



Högskolan  
Kristianstad

Högskolan Kristianstad

291 88 Kristianstad

044 250 30 00

[www.hkr.se](http://www.hkr.se)

**Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för  
Magisterexamen i omvårdnad  
VT 2021  
Fakulteten för hälsovetenskap**

## **När distriktssköterskan misstänker att ett barn far illa – en kvalitativ intervjustudie**

**Amal Alkrdi & Monika Sneath**

**Författare**

Amal Alkrdi & Monika Sneath

**Titel**

När distriktssköterskan misstänker att ett barn far illa – en kvalitativ intervjustudie

**Engelsk titel**

When the district nurse suspects child maltreatment – a qualitative interview study

**Handledare**

Marie Rask

**Examinator**

Eva K. Clausson

**Sammanfattning**

**Bakgrund:** Barn har rätt att växa upp under trygga förhållanden utan utnyttjande eller våld. Tyvärr far barn illa på många sätt, vilka är en utmaning att identifiera. Distriktssköterskan har en skyldighet enligt lag att orosanmäla till socialtjänsten då ett barn misstänks fara illa, dock finns det försvårande faktorer som påverkar anmälningsbenägenheten. Det är svårt att identifiera riskfaktorer för barn i fara under korta vårdmöten på vårdcentral. Samtidigt åligger det distriktssköterskan att arbeta på ett familjecentrerat sätt och ta hela familjens mående i beaktande. **Syfte:** att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att få kännedom om eller misstänka att ett barn far illa. **Metod:** Kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats, som analyserades med konventionell innehållsanalys. Individuella intervjuer över telefon eller video hölls med 12 distriktssköterskor från varierande arbetsplatser inom primärvården, med erfarenhet från vårdcentral. **Resultat:** I resultatet framkom ett övergripande tema: *barn i fara är ett komplext ämne för distriktssköterskan*. Två kategorier framträdde i resultatet: *distriktssköterskans samlade kompetens om barn som far illa* samt *faktorer som påverkar anmälningsbenägenheten negativt*. Distriktssköterskorna såg orosanmälan som en plikt, ibland saknades dock rätt förutsättningar. Det gjorde att distriktssköterskorna kunde tvivla på bedömningen och undvika orosanmälningar. Ett familjecentrerat arbetssätt underlättade. **Slutsats:** Inför beslut om orosanmälan behöver distriktssköterskan kartlägga familjens situation och barnets utsatthet, eftersom det oftast inte är tydligt att barnet far illa. För att känna trygghet i professionen behöver distriktssköterskan rätt förutsättningar på arbetsplatsen. Arbetsmomentet underlättas om distriktssköterskan har färdigheter i kommunikationstekniker med barn och föräldrar. Ytterligare insatser i form av samverkan med socialtjänsten behövs för att stärka distriktssköterskans anmälningsbenägenhet.

**Ämnesord**

Barn som far illa, barnmisshandel, vanvård, distriktssköterska, orosanmälan, socialtjänst, erfarenhet, familjecentrerad omvårdnad

# Innehållsförteckning

Inledning.....	5
Bakgrund .....	5
Syfte.....	10
Metod.....	10
Design.....	10
Kontext .....	10
Urval.....	10
Tillvägagångssätt .....	11
Datainsamlingsmetod .....	12
Analysmetod.....	13
Etiska överväganden.....	14
Förförståelse .....	16
Resultat.....	16
Distriktssköterskans samlade kompetens om barn som far illa.....	17
Distriktssköterskans bedömning av barn i fara .....	17
Distriktssköterskans skyldighet att orosanmäla för barnets bästa .....	19
Distriktssköterskans vaksamhet och följsamhet till barnet och familjen .....	19
Distriktssköterskans samverkan med andra aktörer .....	21
Faktorer som påverkar anmälningsbenägenheten negativt.....	22
Distriktssköterskans behov av rätt förutsättningar .....	22
Samla bevis och göra avvägningar .....	23
Farhågor vid orosanmälan .....	25
Metoddiskussion.....	28
Resultatdiskussion .....	31

