

En skyldighet men inte en självklarhet Barnhälsovårdssjuksköterskans erfarenhet av att överväga anmälan till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa

Ewa Edvardsson, Carolin Johansson & Eva Clausson

Forskningsplattformen för **Hälsa i samverkan**

En skyldighet men inte en självklarhet
Barnhälsovårdssjuksköterskans erfarenhet av
att överväga anmälan till socialtjänsten vid miss-
tanke om att barn far illa

Ewa Edvardsson, Carolin Johansson & Eva Clausson

Kristianstad University Press

Tryckort: Kristianstad 2018

ISSN: 1652-9979 NR 1 2018

© Respektive författare

En skyldighet men inte en självklarhet

Barnhälsovårdssjuksköterskans erfarenheter av att överväga anmälan till socialtjänsten

Ewa Edvardsson, Carolin Johansson & Eva Clausson

Abstrakt

Bakgrund: Kunskapen om att vissa barn far illa finns och Barnhälsovårdssjuksköterskan har en skyldighet att anmäla vid oro eller vetskap om detta. Barn kan fara illa genom föräldrars bristande omsorg, och/eller genom fysiska och psykiska kränkningar. Detta kan ge upphov till livslångt lidande. BHVsjuksköterskans roll är att identifiera och uppmärksamma barn som riskerar att eller far illa, för att dessa barn ska få den hjälp de har rätt till av socialtjänsten. Syftet med studien var att undersöka BHVsjuksköterskans erfarenhet av att överväga anmälan till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa. Metod: Tio BHVsjuksköterskor intervjuades och kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes för att analysera data. Resultat: Studien resulterade i ett övergripande tema, tre huvudkategorier och åtta underkategorier. Det övergripande temat blev "En skyldighet men inte en självklarhet", huvudkategorierna är, Perspektiv utifrån yrkesrollen, Perspektiv utifrån personliga erfarenheter och Mötet med barn och föräldrar. Slutsats: Samtliga BHVsjuksköterskor ansåg att det inte alltid var lätt att se vilka barn som far illa. De upplevde det tråkigt och sorgligt att behöva göra en anmälan. De satte alltid barnet främst och menade att det inte kunde bli sämre för barnet om en anmälan gjordes. En återkommande beskrivning hos samtliga BHVsjuksköterskor som medverkade i intervjun var att de fick en känsla av att något inte stämde.

Nyckelord: Barnhälsovårdssjuksköterska, barnhälsovård, barn som far illa, anmäla till socialtjänsten.

Rapporten är baserad på ett examensarbete på avancerad nivå inom specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska som är genomfört med stöd av Forskningsplattformen för Hälsa i samverkan.

INNEHÅLL

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| FÖRORD | 7 |
| BAKGRUND..... | 8 |
| Inledning..... | 8 |
| Barns rättigheter..... | 8 |
| Barn som far illa | 9 |
| Barnhälsovårdssjuksköterskans arbete inom barnhälsovården | 10 |
| Tecken att reagera på för barnhälsovårdssjuksköterskan | 10 |
| Dosseys teori | 11 |
| SYFTE | 12 |
| METOD | 12 |
| Design | 12 |
| Kontext | 12 |
| Urval | 12 |
| Datainsamlingsmetod..... | 13 |
| Analys och analysmetod | 13 |
| Etiska överväganden | 15 |
| Förförståelse | 15 |
| RESULTAT | 16 |
| Perspektiv utifrån yrkesrollen..... | 16 |
| Min skyldighet..... | 17 |
| Barnets bästa | 18 |
| Stöd och återkoppling från socialtjänsten | 19 |
| Perspektiv utifrån personliga erfarenheter | 19 |
| En känsla | 19 |
| Arbetets påverkan på fritiden | 20 |
| Mötet med barn och föräldrar | 20 |
| Varje situation är unik..... | 20 |
| Anknytning och samspel | 21 |
| Tecken på omsorgssvikt | 22 |
| DISKUSSION | 23 |
| Metoddiskussion | 23 |
| Resultatdiskussion | 24 |
| Slutsats | 27 |
| Kliniska implikationer..... | 27 |
| REFERENSER | 28 |

Bilaga 1 Information till Verksamhetschefen

Bilaga 2 Informationsbrev till Informant

Bilaga 3 Samtyckesformulär Informant

Bilaga 4 Samtyckesformulär Verksamhetschef

Bilaga 5 Etikansökan

Bilaga 6 Intervjuguide

FÖRORD

Socialtjänst och socialsekreterare må vara ute på fältet och arbeta nära kommuninvånare, men ingen yrkesgrupp i samhället möter så många föräldrar och barn, i det närmaste alla barn, som barnhälsovårdens sjuksköterskor på BVC. Föräldrar och barn verkar känna sig välkomna och känna förtroende för BHV-sjuksköterskor. Denna tillit och detta förtroende skall föräldrar också kunna hysa i livssituationer när de själva inte förmår att be om hjälp, kanske inte inser att deras barn riskerar att fara illa eller att den egna föräldraförmågan sviktar. Också då ska såväl föräldrar som barn kunna förlita sig på att de blir sedda och hörda, att professionella upptäcker tecken eller signaler på behov av stöd och hjälp. Lagstiftningen om anmälningsskyldighet handlar om att uppmärksamma socialtjänsten om att barn misstänks fara illa, att barn kan behöva skydd och stöd. Alla anställda vid myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom liksom personal inom hälso- och sjukvården, rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården har personlig anmälningsskyldighet (14 kap. 1 § första stycket SoL). Således omfattas BHV-sjuksköterskor av anmälningsskyldigheten. De är dessutom i en position där föräldrar och barn kan antas känna sig trygga och blottlägga hur de har det. Det kan då kännas svårt att stå inför att oroas för hur ett barn har det och behöva göra en orosanmälan. Det är hur detta kan bli för BHV-sjuksköterskor som belyses i denna viktiga uppsats. Eftersom anmälan ska göras när vi oroar oss över hur ett barn har det och mår, när vi misstänker men inte vet, ligger det i sakens natur att vi blir osäkra. Är verkligen anmälan befogad? Hur avgöra om en anmälan är befogad eller inte? Då är det viktigt att komma ihåg att någon egen utredning inte skall göras eller påbörjas. Det är socialtjänstens ansvar. När det gäller misstanke om brottsliga gärningar mot barn så ligger dessutom utredningsansvaret på polismyndighetens och åklagarens bord. Är misstankar riktade mot vårdnadshavare eller någon närstående vårdnadshavare är det viktigt att vårdnadshavarna inte blir informerade om orosanmälan till socialtjänsten. Om de informeras kan detta riskera störa den polisutredning som troligen snart kommer startas efter orosanmälan. Ärendet kommer att tas upp inom den samverkan som sker mellan socialtjänst, polis, åklagare, barnpsykiatri och barn- och ungdomskliniken inom den institution som inom Norden kallas Barnahus. Inom ramen Forskningsplattformen Hälsa i Samverkan bedrivs forskning om Barnahusverksamhet varvid också undersöks barns kontakter med sjukvården.

Uppsatsen berikar denna forskning med ännu ett perspektiv; BVH-sjuksköterskornas. De är verksamma i de sammanhang som kan bli avgörande för om barn i utsatta situationer över huvud taget ska bli sedda och hörda.

Kristianstad 2017-10-12

Ann-Margreth Olsson, lektor i socialt arbete

BAKGRUND

Inledning

Alla människor har ett ansvar att anmäla till socialtjänsten om de misstänker att ett barn far illa (Socialtjänstlagen [SoL], 14 kap, 1 c §). Vårdgivare i offentligt eller privat driven vård som i sitt yrke kommer i kontakt med barn eller unga, till exempel sjuksköterskor som arbetar inom barnhälsovården, har dessutom anmälningskyldighet till socialtjänsten vid misstanke att ett barn eller ung person far illa eller riskerar att fara illa. ([SoL], 14 kap, 1 §). I komplexa situationer där tecken och symtom är svårtydda och konkreta bevis saknas, kan sjuksköterskan dra sig för att anmäla (Driessnack & Eisbach, 2010). Också vid osäkra och svårbedömda fall, samt vid misstanke om att ett barn kan vara i behov av stöd från socialtjänsten ska dock anmälan ske. Det finns ett visst utrymme för konsultation med socialtjänsten utan att behöva uppge barnets identitet för att få anvisningar hur ett ärende bör hanteras ([SoL] 2001:453). Enligt Socialstyrelsens vägledning för barnhälsovården (BHV), är målet med verksamheten, att tidigt identifiera och påbörja insatser vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö (Socialstyrelsen, 2014a).

Forskning visar att om BHV-sjuksköterskan identifierar eller misstänker att ett barn far illa, så är det inte självklart att det leder till en anmälan (Hanafin, 2013). Det visar sig även att BHV-sjuksköterskor kan missa tydliga tecken på barnmisshandel och omsorgs- svikt. Orsakerna kan vara en övertro på familjens egen förmåga, eller att BHV-sjuksköterskan gjorde en felaktig bedömning och inte såg och lyssnade på barnets signaler. Många BHV-sjuksköterskor kan även ha en bristfällig kunskap om gällande lagstiftning. Anledningen till det kan bero på otillräckliga förutsättningar för att kunna införskaffa sig aktuell kunskap. BHV-sjuksköterskan behöver mer kunskap för att utvecklas inom området (Hanafin, 2013). Framtida beslut kan underlättas genom att lära sig av tidigare erfarenheter. Risken att fatta fel beslut minskar då. Därför kan det vara betydelsefullt att undersöka BHV-sjuksköterskors erfarenheter av överväganden att anmäla misstankar om att barn far illa.

