



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Anmälan till socialtjänsten

Barnhälsovårdssjuksköterskans upplevelser av att bibehålla en god relation med familjen

Författare: Anna Brange & Ellen Svensson

Handledare: Anna-Karin Dykes

Magisteruppsats

Hösten 2014

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

Anmälan till socialtjänsten

Barnhälsovårdssjuksköterskans upplevelser av att bibehålla en god relation med familjen

Författare: Anna Brange & Ellen Svensson

Handledare: Anna-Karin Dykes

Magisteruppsats

Hösten 2014

Abstrakt

Bakgrund: Tidigare studier har visat att oron att möta familjen efter en anmälan och rädsla att stöta bort familjen från barnhälsovården, BHV, är orsaker till att anmälan inte alltid görs.

Syfte: Att belysa BHV-sjuksköterskans upplevelser av att bibehålla en god relation med familjen efter att hon gjort en anmälan till socialtjänsten.

Metod: Kvalitativ intervjustudie utifrån en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor. Tio BHV-sjuksköterskor intervjuades från olika mottagningar i Sverige.

Resultat: Deltagarna upplevde att relationen bibehölls till familjen efter en anmälan. Faktorer som påverkade relationen var relationen före anmälan, BHV-sjuksköterskans bemötande, vilka resurser som BHV-sjuksköterskan hade tillgång till, familjens individuella förutsättningar, BHV-sjuksköterskan som individ, liksom ett välfungerande samarbete med socialtjänsten.

Konklusion: Med vetskapen om den här studiens resultat kan fler BHV-sjuksköterskor bli tryggare i mötet med familjer och förhoppningsvis våga skriva fler anmälningar. Då studiens resultat skiljer sig från tidigare forskning hade det varit av värde att genomföra en större studie inom området.

Nyckelord

Barnhälsovårdssjuksköterska, Anmäla, Relation, Familj, Barn, Upplevelse, Socialtjänsten

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Perspektiv och utgångspunkter	4
Hermeneutiken	4
Mellanmänskliga relationer	5
Barns rättigheter	5
Barnhälsovården och BHV- sjuksköterskan	6
Barn som far illa	8
Konfrontation i vården	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	10
Instrument	10
Datainsamling	10
Databearbetning	11
Etisk avvägning	13
Resultat	14
Kontinuitet i relationen till familjen	14
Relationen före och efter anmälan – att bygga upp ett förtroende underlättar	14
Familjens reaktioner	16
Strategier i mötet med familjen för att bibehålla relationen	17
BHV-sjuksköterskans bemötande och tillvägagångssätt	17
Samarbete med socialtjänsten	20
Resurser	20
Förutsättningar på mottagningen	20
Stöd till BHV-sjuksköterskan	22
BHV-sjuksköterskans förhållningssätt till anmälan	22
Diskussion	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion	27
Konklusion och implikationer	30
Referenser	31
Bilaga 1	35

Problembeskrivning

Barnmisshandel är i Sverige och i världen ett folkhälsoproblem (Gilbert et al., 2009). Svensk forskning har de senaste åren visat att cirka 15 - 16 % av alla ungdomar i Sverige har utsatts för våld av en vårdnadshavare (Annerbäck, Sahlqvist, Svedin, Wingren & Gustavsson, 2012; Annerbäck, Wingren, Svedin & Gustavsson, 2010). Det är Barnhälsovårdsjuksköterskan [BHV-sjuksköterskan] som har den första kontinuerliga kontakten med familjen under barnets första 6 levnadsår vilket sätter henne i en viktig position att identifiera barnmisshandel (Lagerberg, 2004). Av alla barn i Sverige går cirka 99 % till BHV regelbundet under sina första levnadsår (Kunskapscentrum, 2012). Det gör BHV till den viktigaste plattformen för upptäckt av barn som far illa (Lagerberg, 2004). I en aktuell rapport från Region Skåne (Fridh et al., 2014) skickades enkäter ut till föräldrar med barn i åldrarna 8 månader respektive 4 år. Det framkom i resultatet att endast mellan 38-62 % av de föräldrar som uppger att våld förekommer i deras hem väljer att själva söka hjälp för det (ibid). Forskning har också visat att sjuksköterskan ofta är den första personen utanför familjen att uppmärksamma barnmisshandel (Lazenbatt & Freeman, 2005). Det kan, för sjuksköterskan, vara ett yrkesmässigt dilemma att ge stöttning till utsatta familjer samtidigt som hon är skyldig att för barnets bästa göra en anmälan (ibid.).

Tidigare forskning från Sverige har visat att mörkertalet för barn som far illa är mycket stort då endast 11 % av de misstänkta fallen anmäls till socialtjänsten (Lagerberg, 2004). Det har visat sig att oro för att möta familjen efter en anmälan och en rädsla att stöta bort familjen från barnhälsovården är orsaker till att anmälan inte alltid görs (Lazenbatt & Freeman, 2005; Plitz & Wachtel, 2009). Att det föreligger en risk för att familjerna inte återkommer till BHV efter en anmälan bekräftas av Eisbach och Dreissnack (2010) vars forskning också visar att sjuksköterskan är rädd att skada sin goda relation med familjen. En annan orsak till att anmälan inte görs är för att sjuksköterskan känner en rädsla inför vilka konsekvenser det kan bli för barnet (Plitz & Wachtel, 2009). Trots att det föreligger en misstanke om barnmisshandel är det således inte alltid som en anmälan sker till socialtjänsten (Eisbach & Dreissnack, 2010; Lazenbatt & Freeman, 2005).

Ökad kunskap om hur BHV-sjuksköterskan ska bemöta familjen för att bibehålla relationen kan förhoppningsvis leda till att rädslan för konsekvenserna av en anmälan minskar och därmed ökar benägenheten att anmäla även då endast misstanke föreligger.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Hermeneutiken

Författarna menar att varje enskild människas upplevelse och erfarenhet har lika värde, vilket överensstämmer med ett hermeneutiskt perspektiv. Författarna har därför valt att ha hermeneutiken som utgångspunkt i studien. Hermeneutikens grundidé är att med hjälp av tolkning och öppenhet bilda sig en förståelse för någons erfarenhet, upplevelse eller ett sammanhang (Patel & Davidsson, 2003). Hermeneutiken poängterar det unika i varje människas levda erfarenhet och att människan tolkar sina upplevelser utifrån sin egen förförståelse (ibid.). Genom att tolka den information som BHV-sjuksköterskan ger kan författarna skapa sig en förståelse för hennes situation (Hartman, 2004). Dock kan författarna inte skapa sig en fullständig förståelse för en annan människa då författarnas egen förförståelse alltid påverkar förståelsen för den andra människan (ibid.). Genom att skapa sig förståelse för individens värld och dess betydelse skapas förutsättning för att bättre förstå ett sammanhang (Polit & Beck, 2010). Författarna vill utifrån ett hermeneutiskt perspektiv skapa sig en djupare förståelse för hur BHV-sjuksköterskan upplever att en *god relation* kan bibehållas i mötet med familjen efter en anmälan till socialtjänsten.

Författarnas egen förförståelse i ämnet är begränsad och består i en respektive två anmälningar till socialtjänsten samt för den ene författaren ett visst samarbete med socialtjänsten och ett antal trepartsmöten tillsammans med socialtjänsten och familjen. Författarna har båda arbetat med barn och ungdomar inom barn- och ungdomspsykiatri i cirka ett års tid innan de påbörjade föreliggande studie.

Mellanmänskliga relationer

Författarna har valt att definiera begreppet *en god relation* utifrån att BHV-sjuksköterskan lyckas bibehålla en kontinuerlig kontakt och bevara/skapa förtroende och ömsesidig respekt gentemot barn och föräldrar.

Joyce Travelbee (1971) är en omvårdnadsteoretiker som utvecklade en teori om mellanmänskliga aspekter. Hennes syn på människan, är att människan är en unik varelse som ej går att generalisera. Genom att förstå interaktionen som sker mellan patient och sjuksköterska skapas också förståelse för omvårdnadens innebörd. Vidare menar Travelbee att inte bara patientens utan även sjuksköterskans behov måste förstås för att den mellanmänskliga relationen dem emellan ska kunna ske (ibid.).

Den mellanmänskliga relation som sker mellan BHV-sjuksköterska och familj påverkas av så väl familjen som BHV-sjuksköterskans unika förförståelse. Travelbees teori tillsammans med det hermeneutiska perspektivet ligger till grund för författarnas utgångspunkt i studien.

Barns rättigheter

År 1989 antog FN:s generalförsamling konventionen om barnets rättigheter som innehåller 54 artiklar med barnets bästa i fokus (Unicef, 2009). Konventionen definierar barn som: “...*varje människa under 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller barnet.*” (Unicef, 2009, s. 15, artikel 1). I Sverige är alla under 18 år barn enligt Socialtjänstlagen [SoL] (1 kap, 1§). Enligt konventionen ska alla barn ha lika rättigheter och samma värde (Unicef, 2009). Alla beslut gällande barnet skall alltid fattas utifrån barnets bästa. Alla barn har rätt till sin egen utveckling och sitt liv, likaså ska alla barn få göra sin röst hörd och få den respekterad (ibid.).