Samlad kompetens för att bedöma barn i fara stärker distriktssköterskan i professionen .....	31
Distriktssköterskans förutfattade meningar om familjen påverkar vilken vård som ges .....	33
Otydlighet kring socialtjänstens uppdrag .....	35
Slutsats.....	35
Kliniska implikationer .....	36
Förslag till fortsatt forskning .....	36
Referenser.....	38
Bilaga 1.....	47
Bilaga 2.....	50
Bilaga 3.....	51
Bilaga 4.....	53
Bilaga 5.....	55

*Ett stort tack till samtliga distriktssköterskor som deltagit i studien.*

## Inledning

Våld mot barn och missförhållanden i hemmet är ett stort, underrapporterat problem både globalt och nationellt, om än inte lika ofta förekommande i vårt land gentemot resten av världen (Socialstyrelsen, 2014; UNICEF, 2003). Sverige har legat i framkant vad gäller barns rättigheter, då barnaga förbjöds år 1979 (Föräldrabalken [FB], 1949, 6 kap., 1 §) och har år 2020 antagit FN:s Barnkonvention som lag (Lag [Barnkonventionen] om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter, 2018).

Distriktssköterskor är en av de yrkesgrupper i vården som oftast påträffar barn och deras föräldrar när de söker vård. De har därmed ett stort ansvar att identifiera och bedöma om barn far illa (Socialtjänstlag [SoL], 2001, 14 kap., 1§) samtidigt som de förväntas agera på missförhållanden och hitta professionella, familjecentrerade lösningar (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2019).

## Bakgrund

Barn definieras som varje människa under 18 års ålder (SoL, 2001). Alla barn har rätt till ett gott liv, utveckling, utbildning samt rätt till lek, vila och rekreation (Barnkonventionen, 2018). De globala målen som FN:s medlemsstater har för avsikt att uppnå innan år 2030 inkluderar att alla barn ska få leva fritt utan utnyttjande eller våld (Regeringskansliet, 2015). Lagar och förordningar som innefattar barn utgår från barnets bästa i första hand, för att skydda barns intressen och behov (Socialstyrelsen, 2014). Det är främst föräldrarnas eller vårdnadshavarnas ansvar att ta väl hand om sina barn och ge dem en bra uppfostran (Barnkonventionen, 2018; Socialstyrelsen, 2014). Barnets omsorg ska anpassas utifrån ålder, mognadsnivå och utvecklingsbehov (FB, 1949). Familjen är det närmaste systemet i samhället där barnet söker ovillkorlig trygghet, kärlek, utveckling och kulturellt arv (Leite et al., 2016). Emellertid är inte fallet alltid sådant, då denna miljö i vissa situationer kan vara en hotfull plats som skadar barnets utveckling (Sundler et al., 2019). Många föräldrar behöver stöd i föräldraskapet, främst gällande utmattning, osäkerhet i föräldrarollen och svårigheter att prioritera och avsätta tid för sina barn (Häggman-Laitila, 2003).

Definitionen av barnmisshandel är på många sätt oklar. Det råder delade meningar både mellan yrkesgrupper och mellan individer inom samma yrkesgrupp, vad som menas med barnmisshandel samt vad som bör anmälas till socialtjänsten (SOU, 2001, s. 117). Barnkonventionen (2018, art. 19) uttrycker att barn har rätt att skyddas mot ”alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, inklusive sexuella övergrepp, medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavarens eller annan persons vård.” Som vanvård menas både fysisk och psykisk försummelse eller omsorgssvikt, då vårdnadshavare inte är förmögen att tillgodose barnets behov, samt psykologisk vanvård som innebär bl.a. kränkningar, hedersvåld eller missbruk i hemmet (Socialstyrelsen, 2014). Det kan också innebära att barn blir vittnen till våld i nära relationer (SoL, 2001, 5 kap., 11 §). Framöver kommer Barnkonventionens definition av barnmisshandel att användas i arbetet. I studien av Davidov et al. (2012) konstateras att barn som utsätts för vanvård kan få lika stora men som de barn som utsätts för fysiskt eller sexuellt våld. Forskning visar samband mellan barnmisshandel och senare risk för psykisk ohälsa, koncentrationsstörning, samt tendens till droganvändning och därmed risk att hamna i kriminella kretsar (Leite et al., 2016). Söner som misshandlas eller som bevittnar våld mot sin mor, slår i vuxen ålder oftare sina egna barn (WHO, 29 november 2017). Dessutom är mödrar som utsätts för våld många gånger mindre kapabla att ta hand om barnen på grund av fysiska skador eller psykisk ohälsa (Finnbogadóttir & Dykes, 2016).