Barns rättigheter

Enligt FN:s barnkonvention från år 1989, definieras alla individer under 18 år som barn. Alla barn, oavsett bakgrund ska behandlas med respekt och tillåtas säga sin mening. I alla åtgärder som rör barn ska enligt konventionen barnets bästa komma i första hand. Barn ska skyddas från alla former av utnyttjande, övergrepp, kränkningar samt diskriminering. Alla barn har rätt att växa upp i en miljö utan våld (Unicef, 1989). Enligt lag är det i Sverige sedan år 1979, förbjudet för vuxna att aga barn. ([Föräldrabalken], 1949:381 6 kap, § 1) Sverige är ett föregångsland när det gäller att förebygga och minska barnmisshandel, samt i arbetet med barns rättigheter.

Barn som far illa

Det finns olika omständigheter som gör att barn löper en ökad risk att fara illa. Om föräldrar eller vårdnadshavare har missbruksproblem, psykisk ohälsa, funktionsnedsättning, låg utbildningsnivå, är arbetslösa eller sjukskrivna, så finns det en förhöjd risk att barn i deras omgivning kan fara illa. Det beror på att föräldrar eller vårdnadshavare kan bli otillräckliga i sin förmåga att ta hand om barnen (af Klinteberg, Almquist, Beijer & Rydelius, 2011; Flinck & Paavilainen, 2013; Gilbert et al., 2009; Svensson, 2013).

Barn far illa när en vuxen person utsätter barnet för fysiskt eller psykiskt våld, begår sexuella övergrepp eller brister på annat sätt i omvårdnaden. När ett barn far illa kan den naturliga utvecklingen hindras och dess hälsa skadas. Fysisk misshandel kan innefatta slag och sparkar eller att barnet på andra sätt blir skadat. Psykisk misshandel kan innebära att barnet blir nedvärderat, kränks eller får oskäligen bestraffningar. Även när barn får bevittna att en närstående utsätts för våld kan det fara illa (Svensson, 2013). De barn som växer upp i en problemmiljö löper också själva en ökad benägenhet att utveckla fysisk och psykisk ohälsa eller att hamna i missbruk i vuxen ålder (af Klinteberg et al., 2011). Kvaliteten i vården behöver förbättras för att kunna identifiera dessa barn. Det sker genom ökad kunskap och utbildning (Kobayashi, Fukushima, Kitaoka, Shimizu & Shimanouchi, 2015; Pabis, Wronska, Slusarska & Cuber, 2011). Enligt Kobayashi et al. (2015) och Pabis et al. (2011) som forskat inom ämnet, så leder professionell hjälp till en förbättrad familjesituation och en ökad möjlighet till att få familjen att fungera. Risken att barnen far illa kan då minska. Barnets risk och skyddsfaktorer kan påverka om barnet kommer att utveckla ohälsa.

Forskning visar att barn som utsätts för våld, kränkningar, känslomässig misshandel eller får bevittna detta, löper en avsevärt större risk att drabbas av andra konsekvenser (Hillis et al., 2015). Andra faktorer som också ökar risken är barnets ålder och funktionsnedsättning (af Klinteberg et al., 2011; Flinck & Paavilainen, 2013; Svensson, 2013). Dessa konsekvenser kan vara psykiska hälsoproblem, ökad skaderisk, missbruk och hjärt-kärlsjukdomar (Hillis et al., 2015; Honor, 2014). Skyddsfaktorer som intelligens, problemlösningsförmåga, humor och framgång i skolan minskar risken att utveckla ohälsa. I omgivningen kan skyddsfaktorer som fritidsaktiviteter, stöd av vuxna, att tillhöra en hög social grupp i samhället, ha en positiv inverkan på barnet. Även barnhälsovård, förskola, skola och fritidsverksamhet kan vara en skyddsfaktor för barnet (Jackson & Söderman, 2011).

Det förs ingen nationell statistik när det gäller antalet anmälningar till socialtjänsten. Socialstyrelsen genomförde år 2010 en undersökning i ett antal kommuner i Sverige. Det framkom att det gjordes ca 60 000 anmälningar till socialtjänsten gällande barn och ungdomar. De flesta anmälningarna gjordes av polisen, därefter kom skola och för-

skola. Endast några få gjordes av hälso- och sjukvården. Cirka hälften av anmälningarna gällde barnets miljö och hälften avsåg andra faktorer (Socialstyrelsen, 2014b).

Barnhälsovårdssjuksköterskans arbete inom barnhälsovården

Barnhälsovård är ett obligatoriskt erbjudande till alla familjer som har barn mellan 0-6 år, men är frivilligt för familjerna att delta i (Socialstyrelsen, 2014a). Anslutningen till Barnhälsovården är i Sverige nära 100 %, vilket internationellt sett är unikt (Jackson & Söderman, 2011). Barnhälsovårdens mål med verksamheten är att gynna barns utveckling och hälsa och förebygga ohälsa hos barn. BHV-sjuksköterskans arbete ska bygga på beprövad erfarenhet och vetenskap och utövas i enlighet med riktlinjer samt gällande lagar, föreskrifter och förordningar (Socialstyrelsen, 2014a).

Tecken att reagera på för barnhälsovårdssjuksköterskan

Det bör väckas misstänksamhet hos BHV-sjuksköterskan vid blåmärken som ser ut som streck, bågar eller öglor eller ha andra mönster som greppmärken efter händer. Vid sådana blåmärken kan förövaren ha använt sig av något slags tillhygge, som käpp, flugsmälla eller skärp. Ett barn som har blåmärken i olika läkningsfaser kan också vara ett tecken på misshandel. BHV-sjuksköterskan bör vara uppmärksam på blåmärken kring öron, kinder, överarmar, buk, bål, stjärt, underliv och insidan av lår. Spädbarn får enligt forskningen extremt sällan (<1%) blåmärken (Socialstyrelsen, 2014a). Enligt Flinck & Paavilainen (2013) är brännskador som orsakats med flit i första hand av två olika typer. Dessa typer är cigarettbrännmärken och doppskador. Cigarettbrännmärken är oftast runda, ca 10 mm i diameter och med en sårskorpa. När de har läkt, blir det ofta runda ärr. Emellertid kan detta förväxlas med svinkoppor. När kroppsdelar, som exempelvis extremiteter, hålls under eller doppas i het vätska, uppstår doppskador. En tydlig avgränsning syns då mellan brännskadan och den friska huden. Andra synliga tecken är, skador på tänder, läppar och läppband samt tunga och tungband som kan uppkomma genom forcerad matning med sked, nappflaska eller genom sparkar och slag (Socialstyrelsen, 2014a).

Sexuella övergrepp kan kännetecknas av rodnade könsorgan, sveda, flytningar eller problem med att kissa. Könssjukdomar hos barn före puberteten, tyder starkt på sexuella övergrepp (Socialstyrelsen, 2014a). Andra tecken på att något inte står rätt till kan vara upprepade uteblivna besök hos sjukvården med märkliga bortförklaringar (Flinck & Paavilainen, 2013; Jackson & Söderman, 2012).

Skador som inte syns kan vara svårare att upptäcka, många gånger kan BHV-sjuksköterskan få en känsla av att något inte står rätt till (Driessnack & Eisbach, 2010; Jackson & Söderman, 2011). Det kan visa sig genom att barnet är nedstämt och inåtvänt. De

kan vara sena i utvecklingen eller ha hämmand tillväxt, vara ängsliga, ha koncentrations-
svårigheter, och/eller anknätningsproblem. Dessa symtom kan dock bero på naturliga
orsaker, såsom, flytt, nytt syskon, skilsmässa, dödsfall i familjen eller bekymmer i för-
skolan. Pågård detta under en längre tid, kan det dock vara ett tecken på missförhål-
lande (Socialstyrelsen, 2014a).

Dosseys teori

Barbara Dossey är en omvårdnadsteoretiker. Hon beskriver sin omvårdnadsteori
utifrån ett systemteoretiskt perspektiv. Dosseys omvårdnadsteori grundar sig på en
enhetlig livsuppfattning, där tal, skrift och lärdom gemensamt kan leda till förnyade
system och kunskaper. Dossey anser att personlig utveckling leder till en djupare för-
ståelse för de fysiska, psykiska, andliga och sociala faktorerna. En annan del i Dosseys
teori är de fem komponenterna. En av komponenterna är *healing*, som står för att
vilja göra gott, ge energi och att försöka hjälpa. Nästa komponent är *metaparadigm*,
vilket innebär sjuksköterskans förmåga att se hela processen kring människan. *Pattern
of Knowing*, handlar om sjuksköterskans etik och moral, att vara närvarande i mötet
med patienten och dennes familj (Dossey, 2008). Den fjärde komponenten är kvadranten
som innefattar individ- och gruppdimensioner. *I- Jag* dimensionen, är den inre,
individuella och står bland annat för känslor, upplevelser och föreställningar. *IT- Det
dimensionen*, finns på ett personligt plan och är syn och mätbar, såsom beteende, be-
mötande och utveckling. *WE-Vi dimensionen*, är det subjektiva och kollektiva. Denna
beskriver exempelvis relationer mellan varandra, värderingar, dialog och kommunika-
tion. *ITS- Dem dimensionen*, är den kollektiva objektiva dimensionen. Denna beskriver
system och struktur såsom lagar, BVC, socialtjänst, förskola och hälso- och sjukvård.
Enligt omvårdnadsteorin kan helhet uppnås genom dessa fyra olika dimensioner. Alla
dessa komponenter blir tillsammans bildar den *femte komponenten*. Den kan endast
uppnås genom att alla komponenter är med på alla nivåer (Dossey, 2008).

