LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors erfarenheter av att möta familjer där ett barn far illa

En kvalitativ intervjustudie på barnakuten

Författare: Naemi Achiniotis och Julia Johansson

Handledare: Bengt Sivberg

Magisteruppsats

Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskors erfarenheter av att möta familjer där ett barn far illa

En kvalitativ intervjustudie på barnakuten

Författare: Naemi Achiniotis och Julia Johansson

Handledare: Bengt Sivberg

Magisteruppsats

Hösten 2017

Abstrakt

Det har visat sig finnas svårigheter i sjuksköterskans möte med familjer där ett barn far illa. Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta dessa familjer på barnakuten. En kvalitativ intervjustudie utfördes där åtta sjuksköterskor deltog. Efter analys framkom i resultatet tre kategorier vilka benämndes: *Att vara uppmärksam, Att integrera känslor och kunskap, Att beakta barnets rättigheter.* Dessa kategorier delades in i subkategorier och innefattade oroväckande signaler som bör uppmärksammas, hur svåra känslor hanterades och hur kunskap sågs nödvändig för omhändertagandet av dessa barn. Sjuksköterskan beaktade barnets rättigheter genom att samarbeta med kollegor och följa sina åligganden trots att det fanns svårigheter i agerandet. Resultatet visade sig dels stå i linje med tidigare forskning, dels generera ny information, vilket kan bidra till stöd i sjuksköterskans möte med familjen samt minska risken för de långsiktiga konsekvenser som kan drabba barnet.

Nyckelord

Barn som far illa, sjuksköterska, barnakuten, erfarenheter, kvalitativ intervjustudie, oroväckande signaler, hantering, anmälan

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion 4
Bakgrund 4
Perspektiv och utgångspunkter 4
Föräldrars ansvar i barns omsorg 5
Barn som far illa 6
Barnets perspektiv 7
Sjuksköterskans ansvar 8
Sjuksköterskans upplevelser 8
Syfte 10
Metod 10
Urval 10
Instrument 11
Datainsamling 11
Analys av data 12
Forskningsetiska avvägningar 14
Resultat 15
Att vara uppmärksam 16
Oroväckande signaler hos föräldrarna 16
Oroväckande signaler hos barnet 18
Att integrera känslor och kunskap 18
Sätt att hantera det emotionella 18
Behov av kunskap 20
Att beakta barnets rättigheter 20
Medveten om sina skyldigheter 21
Behov av samarbete 21
Hinder att agera 22
Diskussion 24
Metoddiskussion 24
Resultatdiskussion 27
Konklusion och implikationer 30
Referenser 32
Bilaga 1 (1) 37

Introduktion

Vart tionde barn befinner sig enligt Janson (2012) i en riskzon för att fara illa. Enligt Dahlbo, Jakobsson och Lundqvist (2017) råder en underrapportering av dessa barn till socialnämnden i Sverige trots att sjuksköterskan enligt socialtjänstlagens 1 §, kap. 14 (SFS 2001:453) är skyldig att anmäla till socialnämnden vid misstanke om att ett barn far illa.

Tidigare forskning (Herendeen, Blevins, Anson & Smith, 2013) påvisar att sjuksköterskor upplever svårigheter i mötet med familjer där det finns en misstanke alternativt kännedom om att barnet far illa. Det framkommer att sjuksköterskor finner det problematiskt att identifiera de barn som inte uppvisar tydliga tecken på fysisk misshandel (ibid.). Vidare visar forskning att flertalet sjuksköterskor känner en rädsla i samband med anmälan av dessa familjer och barn (Piltz & Wachtel, 2009) men också att det råder en brist på utbildning inom området (Eisbach & Driessnack, 2010). Sjuksköterskor i Sverige beskriver att det uppstår en konflikt i deras yrkesroll då de har ett ansvar att identifiera de barn som far illa samtidigt som de skall vara icke-dömande (Tingberg, Bredlöv & Ygge, 2008). Forskning inom primär- och slutenvård inom området barn som far illa är sparsam vilket styrker vikten av att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av detta. Ny kunskap kan erhållas som kan ge stöd för sjuksköterskans omhändertagande och möjliggöra ett tidigt identifierande av barn som far illa.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Sjuksköterskans omvårdnadsarbete utgår från sex kärnkompetenser; säker vård, personcentrerad vård, informatik, samverkan i team, evidensbaserad vård samt förbättringskunskap (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Utgångspunkten i föreliggande studie grundar sig i kärnkompetenserna personcentrerad vård och säker vård. Personcentrerad vård eftersträvar enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2016) att synliggöra hela personen medan säker vård enligt Hommel et al. (2016) handlar om att värna om patientens säkerhet, vilket i detta fall är barnet.

Enligt Barnsteiner (2013) skall patientsäkerhet vara betonad med ansvarstagande, skicklighet, integritet och ärlighet. Säker vård för patienten uppmärksammas även i patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) där det står skrivet att sjukvårdspersonal skall visa patienten omtanke och respekt samt ge en omsorgsfull hälso- och sjukvård. Sjuksköterskan har i sitt omvårdnadsarbete en central roll när det kommer till att förbättra kvaliteten och säkerheten i vården genom bland annat identifiering av risker och förändring i patientens tillstånd (Barnsteiner, 2013). När sjuksköterskan möter familjer där det finns en misstanke eller kännedom om att ett barn far illa tydliggörs denna centrala roll. Enligt Hommel et al. (2016) måste säker vård värderas högt och kräver att alla yrkeskategorier uppmärksammar när det finns en risk att patientsäkerheten hotas.

Enligt den personcentrerade vården har sjuksköterskan ett ansvar att sätta personen i centrum vilket förutsätter öppenhet, vilja och intresse att lyssna på individens historia (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Genom att sjuksköterskan ser barnet, vågar agera samt känner sig trygg i sin roll då det finns en misstanke alternativt kännedom om att barnet far illa beaktas detta personcentrerade perspektiv. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016) strävar den personcentrerade vården också efter att tillgodose andliga, existentiella, sociala, psykiska och fysiska behov (ibid.). Då barn som far illa inkluderar både fysiska, psykiska och sociala svårigheter (Region Skåne, 2014) styrks behovet av en personcentrerad vård. Vidare belyser Svensk sjuksköterskeförening (2016) att personen inte endast är en individ utan ses som beroende av personer i sin närhet och det sociala sammanhang som personen befinner sig i. Det kan därför ses viktigt för sjuksköterskan att se till hela familjen i mötet med barn som far illa.

Det har visat sig enligt Gilbert et al. (2009) att det finns starka samband mellan att ha blivit utsatt för övergrepp i barndomen och exempelvis kognitiv nedsättning och depressioner senare i livet (ibid.). Genom att tidiga åtgärder vidtas kan riskerna enligt Thullberg, Wigzell och Ågren (2004) minimeras för långvariga konsekvenser som psykisk ohälsa för de barn som far illa (ibid.). Med vetskap om dessa risker är det viktigt att sjuksköterskan tar hänsyn till säker vård samt personcentrerad vård för att värna om barnets bästa.

Föräldrars ansvar i barns omsorg

Familjen är en hörnsten i främjandet för hälsa och välbefinnande. Ordet familj kan definieras som en grupp individer med en genetisk, rättslig och/eller känslomässig relation. Det är

individen själv som avgör vem som ingår i familjen (Institute for patient- and family-centered care, u.å.).

Enligt föräldrabalkens 1 §, kap.6 (SFS 1949:381) har barnet rätt till en god fostran, trygghet och omvårdnad. Barnet får inte utsättas för kränkning eller annan fysisk bestraffning. Vidare beskrivs i 2 §, att barnets vårdnadshavare ansvarar för att barnet får en god tillsyn med hänsyn till ålder och utveckling. I 11 §, kap.6, beskrivs att vårdnadshavare ansvarar för de beslut som rör barnet. I takt med ålder och utveckling ges större utrymme för barnets egna synpunkter och önskemål. I 2 a §, kap.6, belyses barnets bästa vilket skall beaktas vid alla beslut om boende, vårdnad och umgänge. För att ta hänsyn till barnets bästa skall en bedömning göras avseende barnets risk att utsättas för övergrepp, alternativt om någon annan i familjen utsätts för övergrepp (ibid.). När ett barn far illa kan detta bero på att föräldrarna brister i sin omsorg för barnet eller är känslomässigt otillgängliga. Det kan också bero på att föräldrarna av någon anledning inte ser barnets behov eller reagerar på dess signaler (Region Skåne, 2014). Denna brist hos föräldrarna står därför inte i enlighet med deras ansvar som understryks i föräldrabalken.

Barn som far illa

Enligt Förenta Nationernas (FN, 1989) barnkonvention är varje individ under 18 år ett barn. World Health Organization (WHO, 2016) har gjort en definition av fysisk- och psykisk misshandel, försummelse samt sexuella övergrepp, vilka ingår i begreppet barn som far illa. Fysisk misshandel beskrivs enligt WHO (2016) som våld i form av exempelvis skakning eller slag. Region Skåne (2014) beskriver att dessa skador kan innefatta allt från hudrodnader till allvarliga, potentiellt dödliga skador. Enligt WHO (2016) anses psykisk misshandel vara bland annat hot och kränkning mot barnet. Vad gäller försummelse innebär detta att vårdnadshavaren inte tillgodoser barnets grundläggande behov för en hälsosam utveckling. Sexuella övergrepp definieras som all sexuell kontakt med barnet (ibid.). Enligt Region Skåne (2014) innebär detta allt från verbala sexuella antydanden till sexuella övergrepp med fysisk kontakt.

De barn som löper ökad risk är de som har särskilda behov alternativt har en förälder som har en missbruksproblematik eller lider av en psykisk sjukdom. Det kan också ses som en ökad risk i de familjer som lever under stress alternativt där våld förekommer (WHO, 2016). Sjukvårdspersonal bör vara extra observant i de situationer där familjen söker vård sent, söker

primärt för annat eller om beskrivning av skadans uppkomst ej stämmer överens med befintlig skada. En misstanke bör även uppstå när ett barn inte går upp i vikt, verkar smutsigt, är nedstämd eller har en dålig självbild. Det är också viktigt att uppmärksamma fysiska symtom som exempelvis upprepade urinvägsinfektioner samt blåmärken på insidan av låren vilket kan signalera misstankar om sexuella övergrepp (Region Skåne, 2014). Region Skåne (2014) har utarbetat ett handlingsprogram riktat till vårdpersonal inom området barn som far illa som kan användas som stöd i arbetet med dessa barn.

