



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barriärer som hindrar sjuksköterskans rapportering av fall där barn misstänks fara illa

En litteraturstudie

Författare: Johanna Ahlberg & Anna Fogelqvist Bredford

Handledare: Lina Magnusson

Kandidatuppsats

Våren 2018

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

Barriärer som hindrar sjuksköterskans rapportering av fall där barn misstänks fara illa

En litteraturstudie

Författare: Johanna Ahlberg & Anna Fogelqvist Bredford

Handledare: Lina Magnusson

Kandidatuppsats

Våren 2018

Abstrakt

Bakgrund: Sjuksköterskor rapporterar inte alltid sina misstankar om att barn far illa trots att rapportering kan vara livsavgörande för barn. Sjuksköterskor är skyldiga att ingripa vid misstanke om att barn far illa och måste känna till de krav som finns på rapportering. **Syfte:** Att undersöka vilka barriärer som hindrar sjuksköterskors rapportering av fall där barn misstänks fara illa. **Metod:** Åtta kvalitativa studier valdes och en litteraturstudie med en integrerad analys genomfördes. **Resultat:** Samtliga barriärer präglades av sjuksköterskans osäkerhet. Identifierings- och rapporteringsprocessen var oklar, kommunikationen med övriga organisationer var bristande, det var utmanande att hantera familjerna och det saknades stöd genom processen. **Slutsats:** Utbildning om hanterandet av fall där barn misstänks fara illa, tydliga rutiner samt stöd och feedback från kollegor och barnrättsorganisationer är åtgärder som kan minska de barriärer som hindrar sjuksköterskor från att rapportera misstänkta fall.

Nyckelord

Barn som far illa, Sjuksköterska, Barriärer, Rapportering, Identifiering, Osäkerhet

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	3
Introduktion.....	4
Problemområde.....	4
Bakgrund.....	5
Perspektiv och utgångspunkter.....	5
Barn som far illa	5
Identifiering av fall där barn misstänks fara illa.....	6
Rapportering av fall där barn misstänks fara illa.....	8
Hinder från att rapportera.....	9
Teoretisk referensram.....	10
Syfte.....	11
Metod.....	11
Urval.....	11
Datainsamling.....	12
Sökscheman.....	13
Analys av data.....	14
Forskningsetiska avvägningar.....	14
Resultat.....	16
Sjuksköterskans osäkerhet.....	16
Oklarheterna kring identifierings- och rapporteringsprocessen.....	17
Den bristande kommunikationen med övriga organisationer.....	19
Utmaningen i att hantera familjen.....	20
Avsaknaden av stöd genom processen.....	22
Diskussion.....	23
Diskussion av vald metod.....	23
Diskussion av framtaget resultat.....	25
Osäkerheten kring hanterandet av fall där barn misstänks fara illa.....	25
Relationen till familjen.....	26
Rutiner kring rapportering.....	28
Samarbetet med barnrättsorganisationer.....	29
Slutsats och kliniska implikationer.....	31
Författarnas arbetsfördelning.....	31
Referenser.....	32
Bilaga 1.....	38

Introduktion

Problemområde

Våld och försummelse av barn är ett världsövergripande och omfattande problem som existerar i såväl höginkomstländer som övriga länder (Gilbert et al., 2008; World Health Organisation, 2017). Att fallen rapporteras är livsavgörande för de utsatta barnen (Crisp & Lister, 2003; Tingberg, 2015). Sjuksköterskor är en yrkesgrupp som frekvent kommer i kontakt med barn som far illa, men det har visat sig att det existerar flera olika hinder som orsakar att sjuksköterskor inte alltid rapporterar misstänkta fall.

Under året 2017 utsattes tjugotre procent av barnen i världens alla länder för fysiskt våld, trettiosex procent för emotionellt våld och sexton procent för fysisk försummelse (World Health Organization, 2017). I höginkomstländer utsätts ett av tio barn för emotionellt våld. Ungefär lika många utsätts för fysiskt våld (Gilbert et al., 2008). World Health Organization uppskattar att nittio procent av alla fall där barn far illa i världen inte uppmärksammas (Gilbert et al., 2008; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; Sethi et al., 2013).

Att sjuksköterskor tar sin anmälningsskyldighet på största allvar kan vara livsavgörande för barn som utsätts för olika typer av våld (Tingberg, 2015). Forskning visar dock att sjuksköterskor inte alltid rapporterar sina misstankar om barn som far illa (Buntin, Lazerbatt & Wallace, 2010; Keane & Chapman, 2007; Piltz & Wachtel, 2009; Lines, Hutton & Grant, 2017). I flera fall besitter inte sjuksköterskor de nödvändiga kunskaperna för att kunna avgöra allvaret i en situation, samt behovet av ingripande. De bristande kunskaperna försätter barn som far illa i en position där de riskerar att skadas ytterligare (Crisp & Lister, 2003; Lines et al., 2017; Paavilainen, Åstedt-Kurki, Paunonen-Ilmonen & Laippala, 2002; Natan, Faour, Naamhah, Grinberg & Klein-Kremer, 2012; Herendeen, Blevins, Anson & Smith, 2014). Sjuksköterskor upplever att det saknas rutiner för rapportering samt att det är komplicerat att finna riktlinjer för rapporteringskrav (Keane & Chapman, 2007; Lines et al., 2017; Louwers, Korfage, Affourtit, De Koning & Moll, 2012). Det saknas konsensus mellan olika yrkesgrupper, mellan olika individer inom yrkesgrupperna samt mellan allmänheten och professionella för när ett barn anses fara illa. Det råder även brist på samstämmighet mellan yrkesgrupper om vad som anses vara anmälningsbart (SOU 2001:72). Subjektiva uppfattningar om barnmisshandel och försummelse får ofta avgöra om ett fall rapporteras eller ej (Lines et al., 2017).

För att förstå vad det är som gör att rapporter om att barn misstänks fara illa inte sker är det viktigt att undersöka vilka barriärer som hindrar sjuksköterskor från att anmäla. Genom att sammanställa litteratur kan kunskap om vilka barriärer som hindrar rapportering samlas.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Litteraturstudien kommer att utgå från sjuksköterskans perspektiv – och inte barnets. Synen på barn varierar och de kan beroende på kultur ses som ägodelar, underlydande, deltagare och/eller medborgare (Hallström, 2015). Enligt Förenta Nationernas (FN:s) Konvention om barns rättigheter (Regeringskansliet, 2014) ska barnets bästa prioriteras vid alla åtgärder som rör barn. Konventionsstaterna skriver under på att alla barn har en inneboende rätt till livet och staterna ska i högsta möjliga mån säkerhetsställa varje barns överlevnad och utveckling. Konventionsstaterna ska tillämpa alla lämpliga åtgärder för att skydda barn mot alla former av diskriminering eller bestraffning på grund av föräldrars, vårdnadshavare eller familjemedlemmars ställning, verksamhet, uttryckta åsikter eller tro (Regeringskansliet, 2014). Enligt 1 § i kap 6 av Föräldrabalken (1949:381) har alla barn rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran, de ska behandlas med respekt för sin person och egenart och får inte utsättas för vare sig kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling.

Barn som far illa

Att förhindra barnmisshandel är ett gemensamt mål för alla samhällsinstanser som arbetar med barn (Tingberg, 2015). Enligt FN:s barnkonvention ska inget barn behöva utsättas för fysiskt eller emotionellt våld (Regeringskansliet, 2014). Inom området fysisk och emotionell misshandel samt försummelse av barn används flera olika begrepp som till exempel “barnmisshandel”, “utsatta barn” och “barn som far illa”. Samtliga begrepp används som samlingsbegrepp för fysisk och emotionell misshandel samt sexuella övergrepp. Ibland används begreppen synonymt och ibland utskiljs “barnmisshandel” till att omfatta aktiva våldshandlingar, medan “barn som far illa” har en bredare omfattning som utöver aktiva våldshandlingar inkluderar barn i riskmiljöer (SOU 2001:72). Att använda termen “barnmisshandel” för att beskriva olika situationer där barn far illa är problematiskt eftersom det riskerar att förväxlas med straffrättens misshandels-begrepp (Socialstyrelsen, 2011). Eftersom “barn som far illa” täcker både fysisk misshandel, emotionell misshandel, sexuella övergrepp och försummelse är begreppet det mest heltäckande och därmed lämpligast att använda i litteraturstudien.

Enligt The World Health Organisation (1999) definieras barnmisshandel och vanvård som alla former av fysisk och/eller emotionell misshandel, sexuellt utnyttjande, försummelse, negligerande behandling och kommersiell exploatering som resulterar i faktisk eller möjlig skada av barnets hälsa, överlevnad, utveckling och värdighet (World Health Organisation, 1999). Utifrån ett svenskt perspektiv definierar Kommittén mot barnmisshandel begreppet (SOU 2001:72) som “när en vuxen person utsätter ett barn för fysiskt eller emotionellt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller försummar att tillgodose barnets grundläggande behov. Med barn avses varje människa under 18 år” (SOU 2001:72, s. 24). Fysisk misshandel av barn innebär att den vuxne handlar på ett sätt som antingen orsakar eller som skulle kunna orsaka barnet skada (Krug et al., 2002; Socialstyrelsen, 2011). Med emotionell misshandel menas situationer där den vuxne inte erbjuder barnet en lämplig och stöttande miljö, vilket inkluderar handlingar som har en negativ inverkan på barnets emotionella hälsa och utveckling (Krug et al., 2002). Exempel på emotionell misshandel är förlöjligande, nedvärdering, utfrysning, orimliga krav, isolering och orimligt hårda bestraffningar (Krug et al., 2002; Socialstyrelsen, 2011). Försummelse - den svenska motsvarigheten för engelskans “neglect” - definieras som när den vuxne inte lyckas erbjuda barnet en utvecklande miljö inom aspekterna hälsa, emotionell utveckling, nutrition, skydd och/eller säker levnadsstandard (Krug et al., 2002; Socialstyrelsen, 2011). Begreppet försummelse kan endast appliceras i situationer där det finns rimliga resurser att tillgå och exkluderar därmed omständigheter där till exempel svält förekommer (Krug et al., 2002). Kommittén mot barnmisshandelns definition av barnmisshandel skiljer inte på avsiktliga och oansvariga handlingar och på aktiv och passiv försummelse och menar på situationer där den vuxna inte uppfyller sitt ansvar gentemot barnet (SOU 2001:72).

Identifiering av fall där barn misstänks far illa

Enligt Svensk sjuksköterskeförenings (2017) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskan kunna bedöma patientens hälsotillstånd utifrån subjektiva upplevelser såväl som objektiv data samt fastställa omvårdnadsdiagnoser där patientens omvårdnadsbehov identifieras (ibid.). Vid bedömning av barns hälsotillstånd måste sjuksköterskan samla information genom fysiska undersökningar och dokumentation av skador men även analysera interaktionen mellan barn och förälder (Paavilainen & Flinck, 2012).