Inom omvårdnad är samtliga delar i kvadranten viktiga för att en helhetssyn ska kunna
uppnås. BHV-sjuksköterskans arbete innefattar hela familjen, en viktig del i uppdraget
är att uppmärksamma avvikelser i barns hälsa och utveckling. Oro för att ett barn far
illa är anmälningspliktigt, men forskning om vad det är som avgör om oron leder till att
anmälan görs är sparsamt. Det är av värde att barns utsatthet uppmärksammas i ett
tidigt skede, för att adekvata insatser ska kunna göras för barnet och familjen. Det kan
därmed vara angeläget att utforska området och förhoppningen är att resultatet kan
leda till ökad kunskap, samt även på sikt underlätta beslut om att göra orosanmälan så
att barn får den rätt de har rätt till.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka Barnhälsovårdsjuksköterskans erfarenheter av att överväga anmälan till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa.

METOD

Design

Studien genomfördes som en empirisk undersökning med kvalitativ design (Henricson & Billhult, 2012). Syftet med kvalitativ design är att bilda kunskap om ett fenomen, hur det tolkas och upplevs. (Henricson & Billhult, 2012; Priebe & Landström, 2012; Polit & Beck, 2012). Individuella intervjuer genomfördes med BHV-sjuksköterskor.

Kontext

Studien genomfördes i olika delar i Skåne. Upptagningsområdena i studien omfattar både landsbygd och mindre samhällen. Några av dessa upptagningsområden har en stor andel asylsökande. Den socioekonomiska spridningen varierar. På två familjecentraler arbetade BHV-sjuksköterskan i samma byggnad som socialsekreterare, mödravård och den öppna förskolans pedagoger. På en av familjecentralerna fanns en socialsekreterare samt en förskolepedagog. BHV-sjuksköterskan var ensam i sin profession på denna familjecentral. På de andra familjecentralerna fanns minst en kollega i samma profession. De BHV-sjuksköterskor som arbetade på en traditionell barnavårdscentral inom en vårdcentral, uppgav, att de hade kollegor i huset. På två av vårdcentralerna fanns ingen BHV-sjuksköterskekollega, men andra kollegor att rådfråga, samt läkare kopplade till BVC.

Urval

Verksamhetscheferna vid sju familjecentraler och 16 vårdcentraler i Skåne och i Kronoberg kontaktades för tillstånd att genomföra studien (Bilaga 1). De flesta verksamhetschefer hänvisade direkt till BHV-sjuksköterskorna som fick avgöra om de hade möjlighet att medverka. Inklusionskriterier för att medverka i studien var att ha erfarenhet av att arbeta med barn. Några av BHV-sjuksköterskorna tackade nej på grund av tidsbrist eller p.g.a. att de var nyanställda och ansåg att de inte hade så mycket erfarenheter av ämnet. De BHV-sjuksköterskor som tackade ja till att medverka fick ett informationsbrev angående studien (Bilaga 2) samt ett samtyckesformulär (Bilaga 3) skickat till sig via mejl, så att de kunde läsa igenom det innan intervjun ägde rum. Efter att informationen hade framförts till medarbetarna skickades en blankett om tillstånd för studien till ansvarig verksamhetschef för undertecknande (Bilaga 4). Undertecknade samtyckesblanketter och tillstånd från ansvarig chef samlades in i samband med intervjuerna.

De BHV-sjuksköterskor som tackade ja till att medverka i studien uppgav alla att de hade erfarenhet av att anmäla till socialtjänsten när barn far illa, antingen själva eller genom kollegor. Av de tio BHV-sjuksköterskor som ingår i studien är två barnsjuksköterskor och åtta distriktssköterskor. De har arbetat med barnhälsovård mellan tio månader och 26 år.

Datainsamlingsmetod

För att få en viss struktur under intervjuerna utarbetades en intervjuguide (Bilaga 6), som innehöll vissa stödord. Om dessa stödord inte bearbetades under intervjun, ställdes kompletterande frågor (Danielson, 2012). För att testa intervjuguiden gjordes en pilotintervju som sedan transkriberades ordagrant och lästes av författarnas handledare. Författarna träffade sedan handledaren och gick igenom intervjun. Det gjordes några justeringar av intervjuguiden (Bilaga 6). Detta för att få tydligare frågeställningar så att syftet med studien uppfylldes. Pilotintervjun inkluderades i studien då innehållet svarade på syftet. Intervjuguiden användes som stöd under intervjuerna. Semi-strukturerade intervjuer med styrda frågor användes för att inte störa samspelet mellan intervjuaren och deltagaren. Semi-strukturerade intervjuer ger möjlighet för intervjuaren att anpassa sig efter vad som kommer upp i intervjun.

Individuella intervjuer genomfördes på deltagarnas arbetsplats. God tid var avsatt för intervjuerna, detta för att de inte skulle känna sig stressade eller vara tvungna att avbryta, på grund av tidsbrist. Samtliga intervjuer spelades in på diktafon. Intervjuerna varade mellan 20-38 minuter och ägde rum från maj till september 2016. Båda författarna medverkade vid samtliga intervjuer. Anledningen till det var att intervjuerna skulle bli så lika som möjligt och för att viktig information inte skulle missas.

Analys och analysmetod

Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant och lästes sedan igenom av båda författarna ett flertal gånger. Den transkriberade texten analyserades med kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2012). Texter kan sägas bestå av både manifest och latent innehåll. Manifest innehåll beskriver det som sägs och hörs i intervjun. Det latenta innehållet är författarnas tolkning av det som de sagts och hörts i intervjun och som de läser in i transkriptionstexterna. Tolkningen kan ses som varande på en mer abstract nivå (a.a.).

I analysen delades texten in i meningsenheter som kondenserades och kodades, vilket är en förutsättning för att det ska bli en trovärdig analys av intervjuerna (Graneheim & Lundman, 2012; Henricson & Billgren, 2012; Polit & Beck, 2012). Genom att transkribera och lyssna samtidigt upprepas intervjusituationen. Under kondenseringen och kodningen reflekterades över insamlat material. För att få överskådlighet skrevs alla koder ut på post-it lappar i olika färger där liknade koder fick samma färg. Författar-

na reflekterade ytterligare över kodernas innehåll innan de bildade underkategorier. Dessa underkategorier bildade sedan olika kategorier (Tabell 1). Sammanlagt blev det åtta underkategorier och tre kategorier.

Tabell 1. Exempel på meningsenheter, kondenserade meningsenheter, koder, underkategorier samt kategorier.

| Meningsenhet | Kondenserad meningsenhet | Kod | Underkategori | Kategori |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 10. Så fort jag känner en oro så anmäler jag sen är det ju inte mitt jobb att avgöra om det är något eller inte, men när det väcker en oro hos mig så anmäler jag | När jag känner en oro så gör jag en anmälan, det är inte mitt jobb att avgöra om det är något | Gör en anmälan | Min skyldighet | Barnhälsovårdssjuksköterskas perspektiv utifrån yrkesrollen |
| 1. Ja vid minsta misstanke ska jag ju göra en orosanmälan, behöver inte vara att jag ser något behöver inte vara att jag ser något då gör jag en orosanmälan | Vid en misstanke gör jag en orosanmälan behöver inte se något | Anmäler vid oro | En känsla | Barnhälsovårdssjuksköterskas perspektiv utifrån personliga erfarenheter |
| 3. Jag försöker tänka mig in i barnets bästa det är det jag utgår ifrån. | Tänker på barnets bästa | För barnets bästa | För barnets bästa | Barnhälsovårdssjuksköterskas perspektiv utifrån yrkesrollen |
| 2. Det är klart att vissa barn kommer lite närmre och kryper lite under skinnet och då tänker man och hoppas att det kommer att gå bra för de. | Vissa barn kommer närmre, man hoppas att det kommer gå bra | Vissa barn kommer närmre | Tar med sig jobbet hem | Barnhälsovårdssjuksköterskan perspektiv utifrån personliga erfarenheter |

Etiska överväganden

Det etiska övervägandet som BHV-sjuksköterskor står inför vid orosanmälan kan vara känsligt och särskild hänsyn togs till detta i studien. Författarna betonade i informationsbrevet att allt material skulle avidentifieras så att plats eller personer inte skulle kunna urskiljas. Deltagarna deltog frivilligt och hade rätt att avbryta utan att behöva förklara sig eller att påverkan eller press att fortsätta skulle förekomma (Kjellström, 2012).

Konfidentialitetskravet tillfredsställdes genom att materialet avidentifierades och citat återges på ett sätt så att det inte går att koppla till en enskild individ. Det är endast behöriga som kan identifiera deltagaren och materialet förvaras inlåst (Kjellström, 2012).

Samtyckeskravet tillgodosågs genom att information om studien och dess syfte bifogades till den samtyckeblankett som deltagarna undertecknade. I brevet framkom tydligt att medverkan var frivillig och att de intervjuade närsomhelst kunde avbryta sitt deltagande (Bilaga1-3) (Kjellström, 2012).

Nyttjandekravet uppfylldes genom att det insamlade materialet endast användes till det forskningsändamål som uppgivits.

