



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans upplevelser av anmälningsprocessen när barn far illa

Kvalitativ studie

Författare: Johanna Coch
Tove Lindholm

Handledare: Anita Lundqvist

Magisteruppsats

Januari 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskans upplevelser av anmälningsprocessen när barn far illa

Kvalitativ studie

Författare: Johanna Coch
Tove Lindholm

Handledare: Anita Lundqvist

Magisteruppsats

Januari 2014

Abstrakt

Inledning: Varje barn har rätt att skyddas mot fysiska, psykiska och sexuella övergrepp eller utnyttjande av förälder eller annan närstående. I Sverige har legitimerade sjuksköterskor laglig skyldighet att anmäla barn som far illa eller riskerar fara illa. Litteraturen beskriver dock att sjuksköterskor har svårigheter att följa anmälningskyldigheten. *Syfte:* Att beskriva sjuksköterskans förhållningssätt till anmälningsprocessen då barn far illa. *Metod:* Kvalitativa intervjuer utfördes där åtta sjuksköterskor med eller utan specialistutbildning i barn och ungdom inkluderades. *Resultat:* Sjuksköterskan känner rädsla och tveksamhet inför att anmäla barn som far illa till socialnämnden. Det kan vara pga. otydliga tecken, bristande tillit till sin egen intuition, tankar kring konsekvenserna för barnet, familjen eller en själv. Sjuksköterskan ifrågasätter nyttan med anmälan och samarbetet med socialnämnden ses som bristfällig då sjuksköterskan har behov av dialog och återkoppling efter anmälan. *Diskussion:* Sjuksköterskan har behov av utbildning och rutiner kring identifieringen samt tillvägagångssättet med anmälan när barn far illa.

Nyckelord

Sjuksköterska, förhållningssätt, anmälningsprocessen, barn som far illa, identifiering

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	2
Problembeskrivning.....	3
Bakgrund.....	4
Familjen och barnets juridiska rättigheter.....	4
Barn som far illa.....	5
Fysisk misshandel.....	6
Psykisk misshandel/emotionell misshandel.....	6
Försummelse/omsorgssvikt/negligerande.....	6
Sexuella övergrepp.....	7
Sjuksköterskans ansvarsområde.....	7
Omvårdnadsteoretisk utgångspunkt.....	8
Familjecentrerad vård.....	8
Sjuksköterskans identifiering av barn som far illa, anmälningsbenägenheten och utbildningsbehov.....	9
Sjuksköterskans upplevelse av mötet med barn som far illa och anmälningsprocessen.....	11
Syfte.....	12
Metod.....	12
Urval.....	13
Instrument.....	13
Datainsamling.....	14
Förförståelse.....	15
Databearbetning.....	15
Etisk avvägning.....	17
Resultat.....	18
Bakgrundsfaktorer.....	18
Anmälningsskyldighetens tillämpning.....	19
Medvetenheten om socialtjänstlagen och sjuksköterskans anmälningsskyldighet.....	19
Yrkeserfarenhet ökar uppmärksamheten på att barn kan fara illa.....	21
Rationellt förhållningssätt vid misstanke om att barn far illa.....	22
Hindrande omständigheter för anmälningsbenägenheten.....	24
Miljömässiga och känslomässiga hinder.....	24
Känslomässigt stöd på avdelningsnivå.....	25
Återkoppling från socialnämnden.....	26
Känslor i mötet med barn som far illa och deras familjer.....	27
Vanmakt och irritation.....	27
Professionellt bemötande trots motstridiga känslor.....	28
Diskussion.....	29
Metoddiskussion.....	29
Resultatdiskussion.....	32
Sjuksköterskans identifiering av barn som far illa.....	32
Fortbildning och rutiner.....	33
Vad påverkar om anmälan görs?.....	34
Orsaker som förhindrar anmälan.....	34
Samarbete med och återkoppling med socialnämnden.....	36
Konklusion och kliniska implikationer.....	36
Referenser.....	38
Bilaga 1 (2).....	42
Bilaga 2 (2).....	43

Problembeskrivning

I höginkomstländer misshandlas cirka 4-16 % av barnen fysiskt och ett av tio barn utsätts för omsorgssvikt eller psykisk misshandel (Gilbert et al., 2009). Hur många barn som far illa eller riskerar fara illa i Sverige årligen är svårt att få insikt om då mörkertalet kan vara stort. Socialstyrelsen (2012) visade att år 2010 inkom cirka 140 000 anmälningar om barn som far illa eller riskerar att fara illa. Anmälningarna avsåg 60 000 barn av vilka socialnämnden inledde utredning i 30 000 av fallen (a.a). Hälso- och sjukvårdspersonal i slutenvården står enligt en kanadensisk studie för ett mindre antal anmälningar till sociala myndigheter angående barn som far illa (Trocmé, MacMillan, Fallon & Marco, 2003). Dessa anmälningar var oftast orsakade av allvarlig fysisk misshandel som lett till skador och symtom (a.a.).

Barn som far illa där vårdgivarna är förövarna är ett problem som finns i alla höginkomstländer (Gilbert et al., 2009). När barn utsätts för att fara illa av föräldrar eller andra närstående alternativt riskerar att fara illa kan det orsaka dödsfall, allvarlig skada och långsiktiga konsekvenser för barnet. De långsiktiga konsekvenserna har visats vara påverkan på den psykiska hälsan, drogmissbruk, riskfyllt sexuellt beteende, fetma och kriminellt beteende i vuxen ålder. Detta visar att barn som far illa i barndomen är ett folkhälso- och välfärdsproblem för samhället (a.a.). En svensk studie från 2012 (Annerbäck, Sahlqvist, Svedin, Wingren & Gustafsson) visade bland annat ett samband mellan självrapporterad dålig hälsa och riskbeteenden hos tonåringar som utsatts för fysisk misshandel som barn, där föräldern eller vårdnadshavaren var förövaren. Studien genomfördes som en populationsstudie bland 7262 tonåringar i åldern 15 respektive 17 år (svarsfrekvens cirka 81%). Författarna drog slutsatsen att studien gav starka indikationer för att barn som far illa under uppväxten innebär ett allvarligt folkhälsoproblem. Det krävs därmed förbättrade metoder för att upptäcka, åtgärda och behandla barn som far illa, bland personal som möter dessa barn (a.a.).

Legitimerade sjuksköterskor har i Sverige en laglig skyldighet när de är yrkesverksamma att genast anmäla till socialnämnden, om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa (SFS 2001:453, kap. 14, 1§). Internationellt upplever sjuksköterskor en viss svårighet att göra anmälningar till socialnämnden (Fraser, Mathews, Walsh, Chen & Dunne, 2010; Lagerberg, 2004; Lazenbatt & Freeman, 2006; Nunes, Sarti & Ohara, 2008).

Sjuksköterskorna kan också ha ambivalenta känslor i mötet med barnets föräldrar inom barnsjukvården i fall där barn far illa. Speciellt om det är föräldrar som misstänks vara eller är förövarna (Pabís, Wronska, Slusarska & Cuber, 2011; Tingberg, Bredlöv & Ygge, 2008).

Som blivande barnsjuksköterskor anser vi det därför viktigt att beskriva hur sjuksköterskor som möter och vårdar barn inom sjukvård, upplever och hanterar situationer när barn misstänks fara illa eller där anmälan gjorts om barn som far illa.

Bakgrund

Familjens skyldigheter och barnets rättigheter

Författarna har valt två familjedefinitioner som har något olika fokus där den ena fokuserar på alla medlemmar i en familj och den andra på föräldra-barn relationen. "En familj är de personer som familjen själv definierar som tillhörande familjen"(Saveman och Benzein, 2003, s. 9) och "En familj är en grupp människor som binds samman av starka emotionella band, en känsla av samhörighet och ett starkt ömsesidigt engagemang i varandras liv" (Wright, Watson & Bell, 2002, s. 72). Föräldra-barn relationen är viktig för barns utveckling, hälsa och sociala anpassning. Föräldrar som är lyhörda för barnet, samspekar med det och uppmärksammar barnets behov i en engagerad interaktion som uppmuntrar barnets känsla av självständighet och jag-utveckling (Bugental & Grusec, 2006).

I föräldrabalken 6 kap. 1 § anges att "Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Barn ska behandlas med aktning för sin person och egenart samt får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling" (SFS 1949:381). Samma kapitel § 2 beskriver att vårdnadshavaren har ett ansvar för barnets personliga förhållanden och skall se till att barnets behov enligt 1 § blir tillgodosedda. Vårdnadshavaren skall även svara för att barnet får den tillsyn som behövs med hänsyn till dess ålder och utveckling (a.a.).

Enligt Barnkonventionen (Unicef, 2009) har varje barn rätt att skyddas mot fysiska, psykiska och sexuella övergrepp eller utnyttjande av förälder eller annan närstående till barnet. Alla barn har rätt till liv, överlevnad och utveckling. Varje människa under 18 år räknas som barn och alla har samma värde samt ska behandlas med samma rättigheter. Vid beslut som rör barn

ska alltid barnets bästa sättas i främsta rummet. Barnet ska vägledas av föräldrar eller annan vårdnadshavare då han/hon utövar sina rättigheter. Föräldrarna har även huvudansvaret för barnets uppfostran och utveckling. Alla barn har rätt att uttrycka sin mening och deras åsikter ska tas i beaktning utifrån barnets ålder och mognad (a.a).

Enligt Nordisk förening för sjuka barn behov (NOBAB, 2012) ska personal som vårdar och behandlar barn ha kompetens och utbildning att bemöta de fysiska och psykiska behoven hos barnet och dess familj. Barnet ska bemötas med förståelse och med respekt för deras integritet (a.a).

Barn som far illa

Barn som far illa eller barnmisshandel är begrepp som används om varannat i litteraturen. I ”Betänkandet Lag om stöd och skydd för barn och unga” (SOU 2009:68) som ledde fram till en lagändring (SFS 2012:776) i Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) antogs benämningen ”barn som far illa eller riskerar att fara illa”. Definitionsmässigt visade utredningen att innebörden av den svenska definitionen så gott som överensstämmer med WHO’s definition (2013). Den innefattar alla former av fysiska, sexuella och emotionella övergrepp, försummelse/omsorgssvikt, negligerande behandling och exploatering av barn som resulterar i faktisk och potentiell fara för barnets hälsa, överlevnad, utveckling och/eller värdighet. Detta i ett sammanhang då förövaren gentemot barnet står i en ansvars-, tillit och/eller maktrelation (a.a).

Jansson (2011) beskriver fyra bakomliggande skäl till misshandel. Det kan vara fysisk bestraffning som en del i barnuppfostran, stressutlöst våld bland annat på grund av ekonomiska och sociala problem, våld till följd av föräldrarnas psykiska problem eller personlighetsstörning och våld inom familjen (a.a.). I en finsk studie av Paavilainen & Åstedt-Kurki (2003) där 20 föräldrar intervjuades var syftet att utveckla förståelse för familjer som vanvårdar sina barn. Det framkom att familjerna har en komplex struktur som utmärks av instabilitet, förvirring och fasta tillika med slumpmässiga beteendeförändringar. Detta gör att det är svårt att definiera familjen. Familjen hamnar hela tiden i svåra situationer som gör att det aldrig finns något som är bestående, familjerelationerna är kaotiska och instabila. Bakomliggande orsaker kan vara tidigt äktenskap, skilsmässa, ständigt byte av adress

och/eller missbruk som leder till inbördes konflikter, tystnad, våld och obalans.