Barnets perspektiv

I en litteraturgenomgång utförd av Gilbert et al. (2009) var syftet att identifiera omfattningen av barn som far illa, vilka faktorer som var avgörande för barnet och de långsiktiga konsekvenserna som kunde uppstå hos barnet. I studien framgick att tusentals barn dör årligen i världen, både avsiktligt och oavsiktligt orsakat av att de far illa, vilket är det värsta scenariot som kan inträffa. Det framkom vidare att de barn som farit illa uppvisade långsiktiga konsekvenser i bland annat sitt mående. Under skoltiden visade det sig att barn som utsatts för någon form av misshandel presterade sämre i skolan och hade större behov av extra stöd vilket i sin tur kunde påverka den ekonomiska situationen för barnet i vuxen ålder. Barnet uppvisade en ökad risk för beteendeproblematik såsom depression och ångest men också ett utåtagerande beteende i form av exempelvis aggression. Andra psykiska besvär som dessa barn riskerade att drabbas av i framtiden var bland annat alkoholmissbruk och posttraumatiskt stressyndrom samt att de löpte en ökad risk för att försöka begå självmord. Barnet visade dessutom tecken på fysiska konsekvenser såsom matproblematik i form av exempelvis fetma och ätstörningar. Ett onormalt sexuellt beteende där individen var påträngande kunde ses hos en del av de barn som har farit illa, framförallt hos de som blivit sexuellt utnyttjade. Slutligen framkom det i studien att barn som farit illa senare i livet uppvisade ett våldsamt beteende med risk för kriminalitet (ibid). I en kvantitativ studie av Gould et al. (2012) med 93 deltagare undersöktes sambandet mellan ett tidigt livstrauma och en kognitiv påverkan i vuxen ålder. Studien bekräftade att barn som utsatts för ett trauma riskerar att drabbas av långsiktiga konsekvenser i form av en påverkan på centrala nervsystemet. Dessa konsekvenser kunde röra sig om psykiska besvär och kognitiv dysfunktion såsom posttraumatiskt stressyndrom och minnessvårigheter (ibid.). I en litteraturgenomgång utförd av Norman et al. (2012) bekräftades ytterligare de långsiktiga konsekvenserna av att barn far illa. Liksom tidigare nämnda studier av Gilbert et al. (2009) samt Gould et al. (2012) styrker Norman et al. (2012)

att konsekvenser såsom psykisk ohälsa, missbruksproblematik, fysiska sjukdomar samt ett onormalt sexuellt beteende drabbar barn som far illa i ökad benägenhet.

Med hänsyn till de långsiktiga konsekvenser som finns beskrivna, det vill säga ekonomiska problem, psykisk ohälsa och fysisk sjukdom samt kriminalitet skulle detta i sin tur kunna innebära en stor kostnad för samhället. Tidiga insatser skulle därmed kunna spela stor roll dels för barnet men också i sin tur innebära ekonomiska fördelar för samhället. Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014) skall sjuksköterskan tillsammans med samhället ansvara för att insatser som tillgodoser sårbara befolkningsgruppers hälsa och sociala behov beaktas (ibid.). Barn som far illa skulle i detta fall kunna likställas med en sårbar befolkningsgrupp där sjuksköterskan skall arbeta med tidiga insatser som skall vara till nytta för både barnet och samhället.

Sjuksköterskans ansvar

Enligt WHO (2016) har sjukvården ett ansvar att stödja barn som har utsatts för misshandel och övergrepp. Personal som vårdar barn skall dessutom enligt Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård (NOBAB, 2017) ha kompetens och utbildning för att kunna möta både fysiska och psykiska behov. I Hälso- och sjukvårdslagens 2 g § (HSL, SFS 1982:763) beskrivs att personal som arbetar inom hälso- och sjukvård har en skyldighet att beakta barns behov av information, råd och stöd om förälder eller annan vuxen person i barnets hem har en psykisk sjukdom, allvarlig fysisk sjukdom alternativt är missbrukare (ibid.).

Sjuksköterskan har enligt Socialtjänstlagens 1 §, kap. 14 (SFS 2001:453) en skyldighet att anmäla till socialnämnden vid misstanke om att ett barn far illa. Anmälan skall göras omgående till socialnämnden av alla barn mellan 0-18 år då oro för att barnet riskerar att fara illa uppkommer. Detta innebär att bevis för att barnet far illa inte behöver föreligga (Region Skåne, 2014). För att göra denna anmälan krävs att sjuksköterskan enligt Benger och Pearce (2002) har kunskap i identifierandet av denna sårbara grupp, inte minst på en akutmottagning.

Sjuksköterskans upplevelser

Tidigare forskning påvisar att det råder svårigheter för sjuksköterskor att möta barn som far illa. I en studie av Fraser, Mathews, Walsh, Chen och Dunne (2009) framkom att

sjuksköterskor vid misstanke om att barn far illa avsiktligt valt att inte anmäla trots krav på detta. Studien genomfördes i Australien och hade till syfte att undersöka hur sjuksköterskors karakteristika, utbildning och kunskap kan inverka på dess attityder till anmälan när ett barn far illa. I enkätstudien deltog 930 sjuksköterskor. I resultatet framgick även att sjuksköterskorna upplevde en svårighet att upptäcka situationer där föräldrar var känslomässigt otillgängliga eller där försummelse av barnet förekom (ibid.). Denna svårighet bekräftades även i en studie av Eisbach och Driessnack (2010) där de beskrev att fysiska mer konkreta skador underlättade för identifiering av barnmisshandel. Syftet med studien var att undersöka processen hos barnsjuksköterskor vid anmälan av barn som far illa. Studien utfördes i USA genom intervjuer av 23 barnsjuksköterskor (ibid.). I en intervjustudie från Australien av Land och Barclay (2008) där syftet var att identifiera sjuksköterskors roll i att skydda barn som far illa samt vilka barriärer det kan finnas gällande detta deltog 10 sjuksköterskor som arbetade med barn och familjer. I resultatet framgick det faktum som tidigare nämnts, att det fanns en svårighet att identifiera de barn som inte visade tecken på fysiska skador. Detta resultat står även i enlighet med Piltz och Wachtels (2009) reviewstudie som även den utfördes i Australien. Data inhämtades från 17 olika studier och hade till syfte att identifiera de hinder som hämmar sjuksköterskor från att anmäla misstänkta fall av barn som utsätts för misshandel.

Vidare belyses problematiken gällande området barn som far illa i Piltz och Wachtels (2009) studie där sjuksköterskors rädslor för de konsekvenser som kan uppstå efter en anmälan beskrevs. Sjuksköterskorna nämner i studien dels en rädsla för sin egen säkerhet men också en rädsla för att förstöra relationen till familjen och vad som kommer att hända med barnet (ibid.). Sjuksköterskornas rädsla för sin egen säkerhet bekräftades även i Eisbach och Driessnack (2010) samt Land och Barclays (2010) studier. Problematiken kring rädslan för att förlora relationen till familjen beskrevs vidare i en studie av Herendeen et al. (2013) där syftet var att undersöka barnsjuksköterskors erfarenheter gällande identifiering och hantering av barnmisshandel. Studien genomfördes i USA där 604 barnsjuksköterskor deltog i en enkätundersökning.

Ett annat problem för sjuksköterskor vid situationer där barn far illa berör utbildningen vilket beskrevs av Tingberg et al. (2008) i en intervjustudie från Sverige med elva deltagande sjuksköterskor från en akutmottagning. Syftet i studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att möta barn som far illa samt hur de förhåller sig professionellt i situationer

där förövaren är föräldern till barnet. I studien menade sjuksköterskorna att utbildningen var bristfällig inom området barn som far illa (ibid.), vilket står i enlighet med det resultat som påvisas av Eisbach och Driessnack (2010), Fraser et al. (2009), Land och Barclay (2008) samt Piltz och Wachtel (2009).

Det faktum att sjuksköterskor upplever en svårighet i att upprätthålla ett professionellt förhållningssätt gentemot föräldrar till barn som far illa, när föräldern själv är förövaren (Tingberg et al., 2008) kan innebära etiska problem. Sjuksköterskorna beskrev att det uppstår en konflikt mellan dess vårdande roll samtidigt som de behövde förhålla sig till lagen och göra en anmälan vid misstanke om att barnet far illa (ibid.). Att sjuksköterskan upplevde en rädsla att förstöra relationen med familjen i samband med anmälan (Herendeen et al., 2013) är också ett etiskt dilemma då sjuksköterskan enligt Socialtjänstlagens 1§, kap. 14 (SFS 2001:453) är skyldig att anmäla till socialnämnden vid misstanke om att ett barn far illa. Med vetskap om att sjuksköterskor frångår sin plikt och sitt ansvar gällande dessa barn leder detta till att barn inte får det skydd som de har rätt till (Dahlbo et al., 2017).

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta familjer på barnakuten vid misstanke eller kännedom om att ett barn far illa.

Metod

Föreliggande studie använder en kvalitativ metod som enligt Kristensson (2014) syftar till att få en förståelse över människans erfarenheter. Studien utgår från en induktiv ansats vilket innebär att gå från delar som senare skall bilda en helhet (ibid.). I föreliggande studie har data från intervjuer analyserats och sedan sammanställts i kategorier och subkategorier utifrån en innehållsanalys.

Urval

Studien syftade till att beskriva erfarenheter hos sjuksköterskor på en barnakutmottagning och data har insamlats från tre barnakutmottagningar i södra Sverige. Inklusionskriterium för deltagande var legitimerad sjuksköterska som arbetar på en barnakutmottagning oavsett

genomförd specialistutbildning eller ej. Sjuksköterskan skulle ha erfarenhet av minst en situation där det hade funnits misstanke eller kännedom om att ett barn farit illa, däremot fordrades inget krav på längden av yrkeserfarenhet.