Personal inom hälso- och sjukvården omfattas av SoL (2001), 14 kap., 1 §, som säger att all yrkesverksam vårdpersonal som får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa, är skyldig att genast anmäla sin oro till socialtjänsten, utan att tveka. Lagen kräver inte att personen har bevis för oron – misstanke räcker för en anmälan. Den vårdpersonal som upplever oron får inte delegera bort anmälningsskyldigheten till någon annan och det är heller inte möjligt att vara anonym (Socialstyrelsen, 2014). Vårdpersonal behöver inte fysiskt ha träffat barnet som denne är orolig för. Om vårdpersonal möter vuxna individer som söker vård för vad som misstänks vara misshandel, är vårdpersonalen skyldig att fråga personen ifall det finns barn i familjen och således anmäla enligt anmälningsplikten (SOSFS, 2014, 8 kap., 9 §). Offentlighets- och sekretesslagen (2009) styr vårdpersonalens tystnadsplikt kring patienters uppgifter,

vilket i praktiken innebär att vårdpersonal inte har rätt att delge information till kollegor, förskola, m.m., som kan röja barnets identitet, utan föräldrars tillstånd (eller barnets eget godkännande, beroende på mognadsnivå).

Primärvården är en av de verksamheter som träffar flest våldsutsatta människor (Region Skåne, 2019). Trots det fortsätter barnmisshandel vara ett underrapporterat problem som leder till att många barn fortsätter fara illa då de inte får den hjälp de har rätt till (Socialstyrelsen, 2014). Enligt flera studier kan vårdpersonal ha svårt att identifiera tecken på barnmisshandel om de saknar adekvat utbildning inom området, då det inte är uppenbara, onormala fysiska skador (Dahlbo et al., 2017; Davidov et al., 2012; Eisbach & Driessnack, 2010). Riskfaktorer för att barn far illa är många och breda – vårdpersonal behöver anpassa den kliniska blicken utefter barnets ålder samt utifrån den individuella familjens problematik (Region Skåne, 2019; Socialstyrelsen, 2014). Det bör tilläggas att många utsatta barn inte uppvisar några som helst tecken på att det förekommer problem hemma, vilket kan bero på att en del av barnen utvecklar en hög förmåga att hantera vanvård och har lärt sig att ta hand om sig själva (Schols, de Ruiter & Öry, 2013). Å andra sidan är det inte garanterat att barnmisshandel tidigare förekommit eller kommer förekomma, trots att det finns riskfaktorer, vilket kan vara en anledning till varför det är ett svårt beslut att orosanmäla (Socialstyrelsen, 2014). I det regionala vårdprogrammet i Region Skåne (2019) lyfts vikten av att våga fråga om våld i nära relationer, i enrum och med en förtroendeingivande attityd. Flera studier visar på att det inte är just så enkelt att ta upp frågan angående oro för potentiellt utsatta barn (Borres & Hägg, 2007; Eisbach & Driessnack, 2010; Leite et al., 2016; Sundler et al., 2019). Aggressiva föräldrar och rädsla för repressalier nämns som några av de största hinder för att sjuksköterskor ska vara bekväma i att ta upp frågan (Akehurst, 2015; Dahlbo et al., 2017). Det kan också handla om oro över att barnet kommer utsättas för mer misshandel hemma till följd av att vårdpersonal uppgett sin oro eller för att anonyma orosanmälningar inte kan göras (Eisbach & Driessnack, 2010; Leite et al., 2016; Sundler et al., 2019). Emellertid ser många sjuksköterskor det som en plikt att anmäla, för att skydda barnets intressen (Davidov et al., 2012). Anmärkningsvärt är att viss vårdpersonal inte tror på barns egna berättelser om barnmisshandel, med hänvisning till att barn kan ha livlig fantasi och använder det som en logisk fallgrop för att inte orosanmäla (Schols et al., 2013; Sundler et al., 2019). Tvärtemot bör dessa

personer ta till sig sådant förtroende och låta barnet öppna upp sig kring utsattheten (Region Skåne, 2019; Socialstyrelsen, 2014). Deltagare i studien av Schols et al. (2013) påpekar att barn många gånger är väldigt lojala till familjen och ogärna avslöjar pågående eller tidigare misshandel.