Osystematiska, konstanta och slumpvisa förändringar dränerar familjens resurser och komplicerar familjelivet. Samtidigt kan dessa förändringar upplevas som något normalt hos familjen och inget de reflekterar över vad gäller händelserna och/eller dess konsekvenser (a.a.).

Fysisk misshandel

Fysisk misshandel är när den vuxne orsakar barnet kroppsskada, sjukdom, smärta eller försätter barnet i vanmakt. Det fysiska våldet kan handla om att personen slår barnet med eller utan tillhygge, nyper, biter, sparkar, luggar, skakar, stampar och trampar på barnet eller försöker föra in föremål i barnets mun. Till fysiskt våld hör all typ av kroppslig bestraffning och innefattar även om personen förgiftar, bränner, skållar och försöker kväva eller dränka barnet (Socialstyrelsen, 2004).

Psykisk misshandel/emotionell misshandel

Vid psykisk/emotionell misshandel skrämmer, hotar, kränker och/eller kritiserar den vuxne barnet, eller på annat sätt brister i att visa kärlek och omsorg om barnet (Jansson, 2011).

Barnet utsätts för nedvärderande omdöme, nedbrytande behandling eller avsiktligt känslomässigt lidande, systematiskt och under lång tid (Socialstyrelsen, 2004). Det kan handla om orimligt hårda bestraffningar, hån, förlöjligande, nedvärdering och utfrysning. Påtvingad isolering från sociala kontakter och konstant vägran att lyssna till barnets synpunkter är andra beteenden den vuxne kan utsätta barnet för. Barnet far även psykiskt illa om det bevittnar våld eller hot om våld i dess närmiljö (a.a.).

Försummelse/omsorgssvikt/negligierande

Försummelse, omsorgssvikt och/eller negligiering kan handla om vårdnadshavarnas oförmåga att tillfredsställa de mest basala behoven hos barnet t ex. behov av trygghet, hygien och/eller känslomässigt stöd (Jansson, 2011). De har inte heller förmåga att övervaka och skydda barnet. Vid sjukdom söker vårdnadshavaren sent vård för barnet, sköter inte medicinering och/eller underlättar inte barnets skolgång och utbildning då de inte ser till att barnet kommer i tid eller gör sina hemuppgifter (a.a.). Att vistas i miljöer med droganvändning eller hög alkoholkonsumtion, att inte få möjlighet till vila och sömn, tillgång till skydd och husrum, kost och omvårdnad påverkar också barnets fysiska hälsa och utveckling (Socialstyrelsen, 2004).

Sexuella övergrepp

Sexuella övergrepp definieras som sexuella handlingar, utförda av vuxna mot minderåriga, där den vuxna vill tillfredsställa sina egna behov. Som minderårig räknas barn under 15 år eller upp till 18 år om ungdomen befinner sig i beroendeställning gentemot den vuxne (Jansson, 2011). Sexuella övergrepp innebär att personen också kränker barnets integritet. Handlingen sker mot barnets vilja eller är en handling som barnet inte kan förstå, inte är moget för eller inte kan ge informerat samtycke till (Socialstyrelsen, 2004).

Sjuksköterskans ansvarsområde

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763, 2 a §) skall alla patienter erhålla god vård det vill säga inges trygghet i vården och behandlingen, visas respekt för självbestämmande och integritet samt känna god kontakt med personal (a.a.). Vidare (2 b §) ska patienten ges individanpassad information om sitt hälsotillstånd, undersökningar, vård och behandling. Om information inte kan lämnas till patienten lämnas den till närstående om det inte finns hinder för detta (a.a.). Inom barnsjukvården klassificeras barn och förälder som en patient då omsorgen skall bedrivas i samarbete med närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Barns behov av information, råd och stöd ska uppmärksammas, om barnet bor tillsammans med vårdnadshavare eller annan vuxen som har problem som innebär risk att barnet far illa. Detta kan handla om att vårdnadshavaren lider av psykisk störning, psykisk funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada, missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel eller är död (SFS 2010:659, kap 6, 25 §).

Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) kap. 14, 1 § beskriver att personal inom myndigheter, där verksamhet berör barn och ungdomar, är anmälningsskyldiga vid misstanke om att ett barn far illa eller riskera att fara illa. Alla uppgifter som kan vara betydande i utredning av ett barns behov av skydd och stöd måste lämnas till socialnämnden (a.a.). Eventuella åtgärder ska utgå från vad som är det bästa för barnet (Kap. 1, 2 §). På socialnämndens initiativ ska sjuksköterskan samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs om barn far illa eller riskerar att göra det (SFS 1982:763, 2 f §). Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400, kap. 25, 12§) hindrar inte att sekretessen för hälso- och sjukvårdspersonal bryts när det gäller att lämna uppgifter till socialnämnden om en person som inte fyllt 18 år, eller till dess närstående om det krävs, för att ge barnet nödvändigt stöd, vård och behandling (a.a.).

Barnsjuusköterskan ska ha kunskap, färdigheter och kompetens att upptäcka barn som far illa eller riskerar att fara illa samt anmäla detta. Denne ska samarbeta med barnet, familjen, andra vårdgivare och myndigheter så barnet får den hjälp det är i behov av (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Omvårdnadsteoretisk utgångspunkt

Familjecentrerad vård

Begreppet familjecentrerad omvårdnad härstammar från Calgary Family Assessment and Intervention Models. Begreppet har utvecklats vid Calgary universitetet och har ett interaktionsperspektiv i behandling av familjer som upplever ohälsa, sjukdom eller psykosociala problem (Wright, Watson & Bell, 2002).

Calgary-modellen (Wright & Leahey, 2009) arbetar utifrån familjens styrkor och resurser för att hitta nya perspektiv på de problem som upplevs. Sjukdom och psykosociala problem ses som en familjeangelägenhet som påverkar alla familjemedlemmarna utifrån familjens föreställningar och kommunikationssätt. Det huvudsakliga innehållet i Calgary modellen är att den bygger på väl förberedda samtal. För att kunna föra ett samtal krävs insamling av nödvändig information och att familjen uppmanas till att berätta om sina erfarenheter av till exempel psykosociala problem. Sjuksköterskans möte med familjen har stor betydelse då de första 60 sekunderna anses som avgörande för hur omvårdnaden skall utvecklas. I sjuksköterskeprofessionen ingår att sjuksköterskan samtalar med familjen och uppmanar familjen att berätta om det de söker för. Genom att lyssna aktivt utan att störa familjens berättelse ges möjlighet att reflektera över föräldrarnas oro och barnets situation. Att lyssna aktivt innebär också att erkänna det lidande familjen beskriver och visa medkänsla. I samtalet söker sjuksköterskan efter familjens styrkor snarare än efter dysfunktioner eller svagheter. Efteråt lyfts familjens egna idéer, åsikter och förslag på åtgärder fram. Modellen fokuserar på att främja, förbättra och upprätthålla effektiva familjefunktioner (Wright & Leahey, 2009).

Sjuksköterskans identifiering av barn som far illa, anmälningsbenägenheten och utbildningsbehov

I en finsk studie av Paavilainen et al, (2002) intervjuades sjuksköterskor i slutenvården för att beskriva hur de identifierade barn som far illa. Det framkom att misstankar väcktes då barnet hade ett flertal blåmärken till exempel på huvud, kropp och armar. Misstankar väcktes även vid frakturer, när barnet haft flera yttre samt inre skador på kroppen och då barnet råkat ut för olyckor/skador vid ett flertal tillfällen. Beteende hos barnet som gav misstankar var rädsla, passivitet, blyghet, aggressivitet och våldsamt beteende, brist på förtroende, gråt och sexuellt betonat prat och/eller beteende. Vissa föräldrabetenden väckte också misstankar som överbeskyddande av barnet, aggressivitet, fientlighet, kommer med ursäkter, agerar trotsigt, likgiltighet hos en förälder, nedsättande eller arrogant beteende, brådska och nervositet. Andra betenden som väckte misstankar var när föräldrarnas förklaring till orsaken inte stämde med barnets skada, när föräldern var drogpåverkad, när föräldern aldrig lämnade barnet ensamt eller lät barnet tala själv (a.a).

Lagerberg (2004) gjorde en svensk enkätstudie med sjuksköterskor inom barnhälsovården. Studiens syfte var att undersöka vilka barn som ansågs riskera att bli fysiskt misshandlade eller utsättas för omsorgssvikt, samt om det skiljde sig avseende kön, ålder och hälsa mot resterande population. Det undersöktes om barnens särdrag var relaterade till hur allvarligt sjuksköterskan bedömde att barnets utsatthet var och om en anmälan verkligen gjordes. Studien visade att något mer än hälften av de deltagande 951 sjuksköterskorna kunde identifiera åtminstone ett misstänkt fall, vilket ansågs väldigt lågt. Sjuksköterskor som arbetat mer än fem år var mer benägna att identifiera åtminstone ett misstänkt fall än andra sjuksköterskor. Sjuksköterskor som hade regelbunden kontakt med socialnämnden misstänkte att fler av deras områdes barn var i riskzonen och var därför mer benägna att anmäla till socialnämnden. Fler barn i åldern 4-6 år anmäldes till socialnämnden än barn under 3 års ålder. Barn med hälsoproblem och pojkar som utsatts för störningar i föräldraskap eller omsorgssvikt uppfattades som mer allvarliga fall än barn som utsattes för andra faror. Studiens slutsats var att det kan finnas en högre risk för vissa barn, exempelvis för mycket ”unga” barn, flickor eller barn med god hälsa, att inte bli upptäckta när de far illa (a.a).

En finsk studie (Paavilainen, Astedt-Kurki, Paunonen-Ilmonen & Laippala, 2002) bland sjuksköterskor inom både öppen och slutna vård, undersökte behovet av utbildning i att identifiera barn som far illa. Av de 317 intervjuade personerna uttryckte 71% att det var svårt att identifiera barn som far illa och önskade mer kompletterande utbildning i omvårdanden av barn som far illa. Av sjuksköterskorna uttryckte 37% behov av träning i identifiering av fysisk misshandel, sexuella övergrepp samt barn som utsatts för omsorgssvikt och 46% i identifiering av psykisk misshandel (a.a).

En australiensk enkätstudie (Fraser, Mathews, Walsh, Chen & Dunne, 2010) undersökte sambandet mellan olika faktorer som påverkade sjuksköterskans benägenhet att anmäla barnmisshandel eller omsorgssvikt. Dessa faktorer var personliga egenskaper, utbildning, kunskap om lagstiftningens anmälningsskyldighet och attityder. I studien deltog 930 sjuksköterskor. Hälften av sjuksköterskorna hade anmält misstänkt barnmisshandel eller omsorgssvikt i sitt arbete. En stor majoritet av sjuksköterskorna visste att de var skyldiga att anmäla till myndighet vid minsta misstanke. Resultaten tyder på att erfarna sjuksköterskor var nyckelpersoner vid identifikation och anmälan av barnmisshandel eller omsorgssvikt. Slutsatsen blev att utbildning starkare bör betona allvaret i konsekvenserna av barnmisshandel och omsorgssvikt när anmälan inte görs, för att öka sannolikheten att sjuksköterskan anmäler (a.a.).