Strategiskt urval innebär att välja ut studiepersoner som kan ge rik information som svarar till syftet. Vid denna typ av urval används ofta ett mindre antal deltagare (Henricson & Billhult 2014). I föreliggande studie deltog åtta studiepersoner. Ett eventuellt bortfall är inte känt. Av de studiepersoner som tackade ja till medverkan valde samtliga att slutföra sitt deltagande. Bland de sjuksköterskor som deltog fanns en yrkeserfarenhet inom barnsjukvården på mellan två och tjugo år. Fem av sjuksköterskorna var specialistsjuksköterskor inom barnsjukvård. Två av studiepersonerna läste specialistsjuksköterskeprogrammet på annan ort parallellt med sitt arbete under tiden som studien utfördes och en av studiepersonerna var grundutbildad sjuksköterska. Deltagarnas ålder varierade mellan 29 och 53 år och det fanns en variation mellan kvinnor och män.

Instrument

Intervjuguiden utgick från fem huvudfrågor med tillhörande följdfrågor (bilaga 1), vilka användes som stöd då studiepersonen själv inte berättade om detta område. De fem övergripande frågorna som berördes handlade om sjuksköterskornas erfarenheter inom området barn som far illa, beskrivning av en specifik situation, upplevelser av att möta dessa barn och familjer på en barnakutmottagning samt hur de arbetar med hantering av sina känslor kring barn som far illa. Sista huvudfrågan gav sjuksköterskorna utrymme att beskriva hur det kunde upplevas att ställas inför vissa situationer, vilket bland annat berörde orosanmälan. Denna intervjuform kallas enligt Danielson (2014) för semistrukturerad intervju och ger forskaren möjlighet att anpassa intervjun efter vad som kommer upp under samtalets gång. Strukturen ger utrymme för tillägg utöver den guide som förberetts inför intervjun (Justesen & Mik-Meyer, 2011). En semistrukturerad intervjuform eftersträvar att materialet som insamlas bidrar till dels ny kunskap men också till reflektion över redan utvalda områden (ibid.).

Datainsamling

Barnakutmottagningarnas verksamhetschefer kontaktades via mail samt telefonsamtal under våren 2017 för att undersöka om det fanns intresse för ett deltagande. Efter visat intresse

skickades ett informationsbrev tillsammans med en medgivandeblankett till verksamhetschefen som sedan utsåg en mellanhand, vilket i samtliga fall var en enhetschef. Därefter skickades ett informationsbrev till mellanhanden som sedan skickade ut informationsbrev till tänkbara deltagare som innehöll studiens syfte samt en kort beskrivning av hur intervjun skulle gå tillväga. Detta informationsbrev med tillhörande samtyckesblankett skickades ut under hösten 2017. Deltagaren fick information om att medverkan var frivillig och kunde avbrytas när som helst under studiens gång. De sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna och var intresserade av att medverka valde att inledningsvis kontakta författarna via mail. Därefter följde en mailkontakt mellan deltagare och författare för tidsbokning samt val av plats för intervjun. De underskrivna samtyckesblanketterna överlämnades till författarna i samband med intervjun.

Samtliga intervjuer utfördes på deltagarnas arbetsplats i ett avskilt rum under hösten 2017. Intervjuerna inträffade i vissa fall under arbetstid och i vissa fall efter. Samtalen spelades in och tog i medeltal 30 minuter med en variation på 20 till 39 minuter. Inför första intervjun genomfördes en pilotintervju där båda författarna till föreliggande studie deltog. En av författarna ledde intervjun medan den andra observerade. Genom att testa intervjuguiden möjliggörs enligt Kristensson (2014) ett förberedande i rollen som intervjuare samt att styrkor och svagheter i guiden lättare kan upptäckas (ibid.). Pilotintervjun transkriberades och lästes av författarna samt handledare. Då intervjun bedömdes svara till studiens syfte valdes den att inkluderas i analysen och intervjuguiden (bilaga 1) ansågs användbar för vidare datainsamling. Resterande intervjuer genomfördes enskilt av någon av författarna. Intervjuerna inleddes av författarna med den första huvudfrågan där sjuksköterskan gavs utrymme att övergripande beskriva sina erfarenheter kring barn som far illa. Därefter följde de resterande fyra huvudfrågorna med tillhörande följdfrågor för att komma in mer djupgående på ämnet. I slutet gavs utrymme för deltagaren att lägga till information som eventuellt saknades i intervjuguiden, vilket ingen av deltagarna valde att göra. Avslutningsvis inhämtades bakgrundsdata om deltagarnas yrkeserfarenhet inom barnsjukvård, utbildningsnivå samt ålder.

Analys av data

Studien har utgått från Burnards (1991) innehållsanalys för kvalitativ metod. Innehållsanalysen utgår enligt Burnard (1991) från fjorton steg vilka i föreliggande studie

reducerades till åtta steg med hänsyn till studiens omfattning, vilken sågs begränsad. I nära anslutning till varje genomförd intervju transkriberades och avidentifierades samtlig data, vilket ingår i Burnards (1991) första steg under analysprocessen. Därefter lästes transkripten igenom av båda författarna där noteringar skrevs ner för att identifiera vilka områden som uppmärksammats i intervjun. Enligt Burnard (1991) är detta steg två och är ett sätt att fördjupa sig i datan. Nästa steg i analysprocessen var att ta ut meningsenheter från intervjuerna som svarade till studiens syfte. Dessa meningsenheter kondenserades där irrelevant information sållades bort samtidigt som det centrala innehållet bevarades. Detta steg kallas enligt Burnard (1991) för öppen kodning. Vidare identifierades totalt tio stycken subkategorier utifrån de koder som uppkommit. Subkategorierna bearbetades genom att identifiera gemensamma nämnare vilka sedan bildade fyra kategorier, detta ingår enligt Burnard (1991) i steg fyra. Därefter skrevs samtliga kategorier med tillhörande subkategorier ner på ett stort ark med stödord från innehållet. Kategorierna tilldelades en färg och varje subkategori en siffra. Med hjälp av denna teknik möjliggjordes en överblick av helheten. Enligt Burnard (1991) ingår färgkodning i steg nummer åtta som en del i analysprocessen. Utifrån detta ark gjordes sedan en konsultation tillsammans med handledare och på så sätt kunde kategorier och subkategorier omfördelas vilket slutligen resulterade i tre kategorier med totalt sju subkategorier. Meningsenheterna samt den öppna kodningen sorterades ut med hjälp av färg- och sifferkodning och lades till varje tillhörande subkategori. Genom att inte separera den öppna kodningen från meningsenheterna menar Burnard (1991) i sitt nionde steg att data från intervjun inte tas ur sitt sammanhang, vilket togs hänsyn till i analysprocessen. Slutligen sammanfattades samtliga subkategorier till ett resultat där varje aspekt av innehållet belystes. Under skrivandets gång gick författarna kontinuerligt tillbaka till de transkriberade intervjuerna för att säkerhetsställa att deltagarnas yttrande stämde överens med resultatet. Detta steg är enligt Burnard (1991) steg tolv. I tabell 1 presenteras exempel på hur subkategorier och kategorier framkom utifrån meningsenheterna.

Tabell 1 - Analysschema

Meningsenheter	**Öppen kodning**	**Subkategori**	**Kategori**
mamman hade, ehh…, någon typ av depression eller någon typ av problematik sedan innan, ehh…, vilket då förstärkte min oro för barnet	Mammas depression/problematik förstärkte oro.	Oroväckande signaler hos föräldrarna	Att vara uppmärksam
Jag tycker det är vår svåraste patientkategori att arbeta med för man får så mycket egna.. man lägger ju hela sin egen, alla sina egna värderingar i detta..	Svåraste patientkategori att arbeta med. Lägger in sina egna värderingar.	Sätt att hantera det emotionella	Att integrera känslor och kunskap
för att jag tror att vår skyldighet är att, om vi upplever att det här barnet, det finns en risk för att det här barnet far illa, så måste vi skriva en orosanmälan	Skyldighet att skriva orosanmälan.	Medveten om sina skyldigheter	Att beakta barnets rättigheter

Forskningsetiska avvägningar

I studien har hänsyn tagits till Helsingforsdeklarationen som berör etiska principer i samband med medicinsk forskning som involverar människor (World Medical Association [WMA], 2017). Helsingforsdeklarationen utgår från fyra forskningsetiska krav, vilka är följande: samtyckeskravet, informationskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Forskaren har krav på sig att skydda deltagarens liv, hälsa och integritet (ibid.). Dessa krav har beaktats under intervjuns gång genom att vidta försiktighetsåtgärder såsom att undvika att pressa deltagarna att delge information som uppfattas känslig för personen som intervjuas. Författarna strävade efter att vara icke-dömande och respektera deltagarna om de inte ville delge viss information. Trots att hänsyn togs till studiepersonens integritet under intervjuns gång kan sannolikt antalet deltagare förklaras med en integritetsproblematik, att de kunde känna ett krav på att lämna ut information de inte ville berätta. På grund av etiska aspekter som sjuksköterskan kan ställas inför i mötet med barn som far illa skulle detta kunna innebära ett hinder för att vilja delta i studien och skulle kunna förklara det låga antalet sjuksköterskor som responderade på informationsbrevet.