Risk/nyttoanalys: En viss osäkerhet med studien var att den skulle kunna väcka starka känslor hos deltagarna. Erfarenheter av att anmäla sin oro över ett barn till socialtjänsten, eller att ha låtit bli att anmäla, kan vara ett känsligt ämne. Intervjun kunde därför komma att behöva avbrytas. Det bedömdes finnas risk för etiska dilemman kunde uppstå för deltagarna, då de kanske vid anmälningstillfället eller senare blivit osäkra om de fattat rätt beslut. Å andra sidan kan intervjuerna också leda till bekräftelse i att tidigare beslut varit det rätta eller möjliga i den aktuella situationen liksom leda till säkrare beslut i framtiden.

Förförståelse

Författarnas tidigare erfarenheter bildar vår förförståelse i ämnet. Det är erfarenheter från hela livet, inklusive yrkeserfarenhet, som kan ha betydelse (Priebe & Landström, 2012). Det är viktigt att vara medveten om sin egen förförståelse och försöka undvika att den påverkar genomförandet och resultatet av studien (Polit & Beck, 2012). Författarna, tillika genomförare av studien, har ingen egen erfarenhet av BHV-sjuksköterskans arbete eller av att arbeta med barn i andra sammanhang. Vi utgick från, att det förekommer att barn far illa och att vi i vår yrkesroll har skyldighet enligt lag att anmäla blotta misstanke om detta. Vi antog att det kan uppkomma etiska dilemman och att det inte kan vara helt självklart att veta när en anmälan ska göras eller inte. Vi antog att detta kan medföra skuld-känslor, ångest och att BHV-sjuksköterskan riskerar att drabbas av ohälsa, då arbetet kan påverka fritiden.

RESULTAT

Analysen resulterade i ett övergripande tema "En skyldighet men inte en självklarhet". Det stöds av de tre kategorierna: *Perspektiv utifrån yrkesrollen*, *Perspektiv utifrån personliga erfarenheter* samt *Mötet med barn och föräldrar*. Dessa redovisas i tabell 2. För att tydliggöra resultatet och göra det mer personligt används citat från deltagarna.

Tabell 2. Översikt av övergripande tema, kategorier samt underkategorier

| En skyldighet men inte en självklarhet | |
|--------------------------------------------|----------------------------------|
| Kategori | Underkategori |
| Perspektiv utifrån yrkesroll | Min skyldighet |
| | Barnets bästa |
| | Återkoppling från socialtjänsten |
| Perspektiv utifrån personliga erfarenheter | En känsla |
| | Arbetets påverkan på fritiden |
| Mötet med barn och föräldrar | Varje situation är unik |
| | Anknytning/Samspel |
| | Tecken på omsorgssvikt |

Perspektiv utifrån yrkesrollen

BHV-sjuksköterskorna uppgav att de har en skyldighet att anmäla till socialtjänsten när ett barn misstänks fara illa. Det framkom dock att det inte var helt enkelt. Analysen indikerar att det är en rad olika omständigheter som avgör hur en misstanke om att ett barn far illa hanteras. Det fanns en vilja till ärlighet gentemot familjerna. En fördel var om anmälan gjordes i samförstånd med familjerna. En intervjuperson beskrev att hon i den mån det går, själv försöker hjälpa till genom fler besök, stödsamtal och att ge tips och råd för hur de ska gå vidare. I deras dagliga arbete, framkom en rad olika faktorer som påverkade om BHV-sjuksköterskorna anmälde. Dessa faktorer bildar underkategorierna *min skyldighet*, *barnets bästa* och *återkoppling från socialtjänsten*.

Analysen visade att varje situation är unik och varje möte måste ses med okritiska ögon. Ibland fanns det tydliga tecken i situationen som avgjorde att en anmälan gjordes. Ibland var det ett vågspel eller en fingertoppskänsla som avgjorde. En BHV-sjuksköterska beskrev att en oro kunde räcka för att göra en anmälan, en annan ville ha mer tydliga tecken. Socialtjänsten användes som diskussionspartners när de var osäkra, vilket upplevdes som en trygghet.

Min skyldighet

Resultatet visade, att BHV-sjuksköterskorna visste vilka skyldigheter som finns och när en anmälan ska göras, barn är oskyldiga och förtjänar det allra bästa. Det kan ju vara så att det bara är BHV-sjuksköterskan som uppmärksammat att något är fel. Det framkom att det var bättre att anmäla vid misstanke, men att det inte alltid var så lätt. En uttryckte tydligt att det inte är hennes jobb att avgöra om det är något eller inte, utan när något väckte oro, så anmälde hon.

Det är ju alltid svårt man står familjerna nära här på BVC, vi vill ju liksom att de ska komma hit och vi vill ju att de ska höra av sig och känna förtroende för oss. Så jag tänker att det inte är helt enkelt. (1, 5)

Det framkom att andra personer i ett barns omgivning ibland gick direkt till BHV-sjuksköterskan för att berätta vad de har sett och hört kring en familj eller ett barn. De ville att hon anmälde till socialtjänsten, i stället för att de själva skulle behöva göra det. Det fanns också ibland oro från skilda föräldrar för hur deras barn har det hos den andre föräldern. Föräldern ville inte själv göra en anmälan, men berättade om sin oro på BVC. En sjuksköterska berättade om en mamma som var orolig över hur barnet hade det hos sin pappa. Barnet berättade konstiga saker som väckte oro, vilket mamman i sin tur berättade för sin BHV-sjuksköterska som sen gjorde en anmälan på det som mamman berättat.

Det påtalades att det är tråkigt och sorgligt att behöva göra en anmälan. De var inte rädda för att anmäla, men funderade på vart det kunde leda, exempelvis att familjen avstod från att komma till BVC. Det kunde vara jobbigt att anmäla, men när en anmälan var gjord, så tog socialtjänsten över. Det fanns en trygghet i att anmäla eftersom de då gjort vad de kunnat för barnet. Ibland fanns en viss eftertänksamhet över hur ärendet skulle hanteras. För vissa av BHV-sjuksköterskor kändes det bättre att göra en anmälan, eftersom det ledde till att de kunde gå vidare.

Jag är inte rädd för att anmäla för barnets skull, för förhoppningsvis ska det ju leda till något gott för barnet, det är ju därför man anmäler. (1, 5)

Det visade sig, att desto säkrare BHV-sjuksköterskorna var i sin yrkesroll och desto fler positiva erfarenheter som fanns av att göra en anmälan, gjorde det enklare att anmäla. En berättade att ju fler anmälningar hon gjorde, desto tryggare blev hon. Steget till att

anmäla blev inte lika stort. Resultatet visade att det fanns goda erfarenheter av att anmäla till socialtjänsten och att det oftast leder till något bra.

Det är viktigt att släppa de sakerna till personer som är bra på hantera det, därför är det också viktigt att göra en orosanmälan man känner en oro för barnet. (1, 2)

Eftersom det fanns en rädsla och oro i att göra en anmälan, så blev steget till att göra en anmälan, ibland ett hinder. En BHV-sjuksköterska uttryckte en lättnad i att inte behöva göra en anmälan i ett fall, där hon var osäker på om det var befogat. Istället fick hon reda på att någon annan redan gjort anmälan och avstod då från att anmäla.

Så min tanke var att jag håller koll framöver och ser hur det utvecklas det här och så luska lite varje gång de är här, ställa lite så här trevande frågor och så här lite så, men tack och lov så slapp jag ju tag i det själv. (1, 7)

Barnets bästa

Det som alla deltagande BHV-sjuksköterskor hade gemensamt i sina svar var att barnet alltid sattes i främsta rummet. Med barnets bästa i fokus, kan det inte bli sämre för barnet om en anmälan görs. Om oro finns för att ett barn far illa, så måste en anmälan göras. Därefter är det upp till socialtjänsten att göra det bästa för barnet. Det framkom att barnperspektivet och vikten av att lyssna på de äldre barnen var centralt. Vad barnen har att säga och hur de uttrycker sig är centralt. Förmågan att kunna se barnets tillvaro är viktig. Barn är dock lojala mot sina föräldrar och det kan vara svårt att upptäcka brister och missförhållanden i en familj.

Men att det viktigaste vi känner, det är ju barnet i fokus. Det är ju det hela tiden liksom så, att man ser att barnet får det den har rätt att få. (1, 5)

I bästa fall ska det påverka barnet positivt, det är därför man anmäler, det är för deras skull helt och hållet. (1, 3)

En BHV-sjuksköterska uttryckte att hon inte kände någon rädsla i att anmäla och om det kommer att påverka barnet. Fanns det en befogenhet i att anmäla så gynnades barnet, annars hade inte en anmälan behövts göras.

Det gjorde faktiskt att man anmälde, det gav en liten signal till föräldrarna att vi såg vad som hände. (1, 4)

De korta mötena på BVC gjorde det svårt att upptäcka när något inte stod rätt till. Barnen är relativt ofta på BVC det första året, cirka en gång i månaden. När barnet fyllt ett år, så besökte barnet inte BVC lika ofta. Det verkade göra det svårare att upptäcka om

ett barn för illa. Någon ansåg att det missas mycket, en del föräldrar kan förstå sig på den korta stund de är på BVC.