En enkätstudie (Lazenbatt & Freeman, 2006) bland 419 sjuksköterskor, läkare och tandläkare inom primärvården i Nordirland, undersökte den självskattade förmågan och kompetensen att känna igen barnmisshandel samt behov av fortbildning och träning. Sextio procent av personalen hade misstänkt att ett barn utsatts för barnmisshandel, och nästan hälften rapporterat ett misstänkt fall till myndigheterna. Det visades att 74 % av personalen var medvetna om hur anmälan gjordes, och 79 % önskade fortbildning. Sjuksköterskorna var mer benägna att känna igen samt anmäla misstankar. De var även mest medvetna om problematiken kring barn som far illa och mest villiga att engagera sig i dessa situationer. Resultaten tydde på att personalens rädsla, oro samt brist på kunskap var hinder för att känna igen och anmäla att barn far illa (a.a.).

Sjuksköterskans upplevelser av mötet med barn som far illa och anmälningsprocessen

Eisbach och Driessnack (2010) gjorde en intervjustudie i USA där barnsjuksköterskans rapporteringsprocess av barnmisshandel undersöktes. I urvalet ingick 23 barnsjuksköterskor, fördelade i slutenvården, skolhälsovården och psykiatrin. Sjuksköterskorna upplevde att så länge de deltog i utbildning och uppdaterades i ämnet kunde de identifiera barn som far illa, men det handlade i huvudsak om tydliga tecken på barnmisshandel. När tydliga tecken fanns så anmälde sjuksköterskorna direkt. När det inte fanns tydliga tecken var sjuksköterskorna tveksamma och ville säkra sina misstankar innan anmälan. Tveksamheten kunde handla om att upptäcka avsiktlig omsorgssvikt eller bedöma sanningshalten i det som framkom i situationen. I motsats till denna tveksamhet var andra sjuksköterskor trygga i sin kunskap och förmåga att bedöma när barn far illa och tvekade inte eller ifrågasatte sig själva inför att göra en anmälan (a.a.).

Det fanns också sjuksköterskor som själva ingrep i familjen när de misstänkte att ett barn far illa, detta på uppdrag av barnet och/eller familjen (Eisbach och Driessnack, 2010). De gav stöd och utökade resurser till familjen innan de gjorde en anmälan om att barnet far illa. Dessa stödinsatser gjordes på grund av en uppfattning om att socialnämndens personal var överbelastade och hade bristande resurser. Sjuksköterskorna visade även på upplevelsen att en anmälan kunde leda till negativa konsekvenser för familjen, då en redan stressad familj kunde uppleva ytterligare press om socialnämnden ingrep. Sjuksköterskorna menade att detta kunde leda till att familjen valde att inte upprätthålla kontakten med sjuksköterskan och då fanns en risk att barnet far ännu mer illa. Efter erfarenhet av kontakt med socialnämnden fanns en upplevelse bland sjuksköterskorna att utredning eller åtgärder inte sattes in efter en anmälan. Detta ledde till frustration och ifrågasättande av anmälningsnyttan. Andra sjuksköterskor hade lärt sig att bli mer ihärdiga och att anmäla om och om igen (a.a.).

En svensk intervjustudie (Tingberg, Bredlöv & Ygge, 2008) undersökte elva sjuksköterskors upplevelser i den kliniska vården av barn som utsatts för i huvudsak fysisk misshandel samt om de kunde förbli professionella. Speciellt när den misstänkte förövaren var en förälder, uttryckte sjuksköterskorna svårigheter att upprätthålla en professionell roll i det kliniska mötet och problem att klara av att hantera sina egna känslor. Dock upplevde de inte några professionella problem i vårdssituationen med barnen. Alla hade däremot problem att hantera

den dubbla uppgiften att vara både ”polis” och sjuksköterska på samma gång. För att förbli professionella i det kliniska mötet med våldsutsatta barn och deras föräldrar, hade sjuksköterskorna utarbetat strategier. Utbildning, rådgivning och erfarenhet var avgörande för hantera situationerna (a.a.).

Ovanstående litteraturgenomgång visar att det finns forskning i ämnet barn som far illa och sjuksköterskors problem med anmälningsskyldigheten men att det förefaller behövas fler studier som berör ämnet i den svenska barnsjukvården. Vår studie avser därför att försöka öka insikten om den svenska sjuksköterskans upplevelser av och förhållningsätt till anmälningsprocessen, samt att möta barn och föräldrar där barnet riskerar eller bekräftats fara illa.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av och förhållningsätt till anmälningsprocessen då barn far illa.

Metod

Den metodologiska ansatsen var att genomföra en kvalitativ studie. En kvalitativ studie är rimlig vid syfte att försöka förstå människors sätt att resonera eller reagera, eller för att särskilja eller urskilja varierande handlingsmönster (Trost, 2010) vilket passar syftet att beskriva sjuksköterskors upplevelser kring ämnet barn som far illa. I kvalitativa studier blir forskaren i högre utsträckning medskapare i forskningsprocessen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Detta blev tydligt då intervju användes som datainsamlingsmetod och intervjun blev som ett samtal med informanterna kring barn som far illa utifrån ett förutbestämt fokus. Genom intervju kan innehållsrikt material erhållas t ex. många åsikter, skeenden och mönster (a.a.).

Urval

Urvalet var strategiskt vilket innebär att informanterna valdes ut beroende på att de hade erfarenhet i det ämne som berörs och därför förväntades kunna ge meningsfulla berättelser (Trost, 2010). Informanterna ska ha olika egenskaper så att variationer i upplevelsen av företeelsen som undersöktes speglas från olika synvinklar (a.a.). Inklusionskriterierna var legitimerade sjuksköterskor alternativt med specialistutbildning till barnsjuksköterskor, verksamma vid sjukhus i Södra Sverige på akutmottagning, barnakutmottagning och/eller barnavdelning. De skulle i sitt yrke ha mött eller vårdat barn där det funnits en misstanke om att barnet far illa eller bekräftats fara illa. Exklusionskriterier var sjuksköterskor som arbetat mindre än ett år inom sjukvård.

Planeringen var att intervjua cirka tio sjuksköterskor. Trost (2010) föreslår ett litet antal intervjuer och nämner cirka fem till åtta stycken, men säger även att det går att komplettera i efterhand med fler. Dock kan för många intervjuer leda till att materialet blir ohanterligt, med risk för att ett stort material inte går att överblicka och se viktiga detaljer som förenar eller skiljer innehållet åt (a.a.). Här eftersträvades fler än åtta på grund av att författarna är oerfarna intervjuare. Totalt kontaktades 15 sjuksköterskor. Efter anmält intresse tackade en sjuksköterska nej, fyra återkom aldrig efter mailkontakt och två intressenter gick det inte att finna tid för intervju med. I slutänden samtyckte åtta sjuksköterskor att delta i studien. Informanterna varierade i ålder och antal tjänsteår inom sjukvården. Variation i kön gick inte att uppnå men en av de åtta informanterna är man.

Instrument

Vid kvalitativa intervjuer bör inte frågeformulär med i förväg formulerade frågor användas (Trost, 2010). Den intervjuade ska styra ordningsföljden och val av delaspekter. En intervjuguide som innehållande få samt stora frågeområden rekommenderas och guiden ska inte vara för detaljerad (a.a.). Instrumentet som användes i studien var semistrukturerade intervjuer det vill säga en intervjuguide med frågeområden som utvecklats med stöd från genomgången litteratur (Bilaga 1). Alla deltagare fick först en övergripande öppen fråga ”Skulle du kunna berätta om dina upplevelser när du varit i situationer där du mött barn som det funnits en misstanke om att de farit illa av olika anledningar eller inkommit efter att en anmälan till socialnämnden gjorts?” Under berättelsens gång ställdes följdfrågor för att

fördjupa innehållet eller förtydligande. Exempel på sådana frågor var ”Du sa att det kändes konstigt på vilket sätt menar du då?” ”Hur tänker du då?” I slutet av intervjun kontrollerades att alla frågeområdena var täckta och om de inte var det ställdes frågor kring dem. Efter intervjun ställdes bakgrundsfrågor som informanterna fick besvara (Bilaga, 2).

Datainsamling

Efter medgivande från fyra klinikchefer om att genomföra studien och att få hjälp av avdelningschefen eller liknande att rekrytera deltagare, kontaktade författarna avdelningscheferna på sex akutmottagningar och sju vårdavdelningar för hjälp med att hitta informanter till studien. Planeringen var att besöka berörda avdelningar och informera om studien samt ta upp intresseanmälningar under mötet, men detta visade sig inte möjligt då presumtiva deltagare var spridda på flera olika avdelningar. Författarna informerade avdelningscheferna om studien och bad om hjälp med rekrytering av informanter utifrån urvalskriterierna. Därefter skickades ett informationsbrev via e-post till de informanter som angett intresse att delta i studien. Informanterna ombads i informationsbrevet att ta ställning för sitt deltagande inom sju dagar och kontakta författarna via e-mail eller telefon för sitt samtycke. I de fall där författarna inte fick svar från avdelningschefer eller informanter skickades totalt två påminnelsemail.

Intervjuplatsen bestämdes i samråd med informanterna, då det är av stor betydelse att det är på plats där informanten känner sig trygg och inte blir störd (Kvale och Brinkman, 2009). Intervjuerna genomfördes på samtalsrum, varav tre intervjuer inne på avdelningen, en intervju på sjukhusområdet och fyra stycken i anslutning till avdelningen. Det fanns inga störningsmoment eller avbrott under de pågående intervjuerna. Datum och tid för intervjun valdes av informanten, där fem valde att intervjuas på arbetstid och tre valde ledig tid.

Innan intervjun påbörjades gavs det tid för informanten och intervjuarna att presentera sig och lära känna varandra, detta genom ett allmänt samtal för att stämningen skulle bli avslappnad. Intervjun bör genomföras med stor lyhördhet för informanten samt ett aktivt lyssnande så att informanten får berätta det som är viktigt för sin egen del och känner sig bekräftad (Kvale och Brinkman, 2009). Första intervjun gjordes som en pilotintervju. Deltagaren fick samma information inklusive samtyckesförfarande som övriga informanter samt upplystes om att intervjun beroende på kvalitet kunde ingå i studien. Efter synpunkter från handledaren

ändrades intervjuteknik, där bland annat fler följdfrågor ställdes samt att författarna bättre höll intervjun inom ramen för syftet. Pilotintervjun ansågs innehålla information som svarade mot syftet och inkluderades i studien.

Intervjun beräknades pågå 45 till 60 minuter. Trost (2010) anser att en intervju upp mot 90 minuter eller mer är för lång, då det kan tyda på brist på respekt att uppta så lång tid från informanterna (a.a.). Intervjuerna varade mellan 35 till 50 minuter och spelades in med inspelningsprogram på dator. Båda författarna var närvarande under intervjuerna och planeringen var att den ena ledde intervjun och den andra lyssnade. Detta följdes inte helt utan båda författarna ställde frågor under intervjun. Trost visar på fördelar och nackdelar med två intervjuare. Fördelarna är att intervjuerna kan stötta varandra och om de är samspelade kan intervjun bli bättre och då ge en större informationsmängd. Det ökar också förståelsen för innehållet i samband med analysen eftersom båda författarna lyssnat på intervjuerna. Nackdelarna är att informanten kan känna sig utlämnad när två personer finns närvarande och det kan distrahera informanten om båda ställer frågor (a.a.). Ingen av informanterna i studien föreföll vara störda av att det var två som genomförde intervjuerna.