Patientlagen [PL] belyser att barnets bästa skall tas hänsyn till i vårdsammanhang, samtidigt som barnets inställning till vården ska beaktas utifrån barnets mognadsnivå (2014, 1 kap., 8 § & 4 kap., 3 §). Barnets bästa och barnperspektivet har olika betydelser: det är skillnad mellan att låta barnet bestämma vad det själv vill, gentemot att involvera barnet i frågor som rör det själv (Barnkonventionen, 2018). Vårdpersonal tror sig generellt uppmärksamma barnets bästa, men glömmer ofta att försöka sätta sig in i barnets eget perspektiv (Weilenmann, 2020). Däremot menar Fridh och Norman (2008) att *barnperspektivet* inte bör innefatta en vuxen individ som försöker identifiera sig med sin egen barndom, utan snarare att arbeta på ett personcentrerat sätt genom att ha respekt för barnets autonomi.

I Distriktssköterskans kompetensbeskrivning framgår att distriktssköterskan bör ha förmåga att ge omvårdnad och stöd utifrån varje patients behov, med dennes socialkulturella förutsättningar i beaktande (SSF, 2019). Där inkluderas barn som far illa eller riskerar att fara illa. Distriktssköterskan skall vara ombud för barn som inte själva kan uttrycka sina behov, med hänsyn till barnets utveckling och mognad. I distriktssköterskans arbete är det en förutsättning att samverka med andra instanser (som skola, socialtjänst och polis) för att kunna ge adekvat vård och minska lidande (SSF, 2019). Samtidigt åligger det socialtjänsten att samverka med vården och informera om den stödjande verksamheten som erbjuds familjer som behöver hjälp (SoL, 2001, 3 kap.).

För att inleda frågor kring våldsutsatthet krävs emellertid att distriktssköterskan först skapar en tillitsfull relation till barnet eller familjen, utan att vara dömande (Dahlbo et al., 2017; Region Skåne, 2019). Det kan vara utmanande för distriktssköterskor att inte kunna göra en fysisk bedömning i alla lägen, t.ex. i telefonsamtal eller i digital vårdrådgivning – dessutom kräver korta möten som triagebedömning eller mottagningar en snabb värdering om patientens hälsotillstånd (Drevenhorn & Österlund Efraimsson,



2013; Fälemark, 2013). Detta ställer höga krav på distriktssköterskan för att identifiera riskfaktorer hos utsatta barn. Den tidsbegränsade, kvalificerade bedömningen kräver förtroendeingivande lyhördhet och skicklig kommunikationsförmåga, där tonfall och pauser tas i beaktande snarare än vad som sägs (Enqvist, 2019; Fossum, 2019). Trots det korta samtalet kan distriktssköterskan hinna uppleva oro för ett barn (Davidov et al., 2012).

Genom att distriktssköterskan har ett holistiskt synsätt i arbetet, tas hela familjen i beaktande kring barnet som är potentiellt utsatt (Benzein et al., 2017). Familjen består av de familjemedlemmar som familjen eller barnet själv anser vara närstående (Wright & Leahley, 2009). Att sätta familjen i sammanhang för att se helheten kring barnet kan ses ur två olika teoretiska utgångspunkter: *familjefokuserad omvårdnad*, med barnet i fokus, där familjen tas i beaktande; samt *familjecentrerad omvårdnad*, där hela familjen ses som en helhet (Benzein et al., 2017). Med familjecentrerad omvårdnad uppmärksammar distriktssköterskan att samtliga familjemedlemmar ingår i ett slags komplext pussel: det går inte att få en helhetsbild utan att sätta alla pusselbitar samman (Benzein et al., 2017). Ur ett systemteoretiskt synsätt påverkar samtliga familjemedlemmar varandra – summan av familjen utgör mer än enbart de enskilda familjemedlemmarna tillsammans (Benzein et al., 2017; Öquist, 2018). Om distriktssköterskan arbetar utifrån ett salutogent förhållningssätt, där familjens resurser ligger i fokus istället för enbart bristerna, kan ett ömsesidigt förtroende i vårdmötet utvecklas (Antonovsky, 1987). Utifrån en god relation till familjen och barnet, kan familjerna vara mer benägna att ta emot hjälp för att barnet ska få det bättre (Herendeen et al., 2014).