Symtomen vid fall där barn far illa kan variera beroende på ålder, personlighet, utvecklingsnivå, grad av exponering samt andra risk- och skyddsfaktorer i den kringliggande miljön (Socialstyrelsen, 2014). Skador och symtom vid fysisk barnmisshandel kan vara blåmärken, skador i munnen, öronskador, bränn- och skållskador, bitmärken, skelettskador, ögon- och hjärnskador, förgiftning samt skador på inre organ (Lagerberg, 2009). När ett barn far illa är det inte ovanligt att barnet utöver de fysiska symtomen uppvisar tecken på depression, ångest, självdestruktivitet, utvecklande av aggressivitet, bristande social kompetens samt hyperaktivitet (Socialstyrelsen, 2014). Andra icke-fysiska symtom kan vara emotionella störningar, rädsla, frånvaro från skolan, missbruk och upprepade besök på hälsokliniker. Att barnet klagat över smärta utan synbar orsak kan även det vara ett tecken på att någonting inte står rätt till (Paavilainen & Flinck, 2012). För att identifiera fall där det bör misstänkas att barn far illa är det viktigt att som sjuksköterska sätta sig in i barnets situation. Sjuksköterskan måste våga fråga barnet om barnets mående samt om hen utsätts för någon form av emotionell och/eller fysiskt våld. Genom att personalen rutinmässigt frågar om våld kan fler våldsutsatta barn identifieras och därmed erbjudas vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2014). Kommunikationen mellan barn och vårdnadshavare är ett väsentligt område att beakta vid identifieringen av att ett barn far illa. Ett viktigt tecken är om vårdnadshavaren inte låter barnet uttrycka sig själv (Tveiten, 2000). Tecken och symtom ska bedömas i ett helhetsperspektiv för att identifiera om ett barn bör misstänkas fara illa. Sjuksköterskans insamling av data har en stor betydelse för hur det multiprofessionella teamet ska kartlägga beslutsprocessen för om ett fall ska rapporteras (ibid.).

Medvetenheten har ökat om att vissa hemmiljöer, fattigdom och ekonomiska begränsningar gör att barnet löper högre risk för att fara illa (Lagerberg, 2009). Faktorer hos den vuxna, som att själv har farit illa som barn, missbruk och psykisk ohälsa innebär även de en risk för att barnet ska fara illa. Riskfaktorerna skall dock endast ses som varningssignal när de förekommer tillsammans. Enskilda riskfaktorer kan därmed aldrig stå till grund för antagandet att ett barn far illa. Sjuksköterskan bör alltid skaffa sig en uppfattning om barnets / familjens bakgrund och fullständiga sammanhang innan hen misstänker att barnet far illa (Paavilainen & Flinck, 2013).

Rapportering av fall där barn misstänks far illa

Enligt Socialtjänstlagen, 1§, kap.14, i SFS 2001:453 är myndigheter inom hälso- och sjukvården skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa (Socialstyrelsen, 2014). Sjuksköterskan har som ansvar att ingripa för att skydda enskilda personer, familjer och allmänheten när medarbetare eller andra personer hotar deras hälsa (International Council of Nurses, 2012). Vid anmälan är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldiga att lämna alla uppgifter som kan vara till betydelse för utredningen (Socialstyrelsen, 2014). Anmälan kan vara muntlig eller skriftlig och ska tas emot, dokumenteras och behandlas av socialnämnden. Vid akuta fall kan anmälan komma att behöva genomföras per telefon, och ska då bekräftas skriftligt i efterhand (Socialstyrelsen, 2011). För att göra en anmälan krävs det inga tydliga tecken eller symtom på misshandel (Socialstyrelsen, 2014). Enligt Lagen om stöd och skydd för barn och unga (LBU) kan den som är anmälningsskyldig inte vara anonym i sin anmälan (SOU 2009:68).

Sjuksköterskors anmälningsskyldighet är obestridlig och är inte möjlig att överväga (Socialstyrelsen, 2011). Det krävs kunskap bland sjuksköterskor om hur anmälningsprocessen går till vid fall där barn misstänks fara illa (Socialstyrelsen, 2014). En anmälan ska göras när sjuksköterskan får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden måste ingripa för att skydda ett barn. Efter det är det socialnämnden som bedömer vilka insatser som krävs i varje specifikt fall (Socialstyrelsen, 2011). Sjuksköterskor ska kunna bedöma vilka omvårdnadsåtgärder barnet är i behov av, värna om barnets rättigheter och verka för att vårdkedjan upprätthålls samt samarbeta med övriga aktörer för att patientens vårdbehov ska kunna tillgodoses. Barn tillhör en sårbar befolkningsgrupp och sjuksköterskan har ett ansvar att se till att insatser sätts in som tillfredsställer barnets hälsa och sociala behov, oavsett om sjuksköterskan har varit i kontakt med barnet eller inte (International Council of Nurses, 2012; Socialstyrelsen, 2014; Svensk sjuksköterskeförening 2017). Det finns heller ingen skillnad i sjuksköterskans anmälningsplikt angående barn som misstänks fara illa och barn som faktiskt far illa (Socialstyrelsen, 2014).

Rapportering och identifiering av barn som far illa utförs på olika sätt i olika länder beroende på ländernas kultur och lagar. Generellt anses det i många kulturer att våld mot barn inte bör vara lagligt. Trots detta saknar vissa länder obligatoriska lagar om rapportering vid fall där barn far illa. I en undersökning visades det att av de femtioåtta länder som deltog hade trettio tre länder lagar om *obligatorisk* rapportering medan tjugo länder endast hade lagar om *frivillig* rapportering vid misstanke om att barn far illa (Krug et al., 2002). I Sverige skall sjuksköterskor göra en anmälan till socialnämnden vid misstanke om att ett barn far illa (Socialstyrelsen 2014). Socialnämndens motsvarighet benämns olika i olika länder. Internationellt används termen ”Child Protective Services” (CPS). Vid översättning av MESH-termer översätts ”Child Protective Services” till ”barnrättsorganisationer”. I litteraturstudien kommer därför barnrättsorganisationer användas som begrepp för den instans som sjuksköterskor ska rapportera till.

Hinder från att rapportera

I en amerikansk studie visade det sig att tjugosju procent av de upptäckta skadorna hos barn som *troligen* eller *mycket troligen* ansågs vara orsakade av barnmisshandel eller försummelse inte rapporterades av sjukvårdspersonalen. Av de skador som *möjligen* ansågs kunna vara orsakade av barnmisshandel eller försummelse var det sjuttiosex procent som inte rapporterades (Flaherty et al., 2008). Brist på tillräcklig utbildning om tecken och symtom på att ett barn farit illa har identifierats som ett hinder mot att rapportera (Bunting et al., 2010; Piltz & Wachtel, 2009). Ytterligare faktorer som utgör hinder mot rapportering är sjuksköterskans okunskap och bristande civilkurage (Socialstyrelsen, 2014). Vid fall där det inte är självklart om barnmisshandel och försummelse bör misstänkas, till exempel vid brist på tydliga fysiska bevis är sjuksköterskor mindre benägna att rapportera (Bunting et al., 2010; Piltz & Wachtel, 2009). Fysisk och emotionell misshandel samt sexuella övergrepp anses i större utsträckning vara grovt våld än försummelse (SOU 2001:72). Brist på kunskap om tecken på emotionell misshandel och försummelse erkänns som den största orsaken till att dessa typer av misshandel inte rapporteras (Piltz & Wachtel, 2009). Sexuell misshandel anses vara mindre tvetydigt att bedöma, och rapporteras i större utsträckning än emotionell misshandel och försummelse (Butin et al., 2010). Sjuksköterskans oro över att det kan uppstå en negativ relation med barn och vårdnadshavare kan även utgöra ett hinder mot att rapportera (Socialstyrelsen, 2014). Vidare finns det en oro bland sjuksköterskor att de ska utsätta sig själva och sina egna familjer för fara om de rapporterar, speciellt om de lever i små samhällen där de lätt känns igen (Piltz & Wachtel, 2009).

Barns berättelse kan vara den avgörande faktorn till att det sker en anmälan (Socialstyrelsen, 2014) men kommunikationen med barn kan fungera som en barriär i vården (Tingberg, 2015). Barn i olika åldrar kan ha olika ordförråd samt ordförståelse. Sjuksköterskan behöver därmed kunskap om barnets mognads- och utvecklingsnivå för att uppnå en god kommunikation (Tveiten, 2000).

Teoretisk referensram

För att analysera sjuksköterskans roll i förhållande till professionen samt organisationen används Lipskys (1969) teori om gräsrotsbyråkrati. Enligt definitionen är gräsrotsbyråkrater offentligt anställda tjänstemän vilka dels har direktkontakt med medborgarna i sitt dagliga arbete och dels har en handlingsfrihet i utförandet av sina arbetsuppgifter (ibid.). Definitionen av gräsrotsbyråkrati kan appliceras på sjuksköterskans profession. Handlingsfriheten innefattar möjligheten att göra egna bedömningar samt att vid behov ifrågasätta och omdefiniera klientens krav och problemformulering. Tjänstemannen kan då behöva ta ställning till och om nödvändigt ifrågasätta klientens egna bedömningar, och bedöma det verkliga problemet åtskilt från det presenterade. Relationen mellan klienten och gräsrotsbyråkraten är beroende av organisationen, vilket försätter gräsrotsbyråkraten i en korseld mellan två helt olika typer av krav (Johansson, 2011). Gräsrotsbyråkraten befinner sig i ett lägre skikt i organisationshierarkin och utsätts för en mängd krav uppifrån. Det är gräsrotsbyråkraten som i enlighet med organisationens krav på avpersonifiering måste omvandla individerna till klienter. Verklighetens situationer är dock ofta alltför komplicerade och dynamiska för att kunna reduceras till formella regler och instruktioner. De mänskliga dimensionerna kräver förmåga till improvisation och omdöme som är omöjligt att kodifiera i regelform. Därför får gräsrotsbyråkraten en viss handlingsfrihet från organisationen att göra självständiga bedömningar utanför regelverket (Lipsky, 1969).

Lipskys (1969) beskrivning av gräsrotsbyråkraten kan överföras till sjuksköterskans situation. Sjuksköterskan har hand om patienter – vilka motsvarar klienterna i gräsrotsbyråkratin. Sjuksköterskan har även en frihet att handla på ett sätt så att patienternas krav anpassas till organisationen. Sjuksköterskan har en skyldighet att rapportera de fall där de misstänker att barn far illa, vilket kräver att hen måste ifrågasätta anledningen till varför ett patientfall ser ut på ett visst sätt och därmed identifiera det verkliga problemet. Hen måste anpassa sig till de krav som ställs, dels uppifrån och dels från barnrättsorganisationer. Samtidigt förväntas det att sjuksköterskan ska kunna gå ifrån regelverket och handla på ett sätt så att den mänskliga faktorn beaktas och individuella tillämpningar görs av generella regler och direktiv. Detta försätter

sjuksköterskan i ett trångt utrymme mellan att fullfölja sina skyldigheter som hälso- och sjukvården bestämmer och att se helheten i varje specifikt patientfall. Att vara organisationen till lags samtidigt som varje patientfall ska bedömas individuellt sätter sjuksköterskan i en problematisk ställning. Situationen bildar barriärer som hindrar sjuksköterskor från att rapportera misstänkta fall.