Förförståelse

I kvalitativ forskning tolkar forskarna data. Hur tolkningen görs är beroende av vilken förförståelse forskarna har (Trost, 2010). För att utveckla ny kunskap och förståelse för materialet är förförståelse en förutsättning för forskaren (Polit & Beck, 2006). Författarnas förförståelse är att båda är sjuksköterskor och har arbetat inom barnsjukvård under ett antal år samt har i sitt yrke mött barn som far illa. Innan studien påbörjades tänkte författarna igenom sina egna upplevelser av fenomenet som skulle studeras och under analysens gång har författarna medvetet försökt hålla förförståelsen åt sidan.

Databearbetning

Inom omvårdnadsforskning används kvalitativ innehållsanalys till att granska och tolka t ex. utskrift av bandade intervjuer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats innebär att en förutsättningslös analys görs som kan vara baserad på människors upplevelse. Vid kvalitativ innehållsanalys ligger fokus vid att beskriva

variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehållet och dessa uttrycks i kategorier och teman på olika nivåer (a.a.).

Analysen har genomförts med utgångspunkt i Hällgren Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalysmetod. Alla intervjuerna transkriberades ordagrant. Analysen genomfördes med att var och en av författarna först läste alla intervjuerna upprepade gånger för att få en uppfattning om helheten i materialet. Författarna samtalade sedan om innehållet och diskuterade tills de enades om kärninnehållet. I nästa fas togs meningsbärande enheter ut, som enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär ord, meningar eller avsnitt som innehåller aspekter som relaterar till varandra i innehåll och sammanhang. De meningsbärande enheterna lades sedan i en tabell. Dessa kondenserades det vill säga sammanfattades utan att kärnan ändrades. Sista steget i tabellen var att ge varje kondenserad enhet en kod som med få ord beskrev eller tydliggjorde innehållet. Den tredje fasen var att ta ut koderna från varje intervju och placera dem under varandra. Därefter lästes koderna fram och tillbaka för att gruppera de koder som hade liknande innehåll. Dessa grupperingar av koderna lästes flera gånger för att försöka sätta en rubrik på vad grupperna av koder handlade om. När detta gjorts hade kategorier skapats.

Totalt fanns från början 14 kategorier och dessa lästes igenom upprepade gånger. Det visade sig att de kunde kortas ner till sju kategorier då flera hade liknande innehåll. Dessa kategorier var "Känslor i mötet med familjer vars barn utsatts för vanvård, Den svårtydda anmälningsplikten, Hindrande omständigheter för anmälningsbenägenheten, Tillvägagångssätt vid misstanke om att barn far illa, Riktlinjer för anmälningsförfarandet och uppföljning, Omvårdnaden av familjen. Nästa steg var att lägga text till kategorierna. I arbetet med detta framkom att det fanns olika aspekter i texten under varje kategori varpå underrubriker sattes in under respektive kategori. Dessa underrubriker benämns som subkategorier. Totalt fanns 16 subkategorier. Denna del av analysen benämner Graneheim och Lundman för manifest analys det vill säga en beskrivning av det uppenbara i texten (a.a.). Slutligen bearbetades kategorierna och subkategorierna ytterligare för att öka abstraktionsnivån till en något tolkande nivå, det vill säga latent innebörd. Då blev resultatet tre kategorier och åtta subkategorier. Analysarbetet genomfördes gemensamt av båda författarna och omfattande diskussion samt reflektion tills författarna kommit överens om analysstegen och bearbetningen av texten.

Etisk avvägning

Tillstånd för studien inhämtades från klinikchef för avdelningar där studien skulle utföras. Studien följer forskningsetiska riktlinjer i lag om etikprövning av forskning som berör människor (SFS 2003:460) och Helsingforsdeklarationen (WMA, 2008). Detta innebar att informanterna som samtyckte till att delta i studien fick både skriftlig och muntlig information. Där informerades om studiens syfte och att metoden var intervju samt hur lång tid intervjun planerades att pågå.

I enlighet med Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460, 16 §, 17 §, 19 §) informerades informanterna om rätten att avbryta sitt medverkande i studien när som helst detta för att upprätthålla personens autonomi. Skriftligt samtycke till deltagande i studien inhämtades innan intervjun genomfördes. Risker och nytta med studien fanns beskrivna i informationsbrevet (a.a). Möjliga risker var att informanternas tid togs i anspråk, samt att det kunde vara känsligt att påminnas om möte med barn och föräldrar där barnet varit illa. Ingen av deltagarna visade tecken på obehag under intervjun. De berättade livligt om sina erfarenheter och sa efter intervjun att det kändes bra att få berätta om sina känslor samt hur de hanterade anmälningskyldigheten. Nyttan med studien för informanterna var just att få berätta om situationer som varit krävande där någon utomstående aktivt lyssnade och tog upplevelser på allvar.

Resultatet av uppsatsen skall återkopplas till deltagarna. De personuppgifter som begärts för undersökningen behandlades enbart av författarna. Enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204, 3 §) ska personuppgifter behandlas under sekretess. Lagen beskriver att personuppgifter är all information som direkt eller indirekt kan identifiera en levande människa och får inte röjas (a.a.). För att säkerställa sekretessen för informanterna, avidentifierades ljudfiler och utskrifter kodades med nummer och ljudfilerna var krypterade. Den slutliga rapporten redovisas på gruppnivå och konfidentialitet garanteras i den slutliga rapporten. Insamlad data har förvarats i låst utrymme, endast tillgängligt för författarna och handledaren.

Rådgivande yttrande inhämtades från Vårdvetenskapliga etiknämnden vid institutionen för Hälsa, vård och samhälle, Lunds universitet, innan genomförandet (VEN 119-13).

Resultat

Bakgrundsfaktorer

Åtta sjuksköterskor intervjuades, varav tre med grundutbildning och fem med specialistutbildning inriktning hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Informanterna bestod av sju kvinnor och en man. De hade 5-37 års erfarenhet inom hälso- och sjukvård (medelvärde 14 år) och hade arbetat 0,5-33 år inom barnsjukvård eller integrerad verksamhet (medelvärde 11 år).

I analysen framkom tre huvudkategorier och åtta subkategorier. Kategorierna blev: Anmälningsskyldighetens tillämpning med tre subkategorier; Hindrande omständigheter för anmälningsbenägenheten med tre subkategorier, och den sista kategorin Känslor i mötet med barn som far illa med två subkategorier.

Tabell 1. Översikt över kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
Anmälningsskyldighetens tillämpning	<i>Medvetenheten om socialtjänstlagen och sjuksköterskans anmälningsskyldighet</i> <i>Yrkeserfarenhet ökar uppmärksamheten på att barn kan fara illa</i> <i>Rationellt förhållningssätt vid misstanke om att barn far illa</i>
Hindrande omständigheter för anmälningsbenägenheten	<i>Miljömässiga och känslomässiga hinder</i> <i>Känslomässigt stöd på avdelningsnivå</i> <i>Återkoppling från socialnämnden</i>
Känslor i mötet med barn som far illa och deras familjer	<i>Vanmakt och irritation</i> <i>Professionellt bemötande trots motstridiga känslor</i>

Anmälningsskyldighetens tillämpning

Medvetenheten om socialtjänstlagen och sjuksköterskans anmälningsskyldighet

Informanterna var medvetna om anmälningspliktens krav på att anmäla vid både misstanke och uppenbara tecken på att barn för illa. Alla ansåg att lagen såg till barnets bästa och var ett stöd för dem. Det var en självklarhet att anmälningar till socialnämnden skulle göras när det fanns en oro för barnet. Upplevelsen var att det var bättre att anmäla en gång för mycket än att inte anmäla. En anmälan innebar att visa att det fanns vuxna som brydde sig om barnet. Anmälan upplevdes även viktig i meningen att förebygga att barnet utsattes för ytterligare kränkning eller skada. Informanterna uttryckte också att om flera anmälningar gjordes var det större chans att familjen fick det stöd som de verkligen behövde.

”...ofta finns det kanske skola och så som också haft misstanke om det, så om det blir flera stycken [anmälningar] så tillslut blir det utredning och de går vidare med det.” (Intervju 8)

Det framkom att insikten i socialtjänstlagens anmälningsskyldighet hade alla informanter erhållit via grundutbildningen till sjuksköterska och i specialistutbildningen. När det gällde arbetsplatsfortbildning hade några informanter fått fortbildning antingen som en kort introduktion när riktlinjerna uppdaterades eller senare i samband med arbetsplatsmöten där kuratorer och avdelningschefer hade initierat fortbildning. Denna sistnämnda fortbildning hade oftast kommit till stånd efter att det hade funnits något fall av barn som för illa som väckt mycket känslor bland personalen. Kuratorn blev ofta involverad i fortbildning då denne beskrevs ha mer kunskap inom området.

Informanterna menade att de önskade mer praktisk kunskap om tillvägagångssättet i anmälningsprocessen då de inte hade fått någon sådan fortbildning på arbetsplatsen. En anledning till avsaknad av utbildning var att det var ovanligt med anmälningar på arbetsplatsen. Det fanns en önskan om informationstillfällen för att bli uppdaterad om lagförändringar och om det praktiska tillvägagångssättet i samband med anmälningar. De menade att det var viktigt att hålla sig uppdaterad i sitt yrke. En annan åsikt var att handlingsberedskapen kring barn som för illa ökade om tid avsattes för diskussioner i samband med utbildningsdagar på arbetsplatsen.

Det fanns en uppfattning om att det i samhället idag fanns en ökad medvetenhet om att barn far illa som informanterna menade påverkade även vårdpersonalens insikter.

”...det finns en ökad förståelse för det [att barn far illa] i personalgruppen eller bland vårdpersonal överhuvudtaget - att vi faktiskt har en nolltolerans, på ett helt annat sätt än vad jag såg att man hade i mitten på 90-talet...”. (Intervju 5)

Massmedias granskning av familjer som blivit anmälda för att deras barn far illa påverkade informanterna. Upplevelsen från till exempel granskningsprogram, där det visats att anmälningar hade varit obefogade, hade lett till många tankar kring hur illa familjer kunde råka ut när anmälan gjorts på felaktiga grunder. Även hur svårt det kunde vara för familjerna som friats från misstanken, att bli av med stämpeln i sin omgivning.