Sverige som land lyder under barnkonventionen och likaså gör BHV-sjuksköterskan. Sverige ratificerade barnkonventionen 1990, vilket innebär att regeringen är skyldig att se till att Svenska barns rättigheter tillgodoses (Unicef, 2011). De länder som antagit barnkonventionen ska regelbundet lämna rapporter för att redovisa hur barnkonventionen efterlevs i respektive land. I artikel 19 står att varje land som ratificerat konventionen ska anta passande lagstiftning med syfte att skydda barnet mot att fara illa under sin barndom (ibid.). År 1979 var Sverige det första landet i världen som införde lag mot barnaga. (Annerbäck et al., 2010). Barnets

rättigheter finns även formulerat i föräldrabalken (SFS 1949:381, kap. 6, 1 §) som ålägger föräldrarna att ge sina barn en trygg uppväxt med god omvårdnad och fostran. Barnen får inte utsättas för kränkande behandling eller kroppsliga bestraffningar (ibid.).

Författarna har utifrån FN:s barnkonvention valt att definiera "Barn som far illa" som citat: *"Fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, innefattande sexuella övergrepp, medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavares eller annan persons vård."* (Unicef, 2009, s. 21, artikel 19.1)

Barnhälsovården och BHV- sjuksköterskan

Barnhälsovårdens [BHV] verksamhet arbetar utifrån ett folkhälsoperspektiv och dess uppdrag är att uppnå de nationella folkhälsomålen (Rikshandboken Barnhälsovård, 2011). I Sverige går cirka 99 % av alla barn till BHV regelbundet (Kunskapscentrum, 2012). Arbetet ska vara hälsofrämjande och erbjudas kostnadsfritt till alla barn mellan 0 - 6 år i Sverige (Rikshandboken barnhälsovård, 2011). Majoriteten av arbetet som utförs på en BHV-mottagning utförs av BHV-sjuksköterskan vilket ger henne en nyckelroll för barn, familj och verksamhet. BHV-sjuksköterskan har också en viktig roll i att stärka föräldrar i sitt föräldraskap genom att ge dem stöd samt synliggöra föräldrarnas egna resurser till problemlösning. Samtidigt som BHV-sjuksköterskan ska ge föräldrarna tilltro till sin egen förmåga, är hon också skyldig att uppmärksamma när föräldraskapet brister och ett barn riskerar att fara illa (ibid.).

I begreppet BHV-sjuksköterska har författarna valt att inkludera barnsjuksköterskor och distriktssjuksköterskor som arbetar på BHV-mottagning. Författarna har också gjort ett medvetet val att benämna BHV-sjuksköterskan som *hon* för enkelhetens skull.

BHV-sjuksköterskan har enligt SoL (kap. 14, 1 §) anmälningsskyldighet redan vid misstanke om att ett barn far illa. Det innebär att bevis på skada inte behöver förekomma för att motivera en anmälan till socialtjänsten. Skulle barnsjuksköterskan medvetet avstå från att göra en anmälan kan det bli rättsliga påföljder, såsom böter och fängelse (Brottsbalken, kap. 20, 1 §). Barnsjuksköterskan får, vid misstanke, inte dröja med sin anmälan utan ska kontakta

socialtjänsten omgående för konsultation alternativt en anmälan (ibid.). Dock framkommer det i tidigare forskning av Eisbach och Driessnack (2010) som intervjuat 23 barnsjuksköterskor om anmälningsprocessen, att då endast misstanke förelåg så skedde ingen anmälan. Orsaken bakom var att barnsjuksköterskorna ville ha konkreta bevis på att barnet far illa (ibid.). Att det troligtvis föreligger ett stort mörkertal av barn som far illa framkommer även i Lagerbergs (2004) forskning. Lagerberg lät 951 sjuksköterskor fylla i en enkät med syfte att undersöka om det fanns någon gemensam nämnare för de fall som anmäldes till socialtjänsten. I studien framkom att endast 11 % av de misstänkta fallen ledde till en anmälan (ibid.). När en anmälan är gjord kan den inte återkallas och det är då socialtjänstens ansvar att ta ställning till vidare utredning av varje enskilt fall (Socialstyrelsen, 2013). En anmälan från hälso- och sjukvårdspersonal kan inte göras anonymt, till skillnad från, en anmälan som görs av privatpersoner. Det är verksamhetschefens ansvar att se till att varje arbetsplats har en utarbetad handlingsplan för hur de anställda ska gå till väga när en anmälan behöver göras (ibid.). I en studie med 419 deltagande sjuksköterskor, läkare och tandläkare visade det sig att bristen på tydliga riktlinjer i samband med anmälan var en orsak till att anmälan inte gjordes (Lazenbatt & Freeman, 2005). Förutom tydliga riktlinjer, visar en intervjustudie av Francis et al. (2012), där 17 lärare, poliser och sjuksköterskor deltog, att stöd från chefen och kollegor är av betydelse för att våga ta steget att göra en anmälan.

I en enkätstudie från 2009, där 930 sjuksköterskor deltog och fick besvara frågor kring sjuksköterskans utbildning i förhållande till hennes attityd gentemot anmälan vid barnmisshandel kände de sjuksköterskor som fick extra utbildning i ämnet, sig mer förberedda inför en anmälan (Fraser, Mathews, Walsh, Chen & Dunne, 2009). Liknande resultat framkom i en annan studie där en forskargrupp utvärderat 160 sjuksköterskors förmåga att känna igen och identifiera barnmisshandel (Pabis, Wronska, Slusarka & Cuber, 2010). Resultatet visade att sjuksköterskorna ansåg att de var i behov av utbildning för att höja sin kompetens gällande barn som far illa (ibid.). Paavilainen, Åstedt-Kurki, Paunonen-Ilmonen & Laippala (2001) har i sin forskning visat på liknande resultat. I studien deltog 317 sjuksköterskor och läkare och syftet var att utvärdera om de hade tillräcklig utbildning för att identifiera barn som far illa. Resultatet visade att 60 % av deltagarna ansåg sig behöva kompletterande utbildning (ibid.).

Barn som far illa

I en svensk studie från 2010 har en forskargrupp låtit 5933 ungdomar i åldern 15-17 år besvara ett frågeformulär med syfte att undersöka sambandet mellan fysiskt våld, utfört av en vårdnadshavare, och ungdomens självupplevda psykiska, fysiska ohälsa samt eventuella riskbeteende (Annerbäck et al., 2012). Resultatet visade att 16,3 % någon gång blivit utsatta för fysiskt våld av sin vårdnadshavare och 7 % hade blivit misshandlade mer än en gång. Endast 10 % av ungdomarna hade berättat för någon vuxen att de blivit misshandlade (ibid.). Liknande siffror framkom i en annan studie från Sverige där 8891 ungdomar i åldern 13-17 år tillfrågades gällande deras erfarenheter av fysisk misshandel utförd av deras vårdnadshavare (Annerbäck et al., 2010). Här visade resultatet att 15,2 % hade blivit misshandlade någon gång och 6,4 % av ungdomarna blivit misshandlade vid mer än ett tillfälle och det var 32 % av ungdomarna i studien som uppgav att de berättat för någon vuxen om misshandeln (ibid.). Då ett barn utsätts för våld kan det uppstå långsiktiga konsekvenser för barnet så som fysisk- och psykisk ohälsa, samt ett ökat riskbeteende relaterat till alkohol, droger och sex (Annerbäck et al., 2012). BHV-sjuksköterskan har därför en viktig roll att fånga upp utsatta barn tidigt för att minska de skadliga effekterna på lång sikt (ibid.). Tidigare forskning har visat att det finns ett samband med olika riskfaktorer som t ex våld mellan föräldrar, psykisk ohälsa, missbruk och social utsatthet (Annerbäck et al., 2010). Ett ökat antal riskfaktorer ökade risken att utsättas för våld (ibid.). I Region Skånes folkhälsorapport *Barn och föräldrar i Skåne* (Fridh et al., 2014) har strax under 15 000 föräldrar till 8 månaders samt 4 åriga barn fått besvara frågor om föräldrarnas och barnens hälsa, livsvillkor och levnadsvanor. I enkätstudien har föräldrarna bland annat fått besvara frågor på om våld förekommer i hemmet. För barn som var 8 månader gamla svarade 2 % av föräldrarna att våld förekommit sedan barnets föddes. I de familjer där våld rapporterades uppgav 38 % av papporna att de sökt hjälp och 54 % av mammorna hade sökt hjälp relaterat till problemet. Bland 4-åringarna uppgav 2 % av papporna att våld förekommit sedan barnet föddes och 3 % av mammorna. I den gruppen var det 45 % av papporna och 62 % av mammorna som sökt hjälp på grund av våld i hemmet (ibid.).