Då vårdcentralen inte är en uppsökande verksamhet, har distriktssköterskor på vårdcentral inte samma möjlighet som distriktssköterskor på BVC eller i skola, att träffa barnet eller familjen för att bilda djupare uppfattningar om ifall något inte står rätt till hemma (Schols et al., 2013). Många tidigare studier har fokus på barnsjuksköterskors och skolsköterskors erfarenheter av att orosanmäla till socialtjänsten. Att belysa området kring hur distriktssköterskor känner och agerar vid misstanke eller kännedom om att ett barn far illa kan därmed vara relevant, med utgångspunkt i vårdcentralsperspektivet.

## Syfte

Syftet var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att få kännedom om eller misstänka att ett barn fara illa.

## Metod

### Design

En kvalitativ design med induktiv ansats har använts till studien eftersom det är erfarenheter och känslor som studerades (Danielson, 2017a). Det induktiva förhållningssättet innebär att insamlade empiriska data förutsättningslöst bearbetas till kategorier och slutligen till ett tydligt tema, med fokus på skillnader och likheter i fenomenet som studerades (Danielson, 2017b).

### Kontext

Ambitionen var att samla deltagare från endast vårdcentraler för att skildra erfarenheter från ett vårdcentralperspektiv. Eftersom det inte var möjligt att rekrytera ett så specifikt urval har distriktssköterskor inkluderats från vårdcentraler, BVC och skola från södra Sverige. Somliga hade delade tjänster mellan ovanstående. Distriktssköterskorna arbetade i varierande omgivning, d.v.s. både i stadsområden och glesbygd. Deltagarna arbetade både i landsting och hos privata aktörer. Det ger en representativ bild av befolkningen och hur distriktssköterskor arbetar med olika slags människor (Polit & Beck, 2017).

### Urval

Deltagarna som inkluderades behövde ha erfarenhet från orosanmälningar eller ha upplevt oro för ett barn i tjänsten, för att kunna svara på studiens syfte. Målet var att inkludera endast distriktssköterskor verksamma på vårdcentral med minst ett års erfarenhet av primärvård och som hade arbetat i korta möten eller samtal med begränsad möjlighet till att träffa barnet flera gånger. Anledningen till gränsen ett års yrkeserfarenhet från primärvården var att det tar tid för nya kollegor att hitta sin roll i yrket (Henricson & Billhult, 2017). Anledningen till att det inte krävdes flera års

yrkeserfarenhet var p.g.a. att även kollegor som är nya i yrket kan ha varit med om oro för barn i fara men kanske inte anmält sin oro till socialtjänsten (Eisback & Driessnack, 2010). Att ha med deltagare med skilda erfarenheter berikar variationen av fenomenet som studeras (Graneheim & Lundman, 2004).

Tolv deltagare inkluderades i studien, samtliga kvinnor, med en medianålder på 46 år. Yrkeserfarenheten varierade mellan 7–37 år med en median på 20 år sedan legitimationen och tio år i primärvården. Samtliga deltagare hade någon gång orosanmält till socialtjänsten och majoriteten hade upplevt oro för ett barn under det senaste året.

Urvalet breddades något för att inkludera distriktssköterskor (n=11) och en sjuksköterska med nuvarande eller tidigare erfarenhet från primärvård, vilket resulterade i ett urval bestående av: åtta hade aktuell tjänst på vårdcentral, två delade sin tjänst mellan vårdcentral och BVC, en distriktssköterska arbetade på BVC och en distriktssköterska hade sitt nuvarande arbete på en skola. Samtliga som inte arbetade på vårdcentral i nuläget nämnde tidigare erfarenhet från vårdcentral. Flera av dem som arbetade på vårdcentral uppgav i intervjuerna hur tidigare erfarenheter från t.ex. BVC, skola eller barnakuten hjälpte till i deras bedömning av barn som far illa även på vårdcentral. Fyra av deltagarna valdes ut via snöbollsurval eller bekvämlighetsurval (Danielson, 2017b; Henricson & Billhult, 2017). Det har inte varit några oplanerade bortfall av deltagare under studiens gång, inga deltagare har valt att avbryta medverkan.

