk bäring, något som är gemensamt för stora delar av barnsjukvården och barnhälsovården.

Höjd kunskapsnivå och konsultativt stöd är lätt att motivera då stödet efterfrågas i sjukvården, mörkertalen om utsatta barn är stor och när fel uppstår i vårdkedjan blir de ofta dramatiska. Eftersom barn som far illa kan förstås som ett horisontellt värde som genomsyrar hela hälso- och sjukvården och tandvården går det heller inte att förlita sig på att det finns specialister på enskilda kliniker – hela sjukvården är i behov av detta stöd eftersom barn som far illa finns i hela sjukvården och tandvården.

Den övergripande rekommendation denna utvärdering ger är att låta barnskyddsteamens verksamhet fortlöpa och vidareutvecklas på ett organiskt sätt med tillit till barnskyddsteamet.

Under utvärderingen har dock några idéer till förslag väckts, vilka följer nedan.

Ny kunskapsstyrningsorganisation

BST behöver förhålla sig till den nya kunskapsstyrningsorganisationen som etableras nationellt och i Region Skåne, för att inte hamna på sidan av kunskapsstyrningen av vården.

Inom BST och inom KC BHV finns expertis inom barnskyddsfrågorna som bör tillvaratas i den nya kunskapsorganisationen. Antingen i form av medlemmar i lokalt programområde (LPO) barn och ungdomars hälsa eller genom att inrätta BST som en lokal arbetsgrupp (LAG) med koppling till LPO barn och ungdomars hälsa. Ordinarie nomineringsprocess inom kunskapsstyrningen bör nyttjas för att utse dessa.

Genom en tydlig koppling till kunskapsstyrningsorganisationen knyts även ett regionalt perspektiv till teamen i högre utsträckning än idag, vilket rimmar väl med det regionala uppdraget som teamen har.

Vissa BST har redan etablerat kontakt med den nya kunskapsstyrningsorganisationens regionala programområden (RPO) och nationella programområden (NPO), och nya riktlinjer som tagits fram har koordinerats med dessa. Däremot har den interna koordineringen mot Koncernkontoret och KC BHV inte skett fullt ut vad gäller nya riktlinjer, vilket innebär att riktlinjernas spridning inte nödvändigtvis når ut i tillräcklig utsträckning och att arbetet inte koordinerats med andra riktlinjer och initiativ.

Därför föreslås att tydliggöra att utveckling av riktlinjer och regionalt utvecklingsarbete, t.ex. i journalsystemen, sköts via LPO (som dock bör bemannas med kompetens från bland annat BST). Övergripande uppföljning av området barnskydd och implementeringsarbete av riktlinjer faller också inom uppdraget som redan utgått till LPO.

Därmed bör BST verksamhet koncentreras till konsultativt stöd, utbildning, samverkan likt det står i uppdraget, och regionala kunskapsstyrningsfrågor bör kanaliseras av BST via LPO.

I fallet att KC BHV får ett kraftigt förändrat uppdrag i den nya kunskapsstyrningsorganisationen och inte längre utgör en lämplig arena för att driva de regionala uppdragen och/eller regionala utbildningar är BST en tänkbar aktör för dessa uppgifter, men de behöver då utvidga sin verksamhet i likhet med den verksamhet som KC BHV idag redan bedriver.

Samspel mellan regionalt och lokalt arbete

Den främsta styrkan hos barnskyddsteamerna tycks alla vara överens om – den lokala närvaron och den verksamhetsnära kopplingen. Att utgå från akutsjukhusens barnkliniker tycks också vara en styrka, dels för att det är en naturlig hemvist kompetensmässigt men också för att sjukhusen beskrivits som notoriskt svåra att arbeta mot för aktörer som står utanför sjukhusets väggar. Risken med en stark lokal förankring är att BST koncentrerar sina insatser till hemklinik och sjukhus. Detta väcker frågan om fler BST bör etableras, för hur omfattande täckning kan ett lokalt team anses ha? Exempelvis frågan om Ystad bör ha ett barnskyddsteam eller om SUS team bör ansvara för Ystad med omnejd (som fallet är idag). Bäst vore givetvis med stora anslag och satsningar på barnskyddet men området behöver ställas mot andra behov i sjukvården och prioritering behöver ske.