Konfrontation i vården

Forskning har visat att vårdpersonal kan känna rädsla och oro inför att behöva konfrontera en förälder, rädslan kan i värsta fall leda till att BHV-sjuksköterskan avstår från att göra en

anmälan (Lazenbatt & Freeman, 2005). Att konfrontera någon kan upplevas som obehagligt både för den som utför konfrontationen och av den som blir konfronterad (Eide & Eide, 2009). Hur konfrontationen upplevs är avgörande för hur den mottagande parten reagerar. Om BHV-sjuksköterskan framför sitt budskap på ett konstruktivt sätt där hon utgår från sig själv och sina iakttagelser kan reaktionen bli mildare jämfört med om hon är anklagande och kritisk. Att vara direkt i kommunikationen med föräldrar innebär att BHV-sjuksköterskan är öppen och rak i sitt bemötande (ibid.). Annerbäck et al.,(2012) påtalar vikten av att våga fråga barn och föräldrar rakt ut om våld förekommer i familjen.

Syfte

Syftet med studien var att belysa BHV-sjuksköterskans upplevelser av att bibehålla en god relation med familjen efter att hon gjort en anmälan till socialtjänsten.

Metod

Författarna valde, utifrån studiens syfte, att genomföra en kvalitativ intervjustudie. Den kvalitativa metoden syftar till att skapa sig en förståelse för någonting som t ex en människas upplevelse eller erfarenhet (Trost, 2011). Fördelen med att välja kvalitativ metod framför kvantitativ var möjligheten att kunna få en bredare bild och ett material med mer djup i, då huvudfokus låg på BHV-sjuksköterskans egna upplevelser (Polit & Beck, 2010). Intervjuerna utgick ifrån en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor som författarna själva konstruerade (Bilaga 1). Anledningen till att författarna valde att intervjua BHV-sjuksköterskor var för att de har en långvarig kontakt med familjen samt att kontakten förväntas fortlöpa även efter att en anmälan gjorts till socialtjänsten. Författarna har använt sig av induktiv ansats vilket innebar att slutsatser drogs utifrån det fakta som framkom i intervjuerna (Thurén, 2007). Vid en induktiv ansats anses slutsatsen mer eller mindre sannolik beroende på hur många intervjuer som utfördes (ibid.).

Urval

Författarna intervjuade totalt 10 BHV-sjuksköterskor på olika mottagningar i Sverige. Deltagarna hade gjort, jämnt fördelat, mellan 2 – 22 anmälningar det senaste året och hade mellan 2 – 33 års erfarenhet av arbete på BHV-mottagning. Författarna gjorde ett bekvämlighetsurval genom att författarna valde ut BHV-mottagningar i närområdet och succesivt utvidgade det geografiska området för att uppnå önskat antal deltagare (Trost, 2011). Som inklusionskriterie valde författarna att endast intervju de BHV-sjuksköterskor som var yrkesverksamma när studien genomfördes. De BHV-sjuksköterskor som aldrig gjort en anmälan till socialtjänsten exkluderades från studien då de ej bedömdes besitta den information som författarna efterfrågade. Författarna valde ut deltagande BHV-sjuksköterskor med hjälp av verksamhetschefen/enhetschefen på respektive mottagning. Totalt kontaktades 101 verksamhetschefer/enhetschefer varav nio mottagningar tackade ja till deltagande, en av de nio mottagningarna som givit medgivande föll bort när insamlingen av materialet påbörjades. En av deltagarna hade inte möjlighet att delta för intervju men valde att svara på intervjuguiden skriftligt istället. Av övriga kontaktade chefer var det 56 stycken som tackade aktivt nej och 36 stycken som aldrig återkom med något svar. Mottagningar kontaktades löpande från södra till norra Sverige och författarna fortsatte att skicka ut förfrågningar tills bestämt antalet deltagare hade uppnåtts.

Instrument

Intervjuguiden var semistrukturerad vilket innebar att främst öppna frågor användes men även slutna frågor förekom för insamling av data (Polit & Beck, 2010). Samma frågor ställdes till samtliga informanter men med möjlighet till spontana följdfrågor. Intervjuguiden konstruerades utifrån frågor som skulle svara till studiens syfte (Bilaga1).

Datainsamling

För att nå ett brett urval valde författarna att kontakta BHV-mottagningar både i städer och på landsbygden. Verksamhetschefer alternativt enhetschefer på utvalda BHV-mottagningar

kontaktades via email alternativt telefon för förfrågan om deltagande i studien. Till de chefer som författarna inte kom i kontakt med eller som ej besvarade förfrågan om deltagande i studien skickade författarna mellan en och två påminnelser via mail alternativt på telefonsvar. I de fall där medgivande gavs skickade författarna ytterligare information samt projektplan till den ansvariga chefen med en medgivandesblankett för skriftligt medgivande. Underskrifter av medgivandeblanketterna från cheferna skickades med i ansökan till vårdvetenskapliga etiknämnden och när författarna fått del av etiknämndens utlåtande kontaktades BHV-sjuksköterskorna via telefon alternativt email. BHV-sjuksköterskorna fick efter att de delgivits information om studien, samt givit samtycke, även skriva på en samtyckesblankett. Författarna genomförde 1 st. provintervju för att utvärdera intervjuguiden. Inga justeringar gjordes efter provintervjun och även provintervjun inkluderades i studien. Samtliga intervjuer spelades in, den ena författaren höll i själva intervjun genom att ställa frågor från intervjuguiden och den andra författaren ansvarade för att inspelningen fungerade samt förde skriftliga anteckningar. Båda författarna hade möjlighet att ställa spontana följdfrågor under intervjuernas gång. I de fall intervjun genomfördes över telefon utfördes den endast av en författare i en dialog över telefon. Den andre författaren lyssnade sedan igenom inspelningen för att ge båda författarna samma utgångsläge inför analysen. Totalt antal deltagare i studien var 10 stycken BHV-sjuksköterskor. Det var 5 st. BHV-sjuksköterskor som intervjuades med intervjuer ansikte mot ansikte på deras egen mottagning, 4 st. intervjuer genomfördes över telefon. Intervjuerna tog mellan 15 minuter och 45 minuter att genomföra. För en BHV-sjuksköterska var det inte möjligt att delta med muntlig intervju och därför besvarade hon intervjuguiden skriftligt. Telefonintervjuer erbjöds till de BHV-sjuksköterskor som arbetade på mottagningar utanför Skåne. Risken med att utföra en telefonintervju är, enligt Repstad (2007), att intervjuaren riskerar att gå miste om icke-verbal kommunikation så som ansiktsuttryck och gester. Författarna valde därför att inte endast använda sig av telefonintervjuer. Intervjuerna ägde rum under oktober samt november månad 2014 och därefter transkriberades intervjuerna ordagrant och analyserades. Allt material samlades in och transkriberades innan dataanalysen påbörjades.

Databearbetning

Författarna använde sig av Burnard, Gill, Stewart, Treasure och Chadwicks (2008) innehållsanalys för bearbetningen av det insamlade materialet. Texten analyserades i fyra steg

induktivt. I steg 1 läste författarna igenom det transkriberade materialet enskilt och antecknade ord och korta fraser som karaktäriserade innehållet i texten. Det som författarna genomförde i steg 1 kallar Burnard et al. (2008) för öppen kodning. I steg 2 samlade författarna samtliga koder med tillhörande ord och fraser i ett nytt dokument. De fraser och ord som var återkommande slogs samman och bildade gemensamma kategorier. I steg 3 granskade författarna de identifierade kategorierna och satte samman dessa under huvudkategorier. I steg 4, det sista steget, tilldelades varje huvudkategori en färg. Författarna läste återigen igenom det transkriberade materialet noggrant och markerade med respektive färg material som kunde knytas till respektive huvudkategori. De olika stegen i analysen gjordes till en början enskilt av respektive författare för att sedan jämföra vilka ord, korta fraser, koder och kategorier som dominerade materialet. Anledningen till att författarna valde att dela upp analysen var för att säkerställa att den egna förståelsen påverkade analysprocessen i minsta möjliga mån. När författarna jämförde sina resultat fann de att de analyserat materialet mycket lika.

Tabell 1: Exempel på identifiering av kategorier och huvudkategorier utifrån transkriberingen och den öppna kodningen.