## **Tillvägagångssätt**

Efter etiskt godkännande (bilaga 1) kontaktades inledningsvis verksamhetschefer för offentliga och privata vårdcentraler i sydvästra Skåne för godkännande att bedriva studien på deras arbetsplatser (Danielson, 2017b) med önskemål om en kontaktperson för distriktssköterskegruppen. Bilaga 2 (information om studien, tänkt tillvägagångssätt och skriftlig tillåtelse från verksamhetschef) mailades ut och verksamhetschefer och de ringdes upp för påminnelse om inbjudan. Få chefer svarade och de som besvarade mail uppgav oftast att de var tvungna att bortprioritera magisteruppsatser p.g.a. planering inför covid-19. För att bredda rekryteringen kontaktades samtliga distriktssköterskor yrkesverksamma på vårdcentral i södra Sverige genom inbjudan till studiedeltagande

via brev i datorsystemet PMO med bilaga 3 (förfrågan om deltagande, information om studien, relevanta demografiska frågor och etiska överväganden). Där kom flera svar från intresserade distriktssköterskor som tyckte att det var ett viktigt ämne som valdes ut till studien. Deltagarna fick istället i efterhand prata med sina chefer om medverkan i studien. Deltagandet undertecknades med skriftligt (eller i ett fall muntligen inspelat) godkännande och de fick information i bilaga 3 om att det var frivilligt deltagande och att de när som helst fick lov att avbryta sitt deltagande om de önskade. Informationen upprepades inför intervjuerna. Både deltagare och chefer har bjudits in till att ta del av resultatet efter fullgjort examensarbete.

## **Datainsamlingsmetod**

Individuella intervjuer hölls för att deltagarna skulle kunna känna att de kunde svara på frågorna utan påverkan från andra deltagare. Att kunna berätta fritt är essentiellt inom kvalitativa studier (Graneheim & Lundman, 2004). En semistrukturerad intervjuguide (bilaga 4) med öppna frågor och följdfrågor användes, intervjuerna ljudinspelades och transkriberades. Exempel redovisas nedan för tillvägagångssättet för analys (tabell 1) samt mer omfattande exempel i bilaga 5. En pilotintervju genomfördes med hjälp av en sjuksköterska som arbetade på vårdcentral, med erfarenhet av att arbeta med barn, för att säkerställa att intervjufrågorna var relevanta för syftet och var möjliga att besvara (Danielson, 2017a). Intervjuguiden var avsedd just som guide: beroende på hur deltagaren svarade ställdes frågorna i olika ordning eller eventuellt inte alls, om personen redan svarat på det under intervjuens gång. Frågorna tolkades ibland på olika sätt av olika deltagare men gav ändå en målande bild över deras upplevelser. Pilotintervjun hölls med videosamtal och resterande intervjuer spelades in över telefonsamtal. Fysiska intervjuer undveks p.g.a. Folkhälsomyndighetens rekommendationer om att hålla avstånd relaterat till pågående pandemi. Intervjuerna varade mellan 15–30 minuter, i genomsnitt fem A4-sidor transkriberad text per intervju. Vid pilotintervjun närvarade båda författarna, resterande intervjuer hölls av en och samma författare. Danielson (2017a) menar att det kan bli en maktobalans om flera intervjuar enskilda deltagare. Observationsanteckningar om t.ex. långa pauser, suckar eller skratt (icke-verbal kommunikation) antecknades i transkriptionerna, som kunde vara av betydelse för tolkning av resultatet sedan, s.k. *latent innehåll*, att förstå

innebörden ”mellan raderna” (Graneheim & Lundman, 2004; Henricson & Billhult, 2017).

## **Analysmetod**

Efter varje intervju avlyssnades varje inspelning flera gånger samt transkriberades ord för ord och texten lästes ett antal gånger för att båda författarna skulle få en likvärdig helhetsbild av deltagarens erfarenheter (Danielson, 2017a). Datan analyserades gemensamt med konventionell kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Tolkning av text kan vara olika djupgående och ske på olika abstraktionsnivåer: *manifest* eller *latent* analys, där manifest innehåll innebär det som står synligt i texten, medan latent innehåll granskar vad deltagaren egentligen menar med vad denne uppgett, ”mellan raderna” (Graneheim & Lundman, 2004). Resultatet har främst tolkats på ett manifest sätt för att belysa vad som kommit fram under intervjuerna, med viss latent tolkning.