Syfte

Syftet med litteraturstudien är att undersöka vilka barriärer som hindrar sjuksköterskors rapportering av fall där barn misstänks fara illa.

Metod

Studien har genomförts som en litteraturstudie. En litteraturstudie är en sammanställning och analys av tidigare studier som är relevanta inom området (Kristensson, 2014). Studien grundar sig i ett induktivt tillvägagångssätt, där fakta samlas in från studier. Utifrån faktan belyses ett fenomen och en teori skapas (Forsberg & Wengström, 2013).

Urval

Urvalet består av åtta vetenskapliga artiklar som utgår från litteraturstudiens syfte, nämligen att undersöka vilka barriärer som hindrar sjuksköterskors rapportering av fall där barn som misstänks fara illa. Studierna identifierades i databaserna PubMed och CINAHL. PubMed är den största sökmotorn i MEDLINE. MEDLINE är en primär databas för *National library of Medicine* och består av 95 procent av all medicinsk litteratur. Databasen MEDLINE omfattar områden som omvårdnad, medicin, odontologi, veterinärmedicin samt hälso- och sjukvårdsadministration (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2011). CINAHL är en databas som fokuserar på det vårdvetenskapliga området och är en relevant databas för omvårdnadsforskning (Polit & Beck, 2017). Studier som inkluderades i kandidatuppsatsen hanterade höginkomstländer, var skrivna på engelska och publicerade mellan april 2008 till april 2018. Kriterierna för vilka länder som ansågs vara som höginkomstländer utgick från The World Banks lista över höginkomstländer (2018). Studier som inriktades mot fall där barn far illa i både fysiskt och/eller emotionellt avseende inkluderades medan studier som enbart fokuserade på fall där barn utsatts för sexuella övergrepp exkluderades. Urvalet innefattade både studier där endast sjuksköterskor var involverade samt studier där sjuksköterskor tillsammans med andra relevanta professioner ingick. Professionerna var sådana som kom i

kontakt med barn som far illa och exempel på dessa var poliser, lärare och läkare. Utöver sjuksköterskor inkluderades även skolsjuksköterskor och barnsjuksköterskor i studien.

Datinsamling

Det krävs en utvecklad sökstrategi för att identifiera relevant litteratur till studien. I en sökstrategi beskrivs hur arbetet ska läggas upp för att hitta relevant litteratur som ska svara på studiens frågeställningar (Kristensson, 2014). I sökningen i PubMed användes sökorden "Child Abuse", "Mandatory Reporting" och "Nurse's Role", alla i form av Mesh-termer. I sökningen i CINAHL användes sökorden "Child Abuse", "Mandatory Reporting" och "Nursing role", alla i form av CINAHL Headings. Sökstrategin finns beskriven i Tabell 1 och 2. Litteraturen granskades enligt Kristenssons (2014) tre steg (se Tabell 1 & 2). Först granskades abstracten hos de artiklar vars titlar ansågs relevanta. I det andra steget lästes de artiklar vars abstracts ansågs vara relevanta i fulltext. Likheter och skillnader i de olika studiernas resultat identifierades. I det tredje och sista steget utfördes en kritisk granskning av de valda artiklarna och de elva mest relevanta studierna kvalitetsgranskades utifrån Willman et. als. granskningsmall (2016). Kvalitetsgranskningen inleddes med att båda studieförfattarna granskade samtliga studier enskild. Därefter granskades samtliga studier tillsammans för att kvalitetsgranskningens trovärdighet skulle vara så hög som möjligt (Kristensson, 2014). Av samtliga elva studier valdes åtta studier ut som skattades högkvalitativa och var mest relevanta för litteraturstudiens syfte. De åtta studierna hade en kvalitativ ansats.

Tabell 1: Sökschema över PubMed-sökning

Databas: PubMed	Sökord	Antal träffar	Granskade abstracts	Artiklar lästa i fulltext	Granskade artiklar	Valda artiklar
#1	"Child Abuse"[Mesh:NoExp]	20,089	0	0	0	0
#2	(Mandatory Reporting [Mesh Terms]) OR Nurse's role [MeSH Terms]	41,313	0	0	0	0
#3	("Child Abuse"[Mesh:NoExp]) AND ((mandatory reporting[MeSH Terms]) OR nurse's role[MeSH Terms])	309	93	30	11	8

Avgränsningar: Artiklar skrivna på engelska som är publicerade mellan april 2008 - april 2018.

Tabell 2 : Sökschema över CINAHL- sökning

Databas: Chinal	Sökord	Antal träffar	Granskade abstracts	Antalet lästa artiklar	Granskade artiklar	Valda artiklar
#1	(MH "Child Abuse")	12,790	0	0	0	0
#2	(MH "Mandatory Reporting")	4,851	0	0	0	0
#3	(MH "Nursing Role")	48,421	0	0	0	0
#4	(MH "Child Abuse") AND ((MH "Mandatory Reporting") OR (MH "Nursing Role"))	293	28	5	3	3

Avgränsningar: Artiklar skrivna på engelska som är publicerade mellan april 2008 - april 2018.

Av de tre artiklar som valdes från Cinahl-sökningen återfanns två av dem även i PubMed-sökningen vilket resulterar i det var totalt åtta artiklar som valdes.

Analys av data

Vid framställandet av resultatet granskades de åtta valda studierna genom integrerad analys. Enligt Kristensson (2014) genomförs en integrerad analys genom att likheter och skillnader i de valda studierna identifieras. Därefter delas de relevanta delarna av studiernas resultat in i kategorier och resultatet sammanställs. Datan analyserades genom att en artikelmatris sammanställdes och studiernas resultat färgkodades. Artikelmatrisen innefattade uppgifter om författare, titel, syfte, design och metod, population, resultat och slutsatser samt kvalitet. Efter färgkodningen identifierades vilka delar av studiernas resultat som var relevanta för litteraturstudiens syfte. En kategori fastställdes och fyra tillhörande subkategorier identifierades. Vid sammanställningen av litteraturstudiens resultat beskrevs likheter och skillnader mellan de olika studiernas resultat inom varje subkategori.

Forskningsetiska avvägningar

Forskningsetik handlar om att se till att de människor som ingår i forskningen ska behandlas med respekt och att den information som samlas in hanteras på ett respektfullt och korrekt sätt (Kristensson, 2014). Sandman & Kjellström (2014) tar upp olika etiska koder som forskningens etiska förhållningssätt ska präglas av. De etiska koderna är Nürnbergs-koden, Helsingforsdeklarationen, Belmontrapporten och The council for International Organisations of Medical Science (CIOMS). I Nürnbergs-koden framförs att deltagarna inte får skadas av experiment eller forskning och stor vikt fästs vid att informerat samtycke. Helsingforsdeklarationen är en etisk kod där behovet av ny kunskap samt deltagarnas hälsa och intressen sätts i fokus. Helsingforsdeklarationen för även fram att forskningens etik ska granskas av oberoende personer (Sandman & Kjellström, 2014; World Medical Association, 2013). Belmontrapporten anger tre grundläggande etiska principer i den tillhörande etiska koden: respekt för personen, göra-gott principen och rättvisepincipen, vilka utgör ett analytiskt ramverk som ska erbjuda vägledning när etiska problem uppstår. Belmontrapporten har haft ett inflytande över den internationella etiska koden CIOMS som använder sig av samma grundläggande etiska principer. CIOMS sätter fokus på att värna om svaga grupper samt specificerar det hänsynstagande som behövs när studier görs i utvecklingsländer (Sandman & Kjellström, 2014).

Vid sökandet av vetenskapliga studier framkom det studier där barn var forskningsdeltagare. Enligt Sandman & Kjellström (2014) tillhör barn en grupp som kräver eftertanke. Funderingar bör göras kring om forskningen skulle kunna ha genomförts på vuxna i stället. Forskning på barn ska enbart utföras om forskningen ger en positiv effekt på barn. Om barnet är under 15 år måste deltagandet godkännas av föräldrar/vårdnadshavare. All forskning som bidrog till litteraturstudiens resultat präglades av ett etiskt förhållningssätt. Majoriteten av de valda studierna hade blivit granskade och godkända av etiska kommittéer och den enda studie som inte blivit det följde etiska principer enligt Nürnbergs-koden, Helsingforsdeklarationen, Belmontrapporten och (CIOMS).

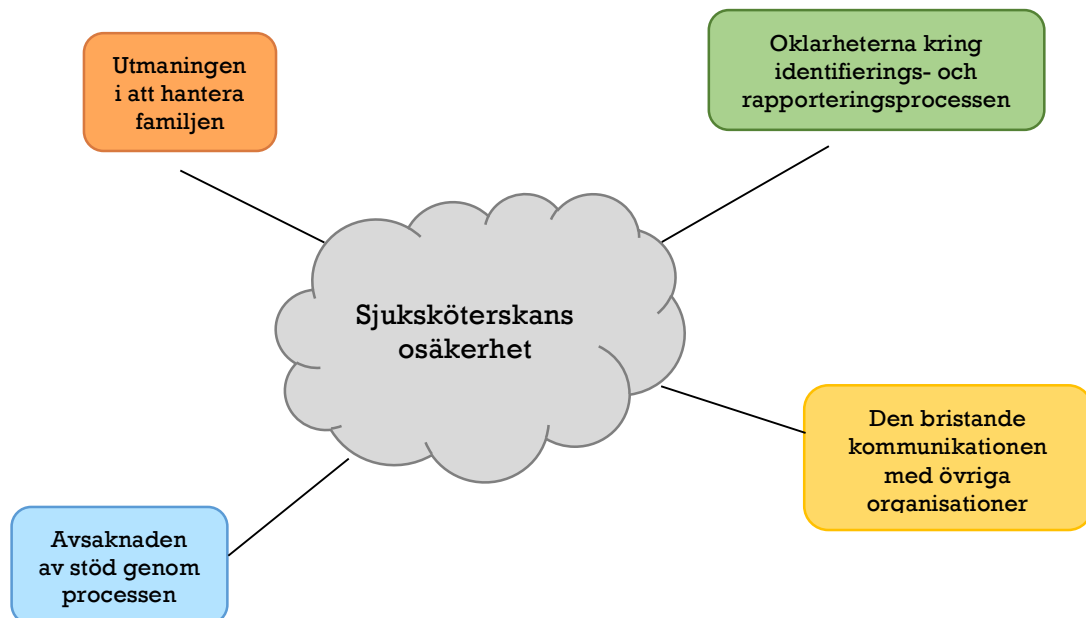
Litteraturstudiens alla källor ska refereras till på ett korrekt sätt så att den akademiska hedern upprätthålls och så att risken för plagiat utesluts. Den färdiga litteraturstudien skickades genom antiplagiatprogrammet urkund.