Citat/Mening från transkribering	Öppen kodning	Kategori	Huvudkategori
<i>Egentligen vem man möter, vilken relation man har fått och om man har varit med från början. Från första hembesöket eller är det en familj som har gått på annan BVC och listat om sig och man inte har den här första tiden när man har lärt känna varandra. (BHV-ssk 1)</i>	Relation från första hembesöket eller nylistad	Relationen före och efter anmälan	Kontinuitet i relationen till familjen
<i>Att prata med föräldrarna innan är väldigt viktigt för hur de överhuvudtaget ska se på hälsoenheter framöver. (BHV-ssk 10)</i>	Viktigt att prata med föräldrarna innan	BHV-sjuksköterskans bemötande och tillvägagångsätt	Strategier i mötet med familjen för att bibehålla relationen
<i>Vi har ju konsultation med barnhälsovårdspedagogerna 1 gång i månaden som är frivilligt om man vill vara med på. (BHV-ssk 9)</i>	Konsultation barnhälsovårdspedagog	Professionellt stöd till BHV-sjuksköterskan	Resurser

Etisk avvägning

Författarna har tagit hänsyn till forskningsetiska avvägningar utifrån Helsingforsdeklarationen (1964). Innan författarna påbörjade studien genomfördes en ansökan för etisk rådgivning till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN 98-14). Författarna har beaktat de fyra viktiga etiska principerna i genomförandet av studien. Autonomiprincipen, göra gott principen, inte skada principen och rättvisepincipen (Forskningsetisk policy och organisation i Sverige, 2003). BHV-sjuksköterskans deltagande var, i enlighet med autonomiprincipen, frivilligt och hon kunde när som helst under studien välja att avbryta sitt deltagande utan att behöva ange någon orsak. Inga personuppgifter har röjts och det inspelade och transkriberade materialet kunde inte knytas till en specifik BHV-sjuksköterska eller hennes mottagning. BHV-sjuksköterskan fick skriftlig information och lämnade skriftligt samtycke till inspelning av intervjun samt samtycke till att författarna använde enstaka citat i studiens resultat. Vid analysen kodade författarna och numrerade samtliga intervjuer så att intervjuerna inte kunde knytas till någon intervjuperson. Kodlistan förvarades separat och inlåst. När magisteruppsatsen blivit godkänd av examinator kommer allt inspelat samt transkriberat material att makuleras. Författarna menar att hänsyn har tagits till göra gott- och inte skada-principen då studien syftar till att ta fram strategier som kan hjälpa BHV-sjuksköterskan i mötet med en familj efter att en anmälan till socialtjänsten gjorts. Författarna menar även att nyttan med studien övervägde den eventuella risken att BHV-sjuksköterskan skulle komma till skada genom sitt deltagande. Den fjärde och sista principen, rättvisepincipen innebar i studien att alla intervjupersoner behandlades lika. Författarna har tagit fasta på det här genom att alla intervjupersoner fick samma information och deltog på lika villkor. De deltagare som önskade ta del av det slutgiltiga resultatet kommer att få uppsatsen skickad till sig efter godkänd examen.

Resultat

Utifrån analysen identifierades det i resultatet tre olika huvudkategorier och sju kategorier som innehåller beskrivningen av påverkansfaktorer för relationen mellan familjen och BHV-sjuksköterskorna efter en anmälan till socialtjänsten. Författarna valde att presentera resultatet med huvudkategorierna som huvudrubriker och kategorierna som underrubriker. Huvudkategorierna och kategorierna presenteras i tabellen nedan.

Tabell 2: Översikt av resultat.

Huvudkategorier	Kategorier
Kontinuitet i relationen till familjen	<ul style="list-style-type: none">• Relationen före och efter anmälan• Familjens reaktioner
Strategier i mötet med familjen för att bibehålla relationen	<ul style="list-style-type: none">• BHV-sjuksköterskans bemötande och tillvägagångsätt• Samarbete med socialtjänsten
Resurser	<ul style="list-style-type: none">• Förutsättningar på mottagningen• Stöd till BHV-sjuksköterskan• BHV-sjuksköterskans förhållningssätt till anmälan

Kontinuitet i relationen till familjen

Relationen före och efter anmälan – att bygga upp ett förtroende underlättar

”För det mesta, förvånansvärt få blir upprörda och förvånansvärt lätt är det att behålla den här relationen” (BHV-ssk 5).

I intervjuerna framkom att hur relationen till familjen var före anmälan hade en påverkan på hur relationen fortlöpte efter anmälan. Det framkom även att familjerna reagerade mycket olika från fall till fall, allt från att vara positiv till anmälan till att uttrycka ilska över anmälan. Det sågs som en fördel om BHV-sjuksköterskan hade känt familjen sedan första hembesöket efter BB. I de fall där en längre relation funnits hade BHV-sjuksköterskan byggt upp ett förtroende och en tillit hos familjen vilket gjorde det lättare att genomföra anmälan och att få

med sig familjen i processen samt att bibehålla en god relation efter anmälan. Tvärtom så upplevde BHV-sjuksköterskorna att det var svårare att få familjen med sig i anmälningsprocessen i de fall där de ej hunnit etablera en relation till familjen före anmälan. Mycket få hade erfarenhet av att familjen bytte BHV-sjuksköterska eller mottagning men i de enstaka fall där familjen valde att byta sågs ett samband med att BHV-sjuksköterskan inte hunnit bygga upp en relation före anmälan gjordes. Även om familjen endast träffat BHV-sjuksköterskan vid ett enstaka tillfälle så visade det sig ha betydelse för om de valde att komma tillbaka eller ej.

En annan orsak till en försämrad relation som identifierades var när samarbetet mellan socialtjänsten och BHV-sjuksköterskorna inte fungerade optimalt. Det blev då lätt missförstånd och familjen fick olika information alternativt uppfattade informationen olika från sin BHV-sjuksköterska och från socialtjänsten. För att undvika missförstånd, framkom det också att det var viktigt att formulera den skriftliga anmälan neutralt och konkret utan tyckande och med så lite utrymme för tolkning som möjligt. Det sågs som en stor fördel för den fortsatta relationen när ett trepartsmöte mellan BHV-sjuksköterska, socialtjänst och familj kunde genomföras. Genom trepartsmötet fick samtliga parter samma information och möjlighet till en gemensam planering.

Relationen till familjen upplevdes, av studiens deltagare, som fördjupad och i många fall som bättre efter anmälan jämfört med före anmälan. Det beskrevs som en närmre relation där inga hemligheter fanns mellan familjen och BHV-sjuksköterskan. När familjen inte längre kände ett behov av att hålla upp en fasad framför BHV-sjuksköterskan upplevde hon att det också var enklare att arbeta vidare med de problem som fanns inom familjen. Den öppenhet som därmed uppstod i relationen gjorde det lättare för BHV-sjuksköterskan att nå fram till familjen. Även i de fall där familjen till en början reagerat negativt på anmälan upplevde BHV-sjuksköterskorna att familjen återkom och att relationen efter en tid förbättrades. På lång sikt visade flera familjer en tacksamhet och ett ökat förtroende gentemot BHV-sjuksköterskan.

”Jag kan inte säga att de som stannar kvar, att de har en försämrad relation, nästan tvärtom skulle jag vilja säga. Ja, alltså, det är ju ofta det att man har lagt ner lite mer tid, man har ju lagt ner ett engagemang och det tror jag ändå lyser igenom”(BHV-ssk 3).

Det framkom att i de fall där föräldrarna fortfarande efter anmälan inte förstått varför anmälan behövde göras var det svårare att hålla kvar en god relation. Däremot påtalade BHV-sjuksköterskorna att i de flesta fall så förstod familjen i efterhand att anmälan var befogad då det blivit bättre i familjen efter socialtjänstens insatser. Det ansågs möjligt att bygga upp relationen igen även om föräldrarna till en början varit oförstående och visat ilska över anmälan. Deltagarna upplevde att relationen slutat som god där många familjer efteråt visat en tacksamhet.

”Man kan väl säga att antingen känner föräldrarna att de förstår varför jag gjorde anmälan. (...) Och då tycker jag att den blir bättre, det finns de som har tackat mig efteråt!” (BHV-ssk 4).

BHV-sjuksköterskorna menade att den besvikelse som kunde uppstå hos familjerna, efter anmälan, i de flesta fall gick att rätta till. Även om en del familjer reagerat med ilska så hade ingen av studiens deltagare någon erfarenhet av hotfulla situationer eller våld i samband med anmälan. I enstaka fall kunde en god relation bibehållas med den ena föräldern men inte med den andra där mötena fortsättningsvis var något ansträngda men där familjen ändå valde att gå kvar hos samma BHV-sjuksköterska. I de fall då det inte var möjligt att informera familjen inför en anmälan blev föräldrarna inledningsvis ofta mer upprörda men majoriteten av dessa valde ändå att gå kvar. I de enstaka fall där familjen valde att byta BVH-sjuksköterska eller mottagning kunde studiens deltagare i slutändan se att det för den familjen var en fördel med en ny kontakt att få stöd från.

Familjens reaktioner

Hur en familj reagerar och hur relationen till BHV-sjuksköterskan påverkas av en anmälan till socialtjänsten visade sig variera mycket från familj till familj. BHV-sjuksköterskorna uppgav att familjens tidigare erfarenhet av socialtjänsten eller deras bild av vad socialtjänsten gör var av betydelse för den fortsatta relationen. Deltagarna uppgav att en del föräldrar förknippar socialtjänsten med att barnen riskerar bli omhändertagna, i de här fallen kunde familjen reagera starkt och relationen blir lidande. Om tidigare kontakt med socialtjänsten varit negativ så kunde även det leda till att reaktionen på anmälan och relationen med BHV-sjuksköterskan påverkades negativt.

”Har man vuxit upp med negativa erfarenheter med soc så är det klart att då, eller tror man att, som han tutade i sin fru då va, att de kommer att ta barnet ifrån oss. Alltså tror man det så är det klart att man, då flyr man ju (...).