Vidare beskrivs i Helsingforsdeklarationen (WMA, 2017) att studiens deltagare skall lämna ett informerat samtycke innan studien påbörjas. Studiepersonen erhöll information om rätten

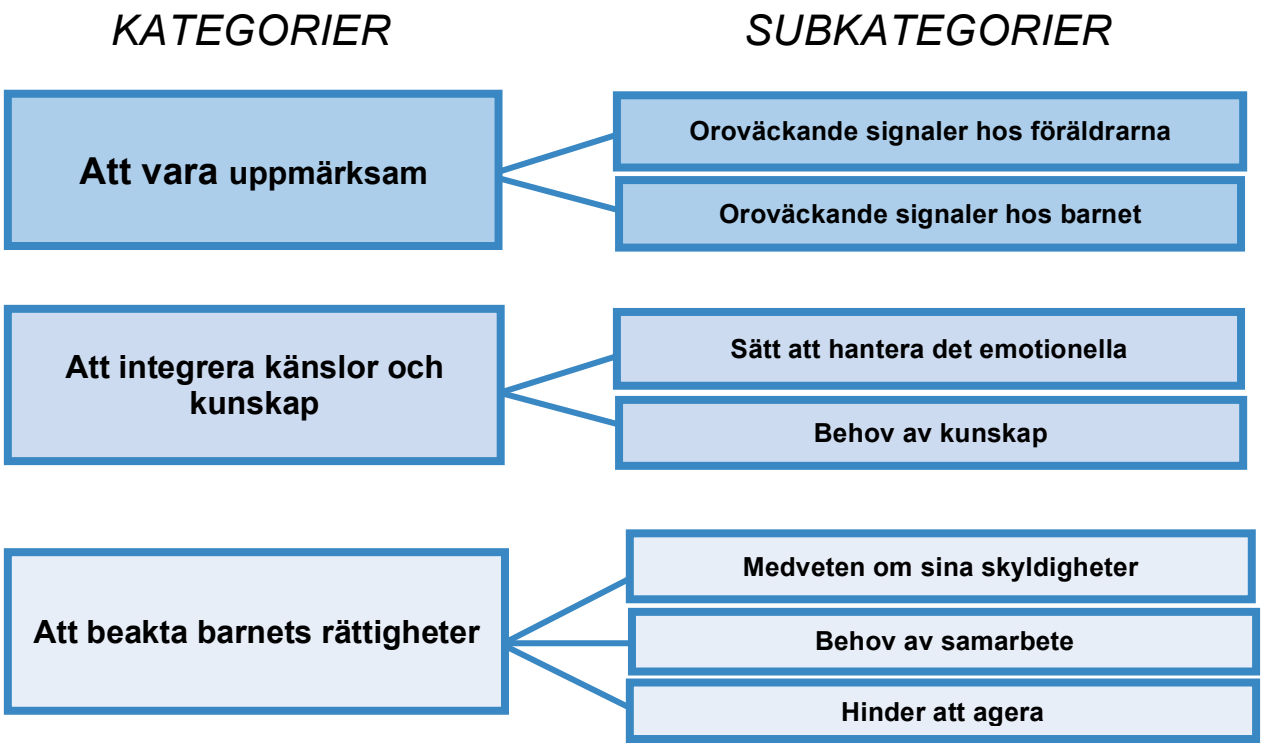
att vägra deltagande samt att när som helst under studiens gång ha rätt till att dra tillbaka sitt informerade samtycke. Inför studien fick deltagarna skriftlig information gällande informerat samtycke tillsammans med en beskrivning av studiens syfte och tänkta genomförande. Konfidentialitet tillämpades genom att koda intervjuerna för att skydda studiepersonens personuppgifter och säkerställa sekretess i enlighet med Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013). Kodningen av personuppgifter genomfördes för att undvika att röja deltagarnas yttranden i intervjuerna. Intervjuerna förvarades inlåsta och endast tillgängliga för författarna. All data kommer att förstöras efter examinerad magisteruppsats.

Beauchamp och Childress (2001) beskriver fyra grundläggande etiska principer inom vård och medicin som styrker de aspekter som skall beaktas enligt Helsingforsdeklarationen. Dessa fyra principer är principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada samt principen om rättvisa (ibid.). Principen om autonomi togs hänsyn till genom att studiepersonerna fick vara delaktiga i beslut om tid och plats för intervjuns genomförande. Principen om att göra gott och principen om att inte skada beaktades genom att frågorna som ställdes under intervjun var utformade på ett sådant sätt som undvek att kränka deltagaren. Frågorna hade till syfte att belysa sjuksköterskornas erfarenheter för att på så vis kunna leda till förbättringsmöjligheter i mötet med familjen och inte för att poängtera eventuella brister hos deltagarna. Studiepersonens integritet och garanti på konfidentialitet värnades om genom att undvika kravet på att deltagaren skulle delge mer information än vad som önskades under intervjun samt att personuppgifter kodades. Den sista principen, principen om rättvisa, beaktades genom att samtliga studiepersoner gavs samma förutsättningar och ingen individ särbehandlades utifrån ålder, kön eller erfarenheter.

Inför studien skickades en ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vars uppgift är att ha en rådgivande funktion (Medicinska fakulteten 2013), vilka säkerställde att studien var etiskt lämpad att genomföra.

Resultat

Efter analysprocessen identifierades slutligen tre kategorier och totalt sju stycken subkategorier vilka presenteras i figur 1. Resultatet speglar de erfarenheter sjuksköterskorna har av att möta familjer där ett barn far illa. Under respektive subkategori redovisas citat som inhämtats från majoriteten av intervjuerna för att tydliggöra studiepersonernas erfarenheter.



Figur 1 – Identifierade kategorier och subkategorier

Att vara uppmärksam

I mötet med familjer var det viktigt för sjuksköterskorna att vara uppmärksam på signaler som kunde vara vägledande för identifiering av ett barn som for illa. Dessa oroväckande signaler kunde uppmärksammas både i föräldrarnas beteende men också i det sjuksköterskorna såg hos barnet, vilket resulterade i subkategorierna *Oroväckande signaler hos föräldrarna* och *Oroväckande signaler hos barnet*.

Oroväckande signaler hos föräldrarna

En dålig magkänsla och upplevelsen av att det var något som inte stämde i mötet med familjen uppmärksammades av sjuksköterskorna och bidrog till en misstanke om att barnet for illa. I mötet med familjen på barnakuten kunde en bristfällig kontakt mellan förälder och barn noteras. Föräldrar kunde vara avståndstagande och uttryckte ingen adekvat oro för sitt barn. Föräldrarnas sätt att prata till eller om sitt barn uppmärksammades av sjuksköterskorna som avvikande. Andra oroväckande signaler som observerades hos föräldrarna kunde vara då

de uppvisade ett aggressivt beteende, både mot vårdpersonal men också då de var hotfulla mot sitt barn. En oro hos sjuksköterskorna uppstod då föräldrarnas aggressiva beteende mot vårdpersonalen inte gav något gensvar hos barnet. I de fall där barnet sökte vård utan förälder eller då föräldrarna inte visade något intresse att komma till sitt barn kände sjuksköterskorna en oro och barnet lades därför in på avdelning. Det upplevdes också oroväckande då föräldrarna valde att lämna barnakutmottagningen på grund av att de kände sig hotade i situationen. Det framkom vidare att en annan varningssignal var då föräldrarna upplevdes missköta sin föräldraroll. I de familjer där det fanns en misstanke att barnet for illa noterade sjuksköterskorna ofta en bakomliggande problematik hos föräldrarna. Det kunde handla om att en förälder hade en psykisk sjukdom, att det fanns en missbruksproblematik eller en ekonomisk kris. Denna problematik förstärkte därmed sjuksköterskans oro för barnet.

"De beter sig aggressivt. Att de smäller i dörrar, att de slår i väggar, skriker, eller slår personalen eller verbalt använder ett språk som inte är okej för ett barn att höra."

Det fanns erfarenheter bland sjuksköterskorna då orsaken till att familjen sökte till barnakuten hade direkt samband med sjuksköterskans oro för barnet. Vid dessa situationer kunde det röra sig om exempelvis olycksfall eller vid sexuella övergrepp då förövaren stod utom familjen och familjen sökte vård av denna orsak. Det var dock vanligare att sjuksköterskorna mötte familjer på barnakuten där misstanken om att barnet for illa inte hade direkt samband med det föräldrarna uppgav sig söka vård för, det vill säga då föräldrar sökte för ett sjukdomstillstånd hos barnet men sjuksköterskan uppmärksammade något annat som skapade oro. Vidare framkom att skadans omfattning hos barnet inte alltid stämde överens med föräldrarnas beskrivning av händelsen. Sjuksköterskorna fick en känsla av att föräldrarna inte talade sanning vilket ledde till en oro. Föräldrarna kunde exempelvis inte redogöra för skadans uppkomst och historien ändrades under vårdtidens gång samt att föräldrarna nekade till den händelse som vårdpersonal misstänkte låg bakom skadan.

"Vissa söker för, ja men lite luddiga saker, inte precis för det dem, det man upptäcker sen, utan det kommer oftast som en andra hand. De söker för en sak och så är det något annat."

Oroväckande signaler hos barnet

Sjuksköterskornas erfarenheter innefattade olika oroväckande signaler hos barnet som kunde leda till en misstanke om att barnet for illa. De menade att barnet exempelvis kunde ha ett avvikande beteende där de kunde ty sig till främlingar, vara väldigt kontaktsökande och inte ha något gränstagande. En del barn betedde sig inte som förväntat i situationen och kunde också ha ospecifika tecken som tydde på ohälsa. Det upplevdes vidare av sjuksköterskorna svårt att upptäcka psykiska symtom såsom att barnen var mycket ledsna och inåtvända. Andra alarmerande signaler var när barnen var rädda och skygga, när de inte följde normal utveckling eller hade en avvikande viktkurva. Det visade sig å andra sidan att det fanns tecken som ansågs mer tydliga att identifiera hos barnet. Dessa tecken var i de flesta fall fysiska, det vill säga konstigt placerade blåmärken, oförklarliga sår eller svullnader.

"Ja lättare är ju när det är fys.. när det är blåmärken eller andra skador, yttre skador. Det är ju lättare att plocka, som är på konstiga ställen som där de inte ska vara."

När små barn kom in med blåmärke så ringde det en varningsklocka hos sjuksköterskorna. Trots att blåmärke ansågs vara ett tydligt tecken framkom det dock att det inte var den typ av skada som sjuksköterskan oftast mötte på barnakuten när det gällde barn som far illa. Barnen som de mötte kunde uppvisa tecken på omsorgssvikt där barnet var smutsigt och misskött. En del barn var ovanligt skrikiga, dock skulle barnen uppvisa något mer tecken än endast skrikighet för att en misstanke skulle väckas hos sjuksköterskan.