Men det är jättesvårt, det är bland det svåraste det är det, någonstans tänker jag när barnen växer upp att det är säkert familjer där jag borde ha anmält... absolut det är bara lögn och påstå och säga något annat, de är ju betydligt många fler än de som jag anmälde som blev rätt, än de som jag anmälde och som kanske inte ledde någonstans, jag tror vi är dumma i huvudet om vi säger något annat och tror att vi ser allt för det gör vi INTE. (I, 8)

Stöd och återkoppling från socialtjänsten

Nästan alla BHV-sjuksköterskor som intervjuades, framställde socialtjänsten som en resurs och som en god diskussionspartner. I de fall BHV-sjuksköterskan kände sig osäker, behövde inte namn eller personnummer uppges på den det avsåg. Socialtjänsten användes då som ett stöd för hur ärendet skulle hanteras och kunde ge handledning och vägledning. Så länge ärendet var anonymt så blev det inte heller någon anmälan. Det tycks vara en trygghet att kunna ha den kontakten. BHV-sjuksköterskorna som arbetade på en familjecentral, uppgav ett gott samarbete med socialtjänsten och att ta kontakt inte var svårt, eftersom de satt i samma byggnad.

På familjecentralen så arbetar vi alla tillsammans, både pedagogerna på öppna förskolan, socionomerna och vi på BVC. Jag upplever att föräldrarna inte tycker att socionomerna som jobbar här är så skrämmande, de har träffat dem och vet vilka de är och har ett namn på dem. (I, 8)

Några BHV-sjuksköterskor saknade återkoppling från socialtjänsten vilket uppgavs som en brist då bekräftelse saknades på att det hände något och att rätt bedömning hade gjorts. I de fall som återkoppling gavs, upplevdes det som positivt och en bekräftelse på att rätt bedömning gjorts.

Man skulle gärna vilja veta, jag behöver inte veta vad men jag vill gärna veta om den är öppen - gör man någonting åt familjen. (I, 10)

Perspektiv utifrån personliga erfarenheter

En känsla

Något som var återkommande i intervjuerna var att BHV-sjuksköterskorna uppgav att ibland uppkom *en känsla* av att något inte stämmer. Det gick inte att sätta ord på det, utan det var en magkänsla. Känslan kunde leda till ökad vaksamhet. En BHV-sjuksköterska menade att med yngre barn litade hon mer på sin magkänsla. Känslan uppkom

vid observationer av samspelet mellan barn och föräldern. Olika faktorer avgjorde att känslan av att något inte stod rätt till, uppstod. En BHV-sjuksköterska beskrev att uppkom den känslan, så måste hon lita på den. Hon kunde inte ligga hemma och fundera på om det var något eller inte, utan kom känslan så agerade hon.

Det är ju så här jag skulle ju inte göra en anmälan rakt av bara för att jag får en känsla så gör jag ju inte en anmälan ifall ifall utan det måste ju finnas något mer att ta på tänker jag. (1, 7)

Arbetets påverkan på fritiden

Resultatet visade att några av de intervjuade kunde släppa arbetet när de kom hem, medan andra hade svårare för det. En BHV-sjuksköterska menade att för sig och sin familjs skull, måste hon släppa arbetet, när hon gick hem. Det framkom dock att vissa barn berör mer och då var det svårare att släppa tankarna på dem på fritiden. Det kunde vara så att de relaterade till sina egna barn. Några BHV-sjuksköterskor uttryckte sin frustration över att inte räcka till vid oro för ett barn. Även om BHV-sjuksköterskorna var noga och anmälde vid oro, så mår några dåligt, när de vet att ett barn far illa.

Ibland gör jag det ja, jag vet att man inte ska göra det men jag gör det. Är klart är det någon som far riktigt illa, så är det klart att jag gör det. (1, 10)

Det påverkar det gör det, man tänker ju på det kan vara väldigt svårt att släppa när man går hem vissa barn sätter sig lite extra. (1, 4)

Mötet med barn och föräldrar

Det framkom under intervjuerna att BHV-sjuksköterskorna observerade att vissa föräldrar brister i sin omsorg eller i anknytning och samspel med sina barn. Detta valde vi att lägga i underkategorierna, *varje situation är unik, anknytning/samspel* samt *tecken på omsorgssvikt*. Analysen visade att ibland kunde det vara uppenbara brister i föräldraförmågan. Ett ansvar av att stötta familjerna för att barnen skulle få det bättre behövdes. Det kunde röra sig om många olika omständigheter som exempelvis dålig ekonomi och inget kontaktnät omkring sig som kan stötta och hjälpa vid behov. För en del föräldrar är det anknytningen och samspelet som brister. Förmågan att tillgodose barnens behov saknades. Det kunde vara dåliga relationer mellan föräldrarna, som inte kom överens. BHV-sjuksköterskan märkte att det påverkade barnet negativt.

Varje situation är unik

Varje situation är ny. Det innebar att vid varje möte måste BHV-sjuksköterskan ha ett öppet sinne för hur mötet ska förlöpa. I studien framkom det att det som kunde vara ett hinder var att BHV-sjuksköterskorna hade en relation till de flesta familjerna som

kom till BVC. Svårigheter uppkom när det fanns en relation till familjerna och en viss vaksamhet ändå behövdes. Det var svårt att hela tiden se familjerna kritiskt. Varje nytt besök innebar nya möten med nya människor med olika förutsättningar och bakgrund. BHV-sjuksköterskorna upplevde att det är svårt att veta i vilka familjer det faktiskt inte står rätt till och vilka familjer som skulle behöva hjälp. Det finns inga standardsvar att tillgå. Det framkom att det är svårt att veta vad som döljer sig bakom familjens fasad.

*Det är ett så svårt område, det finns så många olika bitar i det, inget fall liknar ju ett annat man måste ta varje situation utifrån varje situation.
(1, 4)*

När föräldrarna var överens om att en anmälan kunde vara till familjens fördel, så upplevde BHV-sjuksköterskan att det kändes bättre att anmäla, än om de inte var eniga. BHV-sjuksköterskan fanns för familjen, stöttade dem och ville att det skulle leda till något bra när en anmälan gjordes. Förhoppningsvis blev det bättre för familjen.

Det ju också anmälningar som föräldrarna inte godtagit i början, men sen där de ändå förstått att man inte anmäler för att göra sig ovän med dem eller sätta dit dem. Utan att de ändå fått hjälp längs vägen och de kunnat göra det till något positivt. (1, 4)

Jag försöker förklara för föräldrarna eller familjerna att se socialen som en resurs och inte som någonting annat. (1, 3)

Det framkom från BHV-sjuksköterskorna att de fann mycket stöd hos kollegorna. De diskuterade och rådgjorde tillsammans vid osäkra fall. Exempelvis kunde kollegor följa med på hembesök eller medverka vid besöken på BVC i fall de kände sig osäkra.

Ibland har jag bett en kollega följa med för att jag inte vågar åka ut ensam och jag vill ju inte heller bli anklagad för något utan då är det helt enkelt bättre att vi är två som kan åka ut. (1, 3)

Anknytning och samspel

Analysen visade att om anknytningen till barnet brast, så syntes det tydligt. Detta kunde visa sig genom att föräldrarna inte mötte barnets blick, svarade inte på leenden hos barnet eller lade barnet på skötbordet och gick och satte sig på en stol i andra sidan av rummet. Det verkade vara viktigt att uppmärksamma detta och se till att föräldrarna fick hjälp. Det var viktigt att ta reda på varför anknytningen saknades och vad det berodde på. Detta avgjorde sedan hur ärendet hanterades.

Det kan ju vara att man har en annan bakgrund och kommit in som asylsökande och har med sig massa traumatiska ting som gör att man inte klarar av att knyta an. Till exempel då har vi ju en helt annan sits än, då

kan jag ju inte sitta och ha fördjupat samtal med henne, att nu måste du ju det här och nu måste du göra så och nu måste du göra så, utan då måste man agera mycket snabbare än då ser det ju annorlunda ut. (I, 8)

När samspelet, kommunikationen eller relationen mellan föräldrarna var dålig, kunde det leda till att BHV-sjuksköterskan övervägde att anmäla. Om barnet verkade rädd för sin förälder och om samspelet mellan föräldrarna/föräldern och barnet inte kändes bra, kunde det leda till en anmälan.

Jag kan tycka, där relationen inte riktigt fungerar mellan barn och föräldrar eller förälder/förälder, de är ganska lätta egentligen. (I, 4)

Det behöver ju inte tvunget vara något på barnet. Det kan ju vara på mammasamtalet, till exempel så kan mamman säga att vi inte har det så bra hemma, jag blir jätteledsen och ibland skriker och gapar han och jag mår inte bra av det. (I, 1)

Tecken på omsorgssvikt

Det framkom i samtliga intervjuer att det som kan uppfattas visuellt, var enklast att upptäcka. Det kunde vara att barnet var smutsigt, inte ökade i vikt och att mamman berättade att det inte var bra hemma. En BHV-sjuksköterska uppgav att hon hade ett barn som inte ökade i vikt. Efter flera samtal med mamman, insåg hon till sist att mamman inte förstod hur hon skulle ta hand om barnet. Exempelvis att ge barnet rätt kost. I detta fall blev socialtjänsten inkopplad och mamman fick lära sig att laga mat och hur ett barn skulle skötas. En annan BHV-sjuksköterska hade vid ett tillfälle en fyraåring, som hade dålig tandstatus. Tänderna var svarta och missfärgade. Hon påtalade detta för mamman och hon var ärlig med att en anmälan skulle göras till socialtjänsten.

Det är ju det som är visuellt det som är lätt att ta på, tänderna till exempel kläderna, blåmärken föräldrarnas sätt att hantera sina barn, ja hela det visuella. (I, 3)

Fysiska tecken sågs inte ofta men när det väl förekom, så var det ett uppenbart tecken på omsorgssvikt. Emellertid innebar inte alltid blåmärken att det var en misshandel det handlade om. Det gällde att undersöka var blåmärkena satt och att genom samtal med föräldrarna höra om förklaringen verkade rimlig.