Resultat

De åtta utvalda studierna var utförda i höginkomstländer. En utfördes i Nederländerna, en på Irland, en i USA, en i Sverige och tre i Storbritannien. Analysen av studierna resulterade i en huvudkategori: **Sjuksköterskans osäkerhet**. Fyra subkategorier till huvudkategorin identifierades: *Oklarheterna kring identifierings- och rapporteringsprocessen*, *Den bristande kommunikationen med övriga organisationer*, *Utmaningen i att hantera familjen* samt *Avsaknaden av stöd genom processen* (se Figur 1).

Sjuksköterskans osäkerhet

Sjuksköterskans osäkerhet existerade på både individuell och organisatorisk nivå. Osäkerheten berodde på att sjuksköterskorna inte visste hur de skulle interagera med vårdnadshavare och barnrättsorganisationer. En annan anledning till att sjuksköterskorna var osäkra vid fall där barn misstänks fara illa var att sjuksköterskorna inte hade tillräcklig kunskap om hur fall skulle identifieras och rapporteras. Bristen på stöd genom processen ledde till att osäkerheten hos sjuksköterskorna ökade ytterligare. Den omfattande osäkerheten hos sjuksköterskor vid misstanke om att barn far illa leder till att fall som bör rapporteras inte blir rapporterade. Osäkerheten fungerar på så sätt som en barriär mot att rapportera fall där barn misstänks fara illa.



Figur 1: Resultatets huvudkategori med tillhörande subkategorier.

Oklarheterna kring identifierings- och rapporteringsprocessen

I flera av de granskade studierna rådde det bristande kunskap kring hur barn som far illa skulle identifieras. Det fanns även oklarheter kring rapporteringsprocessen inom vilka rutiner som fanns, sjuksköterskans skyldigheter vid rapportering samt hur en rapport verkställdes (Eisbach & Driessnack, 2010; Francis, Chapman, Sellick, James, Miles, Jones & Grant, 2012; Rooke, 2015; Hackett, 2013; Rowse, 2009; Schols, de Ruiters & Öry, 2013; Tingberg, Bredlöv & Ygge, 2008). Elva sjuksköterskor deltog i en semistrukturerad intervjustudie av Tingberg et al. (2008) med syfte att undersöka sjuksköterskors erfarenheter vid hantering av fall där barn far illa. Sjuksköterskorna uttryckte en brist på klara riktlinjer och protokoll som beskrev proceduren vid rapportering. Bristen kunde leda till att fall där barn farit illa inte rapporterades. Sjuksköterskorna upplevde även en osäkerhet över sin lagliga plikt att rapportera samt hur själva rapporten skulle utformas. I en deskriptiv studie av Francis et al. (2012) där grundad teori användes som forskningsmetod intervjuades sju sjuksköterskor, en läkare, tre poliser och sex lärare i syfte att lyfta fram beslutprocessen vid rapportering. Sjuksköterskorna beskrev att de inte hade kunskap om att de själva hade befogenheten att rapportera utan trodde att steget efter identifiering var att överlämna misstänkta fall till läkare. I en engelsk studie av Hackett (2013) deltog skolsjuksköterskor (n=6) i semistrukturerade intervjuer med syfte att belysa skolsköterskors roll, kunskap och behov av utbildning vid fall där barn misstänks fara illa. Resultatet visade att studiedeltagarna hade ett behov av mer utbildning inom rapportskrivning, rutiner och juridiska frågor vid fall där barn misstänks fara illa.

I flera av studierna uttryckte studiedeltagarna en osäkerhet kring vilka tecken som indikerar att barn far illa (Eisbach & Driessnack, 2010; Rowse, 2009; Schols, de Ruiters & Öry, 2013; Tingberg et al., 2008). Osäkerheten berörde även hur den beslutsfattande processen utfördes, vilka förväntningar som fanns på sjuksköterskorna samt hur fall identifierades (Hackett, 2013; Rowse, 2009). Kunskapen och behovet av stöd vid fall där barn misstänks fara illa undersöktes i en semistrukturerad studie av Rowse (2009) där femton sjuksköterskor deltog. För att kunna hantera fall där barn far illa identifierades utbildning och erfarenhet som de viktigaste faktorerna (Hackett, 2013). I en holländsk studie (n=23 sjuksköterskor) av Eisbach & Driessnacks (2010) visade resultatet att sjuksköterskorna upplevde en osäkerhet samt avsaknad av kunskap kring hur barn som far illa skulle behandlas. Syftet med studien var att utforska processen inom obligatorisk rapportering av barn som far illa. De utbildningar som erbjöds berörde i större utsträckning objektiva tecken på att ett barn farit illa än subjektiva eller mindre

konkreta tecken (Eisbach & Driessnack, 2010). Det behövs även utbildningar i hur sanningshalten bedöms i vårdnadshavarnas och barnens historier (Tingberg et al., 2008). Flera sjuksköterskor kände sig osäkra på hur de skulle bedöma om en situation indikerade på ett barn farit illa (Tingberg et al., 2008), speciellt när misstankarna rörde försummelse och inte misshandel (Eisbach & Driessnack, 2010). Enligt Hackett (2013) är ett effektivt tillvägagångssätt för att förbättra sjuksköterskors identifiering av fall där barn far illa att integrera teori och praktik med lärande aktiviteter (Hackett, 2013). Elva sjuksköterskor, sex lärare, en rektor och femton förskollärare intervjuades i Schols et al. studie (2013) med syfte att undersöka hur barn som far illa identifieras. Resultatet visade att sjuksköterskorna saknade viss kunskap om barnets utveckling och att de behövde mer kunskap om barns grundläggande behov. Bristande kunskaper kunde göra att sjuksköterskor använde sig av egna värderingar om vad det innebär att barn far illa i stället för teori, vilket kunde leda till att gränsen för vad som är acceptabelt sänktes. Ett exempel på tecken som kunde ignoreras och därmed inte rapporteras är ohygienisk miljö. I Kent, Dowling & Byrnes studie (2011) belystes problematiken i att sjuksköterskor har olika definitioner för vilka familjer som bör ligga i riskzonen. I studien deltog tio irländska sjuksköterskor i semistrukturerade intervjuer och syftet med studien var att undersöka sjuksköterskans roll vid hantering av barn som misstänks fara illa.

Bristen på kunskap om vilka tecken som indikerar att ett barn far illa gjorde att sjuksköterskor använde sig av spridda metoder för att identifiera de fall som bör misstänkas (Eisbach & Driessnack, 2010; Francis et al., 2012; Kent et al., 2011; Schols et al., 2013). Tydliga objektiva tecken på misshandel eller försummelse i kombination med att historien som berättades av vårdnadshavarna och/eller barnet inte överensstämde visade starkt på att sjuksköterskor rapporterade (Eisbach & Driessnack, 2010). Tecken som fick sjuksköterskorna i Francis et al. studie (2012) att reagera var blåmärken, brutna ben, inadekvat utveckling, avigt beteende hos vårdnadshavaren/barnet samt emotionella förändringar som till exempel gråtmildhet, ilska och undrandragande från normal interaktion med andra människor (ibid.). Aggressivitet och/eller svårigheter att hantera alkohol hos vårdnadshavaren var faktorer utöver objektiva tecken som påverkade sjuksköterskors beslut om rapportering (Schols et al., 2013). Vid misstanke om att ett barn befann sig i riskzonen för att fara illa avvaktade sjuksköterskorna i Francis et al. studie (2012) med rapporteringen för att undersöka om det rörde sig om en engångsföreteelse eller om det var ett mönster. Trots att avvaktandet innebar en risk för barnet valde majoriteten av deltagarna hellre att vänta än att falskt anklaga en familj. För att identifiera misstänkta fall gjorde sjuksköterskorna i Schols et al. studie (2013) oväntade hembesök, övervakade och

registrerade familjen samt diskuterade fallet med sina kollegor. Vid tveksamma fall upprätthöll sjuksköterskorna i Eisbach & Driessnacks studie (2010) en vaksamhet genom att genomföra återbesök, remittera till kommunen samt tillhandahålla information om utbildningar i föräldraskap.

Den bristande kommunikationen med övriga organisationer

I ett flertal studier upplevde sjuksköterskorna en bristande kommunikation med övriga organisationer såsom barnrättsorganisationer och polisen (Eisbach & Driessnack, 2010; Francis et al., 2012; Kent et al., 2011; Rowse, 2008; Schols et al., 2013; Tingberg et al., 2008). När sjuksköterskors rapporter inte togs på allvar av barnrättsorganisationer väcktes frustration samt tveksamhet inför framtida rapportering (Eisbach & Driessnack, 2010; Rowse, 2008; Schols et al., 2013). Trots flera bevis på att barnet för illa kunde barnrättsorganisationer avslå rapporten, vilket väckte ångest hos sjuksköterskorna och en önskan om att de hade ansträngt sig mer för att rapporten skulle godkännas (Francis et al., 2012). Ofta ansåg barnrättsorganisationerna att de sett värre fall än de som sjuksköterskorna rapporterade in (Schols et al., 2013). Barnrättsorganisationerna var bristande i sin feedback till sjuksköterskorna (Francis et al., 2012; Kent et al., 2011; Rowse, 2008; Tingberg et al., 2008). Sjuksköterskorna påverkades genom att den bristande feedbacken gjorde de osäkra på sin roll (Kent et al., 2011; Schols et al., 2013). De behövde mer kunskap från barnrättsorganisationerna om hur de skulle gå tillväga samt mer information om vad barnrättsorganisationerna förväntade sig av sjuksköterskorna (Tingberg et al., 2008). Efter rapportering saknade sjuksköterskorna ofta uppföljning från barnrättsorganisationerna (Kent et al., 2011; Rowse 2008; Tingberg et al., 2008). Långa väntetider hos barnrättsorganisationerna gjorde att sjuksköterskorna tappade kontrollen över familjens situation i väntan på utredning (Rowse, 2008).

Brist i kommunikation med polisen och barnrättsorganisationer gjorde att sjuksköterskor inte kunde hålla sig uppdaterade kring utredningen. Studiedeltagarna i Schols et als. studie (2013) tog för vana att samarbeta med polisen inför besök som de var oroliga inför. Det var stressande för sjuksköterskor att rapportera till polisen eftersom de upplevde att de var tvungna att rättfärdiggöra sig (Rowse, 2008).