”...det har varit mycket reportage om folk som har blivit anmälda och det har varit fel, så det är sådana saker som gör att man själv känner att man vill ha belägg för det även om det är jättesvårt”. (Intervju 1)

Rutiner och riktlinjer kring anmälan på arbetsplatsen förutsatte informanterna att det fanns. Hur uppdaterade de var om dessa varierade från att vara medvetna om rutinerna och var de fanns till att de inte kände till dem. Detta kunde bero på att anmälan inte görs så ofta och att informationen söktes upp först när en anmälan var aktuell. Det framkom även att det var lätt att glömma bort rutiner mellan fallen samt att rutinerna förändras. Informanterna menade att det var deras eget ansvar att hålla sig uppdaterade. Det framkom att det fanns ansvarsgrupper som utarbetade rutinerna eller läkare som hade kontakt med socialtjänsten. Dessa gick det bra att vända sig till för att få råd och stöd i anmälningsprocessen.

”...vi har en läkare som sköter alla möten med socialförvaltningen och så och som går på möten varje till varannan vecka och så har han mycket tid med socialen, så honom hade jag gått till”. (Intervju 3)

Det fanns informanter som inte var medvetna om att de, när som helst under dygnet, kunde vända sig till socialnämnden för råd och stöd när de var osäkra på om misstanken skulle leda till anmälan eller inte. Informanter som hade kontaktat socialnämnden hade god erfarenhet av ett sådant samtal.

Yrkserfarenhet ökar uppmärksamheten på att barn kan fara illa

Informanterna upplevde att erfarenhet ger en bättre handlingsberedskap för att göra en anmälan. Med erfarenhet upplevde informanterna att de lättare kunde se onormala relationer mellan barnet och föräldrarna och få en misstanke trots otydliga tecken. Oerfarenhet gav svårigheter att se helheten, då i den akuta verksamheten kunde fokus lätt hamna på endast det somatiska som föräldrarna sökte för så att informanterna inte alltid såg till barnets bästa. Däremot upplevde informanterna att trots bristen på erfarenhet så kunde känslan dyka upp att något var fel i situationen.

”...på något sätt är det ju ändå så att det första man nästan alltid tänker är att det är någonting som inte stämmer, alltså att man får inte ihop historien.” (intervju 5)

En hindrande faktor som framkom var anmälningsprocessen. Om informanterna inte hade varit med om någon anmälan till socialnämnden på avdelningen eller själva gjort en anmälan tidigare, upplevdes det svårt att göra en anmälan. När misstanken väl fanns spelade erfarenheten även en roll för om en anmälan gjordes eller inte. Genom erfarenhet minskade rädslan inför att anmäla att barnet far illa och tillvägagångssättet att göra en anmälan upplevdes inte som ett hinder.

Vid misstanke om att något barn far illa diskuterade informanterna med varandra för att få möjlighet till en ”second opinion” och känna sig tryggare i sin misstanke eller tvärtom. Oftast var sjuksköterskekollegorna överens om misstanken. Informanterna sökte även stöd och pratade främst med de kollegor de hade förtroende för. Ibland upplevdes var behovet att ”prata av sig” så stort att informanterna kände att det var risk att sekretessen bröts mellan kollegor.

”...man ska ju prata med dem det berör men det blir gärna att det sprider sig, det berör en så mycket att man pratar med alla.” (Intervju 6)

Vanligtvis diskuterade informanterna sin misstanke med läkare på avdelningen för att få infallsvinklar från en annan profession. Det framkom också att om läkaren också bekräftade misstanken var det ofta läkaren som gjorde anmälan till socialnämnden. Om läkaren inte bekräftade misstanken kunde anmälan i vissa fall avskrivas. Dock, gjorde informanterna ändå

ibland en egen anmälan. Det fanns inte några nedskrivna rutiner kring vem som skulle göra anmälan, men informanterna beskrev en känsla av att det var läkaren som hade det övergripande vårdansvaret och därför kunde skriva anmälan.

”...som sjuksköterska har man en diskussion med läkaren - även om vi har en anmälningskyldighet, så har jag aldrig varit med om att någon sjuksköterska ska ha gjort en anmälan... ...för det är de [läkarna] som ordinerar alla utredningar och undersökningar som ska göras i så fall.” (Intervju 2)

Yrkeserfarenhet hade också gjort att informanterna lärt sig hur de skulle samtala med föräldrarna för att få fram och ge den information som behövdes.

Rationellt förhållningssätt vid misstanke om att barn far illa

Trots goda insikter i anmälningskyldigheten och motiven för att göra en anmälan om att barn far illa, beskrev informanterna svårigheter att anmäla vid misstanke. Det var självklart att anmäla vid tydliga tecken som till exempel fysisk misshandel med skador och blåmärken. I de fallen fick de en känsla av trygghet i att anmäla och att det kändes rätt.

Vid misstanke om omsorgssvikt eller fysisk misshandel utan tydliga yttre tecken uttryckte informanterna tveksamhet inför att göra en anmälan till socialnämnden. De ifrågasatte nyttan med anmälan och de litade inte alltid på sin spontana intuition om att barnet far illa. Informanterna upplevde en känsla av att ha en maktposition som kunde avgöra om familjen skulle anmälas till socialnämnden eller inte. Det kändes som att döma familjen och det var en obehaglig känsla. För att försöka komma till rätta med sina ambivalenta känslor reflekterade informanterna över varför misstanken fanns. De beskrev hur de arbetade för att ta reda på om misstanken var befogad. Det kunde handla om att rannsaka och utesluta sina egna fördomar som kunde spela in i bedömningen av familjen.

”... på något vis är det ju ändå så att man har jättemycket fördomar - man börjar ganska snabbt titta att “ah, men det är nog ändå inte så” mamma och pappa verkar vara på ett visst sätt eller barnet ser ut på ett visst sätt - eller kommer från ett - visst område eller socialgrupp eller så”. (Intervju 5)

Informanterna upplevde att fördomar som måste undvikas var att döma familjen utifrån subtila tecken t ex. om familjen såg sjuvrig ut, hade svårt att uttrycka sig verbalt eller om familjen kom från problemområden i kommunen. Att barn för illa i alla socialgrupper var väl känt bland informanterna, både när det gällde fysisk misshandel och omsorgssvikt.

"... de föräldrarna i vårt samhälle som är längre ned på socialskalan eller vad det heter som har det torftigt och fattigt och bor trångt och så, att det är lättare att omhänderta dom barnen än dom barnen som far illa hos om man säger lite mer välbärgade och välutbildade - kan jag tycka att - jag menar dom barnen kan ju också fara illa." (Intervju 4)

Ett ytterligare sätt för informanterna att bearbeta ambivalensen var att inhämta så mycket information som möjligt om familjen. Detta för att stärka eller förkasta misstanken avseende speciellt fysisk misshandel. Informanterna beskrev hur de systematiskt gick igenom föräldrarnas berättelse om skadans uppkomst och bad dem berätta historien om vad som hänt flera gånger. De satte barnets skador i relation till om det kunde stämma med berättelsen och om berättelserna ändrades. Att söka i journalanteckningar om barnet varit på akutmottagningen tidigare var också till stor hjälp för att bekräfta en misstanke. Ibland visade det sig att barnet hade varit där tidigare och att en anmälan hade gjorts till socialnämnden. I vissa fall fanns det anteckningar från ett tidigare tillfälle om misstanke om att barnet för illa. Detta var avgörande för informanterna för om en anmälan var befogad eller inte.

"... så jag gick in i datorn och tittade, och då hittade jag bland annat - och då var det - har han varit på akuten två gånger tidigare." (Intervju 7)

När vuxna personer kom till akutmottagningen på grund av intoxicationer och misshandel i familjen, beskrev informanterna att det fanns rutiner för att ta reda på om det fanns barn i familjen. Detta för att skydda barn som kunde tänkas fara illa i sin miljö. Ibland kunde det vara svårt att få svar från personer som var okontaktbara eller om det var en överbelastad arbetssituation. Om det framkom att det fanns barn i hemmet gjordes en anmälan om barn som far illa till socialnämnden.

"... om en vuxen kommer in för misshandel eller intoxication samt har barn, så anmäls att barnet far illa enligt rutin och då kan anmälan leda till att hela familjen får hjälp." (Intervju 7)

Hindrande omständigheter för anmälningsbenägenheten

Miljömessiga och känslomässiga hinder

En majoritet av informanterna uppgav att arbetsmiljön och erfarenheten påverkade identifieringen av barn som för illa. Stress, hög arbetsbelastning och korta vårdtider gjorde att fokus riktades mot sökorsaken samt att bota och lindra. De hann och orkade inte alltid se till helheten och de eventuella problem som kunde tyda på att barnet för illa. Informanterna uppgav en känsla av svårighet i mötet med barn där misstanke fanns, då de upplevde att de små barnen inte pratade och de stora barnen var lojala mot sina föräldrar. Sjukhusmiljön och att barnet var sjukt kunde påverka relationen och samspelet mellan barnet och föräldrarna, vilket ledde till ytterligare svårigheter i identifieringen av barn som för illa.

Informanterna upplevde obehag att anmäla på grund av risk för hot från familjen då anmälaren inte kan vara anonym. Informanterna vågade då inte vara öppna med sin misstanke eller ha civillkurage i alla lägen.

”...och det tror jag är ett problem många gånger - att personalen faktiskt inte vill anmäla för att man vill inte bli uthängd - för det blir man.” (Intervju 5)

”... man tänker att är de [föräldrarna] skyldiga så går de till försvar och blir förbannade och är de skyldiga till det så kan de ju göra vad de vill med mig också, kan de slå ett barn så.”
(Intervju 6)

Det fanns även en rädsla att förlora en fungerande relation till föräldrarna om anmälan gjordes. Då ansträngde sig informanterna i samarbete med andra professioner på avdelningen med att stödja familjen, speciellt vid misstanke om omsorgssvikt.

”... man vet ju inte riktigt vad som ska hända, att när man gjort en anmälan så vet man inte riktigt vad dom [socialnämnden] gör, man har inte riktigt koll på hur dom kommer att lösa problemet.” (Intervju 3)

Ett hinder vid anmälan kunde också vara det praktiska tillvägagångssättet som till exempel att faxa anmälan till socialnämnden, då blanketten innehåller känslig information som kunde

komma fel. Ett annat hinder för anmälan var kulturella skillnader. Informanterna hade erfarenhet av att föräldrar från andra kulturer hade annat synsätt på fostran av sina barn och att det inte alltid var förenligt med svensk lag. Det framkom att personal med samma kulturella värderingar som familjen kunde i dessa sammanhang ha svårt att förstå situationens allvar, att barnet för illa.

”... hon som man jobbat med så länge ändå kunde ändra sig så, när det handlade om hennes hemland då liksom, att hon hade en förståelse [för föräldrarna från hennes hemland].”

(Intervju 2)

Informanterna var medvetna om att om anmälan inte görs kunde det leda till konsekvenser för barnet. Bland annat kunde detta vara att barnet återkommer till akuten eller får problem i framtiden efter att ha varit illa i familjen under en längre tid. Det värsta scenariot var att barnet kunde dö.

”... jag tycker inte att man ska släppa tonåringar hur som helst, för då har vi dem som kunder, som missbrukare, som bråkstakare, som självskadebeteenden... .. och jag tror många gånger att det kan man hjälpa genom att faktiskt göra en anmälan...”. (Intervju 5)

”... om man inte fångar upp, att något barn kanske dör, det har man ju hört...”. (Intervju 2)

Känslomässigt stöd på avdelningsnivå

Efter möte med barn som för illa upplevde informanterna ett behov av uppföljning eller handledning på avdelningen. Upplevelsen var att när barn vårdats på arbetsplatsen som utsatts för allvarlig fysisk misshandel var uppföljningen både enskild för berörd personal och i personalgruppen. Vanligen var det avdelningschefen som höll i uppföljningen. Ett nätverk för avlastningssamtal med berörda och samtalsledare organiserades ibland. Detta var till stor hjälp i bearbetningen av händelsen och fungerade också som en repetition kring anmälningsprocessen. Det ingav en trygghet bland avdelningspersonalen.