Även om barnskyddsteamerna inte blir fler bör teamens lokala närvaro vidgas till fler områden, detta kan lösas genom att lokala kontakter knyts och/eller stärks även inom närliggande sjukhus (Hässleholm, Ystad, Trelleborg, Landskrona, Ängelholm, Simrishamn) – t.ex. genom att anordna utbildningar på dessa sjukhus också. Detta görs i viss utsträckning redan idag och är en naturlig fortsättning i teamens kontinuerliga arbete med att sprida information om barnskydd och det konsultativa stödet som finns att få. Det är även viktigt att säkerställa att samverkan byggs upp med alla kommuner i Skåne, så att inga kommuner missas för att avståndet är långt till närmsta akutsjukhus och BST.

Upptagningsområdena som teamerna har varierar stort samtidigt som resurserna per team är de samma (Lund och Malmö utgör två team). Om detta ska åtgärdas kan antingen resurserna fördelas baserat på t.ex. befolkningsunderlag, men risken är då att de mindre orternas team urholkas. En annan modell är att stärka det regionala samarbetet genom ökad samverkan mellan teamerna och på så vis säkerställa ett mer jämnt stöd över hela Skåne. Det finns dock risker med att centralisera arbetet – den lokala närvaron kan drabbas negativt. Ytterligare en modell är att tillföra mer medel till BST med grund i befolkningsunderlag, vilket innebär att de mindre orternas team ändå kan bibehållas samtidigt som stödet utvidgas till de mer tätbefolkade delarna av Skåne.

Det konsultativa stödet ges i regel per telefon idag, och digitala lösningars potential har lyfts under corona-pandemin. Ett förslag är att inrätta en regional telefon eller en digital ingång till alla barnskyddsteam för att stärka känslan av att BST har ett regionalt uppdrag som ska tillgodose behov i all verksamhet. Men som sagt kan detta drabba den lokala anknytningen och dess fördelar.

Samverkan

Bilden som getts är att samverkan mellan BST och KC BHV sker på ett i flera avseenden bristfälligt sätt, även om det finns flera positiva exempel, t.ex. regelbundna chefsmöten mellan KC BHV och BST chefer.

Samverkan mellan KC BHV och BST avgörs delvis av vilket uppdrag KC BHV kommer ha i framtiden, i den nya kunskapsstyrningsorganisationen. Utifrån dagens organisation och uppdrag menar jag att samverkan mellan BST och KC BHV måste stärkas och förbättras. Ett medel för detta är att tydliggöra respektive aktörs uppdrag, för att skapa klarhet om vad som förväntas av respektive aktör. Skrivningen i uppdraget om att KC BHV ska samordna BST ersätts lämpligtvis av en skrivning om att respektive BST ska samverka och utveckla sin verksamhet tillsammans med övriga BST, KC BHV och LPO barn och ungdomars hälsa.

Samverkan behöver explicit utgå från samarbete kring utbildning med utgångspunkt från BIUL och barn som far illa-nätverket i Region Skåne. Vårdverksamhet i Region Skåne behöver uppfatta barnskyddsarbetet som en enad helhet där såväl BST och KC BHV bedriver ett arbete. Insatser behöver koordineras sinsemellan och aktörerna behöver stötta varandras initiativ. Inriktningen bör vara att BST fokuserar på det verksamhetsnära och kliniska stödet, medan KC BHV fokuserar på regionövergripande arbete. Utbildning är centrala redskap i båda aktörernas arbete och behöver därför koordineras och anordnas i samråd.

Samverkan med det regionala perspektivet bör också stärkas, vilket kan ske till följd av att den nya kunskapsorganisationen etableras. Om inte bör KC BHV och BST med viss regelbundenhet stämma av sitt arbete med Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning.