Utmaningen i att hantera familjen

Flera sjuksköterskor upplevde utmaningar i relationen med familjer där vårdnadshavarna var misstänkta förövare (Eisbach & Driessnack, 2010; Francis et al., 2012; Rooke, 2015; Schols et al., 2013; Tingberg et al., 2008). Fördröjning av rapportering kunde bero på sjuksköterskans rädsla för att vårdnadshavare skulle hämnas om de rapporterade (Eisbach & Driessnack, 2010; Schols et al., 2013). Sjuksköterskorna i Eisbach & Driessnacks studie (2010) beskrev hur de var tvungna att väga plikten och viljan att rapportera mot oron för sin egen säkerhet. En sjuksköterska uttryckte farhågan för att bli förföljd av upprörda vårdnadshavare. En annan sjuksköterska beskrev hur hen stålsatte sig för vårdnadshavarnas aggressioner, oavsett hur pass konfidentiell processen var (Eisbach & Driessnack, 2010). De sjuksköterskor som arbetade i små samhällen upplevde svårigheter att distansera sig själva från resten av befolkningen genom att de kunde bli igenkända i privata sammanhang. Den upplevda sårbarheten påverkade deras benägenhet att rapportera (Francis et al., 2012). I vissa fall valde sjuksköterskor att skjuta upp rapportering eftersom de befarade att rapporten skulle öka pressen hos en redan pressad familj vilket skulle öka riskbeteendet hos familjen och försätta barnet i större fara än tidigare (Eisbach & Driessnack, 2010). I studien skriven av Tingberg et al. (2008) beskrev sjuksköterskorna utmaningen i att upprätthålla en professionalitet gentemot vårdnadshavare och fokusera på barnet när de kände ett starkt hat mot vårdnadshavare som var förövare. Schols et al. (2013) belyser i sin studie betydelsen av relationen med vårdnadshavarna. En god relation kunde fungera som ett verktyg för att identifiera barn som misstänks fara illa samt motivera vårdnadshavare att söka hjälp. En relation som blir för stark kunde däremot fungera som en barriär mot att rapportera då den goda relationen kunde leda till att sjuksköterskans norm för vad som är acceptabelt beteende sänktes. Det var viktigt för sjuksköterskorna i Kent et al. studie (2011) att de skulle uppfattas som goda aktörer i samhället, för att lättare knyta kontakt med familjer. Den goda relationen äventyrades dock när sjuksköterskorna var tvungna att övervaka familjer.

Kommunikationen med vårdnadshavarna upplevdes problematisk (Hackett, 2013; Schols et al., 2013; Tingberg et al., 2008; Rooke, 2015). Sjuksköterskor upplevde även att de behövde ytterligare utbildning i kommunikation (Hackett, 2013; Schols et al., 2013). Utbildningen borde hantera hur kommunikationen med vårdnadshavarna sker på bästa sätt samt hur aggressiva vårdnadshavare bör hanteras. Att förmedla sin dåliga magkänsla till vårdnadshavarna upplevdes som en utmaning. Högutbildade vårdnadshavare som hade lätt för att uppvisa en välmenande attityd upplevdes som utmanande att kommunicera med. Det var svårt för

sjuusköterskor att hålla sig kritiskt skeptiska mot vårdnadshavarnas historia utan att förolämpa vårdnadshavarna (Schols et al., 2013). Det fanns en ambivalens mellan sjuusköterskor som försökte känna empati för familjens situation, stressnivå och tillgångar och försöka tillgodose vårdnadshavarnas behov av konsultation (Eisbach & Driessnack, 2010; Tingberg et al., 2008), medan andra enbart ville att vårdnadshavarna skulle straffas (Tingberg et al., 2008). I en studie där tio barnsjuusköterskor intervjuades genom att svara på öppna frågor upplevdes känslan av maktlöshet i att förhindra att barn far illa som den största utmaningen. Syftet med studien var att undersöka barnsjuusköterskors erfarenheter vid fall där barn far illa samt deras behov av stöd. Sjuusköterskorna kände sig exempelvis maktlösa när vårdnadshavare uppvisade en förklädd samarbetsvilja (Rooke, 2015). I Tingberg et als. studie (2008) beskrev flera av sjuusköterskorna hur de kände sig föråddas av vårdnadshavare som manipulerat dem till att tro på deras historia.

Ett annat orosmoment var att vårdnadshavarna skulle avsluta kontakten med sjukvården om sjuusköterskorna vidtog åtgärder mot dem (Eisbach & Driessnack, 2010; Schols et al., 2013). Rädslan att förlora kontakten med vårdnadshavarna kunde hindra sjuusköterskor från att rapportera (Schols et al., 2013). Sjuusköterskor oroade sig för att förlorad kontakt med familjen kunde innebära att barnet utsattes för en större risk än tidigare. Vårdnadshavare som tidigare varit villiga att samarbeta avslutade kontakten när de väl blivit rapporterade (Eisbach & Driessnack, 2010). För att undvika att skrämja bort vårdnadshavare berättade en sjuusköterska att hen aldrig använde termen "barnmisshandel" utan försökte uppvisa att hen hade som utgångspunkt att vilja hjälpa familjen och att hen var orolig över deras situation (Schols et al., 2013). Det uppfattades som viktigt att inte förvärpa situationen och trigga vårdnadshavarna genom att uttrycka sig på ett olämpligt sätt (Tingberg et al., 2008). I Francis et al. studie (2012) nämnde en sjuusköterska att varje situation borde ses i kontext mot hur en rapport skulle påverka barnet, syskon och hela familjen i det samhälle som de befann sig i (ibid.). I kommunikationen med barnen var sjuusköterskorna rädda att framkalla osanna historier hos barnen genom att börja ställa frågor om hur de blivit behandlade av sina vårdnadshavare. Enligt en sjuusköterska i studien är barn lättpåverkade för intryck och har i regel livlig fantasi (Eisbach & Driessnacks, 2010).

Avsaknaden av stöd genom processen

I flera studier upplevde sjuksköterskorna att de behövde stöd genom den beslutsfattande processen kring barn som misstänks fara illa (Francis et al., 2012, Rooke, 2015; Rowse, 2009; Schols et al., 2013; Tingberg et al., 2008). Stödet kunde dels vara kollegialt och dels professionellt psykologiskt (Schols et al., 2013; Tingberg et al., 2012). Det var viktigt för sjuksköterskorna att få sätta ord på sina känslor för att kunna gå vidare från fallet (Tingberg et al., 2012). Sjuksköterskorna använde ord som svårt, otäckt, fruktansvärt, ledsamt, läskigt, chockerande och tragiskt (Rowse, 2009). Konsultation från kollegor behövdes, både under identifierings- och rapporteringsprocessen (Schols et al., 2013). När ingen försäkrade sig om deras välmående kunde det leda till att sjuksköterskorna isolerade sig. Känslor av nervositet kunde uppkomma vid rapportering för att sjuksköterskorna befarade att de skulle göra fel, vilket skulle leda till förlängd inblandning i fallet samt ett ökat trauma för barnet och familjen (Francis et al., 2012; Rowse, 2009). Sjuksköterskorna upplevde att deras utbildning inte hade förberett dem på hur det skulle kännas att vara involverad i patientfall där barn far illa (Rowse, 2009). Utbildningen bör involvera personen bakom yrkesutövaren i och med att rädslor, personliga värderingar och erfarenheter av barn som far illa kan fungera som en intern barriär (Schols et al., 2013).

Det kunde uppstå problem i kommunikationen med övriga vårdgivare (Francis et al., 2012; Rowse, 2009; Schols et al., 2013). Sjuksköterskor kände att de inte blev tagna på allvar och att övriga vårdgivare trivialiserade problemen, vilket bidrog till att sjuksköterskor inte ville rapportera (Francis et al., 2012; Schols et al., 2013). Ibland kände sig sjuksköterskorna svikna av samarbetande läkare som inte stöttade dem om något gick fel i processen (Francis et al., 2012; Rowse, 2009). Sjuksköterskorna i Rowse (2009) studie upplevde visserligen stöd från överordnade, men undvek att diskutera misstänkta fall för att inte störa i onödan då de upplevde att de överordnade hade hög arbetsbelastning. I fall där sjuksköterskorna kände sig osäkra vid bedömningen av fall där barn far illa behövde de stöd och kunskap från kollegor för att kunna besluta om rapportering och lära sig av varandras erfarenheter (Rooke, 2015; Rowse, 2009; Schols et al., 2013). De sjuksköterskor som kände att deras arbetsplats höll dem om ryggen, var säkra på sin analytiska förmåga och kunskap samt hade en övergripande bild av hela familjens situation upplevde mindre problem vid rapportering (Eisbach & Driessnack, 2010). Ett problem i det interna samarbetet var dålig koordination i arbetsfördelningen och svårigheter med utbytet av information. För att sjuksköterskors oro skulle tas på större allvar hade det enligt sjuksköterskorna varit behjälpligt med någon typ av instrument för att underlätta

kommunikationen med övrig vårdpersonal (Schols et al., 2013). Sjuksköterskor som stöttades av en intern koordinator kände sig säkrare i rapporteringsprocessen då koordinatören kunde informera sjuksköterskan om rapporteringsarbetet, vad som förväntades av sjuksköterskan samt vad familjen möjligen gick igenom (Rowse, 2009).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Litteraturstudien är en sammanställning av aktuell forskning som kan förverkligas i praktiken (Kristensson, 2014). Litteraturstudien ansågs som lämplig då det fanns relevant forskning som behandlar vilka barriärer som hindrar sjuksköterskors rapportering av barn som misstänks fara illa. För att säkerställa att ingen information blir utelämnad i studierna gjordes en integrerad analys för att sammanställa resultatet (Kristensson, 2014). Genom att litteratursökningen gjordes i PubMed och CINAHL utformades en bredare sökning även om sju artiklar valdes från PubMed och en från CINAHL. Efter en inledande generell sökning om sjuksköterskans rapportering av barn som far illa identifierades vilka nyckelord som förekom i artiklar som var relevanta för syftet. Nyckelorden stod till grund för vilka söktermer som inkluderades i sökningen. Utöver gällande sökning gjordes ett flertal sökningar med andra söktermer och kombinationer. Det omfattande sökningsarbetet gjorde att studierna som slutligen inkluderades i kandidatuppsatsen var bäst lämpade för att svara på vilka barriärer som påverkar sjuksköterskors rapportering av barn som misstänks fara illa. Författarna valde att använda sig av indexord i form av CINAHL Heading och MeSH-termer. Indexorden gjorde att litteratursökningen blev mer specifik relaterat till studiens syfte (Kristensson, 2014).