”... men det fungerade bra - vi hade egen debriefing och gick igenom med de som var berörda - vår chef ringde hem till alla berörda den helgen och pratade enskilt med dem, så att det pratades mycket”. (Intervju 2)

Informanterna upplevde att vid mindre allvarliga fall så erbjöds inte alltid individuellt känslomässigt stöd och att de då själva behövde be om det. Att det inte gavs utrymme för uppföljning trodde informanterna handlade om brist på tid samt hög arbetsbelastning och att det ibland glömdes bort.

Informanterna vände sig, i brist på uppföljning och handledning till kollegor, då behovet av att prata om enskilt fall fanns. Avdelningar med mindre personalstyrka ansågs underlätta för fortsatt bearbetning med inblandade kollegor, då de arbetade tillsammans mer regelbundet.

Återkoppling från socialnämnden

Informanterna hade upplevt otillfredsställande samarbete med socialnämnden t ex. att socialnämnden och sjukvården inte arbetade samstämmigt. Det som var otillfredsställande var bland annat att informanterna inte fick en bekräftelse på att anmälan inkommit till socialnämnden. Ett fåtal informanter hade fått detta via ett telefonsamtal från socialnämnden men då handlade det om att anmälan behövde kompletteras.

”... så att man kan veta att man gjort rätt eller så, eller att man kan få bekräftelse...”
(Intervju 8)

Informanterna önskade att socialsekreteraren skulle återkoppla till anmälaren vilket stöd och vilka insatser som gjorts. Trots medvetenhet om att detta inte var ålagt socialsekreteraren, var den vanligaste känslan av att denne gömde sig bakom sekretessen och därför inte gav någon återkoppling. Återkoppling var betydelsefullt för att informanterna skulle kunna gå vidare samt släppa tankarna på familjen.

”... jag upplever många gånger att man från socialens sida har så väldigt lätt att gömma sig bakom sekretessen, som självklart är jätteviktig.” (Intervju 5)

Informanterna beskrev att de saknade kunskap om socialnämndens handläggning av anmälningar. Informanterna ville tro att socialnämnden erbjöd familjen stöd och hjälp som gjorde att de kunde klara av sitt familjeliv, men ändå fanns det ett en misstro mot socialnämndens insatser. Det värsta som kunde hända var att barnen togs från föräldrarna men informanterna insåg samtidigt att det förmodligen inte var den första åtgärden.

Känslor i mötet med barn som far illa och deras familjer

Vanmakt och irritation

När informanterna mött barn som far illa fick de känslor av ilska och sorg. Det väckte tankar kring att de inte ville att detta skulle hända, att barn inte får fara illa och att situationen var orättvis och onödig. Känslan av vanmakt dök upp, viljan att rädda alla utan att kunna, att rädda barnen från föräldrarna.

”... ”nämen, stackars barn... jag tar hem dig, jag tar hand om dig, du behöver aldrig träffa de här hemska människorna ingen” - det är inte riktigt så världen fungerar och det är inte så den ska fungera heller - utan det är faktiskt så att de här - även barn som far illa älskar ju sina föräldrar.” (Intervju 5)

”... ..sen blir det ju också en ilska, och den är jättesvår att hålla tillbaka, för det är ingen som blir hjälpt av att jag blir arg eller fördomsfull eller elak eller går i affekt mot föräldrarna.” (Intervju 5)

Informanterna tyckte synd om barnen och hade behov av förklaring till varför barnet utsatts för vanvård. Det fanns tankar om att en anmälan till socialnämnden skulle kunna hindra att det hände igen, samtidigt som det fanns en frustration över att det redan hänt. De upplevde en rädsla över hur skadat barnet var och om det fanns gamla skador. Informanterna menade att de också fick dåligt samvete om det skulle framkomma att de hade träffat barnet tidigare när föräldrarna hade sökt vård för något symptom hos barnet. Oron var att informanterna vid det tillfället missat tecken på att barnet far illa. Det fanns också en ångestfylld känsla i mötet med barnet för att inte räcka till i den stressiga miljön som det var på akutmottagningen.

Om en anmälan till socialnämnden inte gjordes upplevde informanterna osäkerhet och skuld gentemot barnen. Om anmälan gjordes upplevdes oro över om barnen skulle få den hjälp de behövde. En informant upplevde att om barnen lades in på avdelningen blev omvårdnaden en form av bearbetning. Fall med barn som far illa gav mycket tankar och reflektioner i efterhand.

Informanterna upplevde ibland en känsla av ilska och avsky mot föräldrarna, om det var någon av dem som var förövaren, redan innan misstanken bekräftats. De uttryckte irritation över att föräldrar som har ansvar för sina barn inte bryr sig om dem eller gör dem illa.

Upplevelse av vanmakt över att det var svårt att förhindra att barn far illa. Trots det fanns det informanter som menade att de inte ville tro att föräldrar medvetet gjorde sina barn illa, utan att det måste ligga någon allvarlig kris eller annat i bakgrunden. De ville tro att alla föräldrar egentligen vill sitt barns bästa.

"... men ändå så fanns det nog kvar väldigt mycket att jag tyckte synd om föräldrarna, för att man gör ju inte så om man är helt frisk - man dödar ju inte sitt barn om man är helt frisk."

(Intervju 1)

Det fanns också situationer där en förälder sökte för att barnet for illa och anklagade den andra föräldern för att ha misshandlat eller på annat sätt skadat barnet. Då kände en informant misstänksamhet mot den förälder som kom med barnet till akutmottagningen.

Misstänksamheten handlade om ifall det var en vårdnadstvist där den ena föräldern försökte få den andra föräldern i dålig dager för egen vinnings skull.

"... och då är det också svårt att tro på - att veta vad man ska tro på när det handlar om vårdnadstvist och då tycker jag att det är för jävligt att man drar in [barnen i vårdnadstvisten] de barn som jag träffat på är så små, så då blir de itutade det..."

(Intervju 1)

Professionellt bemötande trots motstridiga känslor

Informanterna var mycket medvetna om att behålla ett professionellt förhållningssätt mot familjerna. Att inte visa sina känslor mot familjen, utan förhålla sig neutrala och bemöta dem med samma respekt som andra familjer. En informant förklarade om någon inte klarade av att hantera situationen var det viktigt med diskussion i personalgruppen vem som skulle ta hand om familjen. Informanterna upplevde att det var svårare att ta hand om barn som for illa om de hade egna barn, då de relaterade till sin egen föräldraroll.

"... då la vi mycket fokus på barnen och pratade med henne om det, och hon förstod ju att vi hade en plikt att anmäla..." (Intervju 8)

Informanterna visste att det fanns en rekommendation från socialnämnden om att informera familjen om att en anmälan skulle göras, att det var den person som gjorde anmälan som borde informera familjen. Det kändes rätt att göra detta för att undvika misstro och missförstånd hos familjen i efterhand, då socialnämnden alltid informerade familjen om vem som gjort anmälan. Informanterna beskrev att det var viktigt att förklara anmälningsskyldigheten och anledningen till att anmälan gjordes, det vill säga att det var för barnets bästa, för att familjen ska förstå. Kollegialt stöd upplevdes viktigt i mötet med familjen när familjen skulle informeras om att en anmälan skulle göras. I möjligast mån var det två sjuksköterskor som tog hand om familjen då.

”... man får faktiskt förklara det att det här är vår skyldighet och det är inget som vi styr över själv och att det handlar om oro för ert barn och att man talar om det på det viset.” (Intervju 6)

Diskussion

Metoddiskussion

För att uppnå studies syfte användes en kvalitativ ansats vilket Polit & Beck (2013) beskriver som en lämplig metod att använda då erfarenheter, upplevelse eller andra icke mätbara fenomen ska beskrivas (a.a). Detta passar väl in i studien då syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av och förhållningssätt till anmälningsprocessen när barn far illa.

Kvalitativa studier granskas kritiskt utifrån trovärdighet och överförbarhet. Trovärdigheten belyser studiens giltighet och tillförlitlighet. Giltigheten handlar om en redovisning av urval, datainsamling och analysen. Tillförlitligheten handlar om hur forskningen är oberoende av forskaren och dennes perspektiv avseende hela forskningsprocessen. Överförbarhet handlar om ifall forskningsresultatet kan appliceras på andra liknande grupper och kontexter (Lundman Hällgren & Graneheim, 2012; SBU, 2013).

Studiens trovärdighet värderas bland annat av vilken strategi som använts för val av deltagare (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Författarna har använt sig av ett strategiskt urval. Då väljs informanterna utifrån deras erfarenhet i det ämne som berörs och därmed förväntas de kunna ge meningsfulla berättelser (Trots, 2010). Informanterna har den kunskap och erfarenhet som efterfrågas för att besvara studiens syfte. För att få variation rekryterades informanterna från olika inriktningar inom sjukvården och de var legitimerade sjuksköterskor som hade olika erfarenhet av att vårda barn som får illa. Variationen bland informanterna var även att det fanns sjuksköterskor med och utan specialistutbildning. Informanterna hade varierande antal tjänsteår och olika arbetsplatser. Däremot uppnåddes inte tillräcklig variation i könsfördelning då endast en man deltog.

En annan aspekt på trovärdigheten är antalet informanter och i studien har åtta informanters berättelser inkluderats, vilket kan ses som ett begränsat antal. Dock menar Kvale & Brinkman (2009) att det inte finns några bestämmelser för antalet informanter. Antalet informanter är inte det avgörande utan det handlar om att ”intervjua så många personer som behövs för att ta reda på vad du behöver veta” (a.a., s. 129). Det var svårt att rekrytera informanter och författarna tolkade att det kan bero på informanternas arbetssituation och att ämnet kan upplevas känsligt. Författarna upplever trots detta att syftet är besvarat, då deltagarna livligt delade med sig av sina erfarenheter som gav ett rikt material att analysera.

Eftersom författarna är oerfarna intervjuare medverkade båda vid intervjuerna. Två intervjuare kan vara en svaghet då informanten kan känna sig utlämnad och det kan distrahera informanten om båda ställer frågor (Trost, 2010). Flera olika intervjuare kan även leda till ökad trovärdighet då det kan ge möjligheten att fånga upp flera variationer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Inga informanter ifrågasatte att författarna var två intervjuare så författarna tror inte att det distraherade informanterna. Författarna försökte genomföra intervjuerna med lyhördhet, men eftersom ingen av författarna är vana intervjuare märktes i genomläsningen av intervjuerna efteråt att författarna ibland avbröt informanten eller hade kunnat ställa fler följdfrågor. Eftersom författarna är oerfarna intervjuare kan det även finnas en trovärdighetsbrist i datainsamlingen det vill säga det skulle kunna bli ett annat resultat om vana forskare genomfört intervjuerna (a.a.). Kvale & Brinkman (2009) menar samtidigt att forskare har sitt eget sätt att intervjua och det finns en tolkningsaspekt redan under intervjun (a.a.).