(BHV-ssk 3).

Förmågan till självinsikt hos föräldrarna och förmågan till att kunna ta emot hjälp utifrån upplevde BHV-sjuksköterskorna i studien som en viktig faktor för hur den fortsatta relationen utvecklades. Deltagarna upplevde att det för en del föräldrar ökade självinsikten och förmågan till att ta emot hjälp genom en anmälan, men den här förändringen sågs först en tid efter anmälan. I de fall där familjen var positiv till anmälan var den fortsatta relationen friktionsfri. BHV-sjuksköterskorna upplevde att bland de familjer som hade ett behov av extra stöd, fanns också ett samband med att familjen från början hade större svårigheter med tillit, vilket gjorde att det tog längre tid att vinna deras förtroende.

Upplevelsen var också att familjens socioekonomiska bakgrund spelade roll för hur familjen mottog en anmälan. I de fall där familjen bodde i ett socioekonomiskt svagare område upplevde BHV-sjuksköterskorna att de hade en närmre relation med familjen samt att familjen var mer öppna med sina problem vilket i sin tur kunde vara en fördel i samband med anmälan. Däremot var föreställningen att i mer välbärgade områden var familjerna inte lika öppna och berättade inte om sina problem på samma sätt vilket eventuellt kunde göra det svårare att identifiera när en anmälan behövde göras.

Strategier i mötet med familjen för att bibehålla relationen

BHV-sjuksköterskans bemötande och tillvägagångsätt

Det framkom att hur relationen blir efter anmälan visade sig till stor del bero på hur relationen varit före anmälan samt på BHV-sjuksköterskans tillvägagångssätt och bemötande av familjen före, under och efter anmälan. Deltagarna uppgav att det också var viktigt att prata med familjen före anmälan för att kunna bibehålla en god relation efter anmälan. Likaså var det viktigt att i vissa fall vara beredd på att anstränga sig lite extra för att behålla familjens förtroende efter en anmälan. BHV-sjuksköterskorna i studien informerade familjen före anmälan, främst genom ett möte om det var möjligt, annars via telefon, förutom i de fall där

de misstänkte misshandel eller incest. I de fall där familjen inte informerats innan vid till exempel misshandel eller då det inte gått att få tag på familjen, upplevde studiens deltagare att föräldrarna kunde vara mer upprörda och arga vid nästa möte, jämfört med dem som delgivits information före anmälan. Att vara tydlig, rak, ärlig och öppen i kommunikationen med familjen ansågs av studiens deltagare som viktiga faktorer för att bibehålla en god relation. BHV-sjuksköterskorna framhöll vikten av att vara väl förberedd inför mötet med familjen till exempel genom att före mötet noga tänka igenom vad som brustit i familjen samt för sig själv skriva ner de delarna. En strategi som studiens deltagare använde sig av var att genom att ställa öppna frågor till familjerna få dem att själva inse att de var i behov av hjälp och därmed själva ge samtycke till att en anmälan gjordes. Att använda sig av motiverande samtalsteknik framkom vara en bra metod för att få med sig familjen under anmälningsprocessen och det ansågs vara viktigt att gå utbildning i detta.

Jag tror att ett tips kan vara att man ska vara så ärlig som möjligt, ärlig och saklig och tydlig (...) att jag är så tydlig, jag berättar vad jag ser, jag tror att det är grundläggande, för att föräldrarna ska förstå. (BHV-ssk 4).

BHV-sjuksköterskorna i studien var också noga med vilka ord de använde sig av i kommunikationen med familjen, till exempel valde de att inte använda sig av ordet anmäla utan istället benämna det som orosanmälan, ansökan till eller att meddela socialtjänsten. Att tydliggöra för familjen att det är BHV-sjuksköterskans yrkesmässiga skyldighet att anmäla vid misstanke om ett barn far illa var en annan strategi som studiens deltagare använde sig av för att motivera för familjen varför anmälan gjordes. BHV-sjuksköterskorna uppgav att de motiverade anmälan genom att lägga fram familjens behov av stöd och extra hjälp, och berätta att det här stödet kan de få via socialtjänsten. Studiens deltagare ansåg att det var viktigt att inte komma med pekpinningar eller vara kritisk och nedsättande mot familjen, utan istället vara tydlig med varför en oro över familjens situation uppstått och att löpande ha en kommunikation med familjen kring det. Att framhäva att det inte var föräldern som blev anmäld utan att anmälan gjordes för barnets bästa ansåg BHV-sjuksköterskorna i studien var av vikt för att bibehålla relationen till familjen. Likaså att lyfta föräldrarna i föräldraskapet och stärka dem genom att belysa deras positiva egenskaper, ansågs viktigt.

”Vi är inte nä nu har du gjort fel, nu har du gjort så och nu har du gjort så, utan tvärtom utan vi vill hela tiden lyfta lyfta lyfta. Få dom att må bra (...).” (BHV-ssk 6).

Det framkom att en strategi var att bemöta alla föräldrar på samma sätt redan från första mötet då BHV-sjuksköterskorna från början inte kan veta vilka familjer som i framtiden kan behöva stöd från socialtjänsten genom en anmälan. När BHV-sjuksköterskorna sedan identifierat problem inom familjen visade det sig vara nödvändigt att lägga mer tid och fokus på familjen genom att kalla dem mer ofta till besök och uppföljning. Studiens deltagare menade att deras ansvar ej tog slut efter anmälan. De menade att beroende på hur mycket och hur täta insatser socialtjänsten påbörjat, kunde de kalla familjen lite mer ofta vid behov, alternativt släppa lite på den täta kontakten med familjen. Det framkom dock att det var viktigt med uppföljning för att visa sitt stöd till familjen. BHV-sjuksköterskorna hade som strategi att fråga föräldrarna vid nästkommande besök hur det fungerade i familjen och hur det fungerade med socialtjänsten men om familjen inte ville prata om det här så respekterade dem det.

”Att man hela tiden har en dialog med föräldrarna kring vad man ser hos dem och hos barnet redan från början, även när det inte är den fasen att det är en anmälan. Det vet man ju aldrig att det ska komma dit, så där gäller det ju att ha den dialogen med alla familjer.” (BHV-ssk 6)

Som författarna tidigare nämnt var en strategi att kalla familjen till ett trepartsmöte tillsammans med socialtjänsten då ett sådant möte visade sig vara positivt för att kunna bibehålla en god relation till familjen. BHV-sjuksköterskornas upplevelse var att om ett trepartsmöte ej var möjligt att genomföra kunde de be familjen om samtycke till kontakt med socialtjänsten och på så sätt få återkoppling i ärendet vilket upplevdes som en fördel för den fortsatta relationen med familjen.

Ett fåtal av studiens deltagare hade varit med om att familjen önskat byta BHV-sjuksköterska efter anmälan. Det hade antingen skett inom den egna mottagningen eller till någon annan mottagning. Studiens deltagare erbjöd samtliga familjer att efter anmälan byta BHV-sjuksköterska, de flesta valde dock att gå kvar. Deltagarna uttryckte att den gemensamma nämnare för de familjer som valt att byta var att de ej blivit informerade före anmälan gjordes eller att de inte hunnit etablera en relation till BHV-sjuksköterskan. BHV-sjuksköterskorna i

studien erbjöd sig att kontakta en ny BHV-sjuksköterska och boka in ett första besök för familjen. Vid byte påtalade studiens deltagare vikten av noggrann dokumentation.

Samarbete med socialtjänsten

Studiens deltagare hade delade åsikter gällande hur väl samarbetet med socialtjänsten fungerade. Dock ansåg BHV-sjuksköterskorna att ett bra samarbete var av stor betydelse för att bibehålla en god relation med familjen efter anmälan. I de fall där samarbetet med socialtjänsten fungerade upplevdes hela anmälningsprocessen som smidig och välfungerande. Många upplevde dock att den här kontakten hade mycket förbättringspotential och när det brast i kommunikationen mellan socialtjänst och BHV-sjuksköterska resulterade det ofta i arga föräldrar och en försämrad relation mellan BHV-sjuksköterska och familj. När återkoppling från socialtjänsten ej kunde fås uttryckte deltagarna en oro över om anmälan blivit liggande och vad det skulle innebära för familjen och således för barnet. En strategi som framkom var att få till stånd ett gott samarbete mellan BHV-sjuksköterskan och socialtjänsten, vilket studiedeltagarna upplevde att de inte alltid själva kunde påverka utan det kunde även bero på organisatoriska faktorer så som socialtjänstens tillgänglighet.