Vi klär ju alltid av de nakna, vi ska ju väga de och då kollar man ju hur ser det ut, är det vanliga blåmärken på vanliga ställen när de upptäcker världen eller är det kanske någonting annat. Nä det här stämmer inte, kanske tar de hårt i barnet eller skäller på den och så där då får man... då drar man ju öronen åt sig lite och tittar extra också då, så klart... men det

är mycket att man tittar, är det blåmärken på de ställen man får när man klättrar eller är det återkommande och så här. (I, 10)

Att delta i BVC-programmet är frivilligt, en del föräldrar väljer att inte delta. En av de intervjuade uppgav att när familjer vid upprepade tillfällen uteblev, utan någon rimlig förklaring eller skylldes på förkylningar eller andra sjukdomar, så var det enligt henne oroväckande.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Det insamlade materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys, inspirerad av Graneheim och Lundman (2012) med induktiv ansats, vilket gav författarna en tydlig bild av fenomenet som undersöktes (Graneheim & Lundman, 2012).

Samtliga intervjuer utfördes på informanternas arbetsplatser. De fick själva avgöra var intervjun skulle äga rum, vilket kan öka tryggheten för den intervjuade. Studien genomfördes både på traditionellt BVC och på familjecentraler vilket kan vara en styrka.

Informanterna fick själva avgöra om de skulle delta eller inte. Enligt Polit & Beck (2012) ger ett frivilligt deltagande ett mer trovärdigt resultat. Information om att materialet var konfidentiellt framfördes. Samtliga deltagare var kvinnor vilket kanske inte är anmärkningsvärt, då statistik från Socialstyrelsen (2010b) visar att mer än 90 % av alla legitimerade sjuksköterskor är kvinnor och endast 9.2 % är män. Således kan urvalet anses som representativt. Perspektiv från såväl BHV-sjuksköterskor som arbetar ensamma samt de som har ett mer organisatoriskt samarbete med socialtjänsten finns representerade i studien.

Intervjuer som datainsamlingsmetod lämpade sig väl, eftersom det var personers erfarenheter av ett fenomen som undersöktes (Polit & Beck, 2012). En pilotintervju genomfördes för att säkra kvaliteten av intervjuguiden. Sammanlagt genomfördes tio intervjuer. Tidsmässigt var detta rimligt eftersom vissa svårigheter fanns i att få tag på informanter. Det kan ses som en svaghet i studien att inte fler intervjuer utfördes. Polit och Beck (2012) anser att antalet informanter inte alltid är det viktigaste, utan att de som deltar uppfyller studiens syfte. De senare intervjuerna i vår studie presenterade inte något nytt, utan snarare bekräftade de tidigare intervjuerna. Följdfrågor ställdes för att undersökningens syfte skulle besvaras (Polit & Beck, 2012). Graneheim och Lundman (2012) anser att desto större vana forskaren har, desto mer kontinuerligt och äkta blir resultatet. Intervjuerna var innehållsrika, vilket ses som en styrka i studien.

Författarna saknade erfarenhet av att intervjua, därför togs beslutet att båda skulle medverka vid intervju tillfällena. Detta för att inte missa viktig information och för att likvärdigheten skulle säkerställas. Enligt Danielson (2012) är det en styrka att fler medverkar vid intervjuerna. Det har funnits ett värde av att båda medverkade, då möjligheten av att resonera över intervjuerna tillsammans har fördjupat analysen.

Analysen utfördes av två personer, vilket gav tillfälle till diskussion och reflektion kring olika tolkningsmöjligheter. Enligt Graneheim och Lundman (2012) kan koder och kategorier bli mer tydliga och stringenta om varje steg av analys, diskussion och reflektion förs under tiden. Resultatet styrks av citat vilket ökar tydligheten av analysen. På samma sätt anser Graneheim och Lundman (2012), att citat styrker studiens trovärdighet. Detta ger läsaren möjlighet till andra tolkningar och en ökad förståelse för ämnet.

När deltagarna ges möjlighet att berätta om sina erfarenheter av att anmäla barn som far illa till socialtjänsten, så förstärks giltigheten. Genom tema och kategorier blir det lättare för läsaren att bilda en uppfattning kring ämnet som studerats. En tydlig beskrivning av analysprocessen samt att analysen genomfördes gemensamt ökar tillförlitligheten av studien. Överförbarheten handlar om i vilken grad resultatet kan överföras till andra sammanhang och grupper genom en tydlig beskrivning av kontexten och informanterna (Graneheim & Lundman, 2012). Forskarens delaktighet i en kvalitativ intervjustudie är inte oberoende. Denne är delaktig genom interaktionen under intervjun och är medskapare av text och analys (Graneheim & Lundman, 2012). En viss förförståelse kring ämnet kan påverka resultatet. Graneheim & Lundman (2012) anser att en viss förförståelse kan vara bra, för att förstå analysen. Risken för feltolkning minskar. Författarnas egen förförståelse reflekterades kontinuerligt i analysprocessen.

Resultatdiskussion

Inledningsvis tolkas resultatet utifrån den komponent i Dosseys (2008) teori "*integral nursing*" som utgår från de fyra kvadranterna, Samtliga delar kan ses som ett komplement till varandra som därigenom bildar en helhet och kan bidra till ett holistiskt tänkande inom omvårdnad. Kategorier och underkategorier är placerade i respektive kvadrant och beskriver BHV-sjuksköterskans erfarenheter av att överväga anmälan till socialtjänsten vid misstankar om att barn far illa. Av figur 1 framgår att såväl inre individuella faktorer hos sjuksköterskan som yttre individuella faktorer hos barn/vårdnadshavare bidrar till att anmälan övervägs. I de kollektiva kvadranterna visas inre kollektiva faktorer som innefattar det unika mötet med barn och föräldrar samt i den yttre kollektiva kvadranten kopplat till den professionella yrkesrollen. (Figur 1).

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;"><u>Inre individuella faktorer</u> BHV-sjuksköterskans perspektiv utifrån personliga erfarenheter</p> <ul style="list-style-type: none"> • En känsla • Arbetes påverkan på fritiden <p style="text-align: center;">I</p> | <p style="text-align: center;"><u>Yttre individuella faktorer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Barnets bästa • Anknnytning/Samspel • Tecken på omsorgssvikt <p style="text-align: center;">IT</p> |
| <p style="text-align: center;">WE</p> <p style="text-align: center;"><u>Inre kollektiva faktorer</u> BHV-sjuksköterskans möte med barn och föräldrar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Varje situation är unik | <p style="text-align: center;">ITS</p> <p style="text-align: center;"><u>Yttre kollektiva faktorer</u> BHV-sjuksköterskans perspektiv utifrån yrkesrollen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Min skyldighet • Stöd och återkoppling från socialtjänsten |

Figur 1: Resultatet tolkat utifrån Dosseys kvadranter

Studien resulterade i ett övergripande tema som blev, "En skyldighet men inte en självklarhet", vilket beskriver BHV-sjuksköterskans svårigheter av att anmäla. Utifrån detta tema har vi valt att lyfta följande underkategorier och kategorier i vår resultatdiskussion, *Barnets bästa*, *En känsla* samt *Mötet med barn och föräldrar*.

Det övergripande temat visar att även om det är lagstadgat att anmäla redan vid misstanke om att ett barn far illa, så är det inte en självklarhet för BHV-sjuksköterskan att anmäla varje gång de hyser en misstanke. Många faktorer spelar roll för om anmälan görs vilket skulle kunna förklara den låga andelen anmälningar som kommer till socialtjänsten från BHV-sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2014 b). Liknande resultat påvisas i en studie av Driessnack & Eisbach (2010).

I komplexa situationer, där tecken på att ett barn far illa var svårtydda och konkreta bevis saknades, så tvekade BHV-sjuksköterskan att anmäla. De var osäkra på om rätt beslut fattades. En rädsla fanns hos BHV-sjuksköterskorna att familjen skulle ta avstånd om de anmäler och att föräldrar/vårdnadshavare skulle känna sig kränkta eller misslyckade i sin föräldraroll vid en anmälan. Föräldrarna kunde även uppleva sig ifrågasatta, att de inte skulle klara av att ta hand om sina barn eller utsätter dem för en dålig miljö. Detta påverkade BHV-sjuksköterskan i deras beslut. Det är emellertid inte etiskt försvarbart att avvakta med att anmäla, då det inte är den anmälningsskyldiges uppgift att värdera eller utreda om oron är befogad. Däremot är komplexiteten i att anmäla förståelig.

Resultatet indikerar att BHV-sjuksköterskorna sätter barnets bästa i främsta rummet. *Barnets bästa* var i fokus i deras intervjuvar och de visade förmåga att se barnets

tillvaro. När barnets bästa kommer i första hand får det inte finnas rädsla i att anmäla. Tidigare forskning visar på sjuksköterskors medvetenhet om att familjeförhållanden förbättras om de anmäler och att antalet anmälningar till socialtjänsten ökar (Hillis et al., 2015; Honor, 2014). Om steget till att anmäla inte var så laddat, skulle fler barn kunna förhindras att hamna i utsatta situationer. Personer som har erfarenhet av vilka barn som riskerar att blir utsatta för fysisk misshandel kan vara till stöd (Svensson, 2013). Detta är något som borde uppmärksammas. För att kunna identifiera fler fall av missförhållanden är BHV-sjuksköterskor i behov av utbildning inom området. Att fråga barnet är inte alltid det rätta eftersom barnen ofta försvarar sina föräldrar. BHV-sjuksköterskorna i studien menar att barn som lever i en utsatt situation eller är kränkta av sina föräldrar, ofta är tillbakadragna. De kan till och med visa rädsla för sina föräldrar, vilket även framkommit i tidigare studier (Flinck & Paavilainen, 2013; Jackson & Söderman, 2012).