Cirka 440 *meningsenheter* plockades ut från intervjumaterialet, som kunde svara på syftet, varefter dessa *kondenserades* (förkortades men innebörd bibehölls) och förenklades till *koder*. Koder är korta fraser som visar på betydelsen av meningsenheten och låter läsaren tänka på ämnet på nya sätt (Graneheim & Lundman, 2004). I transkriberingen kursiverades deltagarnas betonade ord, som upplevdes som viktiga inför analysen. Betoningen kunde vara avgörande för hur resultatet tolkades sedan.

Mönster och variationer i koderna *kategoriserades* sedan i olika nivåer (innehållet blev tydligare). Från början identifierades 56 underkategorier (redovisas inte p.g.a. orimlig överblick) som slogs ihop till sju underkategorier, vilket ledde till två övergripande kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Slutligen sammanfattades resultatet i ett genomgående *tema* som är en latent tolkning av hela arbetet (Graneheim & Lundman, 2004). Citat tagna ur intervjudata exemplifieras i resultatet i form av kondenserade meningsenheter, vilket visar på transparens och ger trovärdighet till resultatet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Handledare med mer erfarenhet från kvalitativ innehållsanalys har konsulterats. Avslutningsvis diskuterades resultatet gentemot tidigare forskning.

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen. Vänligen se bilaga 5 för fler exempel.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
”[...] barn har ju liksom inte bett om att få varken komma till livet eller välja föräldrar och, att de ska ha de bästa förutsättningarna, finns ju faktiskt lagar som styr, men framförallt Barnkonventionen kan man ju luta sig ganska mycket mot nu. [...] jag känner [...] aldrig [...] något obehag på det sättet att jag skulle avstå, aldrig, någonsin.” (#8)	Barnen har varken bett om att få komma till livet eller välja föräldrar. De ska ha de bästa förutsättningarna. Lagar och Barnkonventionen styr, man kan använda dem som vägledning i yrket. Jag känner aldrig att jag skulle avstå från att orosanmäla på grund av obehag.	Använder lagar och styrdokument	Distriktssköterskans skyldighet att orosanmäla för barnets bästa	Distriktssköterskans samlade kompetens om barn som far illa
”Tycker jag, det är min erfarenhet, att skapa en kontakt, en snabb relation med barnet så kan man få veta jättemycket.” (#9)	Min erfarenhet är att om man skapar en snabb relation med barnet, så kan man få veta jättemycket.	Skapa relation till barnet	Distriktssköterskans vaksamhet och följsamhet till barnet och familjen	

## Etiska överväganden

Eftersom människor involveras i studien behövede etik tas i beaktande genomgående i studien (European Commission, 2019; Kjellström, 2017). Ansökan om etikprövning för godkännande att bedriva studien via Högskolan Kristianstad söktes och godkändes innan intervjuerna påbörjades (bilaga 1). Där redovisades etiska aspekter och krav på

studien, vilka risker deltagarna kunde tänkas utsättas för och hur författarna skulle ta det i beaktande under studiens gång. Studien hade krav på informerat samtycke, information om studien, autonomi (frivillighet att delta, avböja deltagande eller rätt att avbryta när deltagaren vill) samt krav på konfidentialitet och nyttjandekrav (hur resultaten kommer användas) (European Commission, 2019; Kjellström, 2017). Godkännande för att bedriva studien på arbetsplatsen efterfrågades av verksamhetschefen på vederbörande vårdcentral, varefter deltagarna fick muntlig och skriftlig information. Några av deltagarna var inte i tjänst då intervjuerna hölls och dessa samtyckte själva till deltagande i studien och de har inte förfrågat sina verksamhetschefer om underskrift. Författarna lämnade ut sina mailadresser och telefonnummer för att kunna nås vid frågor om studien (bilaga 2 & 3).