Studier som inkluderades i kandidatuppsatsen berörde ämnet barn som far illa i höginkomstländer. Studierna beslutade att begränsa inklusionskriterierna till höginkomstländer för att studiernas utgångspunkt vad gäller hantering av barn som misstänks fara illa ska vara så lika som möjligt. Litteraturstudiens resultat innehöll studier från fem olika länder, varav ett av länderna var Sverige, vilket medförde att kandidatuppsatsen skulle kunna tillämpas i ett internationellt såväl som nationellt perspektiv.

Endast studier skrivna på engelska har inkluderats i litteraturstudien. Detta har medfört att andra relevanta studier kan ha missats i litteratursökningen, även om de flesta studier i databaserna återfinns på engelska. Eftersom endast artiklar skrivna på engelska har inkluderats i litteraturstudien har en översättning och tolkning genomförts. Betydelser av begrepp och uttryck kan vara olika i alla språk. Det finns en risk för feltolkningar vid översättning av och att relevant information blir utelämnad (Dahlborg Lyckhage, 2006). Artiklarna studerades först individuellt och därefter gemensamt för att undvika feltolkningar av artiklarna. Studier som inkluderades var publicerade mellan åren 2008–2018 på grund av att sökningen i annat fall blev för omfattande. Det medför dock att resultatet baseras på aktuella samt relevanta studier.

På grund av brist på artiklar som endast avhandlade sjuksköterskors perspektiv omfattade urvalet två studier där fler professioner än bara sjuksköterskor inkluderades (Francis et al., 2012; Schols et al., 2013). I studierna som innehöll fler professioner koncentrerades de delar av resultatet som berörde sjuksköterskan vilket gjorde studierna relevanta för syftet. I två av de åtta valda studierna undersöktes barnsjuksköterskor och i en studie undersöktes skolsjuksköterskor (Eisbach & Driessnack, 2010; Hackett, 2013; Rooke, 2015). Dessa specialistsjuksköterskor är i god kontakt med barn som far illa vilket gjorde att studierna inkluderades i litteraturstudien. Genom att kvalitetsgranska studierna utifrån Willman et al. granskningsmall (2016) kunde studierna bedömas och de studier som inte var av hög kvalitet kunde uteslutas. En fördel med Willman et al. (2016) granskningsmall var att den innehöll relevanta punkter.

Endast kvalitativa studier har använts i kandidatuppsatsen. Med hjälp av kvalitativa studier fördjupas förståelsen av ett valt fenomen eller problem som bygger på erfarenheter, upplevelser, behov eller förväntningar (Friberg, 2017). Kvalitativa studier kan anses som godtagbara då studiens syfte är att undersöka vilka barriärer som gör att sjuksköterskor undviker att rapportera fall där barn misstänks fara illa.

Diskussion av framtaget resultat

Osäkerheten kring hanterandet av fall där barn misstänks fara illa

Alla sjuksköterskor har enligt Socialtjänstlagen, 1§, kap.14, i SFS 2001:453 en skyldighet att göra en anmälan vid en misstanke om att ett barn far illa. Det har tidigare visats att sjuksköterskor är bristfälliga i sin rapportering. Exempel på omfattande barriärer mot att rapportera är bristfällig utbildning om tecken och symtom på att ett barn farit illa (Bunting et al., 2010; Piltz & Wachtel, 2009) samt oro över hur relationen med familjen ska utvecklas om en rapport görs (Socialstyrelsen, 2014). Föreliggande studie belyser dock att det är sjuksköterskans osäkerhet som utgör grunden till samtliga barriärer som existerar mot att rapportera. För att osäkerheten och därmed barriärerna ska minska behöver sjuksköterskan olika typer av stöd under identifierings- och rapporteringsprocessen. Sjuksköterskorna i Paaivilainen et al. studie (2002) ansåg sig behöva utbildning om barn som far illa eftersom deras tidigare utbildning inte täckte området. Utbildning behövs även om vilka riskfaktorer som bör göra personalen uppmärksam på de fall som bör misstänkas (Lines et al., 2017; SOU 2001:72; Tingberg, 2015). Herendeen, Blevins, Anson & Smith (2014) styrker i sin studie att efter en utbildning genomförts kring hanteringen av ett barn misstänks fara illa kände sjuksköterskorna sig mer säkra vid rapporteringen. Utbildningen medförde att fler fall rapporterades.

I resultatet framgår det att sjuksköterskor är nervösa över att göra fel och oförberedda på att hantera fall där barn farit illa. Detta styrks i Bunting et al. studie (2010) där barriärer mot att rapportera identifierades som rädslor för att missbedöma att ett barn faktiskt far illa, brist på kunskap om identifiering och rapportering av misstänkta fall samt en tvekan inför att fråga vårdnadshavare och barn känsliga frågor om barnmisshandel och försummelse. I Piltz & Wachtel studie (2009) framkommer det att sjuksköterskorna upplevde en osäkerhet vid rapportering och därmed uteslöt dokumentation av fallet. Dokumentationen var en viktig del och grund för att en rapportering skulle ske. Studien visade att barnsjuksköterskor kände sig mer säkra på att dokumentera än akutsjuksköterskor och därmed fanns det en brist vid rapportering av barn som misstänks fara illa på akutvårdsavdelningar. Resultatet indikerar att alla sjuksköterskor ska erbjudas en mer täckande utbildning och handledning inom hantering av fall där barn misstänks fara illa. Utbildningen ska vara av tillräckligt hög kvalitet för att sjuksköterskorna ska känna sig trygga inför uppgiften. Eftersom alla sjuksköterskor kan möta

fall där det bör misstänkas att barn far illa ska utbildning erbjudas till samtliga sjuksköterskor och inte enbart för specifika specialistutbildade.

I resultatet framgår det att sjuksköterskor som ska rapportera misstankar om att barn far illa behöver stöd från kollegor. I studien av Dahlbo, Jakobsson & Lundqvist (2017) beskrivs det att diskussion av fallen med kollegor ansågs vara viktigt under beslutsprocessen. Sjuksköterskorna kunde få bekräftat att de hade tagit rätt beslut om att rapportera samt att de fick mer kunskap som de kunde ta med sig i framtida fall, vilket också benämns i studien av Crisp & Lister (2003). Enligt Socialstyrelsen (2011) krävs det att kollegor och överordnade som iakttagit aggressivitet och hotfullhet stöttar den anmälningsskyldiga genom att vara med och skriva under en gemensam rapport. Trots att den anmälningsskyldiga har ett personligt ansvar för att rapporten genomförs behöver hen stöd från arbetsplatsen (ibid.). Enligt Socialstyrelsen (2011) bör arbetsledningen på varje arbetsplats utarbeta rutiner för vilket stöd den anmälningsskyldiga ska erbjudas i samband med att rapportering genomförs. I en studie av Barrett, Denieffe, Bergin & Gooney (2016) belystes vikten av erfarenhet som bidragande faktor till att sjuksköterskorna upplevde en säkerhet under beslutsprocessen. Efter varje genomgången fall blev sjuksköterskorna säkrare i sin roll. Sjuksköterskorna uttryckte även ett behov av utbildning inom praktiken, utbildning inom kommunikationen med vårdnadshavare samt behov av att ha ett möte efter varje fall. Mötet skulle vara ett komplement för att dela med sig av sina känslor till kollegor, ge feedback samt diskutera om vad som borde förbättras till nästa fall (ibid.). Att introducera rutinmässiga möten med olika professioner efter varje genomgången fall hade öppnat möjligheter för de olika professionerna att utveckla sina kompetenser och höja sin handlingsberedskap vid kontakt med barn som far illa. För att utvärdera en sådan typ av intervention hade det varit intressant om en vetenskaplig studie hade gjorts inom området.

Relationen med familjen

Enligt Lipskys teori om gräsrotsbyråkrati måste sjuksköterskor omvandla individer till ärenden. Vid behov måste sjuksköterskan kunna ifrågasätta och omdefiniera patientens - eller i vårt fall vårdnadshavaren till patientens - krav och/eller problemformulering. När sjuksköterskan dels måste följa hälso- och sjukvårdens rapporteringskrav vid misstanke om att barn far illa och samtidigt vara patientens familjs närmaste kontakt med vården kan sjuksköterskan hamna i en obekvämsits de olika parterna emellan (Johansson, 2012). Sjuksköterskan kan bli en symbol för vad vårdnadshavaren anser vara ett hot mot dennes självständighet och makt och kan då riskera att bli föremål för hot och våld från vårdnadshavare. Detta överensstämmer med

resultatet som visar att sjuksköterskan upplever en oro vid interaktion med familjer där vårdnadshavare är misstänkta förövare. Oron består till viss del av att rapportering av familjer med aggressiva vårdnadshavare skulle kunna innebära ett hot för sjuksköterskorna. Enligt Socialstyrelsen (2011) kan den som rapporterar känna oro över att vårdnadshavaren ska bli aggressiv, hotfull och frånta barnet från sociala instanser för att förhindra vidare insyn. Vid rapportering om att äldre barn far illa, där barnet själv anförtrot sig till en sjuksköterska, finns det en risk att barnet avbryter sin behandling för att hen känner sig förrådd av sjukvården (Socialstyrelsen, 2011). Sjuksköterskorna i Piltz & Wachtels studie (2009) bekräftade även de en oro över sin egen och sin familjs säkerhet vid rapportering av familjer där barn misstänks fara illa. Problemet var som störst i mindre samhällen där sjuksköterskorna beförde att deras rapport kunde härledas till dem (ibid.). I Bunting et al. studie (2010) uppmärksammades behovet hos sjuksköterskor att vidmakthålla en anonymitet gentemot misstänkta vårdnadshavare. Den som är anmälningsskyldig kan enligt Lagen om stöd och skydd för barn och unga (LBU) inte göra en anonym anmälan. Däremot kan organisationen där den anmälningsskyldiga arbetar ha som rutin att anmälan alltid görs av en person i arbetsledande ställning. Den anmälningsskyldiges personliga ansvar att anmälan genomförs fråntas dock inte i och med möjligheten att låta den arbetsledande personen anmäla (SOU 2009:68). Samtliga instanser inom hälso- och sjukvården bör enligt författarna implementera rutiner för att en person i arbetsledande ställning alltid ska skriva under anmälan, antingen ensam eller tillsammans med den anmälningsskyldiga. Rutinerna får dock inte leda till att anmälningsskyldiga missbedömer sitt personliga ansvar så att fall som bör misstänkas faller mellan stolarna. Studieförfattarna anser dessutom att lagen om att anmälningsskyldiga inte får vara anonyma gentemot den familj som de rapporterar om bör omprövas, så att skyddet för sjuksköterskor som måste rapportera vid misstankar om att barn far illa stärks.