Det som är återkommande i samtliga intervjuer är att BHV-sjuksköterskorna får en *känsla av* att något inte stämmer. Hur de väljer att hantera den känslan skiljer sig åt. Ofta har känslan uppkommit i observationer av barn och föräldrars samspel. En del BHV-sjuksköterskor väljer att anmäla på en känsla, medan andra avvaktar, vilket även tidigare forskare som Driessnack och Eisbach (2010) samt Jackson och Söderman (2011) kommit fram till. Vi är införstådda med komplexiteten i detta, det är svårt att anmäla en känsla. För att BHV-sjuksköterskorna ska känna sig säkrare på att de tar rätt beslut är det viktigt att de ser helheten. Hur upplevs barnet, finns det något avvikande. Är relationen till föräldrarna bra, finns det ett fint samspel. Är omsorgen kring barnet bra, går det upp i vikt, följer barnet utvecklingen, är kläder och hygien tillgodosedda. Är där ett socialt nätverk som kan stödja vid behov. Det är viktigt att se alla delarna. En helhetssyn utifrån Dosseys kvadranter (Dossey, 2008), kanske kan bidra till att BHV-sjuksköterskan kan åskådliggöra sin känsla och därmed underbygga en eventuell anmälan.

BHV-sjuksköterskan kan uppmärksamma brister i föräldraförmågan när det gäller omsorg, anknötning och samspel i *mötet med barn och föräldrar*. BHV-sjuksköterskan möter många barn och föräldrar och de tror att de missar vissa fall. De har mycket korta möten med familjerna som gör det svårt att kunna uppmärksamma om allt inte står rätt till. BHV-sjuksköterskan träffar heller inte familjerna så ofta efter att barnet fyllt ett år. En annan orsak som BHV-sjuksköterskorna angav var att föräldrar, under den korta stund de är på BVC, kan förställa sig och uppträda på annat sätt än annars. Detta ökar motivet till mer utbildning, behovet av mer kunskap kring riskfaktorer och att kunna se helheten med ett holistiskt förhållningssätt (jfr Dossey, 2008). Ökad kunskap ökar antalet anmälningar (Hillis et al., 2015; Honor, 2014; Svensson, 2013).

Studien visar att i situationer när föräldraförmågan brister avseende den fysiska omsorgen, är det BHV-sjuksköterskornas upplevelse att detta är lättare att se. Det fram-

kom dock att detta inte alltid föranledde en anmälan till socialtjänsten, utan att de själva försökte hjälpa familjen. Dels på grund av rädsla för att familjen skulle ta avstånd från BVC, dels att de ville ha med sig föräldrarna när en anmälan görs. BHV-sjuksköterskorna kunde ibland ha en övertro på sin egen förmåga och kompetens, vilket även tidigare forskning bekräftar (Hanafin, 2013). Att undvika att anmäla, skulle kunna förlänga onödigt lidande för barnen. Därför är det viktigt att BHV-sjuksköterskorna lämnar över det till rätt instans. Hanafins (2013) forskning visade att BHV-sjuksköterskor missade många fall av allvarlig misshandel och omsorgssvikt. Det berodde på en rad olika faktorer, bland annat en övertro på familjens förmåga och att de inte lyssnade på barnens signaler. Lärdom av tidigare erfarenheter togs inte och de hade även bristande kunskap om gällande lagstiftning (Hanafin, 2013).

Hillis et al. (2015) och Honor (2014) har kommit fram till i sin forskning, att professionell hjälp med att hantera brister i föräldraskapet, har gjort att familjer med svårigheter, blivit bättre på att hantera och reflektera över vilka situationer som utlöser problem.

Barn som utsätts för kränkningar eller brist på omsorg måste få den hjälp de har rätt till. Barn som lever under sådana förhållanden riskerar att hamna i ett utanförskap. Att inte få hjälp kan leda till livslånga konsekvenser med både psykisk och fysisk ohälsa (Hillis et al., 2015; Honor, 2014). Ibland kan små insatser av BHV-sjuksköterskan vara helt avgörande för ett barn och dess familj.

Slutsats

BHV-sjuksköterskorna uppgav att det inte alltid var lätt att se vilka barn som for illa. Varje situation är unik eftersom inget fall liknar det andra. Det som försvårar är de korta möten som BHV-sjuksköterskorna har med familjerna där brister i föräldrarnas förmåga kan döljas. BHV-sjuksköterskorna upplevde det tråkigt och sorgligt att behöva göra en anmälan. Det som förenklade en anmälan var om familjen och BHV-sjuksköterskan var överens om att de behövde hjälp från socialtjänsten, då blev anmälan till deras fördel. Att implementera Dosseys kvadranter (Dossey, 2008) i BHV-sjuksköterskans arbete, skulle kunna bidra med en helhetssyn och därmed tydliggöra såväl barnet/familjens situation som BHV-sjuksköterskans arbete. Modellen kan därmed bli ett redskap för reflektion vid beslut om en anmälan.

Kliniska implikationer

Kunskap om vad det är som avgör om en anmälan till socialtjänsten görs/inte görs vid misstanke om att ett barn far illa är viktig. Resultatet av studien kan användas av BHV-sjuksköterskor ute i verksamheten för att visa på faktorer som har betydelse inför beslutet om anmälan till socialtjänsten

REFERENSER

- af Klinteberg, B., Almquist, Y., Beijer, U., & Rydelius, P-A. (2011). Family psychosocial characteristics influencing criminal behavior and mortality - possible mediating factors: a longitudinal study of male and female subjects in the Stockholm Birth Cohort. *BMC Public Health*, 11:756. doi: 10.1186/1471-2458-11-756.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s.164-174). Lund: Studentlitteratur.
- Dossey, B. (2008). Theory of Integral Nursing. *Advances in Nursing Science*, 31 (1), 52-73.
- Driessnack, M., & Eisbach, S.S., (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. doi: 10.1111/j.1744-6155.2010.002.59.x
- Flinck, A., & Paavalainen, E. (2013). National Clinical Nursing Guideline for Identifying and Intervening in Child Maltreatment within the Family in Finland. *Child Abuse Review* 22, 209-220. doi: 10.1002/car.2207
- Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb E., & Janson S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373 (9657), 68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08) 61706-7
- Graneheim, U.H & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*, (187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Hanafin, S. (2013). Child protection reports: key issues arising for public health nurses. *Community Practitioner*, 86(10), 24-27.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson. M (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*, (s.129-138). Lund: Studentlitteratur.
- Hillis, D. S., Mercy, A. J. & Saul. J. R. (2015). The Enduring impact of violence against children *Psychology, Health & Medicine*, 1-13.
- Honor, G. (2014). Child Neglect; Assessment and Intervention. *Journal of Pediatric Healthcare* 28(2), 186-192.
- Jackson, K. & Söderman, A. (2011). Barn som far illa i sin hemmiljö - BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barn. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical*, 4, 38-42.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*, (s.70-92). Lund: Studentlitteratur.
- Kobayashi, K., Fukushima, M., Kitaoka, H., Shimizu Y., & Shimanouchi, S. (2015). The Influence of Public Health Nurses in Facilitating a Healthy Family Life for Families with Abused and Neglected Children by Providing Care *International Medical Journal* 22(1), 6-11.
- Pabis, M., Wronska I., Slusarska, B., & Cuber, T. (2011). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 384-393.

- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9. ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar-grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 32-50). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1949:381. Föräldrabalken, Stockholm: Justitiedepartementet. Hämtad 2017-03-12 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381
- SFS 2001: 453. Socialtjänstlagen. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2016-03-08 från: <http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/barnochungaisocialtjansten/anmalanarbarnfarilla>
- Socialstyrelsen (2014a). Vägledning för Barnhälsovården. Hämtad 2017-02-06 från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>
- Socialstyrelsen (2014b). Barn som far illa eller riskerar att fara illa. Hämtad 2016-03-09 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19528/2014-10-4.pdf>
- Socialstyrelsen (2015). Utreda barn och unga – Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen. Hämtad 2016-03-08 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19644/2015-1-9.pdf>
- Svensson, B. (2013). Barn som riskerar att fara illa i sin hemmiljö, utmaningar i ett förebyggande perspektiv (Doktorsavhandling Karlstad Universitet). Hämtad 2017-02-01 från: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:607231/FULLTEXT01.pdf>
- Unicef (1989). FN:s barnkonvention, Hämtad 2016-03-07 från: <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full>

Information om studie

Till Ansvarig verksamhetschef/Vårdenhetschef vid -----

Bakgrund

Vi är två sjuksköterskor som studerar till distriktssjuksköterskor på högskolan i Kristianstad. Vi ska skriva vår magisteruppsats och är intresserade av barn som far illa och förstår att det inte alltid är så enkelt för personer som arbetar i dessa barns närhet att bara anmäla det till socialtjänsten. Det kan uppstå många tankar, känslor och oro kring detta tror vi och vill därför intervjua distriktssköterskor som arbetar med barn.

Syfte

Syftet i studien är att undersöka Barnhälsovårdsjuksköterskans erfarenheter av att överväga anmälan till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa.

Tillfrågan om deltagande

Önskemålet är att få komma till Er enhet och genomföra intervjuer med distriktssköterskor som har erfarenhet av att jobba med barn. Distriktssköterskorna kommer att informeras om att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när helst de önskar. Varje intervju beräknas ta 60 minuter och vi önskar göra detta under deras arbetstid. Vi tänker genomföra intervjuerna under våren 2016.