Studiens trovärdighet bedöms också avseende analysens genomförande (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2013). Här handlar trovärdigheten om hur sant ett resultat är, om det lyfter fram det karakteristiska som är representativt eller typiska för det som är avsett att beskrivas (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Här har författarnas förförståelse betydelse. Båda författarna har erfarenhet inom barnsjukvård i sitt arbete som sjuksköterskor. Detta kan vara både en svaghet och en styrka då förförståelsen påverkar människors handlande och förhållningssätt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). I kvalitativa studier krävs en känslighet för sin egen förförståelse i analysen, då det är viktigt att det är informanternas perspektiv som lyfts fram. Dock går det aldrig att undvika viss subjektivitet från de som genomför analysen (a.a.). Författarna var uppmärksamma på sin förförståelse och dess eventuella inverkan under intervjuerna samt i analysen av materialet. Trots detta är det troligt att resultatet påverkats av författarnas tidigare erfarenhet och tankar i ämnet. För att trovärdigheten ska öka så kan personer som är insatta i ämnet och forskning granska om koder, kategorier och teman är förenliga med intervjutextens innehåll, att benämningarna är rimliga samt att tolkningen trovärdig utifrån intervjutexten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). En svaghet hos oss författare är oerfarenhet av att analysera intervjutext. Detta har till viss del uppvägs med ett nära samarbete med handledaren, som är en erfaren forskare och som är sakkunnig i ämnet. Studien har även granskats av utomstående forskare och studenter i seminarieform.

Kvale och Brinkman (2009) beskriver att om resultat skulle bli detsamma av annan forskare vid annan tidpunkt skulle resultatet vara mer tillförlitligt. Samtidigt betonar de att detta är mycket ovanligt då det alltid finns en subjektiv aspekt i tolkningen. Det som ökar tillförlitligheten är om slutledningen blir liknande (a.a.). Båda författarna analyserade texten gemensamt. Genom att författarna gemensamt genomförde analysarbetet gavs det möjlighet till reflektion och diskussion under hela processens gång, vilket resulterade i olika tolkningar och abstraktionsnivåer. Därmed blev koder och kategorier mer strikta (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). För att läsaren ska kunna bedöma studiens giltighet krävs en noggrann beskrivning av stegen i forskningsprocessen (a.a.). Författarna har försökt att tydligt beskriva hela tillvägagångssättet i studiens olika delar under metodavsnittet, med förhoppning om att trovärdigheten på detta sätt synliggjorts. Citat finns i resultatet som även ger läsaren möjligheten att granska resultatet enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012).

Överförbarhet avser i vilken utsträckning det vetenskapliga underlaget är generaliserbart och relevant för bland annat svenska förhållanden (SBU, 2013). Det handlar om i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra situationer eller grupper (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Även om det i studien ska ingå ett resonemang om i vilken utsträckning studieresultaten är överförbara och är i linje med tidigare publicerad litteratur, är det upp till läsaren att avgöra var gränserna går för hur överförbara resultaten är (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2013). Litteraturgenomgången visar på att det finns en hel del likheter i resultatet från andra studier (Eisbach & Driessnack, 2010; Tingberg, Bredlöv & Ygge, 2009; Lazenbatt & Freeman, 2006; Frazer et al., 2010). För att bedöma överförbarhet är det viktigt med beskrivning av urval, informanter, datainsamling, analys och omständigheter som utgör kontext för studien (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Detta finns beskrivet under studiens metodavsnitt.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskors identifiering av barn som far illa

Resultatet i studien visar att alla sjuksköterskor är medvetna om anmälningsplikten, vilket även Fraser et al. (2010) visar i sin studie. Informanterna i vår studie inser att det är bättre att anmäla en gång för mycket än för lite, då det ger familjen en större chans att få det stöd de behöver eller att barnet skyddas från situationen. Några informanter menar att anmälningsbenägenheten ökat och förklarar det med att det idag finns en ökad medvetenhet i samhället om att det är oacceptabelt att utsätta barn för vanvård. Det finns dock en motsägelsefullhet i detta påstående, då andra informanter upplever att massmedias uppmärksamhet på anmälningar som varit felaktiga minskar deras egna anmälningsbenägenhet.

Informanterna beskriver svårigheter att identifiera barn som far illa. Orsaker som stress, arbetsbelastning och korta vårdtider ges som motiv. Det beskrivs även att fördomar om vilka barn som far illa är viktiga att medvetandegöra samt undvika, för att kunna identifiera barn i alla samhällsklasser. Lagerbergs (2004) resultat kan också tyda på att det finns sjuksköterskor som har fördomar. Det visas i den studien att sjuksköterskor har en större benägenhet att göra

anmälningar om barn som far illa om barnet är 4-6 år än om det är yngre och om barn har hälsoproblem samt om barn lever i familjer som har problem med föräldraskapet (a.a.).

Fortbildning och rutiner

Sjuksköterskorna beskriver en brist på kunskap, en önskan om mer kunskap om barn som far illa och bristande insikter i anmälningsprocessen. Bristen på kunskap motiveras med att det sällan förekommer misstankar om barn som far illa på arbetsplatsen och därför faller kunskapen bort. Det framkommer att det läggs olika vikt vid att på arbetsplatsen fördjupa personalens insikter i anmälningsprocessen. Vanligast är att kunskapen aktualiseras när det kommer barn till avdelningen som misstänks fara illa. I Paavilainens et al. (2002) studie framkommer att sjuksköterskor har ett stort behov av fortbildning, och en del sjuksköterskor önskar utbildning för att kunna identifiera barn som far illa, främst när det gäller psykisk misshandel. Fraser et al. (2010) menar att speciellt utbildning kring konsekvenserna för barn som far illa, där det inte sker någon anmälan, skulle öka sannolikheten för att sjuksköterskan gör anmälningar till socialnämnden (a.a.). En del informanter i vår studie betonar att det är viktigt att själv hålla sig uppdaterad i ämnet men att handlingsberedskapen kan ökas om det avsätts tid för diskussioner på avdelningen. Svensk sjuksköterskeförening (2008) beskriver att barnsjuksköterskan ska kunna upptäcka och uppmärksamma barn som far illa eller riskerar att fara illa. Det är även barnens rättighet att de vårdas av personal som kan möta de psykiska och fysiska behoven hos barnet och familjen (NOBAB, 2012). Eisbach och Dreissnack (2010) visar i motsats till ovanstående i en intervjustudie att sjuksköterskor trots att de har kunskaper i ämnet och är trygga i att identifiera barn som far illa så finns det ändå en tveksamhet i att göra anmälningar. Sjuksköterskan vill vara säker i situationen på att det verkligen handlar om att barnet far illa, vilket också framkommer i vårt resultat. Denna säkerhet verkar alltså inte erhållas bara för att det ges utbildning eller fortbildning.

Informanterna i studien förutsätter att det finns rutiner och riktlinjer vid anmälan, men det är inget som de uppdaterar regelbundet utan istället menar de att de uppdaterar sig när det är aktuellt med något fall på avdelningen. Författarnas reflektion är att detta inte bara gäller för berört område men det viktiga är att sjuksköterskor vet var riktlinjerna finns när misstanken om barn far illa väcks.

Vad påverkar om anmälan görs?

Informanterna anmäler vid tydliga fysiska tecken på att barn far illa, men vid otydliga tecken dyker det upp tveksamhet som fördröjer anmälan eller att det inte görs en anmälan. Flera studier påvisar att sjuksköterskor ofta behöver tydliga fysiska tecken för att anmälan ska göras (Trocmé et al., 2003; Paavilainen et al., 2002; Eisbach & Driessnack, 2010). Vid otydliga tecken som till exempel omsorgssvikt känner informanterna i vår studie tveksamhet inför att anmäla, vilket även Eisbach och Driessnack visar i sin studie. Informanterna i vår studie litat inte på sin intuition utan vill ha bevis för sina misstankar, vilket även finns beskrivet i Eisbach och Driessnack's studie. I vår studie önskar sjuksköterskorna att det avsätts tid för diskussioner om barn som far illa under utbildningsdagar som erbjuds på avdelningen. Liknande resultat finns i Eisenbach och Dreissnack's studie där sjuksköterskorna menar att för att minska tveksamheten bör barnsjuksköterskor uppmuntras att dela med sig av kliniska fallstudier och sina erfarenheter för att bidra till utveckling av fallsituationer som skulle kunna användas i utbildningssituationer (a.a.). Vi håller med om att detta kan vara en framkomlig väg för då handlar det om att diskutera verkliga fall istället för fakta kring barn som far illa och hur barn skall identifieras med utgångspunkt i litteraturen.

Informanterna söker kollegialt stöd när de har misstanke om att något barn far illa. De berättar om fallet för en kollega och ber denna att också göra en bedömning. Oftast är bedömningen samstämmig och då underlättar det att göra en anmälan. Ibland är läkaren den som informanterna vänder sig till, på grund av uppfattningen om att det är läkaren som har yttersta ansvaret i vården av barnet. Enligt Lazenbatt och Freeman (2006) är sjuksköterskan mer insatt och engagerad i frågor kring barn som far illa än läkaren. Oftast är det sjuksköterskan som känner igen och anmäler misstankarna (a.a.). Författarna upplever att Lazenbatt och Freeman (2006) resultat bör framhållas i utbildningssammanhang för att stärka sjuksköterskans syn på professionens betydelse i fall där barn far illa och att sjuksköterskan inser anmälningskyldighetens betydelse.

Orsaker som förhindrar anmälan.

När anmälan inte görs vid misstanke beskriver informanterna orsaker så som rädsla för eventuella negativa konsekvenser för familjen, men även för sig själva. Det finns en oro att belasta en redan stressad familjesituation. Informanterna menar också att de har viss misstro

till socialnämndens insatser och en oro för att familjen skulle sluta att söka vård för barnet därför görs inte en anmälan vid misstanke, utan de anstränger sig för att själva stödja familjen. I Eisbach och Driessnacks (2010) studie kommer författarna också fram till att sjuksköterskorna ibland ifrågasätter nyttan med anmälan det vill säga om den sociala myndigheten har de resurser som krävs för att hjälpa barnet och familjen. Detta leder även i den studien till att sjuksköterskorna hellre ingriper själva med stöd och resurser än anmäler att barnet far illa.

Det finns en rädsla hos informanterna om hot och våld från föräldrarna. Författarna menar att detta kan påverka sjuksköterkornas anmälningsbenägenhet vilket bekräftas i Lazenbatt och Freemans (2010) resultatet där rädsla, oro och brist på kunskaper är ett hinder för att känna igen och anmäla barn som far illa (a.a.). Informanterna i vår studie behöver stärkas i sin yrkesroll och de menar själva att yrkeserfarenhet ökar uppmärksamheten om att barn kan fara illa. Informanterna menar att de behåller sin professionella roll i omvårdnaden av familjerna och deras förhållningssätt innebär att de lyssnar på föräldrarnas berättelser, försöker se deras styrkor och möter familjen med respekt trots att de ibland bär på mostridiga känslor inom sig. Detta förhållningssätt anknyter till den familjecentrerade omvårdnaden som utgår från Wright och Leahey (2009) tillika med att det finns en överensstämmelse angående det förhållningssättet som framkommer i Tingberg et al's. (2008) studie.