Ett annat orosmoment som resultatet visar på är att en rapport skulle kunna leda till att vårdnadshavarna bryter kontakten med sjukvården och att barnet därmed försätts i större fara än tidigare. Även detta identifieras i Piltz & Wachtels studie (2009) där sjuksköterskorna utöver rädslan för att en bruten kontakt med sjukvården skulle försätta barnet i större fara än tidigare, kände att de inte ville svika familjen (ibid.). I studien skriven av Paaivilainen et al. (2002) ville sjuksköterskorna lära sig mer om att arbeta med familjer där barn far illa. Det mest utmärkande kännetecknet för gräsrotsbyråkraten är dennes arbete med och relation till klienterna, i vårt fall patienterna och deras familjer. Patienterna är både konsumenter och föremål för hälso- och sjukvårdens verksamhet och sjuksköterskorna är beroende av dem i och med att deras

egenskaper och egenheter påverkar sjuksköterskors dagliga arbete (Johansson, 2012). Sjuksköterskan blir i och med teorin om gräsrotsbyråkrati familjens närmaste kontakt med hälso- och sjukvården som organisation. Om sjuksköterskan brister i sin förmåga att erbjuda patienten - i vårt fall barnet - vad hen behöver från hälso- och sjukvården kan det upplevas som ett personligt nederlag för sjuksköterskan. Författarna anser att personalen inom hälso- och sjukvårdens alla instanser bör bära ett gemensamt ansvar för att varje familj där ett barn misstänks fara illa ska få den hjälp som behövs.

Rutiner kring rapportering

Resultatet visar att det finns en önskan hos sjuksköterskor om bättre rutiner vid misstanke om att ett barn far illa samt ytterligare utbildning om rapportskrivning, juridiska frågor och kommunikation. Klara riktlinjer och protokoll som beskriver processen vid rapportering önskas som hjälpmedel vid hantering av barn som misstänks fara illa. Sjuksköterskorna i Paavilainen et al. (2002) studie beskriver att bristen på tillgängliga överenskomna riktlinjer för hur en rapportering ska genomföras orsakade att sjuksköterskor inte rapporterade misstänkta fall. Studien belyser vikten att ha gemensamma rutiner och riktlinjer för att förbättra hanteringen av barn som misstänks fara illa (ibid.). Barrett et al. (2016) styrker resultatet genom att framföra att det bör införas tydliga riktlinjer och rutiner för hur sjuksköterskorna ska hantera samt rapportera fall där barn misstänks fara illa. Uppdaterade rutiner och utbildningar kan därmed vara betydelsefulla vid sjuksköterskans hantering av fall där barn misstänks fara illa. Författarna anser att det på varje instans inom hälso- och sjukvården bör finnas tydliga rutiner för hur en rapport om barn som misstänks fara illa genomförs. Rutinerna ska finnas i skriftlig form och vara lättillgängliga för samtliga i personalgruppen. Socialstyrelsen (2011) styrker författarnas ståndpunkt genom att belysa vikten av klara rutiner och handlingsplaner för hur och när en anmälan ska göras. Verksamhetschefen bör förvissa sig om att personalen har kunskaper om rutinerna för rapportering och det får aldrig råda någon tvekan om vem den anmälningskyldiga ska anmäla till. En aktuell telefonlista till socialnämnden, socialjouren och polisen bör alltid finnas tillgänglig (Socialstyrelsen, 2011).

I studien av Roberts, Kramer & Suissa (1996) undersöktes effekten av hembesök hos misstänkta familjer som en rutin. Hembesök gav en positiv effekt på att fler misstänkta fall av barn som far illa identifierades och därmed rapporterades. Att se familjens agerande i hemmet kunde vara en påverkande faktor till att fallet rapporteras. Sjuksköterskorna i Piltz & Wachtels studie (2009) efterfrågade även verktyg för hur information om eventuell misshandel eller

försummelse samlas. Resultatet visar en osäkerhet hos sjuksköterskorna vid identifiering och rapportering av barn som far illa. För att förebygga osäkerhet vid hantering av barn som misstänks fara illa hade det enligt författarna behövts tydliga rutiner. En metod för hur sjuksköterskor ska hantera barn som misstänks fara illa bör implementeras i praktiken för att fler fall ska rapporteras. Ett exempel på en sådan metod är att införa fler hembesök hos familjer där barn misstänks fara illa.

Samarbetet med barnrättsorganisationer

Ett problem som litteraturstudien belyser är att barnrättsorganisationerna inte litar på sjuksköterskors professionella bedömning av fall där de misstänker att barn far illa. Att inte tas på allvar gör att sjuksköterskor är tveksamma inför framtida samarbete med barnrättsorganisationer och därmed inför framtida rapportering. Barnrättsorganisationerna sågs av sjuksköterskorna i Lines & Huttons studie (2017) som svåra att kontakta och ohjälpsamma vid bedömningen av barnets behov, vilket väckte frustration hos sjuksköterskorna. Socialstyrelsen (2011) understryker vikten av samarbete mellan arbetsplatser och socialtjänsten. Samarbete ökar möjligheten för tillförlitlighet mellan de olika organisationerna vilket ökar förutsättningarna för beredskap och stöd i svåra situationer, samt underlättar och förbättrar ställningstaganden vid rapportering av fall där barn misstänks fara illa.

En annan aspekt som visas i resultatet är att det gemensamma arbetet med barnrättsorganisationer inte sällan problematiskt är för sjuksköterskor. Problematiken ligger i att barnrättsorganisationerna är bristande i sin uppföljning gällande fall som sjuksköterskor överlämnat och är dessutom oklara i vad de förväntar sig av sjuksköterskorna. Resultatet styrks av Herendeen et al. studie (2014) där femtiofem procent av sjuksköterskorna som deltog uttryckte en bristande kommunikation från barnrättsorganisationer efter att en rapporteringsprocess hade slutförts. Sjuksköterskorna var i behov av bättre uppföljning från barnrättsorganisationerna för att fler skulle rapportera (ibid.). Hälso- och sjukvårdsorganisationer har framfört svårigheter i att följa upp socialtjänstens verksamhet vid rapportering av fall där barn far illa, vilket oftast beror på att socialtjänstens system för uppföljning är bristfälliga (SOU 2001:72). Lines & Hutton (2017) uppmärksammar i sin studie att bristen på koordination mellan organisationerna resulterade i att ingen visste exakt vilka åtgärder som hade satts in hos familjer. Ett fall hade exempelvis blivit hänvisat från organisation till organisation bara för att slutligen landa hos den sjuksköterskan som från början hade inlett utredningen. Enligt Socialstyrelsen (2011) finns det ett samband mellan återkoppling från

barnrättsorganisationer och antalet rapporteringar genom att anmälningsskyldiga sjunker när de får bristande återkoppling från socialtjänsten. Motsvarande samband föreligger genom att sjuksköterskor är mer benägna att rapportera när de får någon typ av återkoppling från socialtjänsten. Sjuksköterskorna i Dahlbo et al. studie (2017) såg feedback från barnrättsorganisationerna som ett värdefullt stöd genom beslutsprocessen vid fall där barn misstänks fara illa. Feedbacken gav dem även mer kunskap om hur framtida fall skulle hanteras (ibid.). Externt samarbete mellan organisationer gynnas ju bättre organisationernas interna arbete fungerar. Stödjande strukturer som till exempel lämplig arbetsbelastning, handledning, tid för reflektion och diskussion samt uppföljning gynnar det interna arbetet (SOU 2001:72). Ett väl fungerande samarbete med barnrättsorganisationer har visat sig göra sjuksköterskor mer benägna att rapportera de fall där de misstänker att barn far illa. Samarbetet utgör därmed en betydande del av identifieringen och rapporteringen av misstänkta fall. Ju mer välfungerande en organisation är internt desto större förmåga har den att samarbeta med andra organisationer. Samtliga instanser inom hälso- och sjukvården bör satsa på att personalen känner sig trygga inom organisationen så att samarbetet med barnrättsorganisationer kan gynnas. Feedback från barnrättsorganisationerna bör även efterfrågas i större utsträckning.

Enligt Lipsys (1969) teori om gräsrotsbyråkrati är den byråkratiska organisationen hierarkiskt uppbyggd internt såväl som i förhållandet till omgivningen genom att det finns klara avgränsningar kring vad som tillhör organisationens verksamhetsområde (ibid.). Hälso- och sjukvården och barnrättsorganisationer är två typer av organisationer som båda präglas av gräsrotsbyråkrater längst ner i hierarkin. Dessa gräsrotsbyråkrater - alltså sjuksköterskor respektive socialarbetare - har båda krav på sig att dels kunna tillgodose de krav som deras organisationer ställer på dem och dels kunna arbeta fritt i sitt handlande för varje individuellt fall. Om de olika organisationerna ställer olika krav på sina respektive gräsrotsbyråkrater uppstår det naturligt en friktion i deras samarbete vid rapportering av fall där barn misstänks fara illa. Det bör även utarbetas strukturer för hur samverkan ska ske organisationerna emellan.

Slutsats och kliniska implikationer

Sjuksköterskors osäkerhet vid fall där barn misstänks fara illa resulterar i ett flertal barriärer som hindrar dem från att rapportera. Sjuksköterskor har brist på kunskap om hur barn som far illa ska hanteras. De är även osäkra över hur identifiering och rapportering ska genomföras. Interaktionen med misstänkta familjer och med barnrättsorganisationer upplevs som problematisk. Vid kontakt med barn som misstänks fara illa har sjuksköterskor ett stort behov av stöd genom hela identifierings- och rapporteringsprocessen.

I klinisk praxis är föreliggande studie av betydelse genom att den belyser vad som behöver göras för att sjuksköterskor i högre utsträckning ska rapportera fall där de misstänker att barn far illa. För att barriärer mot att rapportera ska försvinna behövs utbildning för samtliga sjuksköterske-kategorier, stöd och feedback från kollegor och barnrättsorganisationer samt tydliga rutiner för identifiering och rapportering på samtliga instanser inom hälso- och sjukvården. Dessa strategier ger förutsättning att minska de barriärer som hindrar sjuksköterskor från att rapportera fall där barn misstänks fara illa vilket kan rädda de barn som behöver räddas.

Det behövs vidare forskning och metodutveckling som tar fram redskap för hur hälso- och sjukvården och barnrättsorganisationer kan samarbeta på ett friktionsfritt sätt.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna intygar att arbetsfördelningen var jämn och att samtliga delar av litteraturstudien genomfördes tillsammans.