”Men då anmäler man och då har man ett första möte tillsammans med familjen så BVC är med och berättar varför man har anmält och socialförvaltningen är med och berättar vad deras uppgift är efter att ha tagit emot anmälan. Så vill jag att det ska fungera” (BHV-ssk 9)

Resurser

Förutsättningar på mottagningen

Förutsättningarna som förelåg på de olika mottagningarna hade betydelse för hur den fortsatta relationen med familjen blev. BHV-sjuksköterskorna menade att det var till fördel med kontinuitet där samma BHV-sjuksköterska träffade samma familj. I de fall där familjen önskade byta BHV-sjuksköterska efter anmälan uppgav deltagarna att det underlättade att vara flera BHV-sjuksköterskor på samma mottagning. Det var också en fördel att vara flera då deltagarna uttryckte en känsla av att de aldrig stod ensamma samt att de upplevde en trygghet i

att ha sina kollegor bakom sig. I de arbetsgrupper där det förekom en levande diskussion kring anmälningsprocessen upplevdes diskussionen som en resurs för att genomföra fler anmälningar. Deltagarna menade att hur diskussionsklimatet var på respektive mottagning kunde skilja sig åt beroende på vilka individer som arbetade där och-det i sin tur påverkade hur mycket kollegorna använde varandra som en resurs. Upplevelsen var att diskussionsklimatet på arbetsplatsen förändrats till att vara mer öppet i samband med att media de senaste åren uppmärksammat barn som far illa i större utsträckning. Något som studiens deltagare efterfrågade mer av var utbildning för att lättare kunna identifiera barn som far illa samt en större flexibilitet i basprogrammet med fokus på barnets behov.

Det fanns fördelar med att arbeta på en familjecentral. BHV-sjuksköterskorna menade att det blivit en kvalitetsökning sedan deras mottagning omvandlats till familjecentral. Det upplevdes positivt att samverka med flera olika yrkeskategorier, bland annat kunde BHV-sjuksköterskorna enkelt samarbeta med psykolog, socialsekreterare, kurator och förskolelärare. Flera yrkeskategorier innebar att fler ögon kunde se familjen i olika sammanhang och med olika perspektiv vilket gav en tydligare helhetsbild över barnets situation. De BHV-sjuksköterskor som arbetade på en familjecentral upplevde även närheten till socialtjänsten som en resurs och stor fördel. På familjecentralerna kunde förebyggande arbete även erbjudas till familjerna som till exempel stöd från kurator vilket, enligt studiens deltagare, ibland kunde förhindra att en anmälan blev aktuell.

”Så att det är ju, det är det som är mycket fördelen med familjecentral att man kan göra mycket här på plats från början utan att det behöver koppla in mer.” (BHV-ssk 5).

Stöd till BHV-sjuksköterskan

”Annars har vi barnsköterska, distriktssköterska och psykologer och så kommer socialsekreterare och så har vi öppen förskola med förskolelärare. Ja, så vi jobbar i ett team.” (BHV-ssk 2).

De BHV-sjuksköterskor som arbetade på familjecentraler upplevde det som ett stöd att arbeta i ett team med andra yrkeskategorier. Studiens deltagare upplevde att samverkansmöten där svåra ärenden kunde diskuteras var ett bra stöd för samtliga i personalgruppen. Att till exempel kunna gå två på ett hembesök och därmed stå två på en anmälan ansågs vara en fördel. Några upplevde att de var ensamma i anmälningsprocessen och menade då att det kändes som ett stöd om två kunde skriva under anmälan. Andra upplevde det endast som en formsak att stå två på anmälan då de menade att familjen ändå förstår vem det är som främst står bakom anmälan då det är BHV-sjuksköterskorna som i första hand är den som träffar familjen. I de fall BHV-sjuksköterskorna uppgav att de kände en rädsla för eventuellt våld upplevdes det som ett stöd att kunna gå två på ett hembesök eller att se till att inte vara själv på mottagningen. Förutom stöd från kollegor så påtalades det att stöd även kunde fås genom diskussion och bekräftelse från chefen i svåra ärenden, framförallt när osäkerhet förelåg om anmälan skulle skrivas eller ej. En annan typ av stöd var, enligt BHV-sjuksköterskorna, socialtjänstens telefonrådgivning där anonyma ärenden kan diskuteras. BHV-sjuksköterskorna uppgav att möjligheten till extern handledning med psykolog upplevdes som mycket positivt. Studiens deltagare omnämnde också kuratorn på mottagningen som en mycket viktig person att ge dem stöd i svåra ärenden då kuratorn har stor kunskap inom området. Praktiskt stöd i anmälningsprocessen kunde vara den mall som finns för hur de ska skriva själva anmälan.

BHV-sjuksköterskans förhållningssätt till anmälan

Det framkom under intervjuerna att BHV-sjuksköterskornas syn på anmälan kunde ses som en resurs som underlättade för dem i mötet med familjen under anmälningsprocessen och därmed kunde påverka den vidare relationen positivt. Att se anmälan som en plikt och att de begick tjänstefel om de bortsåg från denna plikt var ett synsätt som hjälpte BHV-sjuksköterskorna att motivera en anmälan för sig själva och för familjen. BHV-sjuksköterskorna i studien hade också inställningen att det inte var något konstigt om familjerna reagerade på en anmälan med ilska, besvikelse och en eventuell önskan om att byta

BHV-sjuksköterska. Trots det förväntade deltagarna sig ingen sämre relation till familjen. Med den inställningen upplevde BHV-sjuksköterskorna heller ingen rädsla inför mötet med familjen. Studiens deltagare såg det som att det var familjen, och framförallt barnet, som skulle få det bättre oavsett vilken BHV-sjuksköterska som träffade familjen efter anmälan. Det framkom att det viktiga var att det fanns någon där som kunde stötta familjen efteråt och det sågs därför ibland till och med som en fördel när familjen valde att byta. Trots att studiedeltagarna hade god vana och erfarenhet av många anmälningar så framkom det att de ansåg att det görs för få anmälningar. BHV-sjuksköterskorna kunde också se att med erfarenheten i att göra fler anmälningar ökade deras yrkestrygghet i anmälningsprocessen vilket ledde till att det blev lättare att bibehålla relationen med familjen då de vågade vara mer ärliga mot familjen.

” (...) att göra anmälningar, att göra anmälningar, att göra anmälningar det är liksom ingenting, att man måste se det som hjälp och ett stöd och som någonting bra och sen tillbaka till barnperspektiv, barnperspektiv, barnperspektiv” (BHV-ssk 6).

BHV-sjuksköterskorna upplevde en känsla av tillfredsställelse när familjen fick rätt hjälp och barnets situation förbättrats och de menade relationen gentemot familjen blev förbättrad.

”(...) man mår så gott de gånger där man ser att det blir ett bra resultat, och där man, vid de tillfällena då har jag fått en närmre relation än jag hade förut.” (BHV-ssk 4).

Diskussion

Metoddiskussion

Med studiens syfte i åtanke valde författarna att använda sig av en kvalitativ metod. Syftet var att belysa upplevelser och författarna ansåg därför inte att det fanns ett behov av kvantifiering. Författarna menar att det hade varit möjligt att genomföra studien även som en enkätstudie, men då med ett testat instrument och standardiserade strukturerade frågor. Enligt Hartman (2004) hade en enkätstudie kunnat vara en fördel då det är enklare att nå ut till fler deltagare. Eventuellt hade fler BHV-sjuksköterskor tagit sig tiden att besvara en enkät än deltagit i en intervju. Å andra sidan hade en enkätstudie krävt ett större urval för att ge ett analyserbart resultat. Då författarna upplevt att det var svårt att rekrytera deltagare till studien hade en sådan studie troligtvis varit svår att genomföra. Författarna såg en fördel med att utföra intervjuer då det ger en möjlighet att ställa följdfrågor (Hartman, 2004) och minskar risken för missförstånd av intervjuguidens frågor samt deltagarens svar (Polit & Beck, 2010). Dessutom ger en kvalitativmetod med intervjuer en djupare förståelse av problemområdet.

De inklusions- och exklusionskriterier som valdes ut av författarna var att deltagarna skulle vara yrkesverksamma samt att de skulle ha erfarenhet av att ha gjort minst en anmälan till socialtjänsten. Författarna valde att inte ha fler inklusions- och exklusionskriterier då de ansåg att de här kriterierna ringade in den önskade målgruppen. Deltagarna i studien hade varierande erfarenhet av antalet genomförda anmälningar och antalet yrkesår inom BHV vilket bidrog till ett bredare urval. Genom ett bekvämlighetsurval föreligger en risk att studiens deltagare väljer att delta utifrån ett specialintresse för ämnet, det kan i sin tur riskera att påverka resultatet (Trost, 2011). Hartman (2004) menar att ett felaktigt urval riskerar att resultera i ett förvridet resultat och därmed kan författarna gå miste om viktig kunskap och att det är av stor betydelse med ett korrekt urval vid genomförandet av en intervjustudie. Författarna anser, trots ett bekvämlighetsurval, att urvalet i studien fångar in avsedd målgrupp vilket minskar risken för ett skevt resultat.