Det finns en rekommendation i socialtjänstlagen om att den som gör en anmälan om att barn far illa bör informera familjen om att anmälan görs (SFS 2001:453). Detta upplevs obehagligt av informanterna i vår studie sett utifrån risken för att utsättas för hot. Samtidigt menar sjuksköterskorna att de kan falla tillbaka på sin anmälningskyldighet samt att de måste ha barnets bästa i fokus, vilket är ett stöd när informationen ges. Föräldrarna har även skyldigheter enligt Föräldrabalken (SFS 1949:381 6 kap. 1 §) där det står beskrivet att de inte får utsätta sina barn för fysisk bestraffning eller kränkande behandling och ska stå för trygghet samt god fostran (a.a.). Informanterna i studien är medvetna om att en utebliven anmälan kan ge svåra konsekvenser för barnet i framtiden. Gilbert et al. (2009) visar att barn som far illa är ett folkhälsoproblem eftersom det leder till samhällsproblem om barnet och familjen inte får stöd och hjälp tidigt.

Samarbete med och återkoppling från socialnämnden

I resultatet ses vikten av ett gott samarbete med socialnämnden. Resultatet visar att sjuksköterskan har en bristande tillit till socialnämnden på grund av dåligt samarbete eller på grund av saknad av återkoppling från socialnämnden. Det finns en känsla av att socialnämnden har brist på resurser och inte kommer att hjälpa barnet. Enligt Eisbach och Driessnacks (2010) leder denna uppfattning hos sjuksköterskorna i deras studie till att sjuksköterskorna avvaktar med att anmäla (a.a.). Sjuksköterskorna i denna studie påtalar ett behov av bra samarbete med och återkoppling från socialnämnden. De menar dock att samarbetet många gånger är obefintligt och att socialnämnden gömmer sig bakom sekretessen. Lagerbergs (2004) studie såg att regelbunden kontakt med socialnämnden leder till en ökad medvetenhet och en högre benägenhet att anmäla (a.a.). I den uppdaterade Socialtjänstlagen (SFS 2012:776) betonas ett ökat samarbete mellan anmälaren och socialsekreteraren, i lagtexten anges 1 a § ”Socialnämnden bör erbjuda barnet, vårdnadshavaren och den som gjort anmälan ... ett möte om det med hänsyn till barnets bästa är lämpligt. 1 b § Socialnämnden får informera den som gjort anmälan ... om att utredning har inletts, inte har inletts eller redan pågår. Sådan information ska på begäran lämnas till anmälaren om det med hänsyn till omständigheterna inte är olämpligt att göra detta”. Studien visar att sjuksköterskorna inte är uppdaterade i socialtjänstlagens lydelse och kanske kan denna lagändring öka sjuksköterskornas tilltro till socialnämndens arbete.

Konklusion och kliniska implikationer

Resultatet i studien visade att informanterna var medvetna om anmälningsskyldigheten enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:453). De hade en vilja att göra anmälningar vid misstanke om att barn far illa, men det fanns en hel del hinder som gjorde att anmälningar fördröjdes eller inte gjordes. Det behövs regelbunden fortbildning och uppdatering kring anmälningsprocessen och sjuksköterskorna behöver känslomässigt stöd när de misstänker att barn far illa. Sjuksköterskorna rådgör hellre med varandra och kollegor när de är tveksamma till att göra en anmälan istället för att rådfråga socialnämndens personal. Detta beror på ett misstroende mot socialnämndens agerande, både när det gäller åtgärder för familjen och erfarenhet att anmälningar avskrivs utan åtgärder samt att inte erhålla återkoppling efter att anmälan gjorts. Här ställs det krav på både hälso- och sjukvårdens organisationer och socialnämndens

organisation så att ett samarbete kommer till stånd. Detta har efter en lagändring i socialtjänstlagen (SFS 2012:776) redan förberetts så förhoppningen är att samarbetet kan bli bättre i framtiden.

Kliniska implikationer

-regelbunden fortbildning på avdelningsnivå inkluderande fallbeskrivningar som sjuksköterskorna får ta del av i diskussionsform

-att på avdelningsnivå har ansvarsgrupper som håller sig uppdaterade inom området och har regelbundna informationsträffar för personalen

-handledningstillfällen efter att barn som far illa har vårdats på avdelningen för yrkesrelaterad och känslomässig bearbetning.

Vidare forskning om sjuksköterskors anmälningsbenägenhet bör göras för att finna sätt att stödja sjuksköterskorna genom hela anmälningsprocessen. Exempel på detta kan vara att jämföra olika avdelningar för att se vilka faktorer som ökar anmälningsbenägenheten.

Referenser

- Annerbäck, E. M., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G. & Gustafsson, P. A. (2012). Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden-Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 36(7-8), 585-95. Hämtad från databasen PubMed med LU Linker.
- Bugental, D. B., Grusec, J. E. (2006). Socialization processes. I Eisenberg., W. Damon, R. M., Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development*. (Vol. 3, 6th ed). 366–428. New Jersey: Wiley.
- Eisbach, S. S. & Driessnack, M (2010). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses. *Journal for specialists in pediatric nursing*, 15(4), 317-23. doi:10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x.
- Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L. & Dunne, M. (2010). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2),146-153. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015.
- Gilbert, R. E., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), 68-81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7.
- Hällgren Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. Hämtad från databasen PubMed med LU Linker.
- Jansson, S. (2011). Barn som får illa. I Hanséus, K., Lagercrantz, H. & Linberg, T. (red.) *Barnmedicin*. (4. uppl., s. 629-637) Lund: Studentlitteratur.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. (2., [omarb. och utvidgade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lagerberg, D. (2004). A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. II. Characteristics of the children. *Acta paediatrica*, 93(5), 692-701. Hämtad från databasen PubMed med LU Linker.
- Lazenbatt, A. & Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 227-136. Hämtad från databasen PubMed med LU Linker.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2., [rev.] uppl., s 187-201). Lund: Studentlitteratur.

- NOBAB (2012). *Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård: Utarbetad i enlighet med FN:s barnkonvention*. Hämtad den 18 april, 2013, från <http://www.nobab.se/standard/Barn-och-ungdomar.php>
- Nunes, C. B., Sarti, C.A. & Ohara, C. V. S. (2008). Conceptions held by health professionals on violence against children and adolescents within the family. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 136-141. Hämtad från databasen PubMed med LU Linker.
- Pabis, M., Wronska, I., Slusarska, B. & Cuber, T. (2011). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing* 67 (2), 384-393. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x
- Paavilainen, E. & Astedt-Kurki, P. (2003). Functioning of child maltreating families: lack of resources for caring within the family. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17(2), 139-147. doi:10.1046/j.1471-6712.2003.00120.x
- Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P., Paunonen-Ilmonen, M. & Laippala, P. (2002). Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 551-557. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02128.x
- Paavilainen, E., Merikanto, J., Astedt-Kurki, P., Laippala, P., Tammentie, T. & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 39(3), 287-194. Hämtad från databasen PubMed med LU Linker.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. Study guide* (6. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saveman, B. & Benzein, E. (2003). *Familjefokuserad omvårdnad: ett strategidokument*. Kalmar: Högsk..
- SFS 1949:381. *Föräldrabalk*. Hämtad 18 april, 2013, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381/
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad den 18 april, 2013, från Riksdagen http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Hämtad den 18 april, 2013, från Riksdagen http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Hämtad den 18 april, 2013, från Riksdagen http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad den 10 Maj, 2013, från Riksdagen http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretsslag*. Hämtad den 18 april, 2013, från Riksdagen http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/_sfs-2009-400/#K25

SFS 2012:776. *Lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)*. Hämtad den 18 december, 2013, från <http://www.lagboken.se/files/SFS/2012/120776.PDF>

Socialstyrelsen (2004). *Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/10265/2004-101-1_20041012.pdf

Socialstyrelsen (2012). *Arbetet med våldsutsatta barn behöver förbättras*. Hämtad 10 Maj, 2013, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/arbetetmedvaldsutsattabarnbehoverforbatttras>

SOU 2009:68. *Lag om stöd och skydd av barn och unga*. Hämtad 10 maj, 2013, från Regeringskansliet, <http://www.regeringen.se/sb/d/11223/a/129751>

SBU. (Statens beredning för medicinsk utvärdering). (2013). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Från <http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUHandbok.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från <http://www.barnsjukskoterska.com/org/wp-content/uploads/2009/01/ssfbarn.pdf>

Tingberg, B., Bredlöv, B. & Ygge, B.M. (2008). Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2718-2724. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x.

Trocme, N., MacMillan, H., Fallon, B. & Marco, RD. (2003). Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. *Canadian Medical Association Journal*, 169(9): 911–915. Hämtad från databasen PubMed med Free PMC Article.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Unicef (2009). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: Unicef. Från <http://www.scribd.com/doc/34000103/Barnkonventionen-i-Sin-Helhet>

WHO (2013). *Child maltreatment*. Hämtad den 18 april, 2013, från World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>

WMA (2008). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad från World Medical Association, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

Wright, L.M. & Leahey, M. (2009). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. 5th Ed. FA Davis: Philadelphia.

Wright, L.M., Watson, W.L. & Bell, J.M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad: föreställningar i samband med ohälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Intervjuguide

Inledning

Informera om studiens syfte, konfidentialitet och informantens rätt att avbryta. Presentera intervjuens upplägg.

Intervjun

Börja med öppningsfrågan och använd sedan frågeområden. Avbryt aldrig informanten, låt denna ta sina pauser samt ha tålamod och vänta. Använd ev. förståelsefördjupande frågor.

Öppningsfråga:

-vi skulle vilja att du berättar en situation där du mött barn och föräldrar där det funnits en misstanke om/bekräftats att barnet far illa.

Frågeområden:

- dina tankar och känslor i mötet med barnet och familjen
- tankar kring omvårdnaden av barnet och föräldrarna för dessa familjer
- tankar kring att misstänka att ett barn far illa i ditt arbete
- handlingar vid misstanke om att ett barn kan fara illa
- tankar kring teamsamarbete och utbildning inom ämnet

Förståelsefördjupande frågor:

- kan du berätta lite mer om...?
- hur tänker du...?
- vad innebär...?
- vilken betydelse har...?
- det där var intressant, kan du utveckla det lite...?
- kan du hjälpa mig att förstå skillnaden mellan...?
- skulle du kunna ge ett exempel.../ge exempel på vad det inte är...?

Avslutning

Återge en sammanfattning av det som informanten berättat, för att reda ut eventuella missförstånd samt validera uppfattningen av informantens svar. Fråga om informanten om denna har några frågor eller har något övrigt att tillägga. Be informanten att fylla i formulär med bakgrundsfrågor.

Bakgrundsfrågor

Kön: Kvinna Man

Utbildningsnivå: Legitimerad sjuksköterska
 Specialistutbildad sjuksköterska

Om ja på “Specialistutbildad sjuksköterska”, vilken specialinriktning?

.....

Antal tjänsteår inom sjukvården:

.....

Antal tjänsteår inom barnsjukvården/barnsjukhus:

.....