Hantering av data

Intervjun kommer att skrivas ut och användas till en magisteruppsats i distriktssköterskeprogrammet vid högskolan Kristianstad. Resultatet kan komma att publiceras i vetenskaplig tidskrift. Då resultatet från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Insamlat material kommer att behandlas konfidentiellt och förvaras på ett säkert ställe.

Kontakt

Vi kontaktar er via telefon inom en vecka för ytterligare information och vidare planering.

Handledare för studien

Eva Clausson Universitetslektor i Omvårdnad Tel 044-20 40 34 eva.clausson@hkr.se

Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av DSK-studerande:

Carolin Johansson

Ewa Edvardsson

Tel 070-553 29 90

Tel 070-593 32 76

carolin.johansson0133@stud.hkr.se

eva.edvardsson001@stud.hkr.se

Information om studien

Bakgrund

Vi är två sjuksköterskor som studerar till distriktssjuksköterskor på högskolan i Kristianstad. Vi ska skriva vår magisteruppsats och är intresserade av barn som far illa och förstår att det inte alltid är så enkelt för personer som arbetar i dessa barns närhet att bara anmäla det till socialtjänsten. Det kan uppstå många tankar, känslor och oro kring detta tror vi och vill därför intervjua distriktssköterskor som arbetar med barn.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka Barnhälsovårdssjuksköterskans erfarenheter av att överväga anmälan till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa.

Tillfrågan om deltagande

Du tillfrågas utifrån att du arbetar med barn och har erfarenhet av detta. Önskemålet är att få intervjua dig om dina upplevelser av att möta barn som far illa och överväga om du ska anmäla till socialtjänsten eller inte och vad det är som avgör ditt beslut. Intervjun beräknas ta en timma i anspråk och spelas in via telefon. Deltagandet i studien är frivilligt.

Hantering av data

Intervjun kommer att skrivas ut och användas till en magisteruppsats vid Högskolan Kristianstad. Resultatet kan komma att publiceras i vetenskaplig tidskrift. Då resultatet från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och förvaras på ett säkert ställe.

Kontakt

Vi kontaktar dig om två veckor efter att du fått brevet för mer information och planering för intervju. Hör gärna av dig vid eventuella frågor eller funderingar.

Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av:

Handledare för studien

Eva Clausson Universitetslektor i Omvårdnad Tel 044-20 40 34 eva.clausson@hkr.se

Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av DSK-studerande:

Carolin Johansson

Ewa Edvardsson

Tel 070-553 29 90

Tel 070-593 32 76

carolin.johansson0133@stud.hkr.se

eva.edvardsson001@stud.hkr.se

SAMTYCKESFORMULÄR

Bilaga 3

Jag har muntligen och skriftligen med hjälp av informationsblad tagit del av:

- Syftet med studien är att undersöka Barnhälsovårdsjuksköterskans erfarenheter av att överväga anmälan till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa.
- att mitt deltagande i studien innebär att jag kommer att intervjuas av Distriktsjuksköterskestuderande Carolin Johansson och Ewa Edvardsson
- vem som är ansvarig för studien
- att jag kan kontakta ansvarig för studien om jag vill veta mer
- att det är frivilligt att delta i studien
- att jag kan avbryta min medverkan i studien när som helst

Jag samtycker till att delta i studien:

Datum: _____

Namnunderskrift

Namnförtydligande (texta gärna)

Härmed ger jag mitt tillstånd att låta distriktssjuksköterskestuderande Carolin Johansson och Ewa Edvardsson genomföra studien med syfte: Barnhälsovårdssjuksköterskans erfarenheter av att överväga anmälan till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa.

Jag har mottagit muntlig och skriftlig information om studien.

Datum: _____

Namnunderskrift

Namnförtydligande (texta gärna)

Kurs vetenskaplig metod och design 7,5 hp.

Högskolan Kristianstad

Projektets titel

Distriktssköterskans erfarenheter av att överväga anmälan till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa.

Namn sökande student/er

Carolin Johansson, Ewa Edvardsson

Namn, titel handledare

Eva Clausson, Universitetslektor i omvårdnad.

Sammanfattning av projektarbetet

Arbetet går ut på att intervjua distriktssköterskor som arbetar med barn för att undersöka deras erfarenheter i att överväga att anmäla barn som far illa till socialtjänsten. Vi kommer att kontakta ansvariga verksamhetschefer för att informera om arbetet och om vi få deras godkännande kommer vi att be om att få ta kontakt med distriktssköterskor som arbetar med barn. Vi kommer i första hand ta kontakt med familjecentraler och barnhälsovårdscentraler i nordöstra Skåne samt västra Kronoberg.

Relation till deltagare

Relationen vi kommer ha till de som deltar i intervjuerna kommer enbart vara genom detta arbete eftersom ingen av författarna har någon relation till de verksamheter vi kommer att tillfråga.

Risk – nytta

Risken med studien är att det kan väcka upp jobbiga känslor hos deltagarna eftersom det är känsliga ämnen. Det kan uppstå etiska dilemman för deltagarna då de kanske inte själva har varit säkra på om de fattat rätt beslut i att anmäla eller inte, därför bör vi förklara att vi är väl införstådda med det. Nyttan med studien är att få reda på vad det är som avgör när en anmälan görs eller inte och för att ge verktyg till andra personer som arbetar med barn.

Hur tillgodoses informationskravet?

De personer som är tilltänkta att ingå i studien kommer att få ett informationsbrev där vi tydligt informerar syftet med studien samt hur vi kommer att hantera den etiska processen och att det har fått ett godkännande från en etisk kommitté på Högskolan i Kristianstad. Vi kommer att understryka att medverkanen är frivillig, med frivillighet menas att deltagaren inte behöver delta samt har rätt att avbryta utan att känna sig påverkad eller pressad (Kjellström 2012).

Hur tillgodoses samtyckeskravet?

Detta kommer att tillgodoses genom information om studien samt syftet med den och att medverkan är frivillig samt att tydligt framkommer att de närsomhelst kan avbryta sitt deltagande (Kjellström 2012).

Hur tillgodoses konfidentialitetskravet?

Detta kommer att tillfredsställas genom att materialet avidentifieras och citat kommer att visas på ett sätt så att det inte går att koppla till en enskild individ, det är endast författarna som kommer att veta identiteten, materialet kommer att förvaras inlåst så att det ingen utomstående kan komma åt det (Kjellström 2012).

Hur tillgodoses nyttjandekravet?

Det insamlade materialet kommer endast att användas till forskningsändamål.

Underskrift sökande student/er

Underskrift handledare

Inledande frågor:

- Hur länge har du arbetat inom barnhälsovård?
- Vad har du för utbildning och erfarenhet?
- Vilken befolkning finns det i detta upptagningsområde?

Öppna frågor som svarar på syftet.

- Vad är det som avgör om du gör en anmälan?
- Vad var det som avgjorde att du anmälde? Varför, Varför inte?
- Vad gör du när du misstänker eller upptäcker att barn far illa?

Stödfrågor

- Hur hanterar du en misstanke av att ett barn far illa?
- Vilka tecken är lätta att upptäcka på att något inte står rätt till?
- Vilka tecken är svåra att upptäcka på att något inte står rätt till?
- Har du övervägt att låta bli att anmäla eftersom du tror att relationen till familjen påverkas, i så fall varför?

– Är du rädd för att anmäla på grund av hur det kommer att påverka barnet, i så fall varför?

– Har ni handledning inom området, i så fall vilka deltar och handleder er?

Följdfrågor

– Hur påverkar det dig?

– Bär du med dig jobbet hem?

– Har ni tid för reflektion?

Avslutningsfrågor

– Är det något mer du vill tillägga?

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan (tidigare Forskningsplattformen för Utveckling av Närsjukvård) har funnits sedan 2003 och är ett samarbete mellan Region Skåne, Högskolan Kristianstad samt de sju kommunerna i Nordöstra Skåne (Bromölla, Hässleholm, Hörby, Kristianstad, Osby, Perstorp och Östra Göinge) som tillsammans finansierar verksamheten. Den ursprungliga inriktningen för Plattformens verksamhet var att den forskning som bedrevs skulle ha en deltagar-baserad forskningsdesign. Representanter för de olika finansörerna återfinns i den samordnings-grupp som beslutar om, och följer upp Plattformens inriktning och verksamhet.

Verksamhetsperioden 2011-2015 hade delvis en ny inriktning med ett ökat fokus på flerveten-skaplig forskning inom tre prioriterade områden: Hälsofrämjande vård och omsorg, Person-centrerad vård och omsorg samt Organisation och Ledarskap inom vård och omsorg. Den forskning som genomfördes bedrevs i nära samarbete med parterna.

Under den nya verksamhetsperioden 2016-2020 ska forskningen som bedrivs präglas av en stark forsknings- och forskarettisk medvetenhet och en värdegrund där mångfald, jämlikhet, jämställdhet och öppenhet är centrala. Visionen att i samverkan bedriva verksamhetsnära forskning som kan möta framtidens utmaningar och ge möjlighet till ökad hälsa och livskvalitet för medborgarna med speciellt fokus på:

- Insatser för att stärka hälsa och förebygga ohälsa
- En personcentrerad vård med specifikt fokus på utsatta och sårbara grupper i vårt samhälle
- En patientsäker och resurseffektiv vård över organisationsgränserna
- Utveckling av nya och innovativa lösningar, inklusive E-hälsa