Att integrera känslor och kunskap

När sjuksköterskan mötte en familj där ett barn for illa uppstod en känslomässig reaktion som krävde olika sätt att hantera dessa känslor på. Sjuksköterskan kunde dels behöva handskas med de svåra känslor som uppstod i situationen men även de som uppkom i efterhand. Genom utbildning och därmed en ökad kunskap inom området underlättades hanteringen av dessa känslor. De subkategorier som identifierades var *Sätt att hantera det emotionella* och *Behov av kunskap.*

Sätt att hantera det emotionella

När sjuksköterskan mötte familjer där ett barn for illa kunde det kännas svårt att veta hur de skulle förhålla sig till föräldrarna och detta kunde ta sig uttryck i en känsla av att vilja ta

barnet från föräldrarna med anledning av vad de utsatt sitt barn för. Det var då viktigt att sjuksköterskan uppträdde professionellt samtidigt som det var svårt att hantera de känslor som uppstod i mötet. Det kunde vara känslor som oro för barnet, ilska, frustration och att de blev ledsna. Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att stänga av sina känslor och en del la in sina egna värderingar i mötet med familjen. Sjuksköterskorna menade att det var den tuffaste patientkategorin att arbeta med, att de blev berörda på djupet och ibland kunde det finnas ett behov av att lämna rummet för att kunna bemöta dessa familjer. Det kunde uppstå en maktlöshet, en hopplöshet och en svårighet att vara neutral i dessa situationer. En känsla av hopp kunde å andra sidan infinna sig hos sjuksköterskorna i en situation där det fanns någon i barnets närhet som kunde vara ställföreträdande för föräldern.

”Varje gång det händer, det är ju ja, det bara skär i hjärtat och man tänker att varför ska det vara så att barn ska fara illa.”

Barn som far illa berörde sjuksköterskorna extra mycket i början av deras yrkesliv men blev med tiden något lättare att hantera. Erfarenhet gav en större förståelse för agerandet i en sådan situation. I mötet kände sjuksköterskorna ett behov av att skapa lugn och vara tydlig inför familjen. Det var viktigt att finnas där som stöd och vara behjälplig. För att sjuksköterskorna skulle kunna hantera sina känslor beskrevs ett behov av att hålla en viss distans till föräldrarna.

Det rådde enighet om att sjuksköterskorna kunde hantera det emotionella genom att prata om det som hade hänt. Trots att några sjuksköterskor kunde prata med sina anhöriga om händelsen upplevde samtliga att ett bra sätt för hantering var att prata med sina kollegor som delade samma erfarenheter. Samtalen kunde äga rum under ett mer strukturerat tillfälle där samtliga yrkeskategorier samlades men också genom att prata med sina kollegor under arbetets gång. Ett annat sätt att hantera sina känslor var då sjuksköterskorna upplevde att de hade agerat rätt i situationen då de exempelvis hade gjort en orosanmälan. Känslan av att ha agerat rätt underlättade för att inte sjuksköterskorna skulle bära fallet med sig i efterhand. Dock fanns det en svårighet att släppa sina känslor efter att ha träffat ett barn som for illa samtidigt som sjuksköterskorna ville undvika att ta med sig det hem. Det fanns delade erfarenheter om de kunde lämna de svåra känslorna på arbetet eller inte. Det beskrevs att de kunde gå in en professionell roll under situationen för att underlätta hanteringen.

”Jag cyklar hem, och jag, när jag cyklar på morgonen så har jag en viss punkt, det är halvvägs hem, dit får jag grubbla sen släpper jag det, sen tänker jag bara ”let it go”, så, nu kan jag inte förändra mer.”

Behov av kunskap

Sjuksköterskornas uppfattning var att utbildning kring barn som far illa var bristfällig. Däremot rådde det oenighet gällande var de fått sin kunskap kring ämnet från, det kunde vara från sin arbetsplats alternativt från tidigare utbildning. Kunskap ansågs vara viktig för att kunna hantera situationen med familjen.

”Men där tror jag starkt på utbildning. Ju mer utbildning man får, ju lättare att hantera både på jobbet och även privat.”

Kunskapen betraktades vara användbar för att sjuksköterskorna skulle kunna identifiera barnen samt bidra till att stigmatisering kring orosanmälan minskar. Det fanns en önskan om att fokusera på utbildning kring barn som far illa under sjuksköterskans introduktion på arbetsplatsen. Dock fanns det erfarenhet av att utbildning under introduktionen tillämpades på deras arbetsplats men också att det fanns tillfällen där andra yrkeskategorier utbildade vårdpersonal gällande ämnet. Trots uppfattningen om att utbildning underlättar omhändertagandet av dessa barn upplevdes det att den var sparsam på arbetsplatsen och att det saknades en kontinuerlig uppdatering av kunskap kring ämnet.

Att beakta barnets rättigheter

Vid mötet med familjer där ett barn for illa krävdes en medvetenhet hos sjuksköterskorna gällande de skyldigheter som ålåg dem, såsom att skriva en orosanmälan, vilket resulterade i subkategorin *Medveten om sina skyldigheter*. Genom att sjuksköterskorna beaktade dessa skyldigheter togs hänsyn till barnets rättigheter. Ett behov av samarbete med övriga yrkeskategorier erfordrades för att agera i mötet med familjen och bildade därmed subkategorin *Behov av samarbete*. Dock förekom en del hinder i agerandet vilket i sin tur kunde inverka på sjuksköterskornas strävan efter att beakta barnets rättigheter, detta benämndes som *Hinder att agera*.

Medveten om sina skyldigheter

Sjuksköterskornas skyldighet att göra en orosanmälan då det fanns en misstanke om att barnet for illa poängterades. Orosanmälan beskrevs som en självklarhet och trots att det kunde finnas en tveksamhet om barnet for illa fanns det alltid, vid minsta misstanke, ett skäl att orosanmäla. I de fall där sjuksköterskan övervägde om orosanmälan skulle göras eller inte kom de slutligen fram till att det inte var deras sak att avgöra. Det beskrevs som ett måste och en uppgift enligt lag, varje legitimerad personals ansvar. Trots att det var en självklarhet för sjuksköterskorna att orosanmäla fanns det erfarenheter av att aldrig själv ha skrivit en orosanmälan.

Enighet rådde om att sjuksköterskans skyldighet att orosanmäla sågs som en rättighet för barnet. Det gjordes med hänsyn till barnets bästa. Sjuksköterskorna menade att orosanmälan skulle ses som något positivt där barnets rättighet var det centrala även om det kunde upplevas som ett hot mot föräldrar och en makt som vårdpersonal har. Händelsen att barnet for illa ansågs allvarlig men att skriva en orosanmälan behövde inte ses som något allvarligt enligt sjuksköterskorna. Det sågs som att orosanmälan kunde ge barnet en chans till hjälp och genom att uppmärksamma dessa familjer fanns det möjlighet att sätta in åtgärder i tid.

"Jag känner denna oron... Det här är min skyldighet, rätt upp och ner, bara gör det liksom, utan det här är, det här är något som inte stämmer, och då gör jag det. Det är inte mer med det. Det är inte så svårt faktiskt. Det är det inte."

Behov av samarbete

I mötet med en familj där ett barn for illa beskrevs av sjuksköterskorna att ett samarbete, med framförallt läkaren, var centralt. Vid misstanke diskuterade de fallet med en kollega för att få avsikten att orosanmäla bekräftad. Samarbetet beskrevs genom att misstanken och oron rapporterades vidare dels till annan personal som var inblandad i vården av barnet men också till ansvarig läkare. Genom att en känsla av att någonting inte stämde förmedlades vidare ville sjuksköterskorna informera och så ett frö hos övrig personal för att inte missa ett barn som for illa. Det rådde enighet bland sjuksköterskorna om att det i de flesta fall var läkare som skrev orosanmälan. När något avvikande som skapade en oro uppmärksammades hos barnet rapporterades denna oro vidare till den ansvariga läkaren. Denna överrapportering kunde i något fall leda till att sjuksköterskans misstanke avfärdades på grund av att läkaren hade

förklarliga skäl. Det beskrevs dock att en orosanmälan hellre skulle skrivas och läggas ner av socialtjänsten än att den uteblev för att undvika att sjuksköterskans misstanke avfärdades på grund av skilda uppfattningar mellan yrkeskategorier. Erfarenheten hos sjuksköterskorna var att det krävdes ett samarbete med ansvarig läkare vid mötet av dessa familjer på barnakuten. Det fanns en uppfattning om att det behövdes en undersökning av en läkare för att orosanmälan skulle skrivas men också att informationen till läkaren var viktig, det vill säga vad sjuksköterskan hade uppmärksammat i sitt möte med familjen. Anledningen till att ansvaret lämnades över till läkaren berodde dels på att läkaren gjorde en grundlig anamnes och undersökning och dels på att de tog sig mer tid inne hos familjen i dessa fall då det var svårt för sjuksköterskorna att själva kunna avsätta den tiden.

Olika erfarenheter av att ha skrivit en orosanmälan framkom, där det fanns sjuksköterskor som aldrig gjort detta ensamma. Det fanns en önskan om att läkaren skulle vara delaktig i orosanmälan för att sjuksköterskorna inte själva skulle stå som ansvariga men också då det kunde underlätta att skriva tillsammans. Andra förklaringar till att sjuksköterskorna inte skrev orosanmälan var att det kunde bero på en rutin eller vanesak att läkaren gjorde det. Det kunde också bero på en övertygelse om att läkaren redan hade skrivit orosanmälan. Sjuksköterskorna menade dock att de själva borde ha orosanmält oftare, oavsett läkarens åtgärder, och att det är fördelaktigt att flera yrkeskategorier skriver den. Med hänsyn till detta skrevs orosanmälan därför ofta tillsammans med läkaren för att allas upplevelser skulle finnas med.

”Det är bara en gång som jag har behövt anmäla själv. De andra gångerna har vi varit så överens om historien, eller så överens om vår upplevelse så det har räckt att läkaren har gjort det så har vi bara kollat så min upplevelse också finns med. Men min erfarenhet är att vi anmäler för lite. Absolut att vi anmäler för lite. Att man drar på det.”

Hinder att agera

Trots sjuksköterskornas skyldighet visade det sig att det fanns en del hinder för att agera. De kunde ställas inför en svår situation då de skulle göra en bedömning huruvida barnet for illa eller inte och i vissa situationer kunde de känna en tveksamhet om en orosanmälan skulle skrivas. En annan svårighet som identifierades bland sjuksköterskorna var i en situation då informationen gällande orosanmälan skulle ges till föräldrarna. Det fanns en uppfattning om att det var viktigt att berätta för föräldrarna samtidigt som föräldrarna ibland hade svårt att ta

emot beskedet. Det kunde vara svårt för sjuksköterskorna att veta hur de skulle uttrycka sig för att nå fram med sin förklaring. Vid något tillfälle valde sjuksköterskorna att avvakta med att delge information för att bibehålla lugn och bevara en relation med föräldern. Det fanns en rädsla att tappa förtroendet och att föräldrarna skulle ta illa upp och därmed hota personalen, vilket kunde upplevas som ett hinder för att skriva en orosanmälan. Uppfattningen var att det låg mycket värderingar i ordet "orosanmälan" vilket i något fall kunde leda till att sjuksköterskorna undvek att benämna det. Föräldrarna kunde känna sig anklagade och rädda för att förlora sitt barn när sjuksköterskan nämnde orosanmälan. Det kunde finnas en rädsla för att göra föräldrarna oroliga och otrygga i sin föräldraroll vilket kunde ses som ett hinder i agerandet. Ett problem kunde vara då det inte var möjligt att vara anonym vid orosanmälan i de fall föräldrarna upplevdes hotfulla.