Tre regionala uppdrag – barn i utsatta livssituationer

De tre nämnda regionala uppdragen för barn i utsatta livssituationer (BIUL) utgörs av barn som far illa, barn som anhörig och hälsoundersökning på begäran av socialtjänst. De innehas idag av KC BHV och har stark koppling till BST verksamhet. De tre uppdragen analyseras separat och ingår inte i denna utvärdering. Oavsett hur arbetet med de tre regionala uppdragen i fortsättningen bedrivs så är det av stor vikt att arbetet utförs och att det sker i nära samverkan med BST eller av BST (som då behöver utökade resurser för att genomföra uppdraget), samt att synkroniseras med kunskapsstyrningsorganisationen sker.

Uppföljning och analys och jämlik vård

Analys av omotiverade skillnader i vården sker generellt i låg utsträckning. Detta område tycks vara relativt utforskat av BST och utgör ett utvecklingsområde som dels är motiverat för att säkerställa en vård på lika villkor men också för att kunna målgruppsanpassa insatser i högre utsträckning. Analys av området barnskydd bör integreras som en del i den nya kunskapsstyrningsorganisationen.

Administrativt stöd

Barnskyddsteamens kärnverksamhet blir delvis lidande när administrativt arbete åläggs de kliniskt utbildade som ska utbilda och konsultera i enskilda ärenden. Samtliga BST efterlyser administrativt stöd. En gemensam administrativ resurs skulle även kunna bidra till ett ännu mer fördjupat samarbete mellan teamen.

En effektiv metod lämplig för fler områden?

Barnskyddsteamerna går att förstå som en metod för att nå ut med horisontella områden i hälso- och sjukvården och tandvården, något som är en uttalad utmaning. Barnskyddsteamerna bygger på samlad kompetens av ett fåtal personer, som agerar konsultativt, utbildande och stödjande i dessa frågor. Med en fot i den kliniska vardagen och en i det övergripande perspektivet säkerställs legitimitet och kontaktvägar samtidigt som det övergripande perspektivet bejakas. Så länge denna balansakt sköts väl finns stor potential i arbetssättet, och kanske kan kunskapsstyrningsorganisationen vara det övergripande ankare som behövs för att teamerna inte ska bli för lokala.

Vad hindrar då denna team-metod från att spridas till andra horisontella områden som berör en stor del av vårdverksamheten? Några exempel på sådana områden är våld i nära relationer och suicidprevention. Patienter med behov av vård med dessa perspektiv finns överallt i vårdsystemet, samtidigt som det kan vara svårt att till fullo bygga upp en sjukvård som har fullständig kompetens i dessa svåra frågor. Ett regionalt konsultativt stöd kan då ge svar på hur svåra fall ska hanteras och uppgiften i varje patientmöte blir då något enklare och kan initialt handla om att överhuvudtaget upptäcka den våldsutsatta eller suicidala personen.

Under 2021 har statsbidrag för våld i nära relationer utgått till förvaltningarna med barnskyddsteam för att bredda perspektivet från barnskydd till att inkludera våld i nära relationer hos barn och vuxna. Genom att ge ett bättre stöd till våldsutsatta vuxna hjälps ofta barn, eftersom våldsutsatthet som till synes bara drabbar vuxna som regel även drabbar barn direkt eller indirekt.

Konsekvenser för barns bästa

Enligt Region Skånes Policy för barnets rättigheter (Dnr 2020-POL000033-001) så ska barns bästa beaktas i alla beslutsdokument där barn berörs, direkt eller indirekt. Denna utvärdering utgör en del i ett systematiskt arbete för att stärka barnskyddet i Region Skåne, genom att utvärdera hur arbetet bedrivits och genom att lämna förslag som ytterligare kan stärka barnskyddet. De rekommendationer som lämnas i utvärderingen har som avsikt att stärka barnskyddet.

Att samordna barnskyddsarbetet via Region Skånes kunskapsstyrningsorganisation, att förbättra samverkan mellan olika aktörer som arbetar med barnskyddsfrågor, att utöka BST lokala närvaro på fler platser, att utveckla uppföljningen och att utveckla administrativt stöd har inte bedömts ha några negativa effekter för barnets bästa, tvärtom syftar detta till att stärka barns rätt till en god sjukvård.