Författarna upplevde att det var svårt att rekrytera deltagare vilket medförde att författarna kontaktade BHV-mottagningar över hela Sverige till studien. Då studien är liten går det dock

inte att uttala sig om en eventuell skillnad i resultatet utifrån geografisk utbreddhet av deltagare. Författarna kan konstatera att det fanns svårigheter i rekryteringen av deltagare till studien, totalt kontaktades 101 olika BHV-mottagningar och endast 9 olika verksamhetschefer tackade ja till deltagande. Av de 56 mottagningar som tackade nej var det många som inte uppgav någon orsak till att de inte önskade delta i studien men i de fall där orsak angavs uppgav cheferna i de flesta fall orsaker som hög arbetsbelastning och nyanställda under introduktion. Någon enstaka uppgav även orsaker som övergång till datajournal, flytt av mottagning samt att de redan deltagit i flertalet studier i år och därmed inte kunde sätta av mer tid för ändamålet. Ett fåtal angav att de inte kunde delta på grund av inklusionskriteriet att BHV-sjuksköterskan måste ha genomfört minst en anmälan till socialtjänsten för att delta. Flertalet chefer svarade, även om de avböjde deltagande, att de tyckte studiens syfte var mycket viktigt och någon önskade även utan att själva delta få lov att ta del av resultatet. Vid önskan om att fördjupa sig ytterligare inom det här området kan svårigheten att rekrytera deltagare försvåra genomförandet av en sådan studie.

Författarna valde att både utföra telefonintervjuer och intervjuer ansikte mot ansikte. Inför intervjuerna hade författarna i åtanke, i enlighet med Repstad (2007), att en telefonintervju innebär att gester och ansiktsuttryck går förlorade vilket i sin tur innebär att författarna kan gå miste om icke-verbal kommunikation som del i sin förståelse av materialet. Författarna upplevde dock inte det här som ett hinder, då det oavsett tillvägagångssätt vid intervjun framkom motsvarande resultat. Likaså blev telefonintervjuerna lika fylliga både innehållsmässigt och tidsmässigt som de intervjuer som utfördes ansikte mot ansikte. Författarna upplevde att den intervju som besvarades skriftligen inte uppnådde samma djup som övriga intervjuer. Det kan förklaras av att författarna inte hade möjlighet att fördjupa materialet genom att ställa följdfrågor samt att intervjuguiden var avsedd att användas för en muntlig intervju. Författarna valde trots det, i samråd med handledaren, att inkludera den skriftliga intervjun i studien då det som framkom svarade till studiens syfte.

Deltagarna i studien fick själva välja om intervjun skulle utföras på deras arbetsplats eller utanför arbetsplatsen. Samtliga deltagare valde att intervjuas på arbetsplatsen. Enligt Trost (2011) kan det vara en fördel att utföra en intervju där deltagaren känner sig trygg, vilket upplevdes som positivt av författarna förutom vid en intervju där deltagaren blev tvungen att göra uppehåll i intervjun på grund av att en patient kom och sökte henne. Det här resulterade i

att intervjun inte flöt lika smidigt som övriga intervjuer vilket kan ha resulterat i att författarna gick miste om värdefull information.

Då deltagarna i författarnas studie har deltagit frivilligt kan de därmed valt att delta utifrån ett specialintresse för just den här frågan. Det här kan i sin tur vara en anledning till att deltagarna upplevs ha en mer avslappnad inställning, utan rädsla inför anmälan, jämfört med vad tidigare forskning visat. Hur resultatet hade sett ut om intervjuer även genomförts med de som avstått deltagande kan författarna inte svara på.

Vid planeringen inför intervjuerna beslutades det att en av författarna skulle hålla i intervjun och den andra författaren skulle föra anteckningar och ställa följdfrågor om sådana dök upp. Det här upplevde båda författarna som positivt och om en av författarna missade att följa upp en tråd i intervjun kunde den andra författaren gå in och plocka upp tråden och risken för att gå miste om värdefull information minskades därigenom. Vid telefonintervjuerna hade författarna inte den här möjligheten då endast en genomförde intervjun, varpå författarna kan ha missat att ställa relevanta följdfrågor. Då den författare som inte var med på telefonintervjuerna lyssnade igenom intervjuerna upplevdes inte att någon följdfråga av stor vikt missades att ställas.

Författarna valde att analysera materialet enligt Burnard et. al's (2008) innehållsanalys bestående av fyra steg. Författarna upplevde de fyra stegen som tydliga vid analysförfarandet av materialet. När författarna följde Burnard et. al's (2008) fyra steg formades studiens huvudkategorier och kategorier smidigt fram utifrån den öppna kodningen som grund. Då det i Burnard et. al's (2008) metodbeskrivning finns en viss oklarhet kring kvalitativa valideringsbegrepp väljer författarna att diskutera dataanalysen utifrån de begrepp som Graneheim och Lundman (2003) använder sig av så som trovärdighet, giltighet och överförbarhet. Databearbetningen genomfördes enskilt av båda författarna och jämfördes därefter. Den öppna kodningen, kategorier samt huvudkategorier som författarna enskilt identifierade stämde väl överens med varandra vilket kan öka studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2003). Ett annat moment som styrker trovärdigheten var att handledaren löpande fick ta del av bearbetningen för att som utomstående kunna följa processen som en extra säkerhet för att se så att författarna bearbetade materialet korrekt. Det här tillvägagångssättet kan även ses öka studiens giltighet då handledaren har möjlighet att se

så att fokus i resultatets innehåll stämmer överens med innehållet i det insamlade materialet (ibid.).

Med en induktiv ansats påverkas sannolikheten i resultatet även av antalet intervjuer som genomfördes då slutsatsen är dragen efter det material som intervjuerna gav (Thurén, 2007). Författarna är medvetna om att antalet intervjuer är få men upplever att innehållet från intervjuerna ändå bidragit till ett material med djup i. Deltagarna har erfarenhet av flertalet anmälningar och hur anmälningsprocessen kan påverka den fortsatta relationen vilket gör resultatet värdefullt även om studien kan diskuteras avseende överförbarhet. Graneheim och Lundman (2003) skriver att för att öka en studies överförbarhet krävs att studiens urval presenteras noga. Författarna menar att studiens urval har presenterats ingående utifrån urvalskriterier och insamlat material och därför skulle resultatet kunna överföras på en större population. Det hade varit möjligt att samla in ytterligare information om deltagarna, så som ålder och rådande kultur på arbetsplatsen, men författarna valde att inte fördjupa sig i de här frågorna då det inte ansågs relevant för studiens syfte. Graneheim och Lundman (2003) påtalar dock att det är läsaren och inte författarna som skall avgöra om en studies resultat är överförbart.

Resultatdiskussion

Det framkom att relationen efter anmälan påverkades av flera olika faktorer så som hur relationen varit mellan BHV-sjuksköterska och familj före anmälan och lika så vilka strategier BHV-sjuksköterskan använt sig av i bemötandet av familjen. Tidigare internationella studier visar att vårdpersonal känner en rädsla inför anmälan och en oro för att tappa familjen (Eisbach & Dreissnack, 2010; Lazenbatt & Freeman, 2005; Plitz & Wachtel, 2009). Eisbach & Dreissnack (2010) beskriver också i sin studie att sjuksköterskan genom en anmälan är rädd för att skada sin goda relation till familjen. I författarnas resultat framkom att ingen BHV-sjuksköterska hade erfarenhet av någon våldsamt situation och samtliga upplevde att en god relation bibehölls efter anmälan. I många fall fördjupades till och med relationen och BHV-sjuksköterskan upplevde att hon fick en närmre relation till familjen. Likaså framkom det ur författarnas studie att det var mycket ovanligt att familjen valde att byta BHV-sjuksköterska efter anmälan. Således frågar författarna sig varför det framtagna resultatet skiljer sig från

tidigare forskning, vad kan den här skillnaden bero på? Delvis kan det bero på att studien är så pass liten att den inte är överförbar på den stora populationen. Delvis kan det bero på att urvalskriterierna i författarnas studie kan ha skiljt sig från urvalet i tidigare forskning. I Lazenbatt & Freeman, (2005) och i Plitz & Wachtel (2009) studier framkommer det inte om det har funnits krav på att deltagarna skulle ha haft erfarenhet från anmälningsprocessen, vilket kan vara en orsak till att resultatet i föreliggande studie skiljer sig från deras. I Eisbach & Dreissnack (2010) studie framkommer det att deltagarna har erfarenhet från anmälningsprocessen men det framkommer ej specifikt hur många anmälningar deltagarna har gjort, vilket även det kan vara en orsak till skillnader i studiernas resultat.