"Men jag har ett väldigt vanligt namn. Det är jag glad för… Det hade varit svårare annars. Absolut. Eftersom jag har familj, eftersom jag har barn… man är ju rädd om sin familj."

Sjuksköterskorna upplevde en svårighet i att inte få någon återkoppling eller information gällande hur det gick för barnet i efterhand. Det fanns uppfattningar hos sjuksköterskorna om att orosanmälan inte alla gånger ledde till att någon åtgärd sattes in. Denna uppfattning kunde leda till ett hinder i sjuksköterskans agerande relaterat till att deras arbete kändes meningslöst.

Det fanns erfarenheter av att miljön på barnakuten var av betydelse för sjuksköterskornas agerande och kunde uppfattas som ett hinder. De korta mötena med familjen ställde krav på att tidigt uppmärksamma och ta sin oro på allvar. Det fanns en uppfattning bland sjuksköterskorna om att det inte gavs utrymme till en andra chans att prata med familjen. Om det hade funnits mer tid med familjen hade det varit lättare att identifiera eventuell problematik och någon beskrev det som att färre barn på så sätt hade kunnat missas. Sjuksköterskorna saknade tid att skapa en relation med familjen och det fanns en uppfattning om att de enkelt kunde luras av föräldrar som höll uppe en fasad under en kort tid. Upplevelsen var att sjuksköterskorna inte stöter på barn som far illa särskilt ofta vilket kunde leda till en svårighet i mötet med dessa barn. Dock rådde det en oenighet om hur ofta sjuksköterskorna möter barn som far illa då det även fanns en upplevelse av att det är vanligt att de stöter på dessa barn på barnakuten.

Miljön kunde vidare upplevas som ett hinder för sjuksköterskorna då det beskrevs att det fanns många ögon i väntrummet och uppmärksamhet från andra patienter ville undvikas då det kunde kännas obekvämt i exempelvis en situation då polisutredning var aktuell. Omhändertagandet av barn som far illa ansågs av sjuksköterskorna tidskrävande vilket kunde ses som ett hinder då det var stressigt på arbetsplatsen samtidigt som det ansågs att dessa barn bör prioriteras högt.

Diskussion

Metoddiskussion

Den kvalitativa intervjun ger förståelse för ämnet utifrån deltagarens eget perspektiv och levda erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2014). Då studien syftar till att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att möta familjer där ett barn far illa lämpade sig en kvalitativ metod. Studien hade till avsikt att inkludera 10-12 sjuksköterskor men på grund av avsaknad av svar från de sjuksköterskor som informerats var detta inte möjligt och resulterade slutligen i åtta studiepersoner, vilket skulle kunna ses som en svaghet i studien. Trots att godkännande från verksamhetschef erhölls tidigt och mellanhand utsågs, var det få av sjuksköterskorna som svarade på det mail med informationsbrev som mellanhanden skickade ut. På grund av dålig respons önskade författarna att mellanhanden skulle lyfta informationen vid ytterligare tillfälle till sjuksköterskorna, dock utan något vidare resultat. På grund av forskningsetiska aspekter ansåg författarna inte det lämpligt att fråga sjuksköterskorna personligen på deras arbetsplats då detta kan bidra till att studiepersonerna blir påverkade till deltagande. Med hänsyn till detta kontaktades ytterligare en barnakutmottagning i södra Sverige för att möjliggöra ett ökat antal deltagare. Studien godkändes av verksamhetschefen men respons uteblev från sjuksköterskorna. Beträffande de åtgärder som hade vidtagits bedömdes att inget mer kunde göras för att öka antalet studiepersoner. I en intervjustudie är det inte antalet deltagare som är det väsentliga utan innehållet i intervjuerna (Kristensson, 2014). Med hänsyn till detta kan ett lägre antal deltagare än önskat försvaras då innehållet i intervjuerna bedömdes innehålla bra beskrivningar som svarade mot syftet.

Ett strategiskt urval användes i föreliggande studie och sågs relevant då syftet riktade sig till sjuksköterskor som erfarit minst en situation av att möta barn som far illa. Ett strategiskt urval

strävar enligt Henricson och Billhult (2014) efter studiepersoner med berättelser som är rika på information, vilket kan åstadkommas när det finns en variation på kön, ålder och erfarenhet (ibid.). Det fanns en stor variation mellan ålder och erfarenhet samt både kvinnor och män bland studiepersonerna, vilket var en bidragande faktor till att intervjuerna var rika på information och därav ansågs antalet för urvalet tillräckligt. Eftersom resultatet visade sig stå i linje med tidigare forskning inom ämnet kunde det bedömas att urvalet hade varit tillräckligt och metoden lämplig för att bidra till ett trovärdigt resultat. Mårtensson och Fridlund (2017) beskriver att begreppet trovärdighet, credibility, innebär att det resultat som framkommit är giltigt.

Troliga orsaker till svårigheten att få deltagare till studien skulle kunna vara en tidsbrist hos sjuksköterskorna, att sjuksköterskorna inte är uppdaterade på sin mail samt att ämnet för studien kan bedömas svårt att prata om. Det har visat sig att sjuksköterskor upplever en del svårigheter i mötet med familjer där barn far illa (Herendeen et al., 2013) vilket skulle kunna bekräfta uppfattningen om att sjuksköterskor därmed tycker det är svårt att prata om sina erfarenheter i en intervjusituation. Tidsbristen hos sjuksköterskorna bekräftades av en enhetschef som agerade mellanhand. Enhetschefen menade att det fanns en svårighet att avsätta arbetstid för deltagande samtidigt som sjuksköterskorna önskade att genomföra intervjun under arbetet. Tidsbristen bidrog därmed till ett begränsat antal deltagare från denna barnakutmottagning. Om urvalsprocessen skulle gjorts annorlunda hade författarna, förutom att ge information via mail, valt att även lämna ut skriftlig information på arbetsplatsen som en påminnelse för sjuksköterskorna. Fördelaktigt hade dessutom varit om en förfrågan gjorts till enhetschefen om samtliga intervjuer hade kunnat genomföras under sjuksköterskornas arbetstid för att därmed sannolikt ökat intresset för medverkan i studien.

Den semistrukturerade intervjuformen, som användes i föreliggande studie, utgår enligt Kristensson (2014) från samma frågor till alla studiepersoner men där det finns möjlighet att svara fritt. Frågorna är öppna, ger utrymme till följdfrågor och kan variera i ordningsföljd (ibid.). Genom användandet av denna intervjuform kunde studiepersonerna välja hur djupt de önskade att gå in på ämnet och samtidigt upplevdes det bli ett bra samtal mellan intervjuaren och studiepersonen. Trots en viss möjlighet att styra intervjun upplevdes det som en trygghet hos båda parter att det fanns frågor att luta sig tillbaka på. En öppen intervjuform hade istället inneburit att deltagarna erhållit frågor utifrån teman där större utrymme ges till studiepersonen att själv styra intervjun (Kristensson, 2014). Denna intervjuform ansågs inte relevant i

föreliggande studie då den ställer högre krav på både intervjuaren men även studiepersonen och sannolikt kunnat leda till en otrygghet under intervjun.

Intervjuguiden som användes betraktades vara väl utarbetad för att svara till studiens syfte. Då studiepersonerna generellt bedömdes uppfatta frågorna på likvärdigt sätt kan detta sannolikt bero på att frågorna var tydligt formulerade och inte gav utrymme för misstolkning. Samtliga deltagare upplevdes tycka att intervjuguiden inkluderade deras förväntningar av samtalet då de inte valde att tillägga något när utrymme gavs för detta i slutet av intervjun. En svaghet som uppmärksammades i intervjuguiden var då studiepersonen skulle konkretisera en situation de erfarit inom ämnet. Data som framkom i denna fråga upplevdes inte kunna användas i den utsträckning som vore önskvärt, dels för att inte röja några personuppgifter men också då fokus på studiens syfte försvann i svaret. Då frågorna i en intervju enligt Kristensson (2014) skall sträva efter att ge uttömmande svar gärna i form av berättelser bedömdes denna fråga aktuell i samband med att intervjuguiden utformades. Trots att svaren på frågan inte användes i den utsträckning som förväntats bidrog frågan till att samtalet öppnades upp samt att studiepersonen kunde hänvisa tillbaka till denna situation under intervjuns gång.

Gällande den data som insamlades i föreliggande studie bedömdes kvaliteten vara rik på erfarenheter som ansågs värdefulla för resultatet. Studiepersonerna upplevdes vara trygga och inte återhållsamma i situationen vilket bidrog till att utförliga svar uppgavs. Dock uppstod det enstaka tillfällen där studiepersonen valde att prata om ämnet i en mer generell bemärkelse, det vill säga istället för att benämna sina egna erfarenheter valdes begreppet “folk tycker”. Sannolikt skulle detta kunna bero på att ämnet kan innefatta känsliga områden där det kan vara svårt att berätta om sina egna erfarenheter. Däremot avslutades dessa fall med att studiepersonen senare under samtalet kom in på sina egna erfarenheter vilket bidrog till att data inte gick förlorad.