Referenser

- Barrett, E., Denieffe, S., Bergin, M., & Gooney, M. (2016). An exploration of paediatric nurses' views of caring for infants who have suffered nonaccidental injury. *Journal of Clinical Nursing, 26*, 2274-2285. doi: 10.1111/jocn.13439
- Bunting, L., Lazenbatt, A. & Wallace, I. (2010). Information sharing and reporting systems in the UK and Ireland: professional barriers to reporting child maltreatment concerns. *Child Abuse Review, 19*(3). doi: 10.1002/car.1076
- Crisp, B., R. & Lister, P., G. (2003). Child protection and public health: nurses' responsibilities. *Journal of Advanced Nursing, 6*(47), 656-663. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03154.x
- 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. doi: 10.1177/1367493516686200
- Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Att analyser diskurser. I Friberg, F. (Red.), Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. (s.125-138). Lund: Studentlitteratur.
- 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). doi: 10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x.
- Flaherty, E. G., Sege, R. D., Griffith, J., Prince, L. L., Wasserman, R., Slona, E., Dhepyasuwan, N., Harris, D., Norton, D., Angelilli, M. L., Abney, D. & Binns, H. J. (2008). From Suspicion of Physical Child Abuse to Reporting: Primary Care Clinician Decision-Making. *Pediatrics, 122*(3), 611-619. doi:10.1542/peds.2007-2311
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Francis, K., Chapman, Y., Sellick, 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. doi: 10.5172/conu.2012.41.1.58.

Föräldrabalk (1949:381). Hämtad den 13 oktober 2017 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381

Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2008). Child maltreatment 1: Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Series*, 373, 68-81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7

Hackett, A. J. (2013). The role of the school nurse in child protection. *Community Practitioner*, 86(12), 26-29.

Hallström, I. (2015). Barn i Sverige och världen. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (s.18-24). Stockholm, Liber.

Herendeen, P. A., Blevins, R., Anson, E., & Smith, J. (2014). Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nursing practitioners. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 28(1), 1-7. doi:10.1016/j.pedhc.2013.06.004

International Council of Nurses. (2012). *The ICN: Code of ethics for nurses*. Från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Johansson, R. (2011). *Vid byråkratins gränser: Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*. Lund: Arkiv förlag.

Keane, C., & Chapman, R. (2007). Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 16(1), 5-18. doi: 10.1016/j.ienj.2007.11.006

Kent, S., Dowling, M., & Byrne, G. (2011). Community nurses' child protection role: views of public health nurses in Ireland. *Community Practitioner*, 84(11), 33-36.

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

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. I E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi & R. Lozano (Red.), *World report on violence and health* (s. 59-86). Geneva: The World Health Organization.

Lagerberg, D. (2009). Barn som far illa. I M. Magnusson, M. Blennow, E. Hagelin & C. Sundelin (Red.), *Barnhälsovård: att främja barns hälsa* (s. 188-209). Stockholm: Liber.

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. doi:10.1111/jan.13101

Lipsky, M. (1969). *Toward a Theory of Street Level Bureaucracy*. Madison: University of Wisconsin. Hämtad från:

[vhttps://www.historyofsocialwork.org/1969_Lipsky/1969,%20Lipsky,%20toward%20a%20theory%20of%20street%20level%20bureaucracy%20OCR%20C.pdf](https://www.historyofsocialwork.org/1969_Lipsky/1969,%20Lipsky,%20toward%20a%20theory%20of%20street%20level%20bureaucracy%20OCR%20C.pdf)

Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., De Koning, H. J., & Moll, H. A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12(167), 1-6. doi: 10.1186/1471-2431-12-167

Natan, M.B., Faour, C., Naamhah, S., Grinberg, K., & Klein- Kremer, A. (2012). Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. *International nursing review*, 59(3), 331-337. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.00988.x

Paavilainen, E., & Flinck, A. (2013). National Clinical Nursing Guideline for Identifying and Intervening in Child Maltreatment within the Family in Finland. *Child Abuse Review*, 22(2), 209-220. doi:10.1002/car.2207

Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P., Paunonen-Ilmonen, M., & Laippala, P. (2002). Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *Journal of advanced nursing*, 37(6), 551-557. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02128.x

Piltz, A., & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 26(3), 93-100. Från https://www.researchgate.net/publication/234027952_Barriers_that_inhibit_nurses_reporting_suspected_cases_of_child_abuse_and_neglect

Polit, F. D., & Beck, T. C. (2017). *Essentials of Nursing Research: Appraising evidence for nursing practice*. (9. ed.) Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer.

Regeringskansliet. (2014). *Konventionen om barnets rättigheter: med strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige* [Broschyr]. Stockholm: Socialdepartementet.

Roberts, I., Kramer, M. S., & Suissa, S. (1996). Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 312(7022), 29-33. Doi: 10.1136/bmj.312.7022.29

Rooke, J. (2015). Exploring the support mechanisms health visitors use in safeguarding and child protection practice. *Community practitioner*, 88, 42-45.

Rowse, V. (2009). Support needs of children's nurses involved in child protection cases. *Journal of Nursing Management*, 17, 659-666. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.00987.x.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2014). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Schols, M. WA., de Ruiter, C., & Öry, F. (2013). How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health*, 13(807), 1-16. doi: 10.1186/1471-2458-13-807.

Sethi, D., Bellis, M., Huges, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Köpenhamn: World Health Organization. Från http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Hämtad 11 oktober, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Socialstyrelsen. (2014). *Barn som far illa eller riskerar att fara illa: En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011). *Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2001:72. *Barnmisshandel - att förebygga och åtgärda*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 2009:68. *Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU)*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Tingberg, B. (2015). Barn som far illa. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (s. 350- 354). Stockholm: Liber.

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, 2718-2724. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x.

Tveiten, S. (2000). *Omvårdnad i barnsjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3. uppl). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organisation. (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. Geneva: World Health Organisation.

World Health Organization. (2017). *Child Maltreatment: The health sector responds*. Hämtad 25 april, 2018, från World Health Organization, http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/Child_maltreatment_infographic_EN.pdf?ua=1

World Medical Association (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 20 oktober, 2017, från World Medical Association <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilaga 1 (1)

Författare/Tidskrift/ År/ Land	Titel	Syfte	Design och metod	Population	Resultat och slutsatser	Kvalitet
V. Rowse/ Journal of Nursing Management/ 2009/ England	Support needs of children's nurses involved in child protection cases.	Utforska kunskapen hos sjuksköterskor på barnavdelningar som har varit med om ett fall där barn far illa. Upptäcka deras behov av stöd och föreslå utveckling av utbildning och stöd inom området.	Kvalitativ studie som genomfördes av semistrukturerade intervjuer.	15 sjuksköterskor deltog. 3 bortfall.	Resultatet sammanfattar att kunskap och information om barn som far illa hade en påverkan till rapporteringen. Under processen vid rapportering om barn som far illa behövde sjuksköterskan stöd från en person som hade kunskap inom området.	Hög
J. Rooke/ Community Practitioner/ 2015/ Storbritannien	Exploring the support mechanisms health visitors use in safeguarding and child protection practice.	Utforska "health visitors" erfarenhet vid barnmisshandel. Upptäcka vilka faktorer health visitors ser som stöttande i sin roll samt förstå innebörden av stöd till health visitors.	Kvalitativ intervjustudie med öppna frågor.	10 barnsjuksköterskor deltog. Alla kvinnor. 2 fokusgrupper valdes med 5 deltagare i varje.	Resultatet innefattar att health visitors får oftast stöd genom sina kollegor. Det valdes tre övergripande teman: 1. Stöd för hantering av känslor vid fall om barn som far illa. 2. Stöd för att känna säkerhet på arbetsplatsen. 3. Tid att reflektera och utvärdera fallet.	Hög.
B. Tingberg, B. Bredlöv & B-M. Ygge/ Journal of Clinical Nursing/2008/ Sverige	Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents.	Identifiera sjuksköterskors erfarenhet av att vårda barn som far illa. Hur sjuksköterskor bevarar sin professionalitet, speciellt när den misstänkta förövaren är en förälder.	Kvalitativ design inspirerad av en kritisk teknik (CIT) med semistrukturerade intervjuer.	11 sjuksköterskor deltog. 10 kvinnor och 1 man.	Tre övergripande teman: 1. Känslan av ambivalens 2. Sjuksköterskans profession 3. Behov av stöd, avlastningssamtal och utbildning.	Hög

S. Kent, M. Dowling & G. Byrne / Community practitioners : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association / 2011/ Irland	Community nurses' child protection role: views of public health nurses in Irland.	Presentera nyckelresultaten av en kvalitativ studie som undersöker en grupp sjuksköterskor inom folkhälsosjukvården ser på sin roll med förskolebarn.	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer.	10 av 42 sjuksköterskor tillfrågade deltog. Alla kvinnor.	Fyra övergripande teman: <ol style="list-style-type: none"> 1. Förebyggande av barn som far illa. 2. Samarbete med SOC-arbetare 3. Identifiera risker hos familjer. 4. Den offentliga bilden av sjuksköterskor inom folkhälsovården. 	Hög
S. S. Eisbach & M. Driessnack/ Journal for specialists in Pediatric nursing/ 2010/ USA	Am I sure I want to go down this road? Hesitations in the reporting of child-maltreatment by nurses.	Utforska barnsjuksköterskors rapporteringsprocess vid fall där barn far illa.	Explorativ studie med en kvalitativ deskriptiv design. Grounded theory användes som förhållningssätt.	23 barnsjuksköterskor, 21 kvinnor och 2 män.	Två teman: <ol style="list-style-type: none"> 1. Enkla beslut om rapportering 2. Komplexa beslut om rapportering 	Hög
K. Francis, Y. Chapman, K. Sellick, A. James, M. Miles, J. Jones & J. Grant. / Contemporary nurse / 2012 /	The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected	Att förstå och lyfta fram fyra professioners beslutsprocess (läkare, sjuksköterskor, poliser och lärare) med barn som far illa	Kvalitativ intervjustudie med grounded theory.	17 deltagare. 1 läkare 7 sjuksköterskor 3 poliser 6 lärare	4 stadier i beslutsfattandet när de kommer i kontakt med barn som far illa: <ol style="list-style-type: none"> 1. Att vara uppmärksam på barn som far illa. 2. En period av vaksam väntan och samla bevis. 3. Ta ett beslut om att rapportera eller inte rapportera. 4. Bearbeta resultatet av åtgärden. 	Hög

Australien						
M. WA. Schols, C. de Ruiter & F. G. Öry/ BMC Public Health/ 2013/ Nederländerna	How do public child health-care professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study	Undersöka läkares, sjuksköterskors och grundskolelärare upptäckt av barn som far illa.	Kvalitativ studie.	33 deltagare. 11 sjuksköterskor, 6 läkare, 15 grundskolelärare och 1 rektor.	Resultatet innefattar att även om alla professionerna är medvetna om tecken och riskerna för barn som far illa saknar de viss kunskap. Kommunikation och attityder har en stor påverkan till att upptäcka barn som far illa.	Hög
A. J. Hackett/ Community Practitioner/ 2013/ Storbritannien.	The role the school nurse in child-protection	Undersöka skolsköterskors uppfattning av sin roll vid barn som far illa. Identifiera kunskapen att utföra rollen samt identifiera behov av utbildning om att rapportera barn som far illa.	Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer.	6 av 36 tillfrågade skolsköterskor deltog.	3 huvudteman, flera subteman: 1. Konfusion av roller 2. Lärande i praktik 3. Att gå vidare	Hög