I studiens resultat framkom att varje familj är unik och likaså varje enskild BHV-sjuksköterska. Det här visade sig påverka mötet, vilket författarna kopplar tillbaka till Travelbees (1971) teori om mellanmännsliga relationer då BHV-sjuksköterskorna upplevde att deras egen personlighet samt den enskilda familjens förutsättningar hade betydelse för hur mötet dem emellan utmynnade och därmed hur den fortsatta relationen blev. Det framkom även ur studiens resultat att varje enskild individ inte kan generaliseras. Därför måste BHV-sjuksköterskan, i enlighet med Travelbees teori, ha förståelse för vilken erfarenhet familjen sedan tidigare besitter gällande socialtjänsten samt att det kan ha betydelse för hur familjen reagerar på en anmälan och att även det kan påverka den fortsatta relationen. Det här menar författarna ställer krav på BHV-sjuksköterskan i mötet med familjen, hon måste vara flexibel i sitt bemötande och anpassa det utifrån familjens reaktion och bakgrund. BHV-sjuksköterskan behöver därmed vara förberedd på vilken reaktion som helst. I takt med att BHV-sjuksköterskan gör fler anmälningar växer hennes yrkestrygghet och därmed blir hon mer förberedd inför mötet med familjen. I tidigare forskning har det framkommit att sjuksköterskor som fått extra utbildning, inom ämnet barn som far illa, var tryggare i anmälningsprocessen (Fraser et al., 2009; Paavilainen et al., 2001; Pabis et al., 2010). I författarnas resultat framkom det som en strategi att bemöta familjen genom motiverande samtalsteknik och då påtalades också betydelsen av att få utbildning i det. För att underlätta anmälningsprocessen för BHV-sjuksköterskorna menar författarna att utbildning inom både barn som far illa och motiverande samtalsteknik är av vikt. Utbildning i bemötande kan enligt författarna vara till fördel men ej ersätta värdet av erfarenheten. Tillsammans med BHV-sjuksköterskans medvetenhet om familjers individuella skillnader kan de strategier som författarna identifierat i studien, så som hur hon bemöter familjen och vilket tillvägagångssätt

hon använder sig av samt att ha ett välfungerande samarbete med socialtjänsten, hjälpa henne att möta familjen före, under och efter anmälan. De här strategierna kan författarna se komma till nytta för sjuksköterskor även i andra situationer inom barnsjukvården, till exempel på mottagningar för kroniskt sjuka barn, där en relation förväntas fortlöpa under en längre tid och därmed också efter att en anmälan gjorts till socialtjänsten.

Det framkom att bristande kommunikation och samarbete mellan BHV-sjuksköterskan och socialtjänsten var av nackdel för relationen mellan BHV-sjuksköterskan och familjen. Det var viktigt att undvika missförstånd och att gentemot familjen ha en gemensam planering för vad som skulle ske framöver. Mer resurser till socialtjänsten hade förhoppningsvis kunnat leda till att fler trepartsmöten kom till stånd och därmed påverka den fortsatta relationen till familjen positivt. Bibehålls relationen mellan BHV-sjuksköterskan och familjen kan det öka förutsättningarna för att barnet i slutändan ska få det bättre. Då det framkommit i Region Skånes folkhälsorapport *Barn och föräldrar i Skåne* att i de familjer där våld förekommer i hemmet är det endast cirka hälften av föräldrarna som söker hjälp, samt att det framkommit i författarnas resultat att familjens syn på socialtjänsten påverkar den fortsatta relationen, menar författarna att socialtjänsten behöver synliggöra sig mer för alla barnfamiljer (Fridh et al., 2014). Det här hade kunnat ske genom att socialtjänsten till exempel deltog i föräldragrupper på BHV-mottagningen där de kan ge information om sin verksamhet och vad de kan erbjuda. På så sätt skulle alla familjer få samma information och förhoppningsvis skulle det minska risken för förutfattade meningar om vad socialtjänsten är och vad de arbetar med. Med ökad kunskap hos föräldrar om socialtjänstens verksamhet hade förhoppningsvis fler föräldrar på egen hand vågat söka stöd och hjälp då de brister i sitt föräldraskap.

Det framkom i studien att BHV-sjuksköterskorna upplevde att det hade skett en kvalitetsökning sedan deras mottagning omvandlats till en familjecentral. Framförallt hade kontakten med socialtjänsten förbättrats vilket underlättade arbetet med familjen. Författarnas resultat stärks i en utvärdering av familjecentraler i Västra Götaland där det framkommer ett liknande resultat som visar att samarbetet mellan personalen har förbättrats (Abrahamsson, Bing & Löfström, 2009). Utvärderingen visade även att samarbetet med socialtjänsten inleddes tidigare i samband med en anmälan. Införandet av familjecentral innebar även en ökad möjlighet att möta familjens behov samt en kvalitetsökning i det stöd som familjen erbjöds (ibid.). Med den här utvärderingens resultat, tillsammans med föreliggande studies

resultat, i åtanke, anser författarna att det vore en fördel med fler familjecentraler för såväl personal som för familjerna.

Konklusion och implikationer

Resultatet visar att om BHV-sjuksköterskan har en stödjande inställning och använder sig av specifika strategier kan hon bibehålla och till och med förbättra relationen med en familj efter att en anmälan till socialtjänsten gjorts. Likaså är det viktigt att behålla kontinuitet med familjen och att använda sig av de resurser som finns på mottagningen för att öka möjligheten att bibehålla en god relation med familjen. Med vetskapen om den här studiens resultat kan fler BHV-sjuksköterskor bli tryggare i mötet med familjer och förhoppningsvis våga skriva fler anmälningar, vilket i sin tur leder till att fler av de barn som far illa kan få möjlighet till rätt stöd och en tryggare uppväxt.

Då författarna upplever att det finns begränsat med forskning inom området samt att det framtagna resultatet skiljer sig från tidigare studier hade det varit av värde att genomföra en större studie inom området med fler deltagare. Det är enligt författarna av stor vikt för att både kunna bredda och fördjupa kunskapen inom området ytterligare och på så sätt eftersträva att fler barn får det bättre.

Referenser

Abrahamsson, A., Bing, V., & Löfström, M. (2009). *Familjecentraler i Västra Götaland. En utvärdering*. Västra Götalandsregionen: Folkhälsokommittén. Hämtad från: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:284518/FULLTEXT01.pdf>

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. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.05.006

Annerbäck, E-M., Wingren, G., Svedin, C G., & Gustavsson, P A. (2010). Prevalence and characteristics of child physical abuse i Sweden - findings from a population-based youth survey. *Acta paediatrica*, 99(8), 1229-1236. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.01792.x

Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204(8), 429-432. doi: 10.1038/sj.bdj.2008.292

Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

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.

Fridh, M., Modén, B., Lindström, M., Grahn, M., Lindeberg, S., Berglund, M., Olsson, L., Thor, Y., Köhler, M. & Rosvall, M., *Folkhälsorapport Barn och Föräldrar i Skåne 2014*, Region Skåne. Hämtade den 22e oktober 2014 från: http://utveckling.skane.se/siteassets/publikationer_dokument/barn-och-foraldrar-i-skane-2014.pdf

Forskningsetisk policy och organisation i Sverige. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Uppsala: Almqvist & Wiksell Tryckeri.

Francis, K., Chapman, Y., Sellik, K., James, A., Miles, M., Jones, J., & Grant, J. (2012). The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Contemporary Nurse*, 41(1), 58-69. Från <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=b8bac955-6c38-4b78-8bf8-cf00384909a0%40sessionmgr4001&vid=2&hid=4105>

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., Widom, CS., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Jansson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancett*, 373(9657), 68-81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Hartman, J. (2004). Vetenskapligt tänkande: Från kunskapsteori till metodteori. (2:6, uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Kunskapscentrum för barnhälsovård. (2012). *Barnhälsovården Region Skåne: Årsrapport 2012*. Malmö: Region Skåne.

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. doi:10.1080/08035250410025654

Lazenbatt, A., & Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 227-236. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x

Nationella nätverket för Vårdutvecklare/Barnhälsovårdssamordnare. (2011). *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovården*. Hämtad 19 mars, 2014, från Rikshandboken barnhälsovård, <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-Barnhalsovarden/>

Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P., Paunonen - Ilmonen, M., & Laippala, P. (2001). 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

Pabis, M., Wronska, I., Slusarska, B., & Cuber, T. (2010). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of advanced nursing*, 67(2), 384-393. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x

Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (3 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Plitz, A., & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 93-100. Från <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dc85c5e2-2b7f-4667-bb94-b28fc7dbac0b%40sessionmgr4002&vid=4&hid=4112>

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2010). *Essentials of Nursing Research - Appraising Evidence for Nursing Practice* (7 uppl). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Repstad, P. (2007). *Närhet och distans*. (4. Uppl.). Studentlitteratur.

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

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

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

Thurén, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. (2:1. uppl.). Malmö: Liber AB.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2. uppl.). Philadelphia: F.A. Davis.

Trost, J. (2011). *Kvalitativa intervjuer*. (4:3. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Unicef. (2009). *Barnkonventionen - FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: Unicef.

Unicef. (2011). *Barnkonventionen/Frågor och svar*. Hämtad 13 mars, 2014, från <http://unicef.se/barnkonventionen/fragor-och-svar>

WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (1964). Helsingfors: Finland. Från [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])

Intervjuguide:

1. Hur lång arbetslivserfarenhet har du?
2. Hur många anmälningar har du gjort?
3. Hur upplever du anmälningsprocessen?
 - Förklara vidare, hur menar du? vad tänkte du?
4. Vad är dina upplevelser av att möta familjen efter en anmälan?
 - Förklara vidare, hur menar du? vad tänkte du?
5. Finns det någon fråga du tycker vi missat ställa? Något du vill tillägga på ämnet?