I analysprocessen användes Burnards (1991) innehållsanalys. En innehållsanalys innebär att hitta skillnader, likheter och mönster i kvalitativ data samtidigt som det sker en tolkning av innehållet genom att hitta betydelsen av det som finns under ytan (Kristensson, 2014). Burnards innehållsanalys bedömdes lämplig att applicera till föreliggande studie och de 14 stegen reducerades utefter studiens omfattning. Ett steg som valdes att exkluderas var exempelvis att kollegor skulle bjudas in för att göras delaktiga i analysprocessen. Det

beslutades även att välja bort steget där deltagarna skulle tillfrågas om det som framkommit stämde överens med vad som hade sagts under intervjun. Att steg valdes att uteslutas kan ses som en svaghet i analysen men med hänsyn till studiens tidsram samt brist på resurser sågs det nödvändigt att exkludera dessa. Trots att det inte fanns möjlighet att inkludera andra personer under analysprocessen tolkades data av två personer vilket kan ses som en styrka. Genom att intervjuerna inledningsvis arbetades igenom på varsitt håll för att sedan sammanställas och jämföras gemensamt bidrog detta till att samtliga aspekter av datan beaktades. Då analysprocessen bedömdes väl beskriven ökade trovärdigheten i resultatet. Trovärdighet uppnås bland annat genom att låta andra parter bekanta sig med innehållet i den insamlade datan (Mårtensson & Fridlund, 2017). I föreliggande studie diskuterades dels resultatet tillsammans med handledare, dels under ett seminarium där synpunkter inhämtades från flera individer. Resultatet har dessutom analyserats av två oberoende parter som under tiden jämfört, diskuterat och kontinuerligt gått tillbaka till ursprungsmaterialet. På detta sätt ökas trovärdigheten i resultatet.

Under begreppet trovärdighet ingår även överförbarhet. För att resultatet skall vara överförbart menar Mårtensson och Fridlund (2017) att resultatet kan appliceras i andra situationer än den nuvarande. Överförbarhet uppnås då resultatet beskrivits tydligt och trovärdigheten bekräftats (ibid.) vilket gjordes i föreliggande studie. Det kan dock finnas en viss begränsning i omfattningen av föreliggande studie vilket i sin tur kan leda till att studien är överförbar i ett mer likartat sammanhang. Resultatet kan användas och utveckla omhändertagandet av barn som far illa utifrån varje enskild kontext.

Resultatdiskussion

Många av de fynd som uppkom i resultatet står i linje med vad som beskrivits i tidigare forskning vilket kan ses som en styrka. Inom kategorin *Att vara uppmärksam* identifierades oroväckande signaler hos både föräldrarna och barnet. Det framkom i resultatet att fysiska symtom, exempelvis blåmärken, ansågs mer tydliga att identifiera hos barnet. Detta fynd bekräftas av Land och Barclay (2008), Piltz och Wachtel (2009) samt Eisbach och Driessnack (2010) som menade att avsaknad av fysiska skador försvårar identifieringen av barn som far illa. Den andra kategorin som uppkom i resultatet, *Att integrera känslor och kunskap,* berörde de känslor som sjuksköterskorna upplevde i mötet med familjerna, hur de hanterar situationerna och hur kunskapen kring ämnet kunde bidra till att underlätta i kontakten med

dessa familjer. Det framkom vidare i resultatet att sjuksköterskorna upplevde utbildningen bristfällig och att ett behov av utökad kunskap inom ämnet föreligger. Denna observation står i linje med Tingberg et al. (2008), Eisbach och Driessnack (2010), Fraser et al. (2009), Land och Barclay (2008) samt Piltz och Wachtel (2009) som styrker sjuksköterskors upplevelser att utbildningen inom barn som far illa är bristfällig. Vidare bekräftar Tingberg et al. (2008) sjuksköterskans svårighet att uppträda professionellt gentemot föräldrarna när föräldern själv är förövaren. Denna svårighet framkommer även i resultatet i föreliggande studie där sjuksköterskorna upplevde det svårt att förhålla sig till föräldrarna och att bete sig professionellt samtidigt som de skall hantera de svåra känslorna i mötet. Den sista kategorin som skapades var *Att beakta barnets rättigheter* där sjuksköterskorna berättade om deras behov av samarbete, dess skyldigheter samt vilka hinder det fanns i agerandet i samband med mötet med barn som far illa. Det framkom svårigheter i samband med orosanmälan såsom att det kunde finnas en rädsla att föräldrarna skulle tappa förtroendet för sjuksköterskan och agera hotfullt i situationen. I studien av Piltz och Wachtel (2009) benämns det faktum att sjuksköterskor kan uppleva en rädsla för konsekvenser som uppstår när en orosanmälan gjorts, de uttrycker det som en rädsla för sin egen säkerhet. Vidare belyser Herendeen et al. (2013) sjuksköterskors rädsla för att förstöra relationen till familjen.

I resultatet framkom även erfarenheter hos sjuksköterskorna som inte uppmärksammats i den tidigare litteraturgenomgång som utfördes inför studien. Det visade sig att sjuksköterskorna var angelägna om att diskutera fallet med en kollega, ofta ansvarig läkare, innan en orosanmälan gjordes. Det var inte ovanligt att läkaren många gånger var den som skrev orosanmälan och det fanns de sjuksköterskor som aldrig själva hade gjort en orosanmälan. I en studie av Tiyyagura, Gawel, Koziel, Asnes och Bechtel (2015) utförd i USA var syftet att undersöka vårdpersonals erfarenheter av att möta barn som far illa för att undersöka vilka hinder och möjligheter det fanns för identifiering av dessa barn. Nio läkare, fyra läkarassistenter och sexton sjuksköterskor som arbetade på en barnakutmottagning intervjuades. Deltagarna uttryckte att handläggandet av fallen underlättades då situationen diskuterades med en kollega innan en orosanmälan gjordes. Genom att samla de olika synvinklar som fanns kunde de tillsammans besluta om en orosanmälan skulle utföras. Tiyyagura et al. (2015) bekräftar det behov av samarbete som sjuksköterskorna i föreliggande studie belyste. Trots att ett samarbete mellan vårdpersonal kan anses betydelsefullt och bidra till en överblick över barnets situation skulle delar av det resultat som framkom i föreliggande studie kunna innebära en viss problematik. Sjuksköterskorna belyste vikten av att orosanmäla

trots att det fanns de sjuksköterskor som aldrig själva hade skrivit en orosanmälan. Det beskrevs att läkaren i de flesta fall var den som gjorde orosanmälan vilket skulle kunna leda till att sjuksköterskans upplevelse inte åskådliggjordes eller att den befintliga oron avfärdades. Detta problem skulle i sin tur kunna innebära att barnets rättigheter och sjuksköterskans skyldigheter inte beaktas. Det bör poängteras att ett samarbete är att föredra och kan bidra till ett helhetsperspektiv av situationen men vikten av varje legitimerad personals ansvar att orosanmäla får inte gå förlorad.

Det kan ses intressant att lyfta vilka skillnader som råder mellan barnhälsovården och en barnakutmottagning i sjuksköterskans möte med barn som far illa. I en svensk intervjustudie av Dahlbo et al. (2017) var syftet att beskriva vilka erfarenheter sjuksköterskor inom barnhälsovården hade av att möta familjer där barn far illa. I studien framgick att då sjuksköterskorna upplevde en tveksamhet och att de saknade tillräckligt underlag för barnets mående kunde detta leda till att orosanmälan sköts upp. Enligt Lines, Hutton och Grant (2017) som utförde en litteraturgenomgång i England för att identifiera sjuksköterskans roll och erfarenheter av att tillgodose barnets säkerhet framkom att sjuksköterskor önskade att få så mycket information som möjligt om familjen innan en orosanmälan skrevs. De eftersträvade att få en helhetsbild som inte endast baserades på enstaka observationer. Sjuksköterskorna försökte i vissa fall på egen hand hjälpa familjer med deras problematik istället för att kontakta socialtjänsten (ibid.). Med hänsyn till den uppföljning av en familj som föreligger inom barnhälsovården kan detta bidra till att sjuksköterskan väljer att inhämta mer information om dess problematik innan en orosanmälan skrivs. På en barnakutmottagning å andra sidan uppmärksammades i föreliggande studie att denna möjlighet inte finns. Det ställs ett krav på sjuksköterskorna att tidigt identifiera barnet, vara uppmärksam på oroväckande signaler och ingripa omgående. Om sjuksköterskan mot förmodan inte skulle göra detta finns det en risk att barnet missas, vilket skiljer sig från barnhälsovården där sjuksköterskan har möjlighet att följa upp sin oro.

Föreliggande studie hade en utgångspunkt i personcentrerad- och säker vård. I resultatet framgick att sjuksköterskan behöver vara uppmärksam på att identifiera varningssignaler hos familjen som kan indikera att barnet far illa. Enligt säker vård skall sjuksköterskan arbeta för att förbättra kvalitet och säkerhet genom att bland annat identifiera risker i patientens tillstånd (Barnsteiner, 2013). Denna utgångspunkt kan därmed ställas i relation till sjuksköterskans behov att uppmärksamma riskfaktorer hos barnet. Enligt den personcentrerade vården ses

individen som beroende av personer i sin närhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2016), vilket kan kopplas till sjuksköterskans behov av att upptäcka oroväckande signaler även hos föräldrarna för att identifiera ett barn som far illa. I resultatet betonas sjuksköterskans skyldighet att göra en orosanmälan vid misstanke om att ett barn far illa vilket beaktar både det personcentrerade perspektivet och en säker vård. Genom att sjuksköterskan gör en orosanmälan sätts barnet i centrum och dess behov tillgodoses vilket står i enlighet med det personcentrerade perspektivet. En säker vård beaktas också i samband med orosanmälan då perspektivet utgår från ett ansvarstagande hos sjuksköterskan. Enligt en säker vård betonas även att samtliga yrkeskategorier skall uppmärksamma risker då patientens säkerhet hotas (Hommel et al., 2016). Då sjuksköterskorna i föreliggande studie beskriver att de samarbetar med övriga yrkeskategorier i omhändertagandet av barnet tas hänsyn till detta synsätt som säker vård förespråkar.

De långsiktiga konsekvenser såsom psykisk ohälsa, missbruksproblematik, fysiska hälsorisker och kriminalitet som kan drabba barn som far illa är många gånger värre än den primära skadan i sig (Gilbert et al., 2009). Med hänsyn till detta är det viktigt att sjuksköterskan beaktar de aspekter som framkommer i föreliggande studies resultat. Sjuksköterskan bör vara uppmärksam på tidiga signaler, ha kunskap inom ämnet, vara medveten om sina skyldigheter samt arbeta tillsammans med kollegor för att beakta barnets behov och rättigheter. Genom att sjuksköterskan utgår från detta arbetssätt gynnas både barnet och samhället. Samhället kan med stor sannolikhet påverkas negativt ekonomiskt av barnets långsiktiga konsekvenser. Tidiga insatser som förbättrar den psykiska ohälsan kan spela stor roll för barnet många år framöver (Thullberg et al., 2004) och skulle på så vis därmed även kunna minska de samhälleliga kostnaderna. Trots vetskapen om att sjuksköterskans agerande kan komma att spela roll för barnet i framtiden, framkom i resultatet även svårigheter gällande orosanmälan. Att sjuksköterskan upplever en rädsla i samband med denna orosanmälan skulle kunna innebära ett hinder att beakta barnets rättigheter och därmed påverka även samhället i negativ bemärkelse framöver.

Konklusion och implikationer

Studien hade till syfte att undersöka de erfarenheter sjuksköterskor har av att möta familjer på barnakuten då ett barn far illa. I studien framkom att sjuksköterskor hade erfarenheter av att föräldrarnas beteende kunde indikera att det fanns en risk för barnets mående då föräldrarna

exempelvis uppträdde aggressivt eller hade en bakomliggande psykisk sjukdom. Det kunde också vara barnets beteende som upplevdes avvikande, såsom gränslöshet, vilket bidrog till en oro hos sjuksköterskan. Det visade sig att de svåra känslor som uppstod i mötet med barn som far illa kunde hanteras genom att prata med kollegorna i arbetslaget. Det visade sig även att kunskapen inom området var bristfällig trots att den ansågs vara ett stöd för att kunna möta dessa barn. Det framgick att sjuksköterskorna upplevde det självklart att beakta sin skyldighet och göra en orosanmälan för barnets bästa. Dock kunde sjuksköterskorna uppleva det svårt att skriva en orosanmälan och med hänsyn till detta föredrog de att göra det gemensamt med en läkare. Avslutningsvis framkom att vårdtiden på barnakuten, vilken beskrevs som kort, kunde försvåra mötet med barnen ytterligare då det ställdes krav på sjuksköterskan att identifiera barnen och agera direkt.

Då det visat sig finnas svårigheter hos sjuksköterskorna i mötet med barn som far illa, såsom att uppmärksamma oroväckande signaler, skulle detta kunna innebära att barnen missas. De skulle i sin tur kunna innebära att barnet drabbas av långsiktiga konsekvenser som exempelvis psykisk ohälsa och kriminalitet. För att barn som far illa tidigt skall kunna identifieras och få den hjälp som de behöver krävs att sjuksköterskan känner sig trygg i hur de skall möta dessa familjer. Denna trygghet skulle kunna uppnås då sjuksköterskan med hjälp av föreliggande studie får stöd gällande exempelvis vilka oroväckande signaler som familjen kan uppvisa, hur situationen kan hanteras men också för att få insikt i vilka erfarenheter andra sjuksköterskor har av att möta barn som far illa. Med bakgrund av de svårigheter som identifierats samt den ringa forskning som finns gällande barn som far illa utförd på barnakuten sågs det viktigt att belysa sjuksköterskans erfarenheter för att önskvärt kunna användas som stöd för sjuksköterskans omhändertagande av dessa barn. På så sätt främjas barnets rättigheter genom att barnet får hjälp i tid.

Referenser

Barnsteinen, J. (2013). Säker vård. I B. Sherwood, G., & Barnsteiner, J. (Red.), *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad: sex grundläggande kärnkompetenser*. (s.125-143) Lund: Studentlitteratur.

Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. (5. Uppl.). New York: Oxford University Press.

Benger, J.R., & Pearce, V. (2002). Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *British Medical Journal, 324*(7340), 780–782.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today, 11*(6), 461-466.

Dahlbo, M., Jakobsson, L., & Lundqvist, P. (2017). Keeping the child in focus while supporting the family: Swedish child healthcare nurses experiences of encountering families where child maltreatment is present or suspected. *Journal of Child Health Care, 21*(1), 103–111.

Danielson, E. (2014). Kvalitativ forskningsintervju. I B. Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad.* (s.163-173). 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), 317-323.

Fraser, J.A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., & Dunne, M. (2009). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariative study. *International Journal of Nursing Studies, 47*(2), 146-153.

Förenta Nationerna. (1989). *Barnkonventionen*. Hämtad 24 april, 2017, från Unicef, https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full

Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet, 3*(373), 68-81.

Gould F., Clarke J., Heim C., Harvey, P.D., Majer, M., & Nemeroff, C.B. (2012). The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of Psychiatric Research, 46*(4)*,* 500–506.

Henricson, M., & Billhult, A. (2014). Kvalitativ design. I B. Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad.* (s.128-137). Lund: Studentlitteratur AB.

Herendeen, P.A., Blevins, R., Anson, E., & Smith, J. (2013). Barriers to and Consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse Practitioners. *Journal of Pediatric Healthcare, 28*(1), 1-7.

Hommel, A., Lindgren, S., Kåhlin, I., Jutterdal, S., Härberg L.K., & Göransson, H. (2016). *Säker vård: En kärnkompetens för vårdens samtliga professioner.* [Broschyr]. Solna: Lovstrom kontent. Från Svensk Sjuksköterskeförening, https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-vard_2016.pdf

Institute for patient- and family-centered care. (u.å.). *Patient and Family Engagement Strategies and Definitions.* Hämtad 27 april, 2017, från Institute for patient- and family-centered care, http://www.ipfcc.org/search.html?q=definitions.

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp: en ordbok*. (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Janson, S. (2012). Barn som far illa. I B. Hanséus, K., Lagercrantz, H., & Lindberg, T. (Red.), *Barnmedicin.* (s.629-637). (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Justesen, L., & Mik-Meyer, N. (2011). *Kvalitativa metoder: från vetenskapsteori till praktik*. (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskingsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Land, M., & Barclay, L. (2008). Nurses' contribution to child protection. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing, 11*(1), 18-24.

Lines, L.E., Hutton, A.E., & Grant, J. (2017). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing, 73*(2), 302-322.

Medicinska Fakulteten. (2013). *Vårdvetenskapliga etiknämnden.* Hämtad 24 april 2017 från Medicinska fakulteten, http://www.med.lu.se/studentinformation_pn_orr/praktisk_studieinformation/projektplaner_och_uppsatser/vaardvetenskapliga_etiknaemnden

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I B. Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad.* (s.421-438). Lund: Studentlitteratur AB.

NOBAB. (2017). *Nordisk nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård.* Hämtad 27 april, 2017, från NOBAB, http://www.nobab.se/index.php/om-nobab/produkter

Norman RE., Byambaa M., De R., Butchart A., Scott J., & Vos T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *Plos Medicine, 9*(11)*,* 1-31.

Piltz, 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.

Region Skåne. (2014). *Handlingsprogram - Vid misstänkta fall av barn som far illa.* [Broschyr]. Kristianstad: Grafolin. Från http://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/trycksaker-och-webbmanualer/handbocker-och-lathundar/handlingsprogram-misstankta-fall-av-barn-som-far-illa/handlingsprogram-vid-misstankta-fall-av-barn-som-far-illa-2014.pdf

SFS 1949:381. *Föräldrabalken.* Hämtad 27 april, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381

SFS 1949:381. *Föräldrabalken.* Hämtad 28 november, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381

SFS 1983:763. *Hälso- och sjukvårdslag.* Hämtad 27 april, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

SFS 2001:453. *Socialtjänslag.* Hämtad 27 april, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 27 april, 2017, från Svensk Sjuksköterskeförening, http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *Kärnkompetenser*. Hämtad 21 mars, 2017, från Svensk Sjuksköterskeförening, https://www.swenurse.se/Utanfor-strukturen/karnkompetenser/

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård.* Hämtad 26 mars, 2017, från Svensk Sjuksköterskeförening, https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård.* Hämtad 28 november, 2017, från Svensk Sjuksköterskeförening, https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Thullberg, P., Wigzell, K., & Ågren, G. (2004). *Tänk långsiktigt - En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa*. [Broschyr]. Lindesberg: Bergslagens grafiska. Från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10345/2004-110-4_20041106.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.

Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J.R, Asnes, A., & Bechtel, K. (2015). Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Annals of Emergency Medicine, 66*(5), 447-454.

World Health Organization [WHO]. (2016). *Child Maltreatment.* Hämtad 28 april, 2017, från World Health Organization, http://search.who.int/search?q=MALTREATMENT&ie=utf8&site=who&client=_en_r&proxystylesheet=_en_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfields=doctyple

World Medical Association [WMA]. (2017). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.* Hämtad 24 april, 2017, från WMA, https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Intervjuguide

Sjuksköterskors erfarenheter av att möta familjer där ett barn far illa - en intervjustudie på barnakuten.

- **Skulle du vilja berätta om dina erfarenheter i mötet med familjer där misstanke eller kännedom om att barn far illa fanns?**

- **Kan du konkretisera en situation där du misstänkte eller fick kännedom om att ett barn for illa och beskriva hur det upplevdes?**
  - Hur agerade du i situationen?
  - Hur såg familjesituationen ut?
  - Beskriv en situation där det blev ett bra utfall?
  - Beskriv en situation där det inte blev ett bra utfall?

- **Hur upplever du det är att möta dessa familjer i en miljö som just på barnakuten?**
  - Hur upplever du att vårdtiden för barnet kan spela roll?
  - Hur upplever du att sambandet är mellan barnets kontaktorsak på akuten och din kännedom/misstanke till att barnet far illa?

- **Coping**
  - Hur påverkar dessa situationer dig på djupet?
  - Hur hanterar du dessa situationer i efterhand?
  - Vad tror du är avgörande faktorer för hur du kan hantera dessa situationer?

- **Det kan upplevas svårt att ställas inför vissa situationer när det kommer till barn som far illa…**
  - Vad har du för erfarenheter kring anmälan, har du varit med om det?
  - Vad har du för erfarenheter gällande vilka tecken som kan identifieras hos barnet?
  - Hur upplever du att utbildningen inom detta område är?

- **Är det något du känner som du skulle vilja tillägga till intervjun som du hade tänkt dig att vi skulle prata om?**

- **Om deltagare**
  - Ålder
  - Utbildningsnivå
  - Antal år av yrkeserfarenhet (inom barnsjukvård)