Ytterligare en aspekt som reflekterades över inkluderade potentiella risker för deltagaren (European Commission, 2019; Kjellström, 2017), s.k. *limit negative impact*, att minimera riskerna för den som deltar i studien. Det som deltagaren behövde bidra med var en liten bit av fritiden, om verksamhetschefen inte gick med på att studien kunde hållas under betald arbetstid, vilket indirekt påverkade personens ekonomi (Mårtensson & Fridlund, 2017). Personen kunde eventuellt utsättas för emotionella reaktioner relaterat till tidigare erfarenheter och känsla av skam/skuld eller om att det kunde vara ett känsligt ämne att prata om. Det fanns en potentiell risk att somliga distriktssköterskor kunde känna osäkerhet kring yrkesrollen efter deltagande i studien, vilket kunde undvikas genom att informera deltagarna om fördelen med att delta i studien: att bidra till ökad kunskap och förståelse för det svåra ämnet *barn som far illa*, vilket gynnar hela samhället – och inte minst barnen (Kjellström, 2017). Som tidigare nämnts, erbjöds deltagarna att ta del av resultat i när arbetet var sammanställt.

En av de vanligaste riskerna med vetenskapliga studier är risken för att konfidentialitet äventyras (European Commission, 2019), vilket undviks genom att personlig information inte kommer läckas då ingen utomstående får tillgång till materialet, som förvaras på USB-minne avsett för studien. Transkriptioner och kondenserade meningsenheter har pseudonymiserats med siffror (t.ex. ”#2”) (European Commission, 2019; Kjellström, 2017).Handledare tog del av avidentifierat material vid behov för att utvärdera analysmetoden (Kjellström, 2017). All information som kan identifiera

deltagarna kommer att raderas efter att examensarbetet är färdigsammanställt och godkänt. All information framgår i bilaga 3.

## **Förförståelse**

Båda författarna arbetar som sjuksköterskor i primärvården och ansåg att ämnet om barn som far illa är intressant och högst aktuellt. En av författarna har orosanmält till socialtjänsten enligt lag vid ett tillfälle, men har vid ett tidigare tillfälle inte anmält p.g.a. osäkerhet (hur orosanmälan görs) och kände inget stöd från verksamhetschef eller läkare som också var involverade. Den andra författaren har arbetat på en vårdcentral i ett socioekonomiskt och kriminellt utsatt område där det förekom mycket hot och våld – på denna arbetsplats var samtliga anställda försiktiga med att orosanmäla misstanke om barn i fara p.g.a. rädsla för repressalier. Samtidigt skriver tidningarna om barn som dör då vårdpersonal inte anmält sin oro till socialtjänsten (Jansson, 22 februari 2020). Således har området barn i fara väckt intresse hos författarna som ett inspirerande och kontroversiellt ämne. Författarna har tagit till sig att en gedigen bakgrundsforskning kan påverka förförståelsen inför datainsamlingen, det togs i åtanke vid intervjuerna och intervjufrågorna (bilaga 4) försökte anpassas för att det skulle minska risk för bias baserat på förförståelsen (Mårtensson & Fridlund, 2017).

## **Resultat**

Distriktssköterskorna såg anmälningsskyldigheten som en självklar del i arbetet, men det var inte alltid enkla överväganden. I resultatet framkom det flera anledningar till att distriktssköterskorna tvivlade när de skulle orosanmäla misstankarna om att ett barn far illa och vad de upplevde som motstånd i processen – och inte minst vad de önskade ha för förutsättningar för att klara av detta svåra arbetsmoment. Samtidigt berättade de hur viktigt ämnet barn i fara är att ha kunskap inom, även på vårdcentraler. De upplyste om faktorer som de tog med i beaktande vid bedömningar av barn, som inte är helt självklara för det otränade ögat. Dessutom förklarade distriktssköterskorna om vikten av att arbeta på ett familjecentrerat sätt. För att kunna fullfölja den yrkesmoraliska plikten att orosanmäla användes bl.a. lagar, erfarenhet och utbildning som hjälpmedel. Magkänslan att något inte stod rätt till kunde både underlätta för distriktssköterskornas



bedömning, samtidigt som det kunde skapa en ambivalens eftersom känslan inte är ett bevis för att ett barn far illa.

Sju underkategorier utformades, som delades upp i två kategorier: *Distriktssköterskans samlade kompetens om barn som far illa* och *Faktorer som påverkar anmälningsbenägenheten negativt*. Utifrån kategorierna och underkategorierna skapades ett övergripande tema, som genomsyrar hela resultatet: *Barn i fara är ett komplext ämne för distriktssköterskan* (tabell 2).

Tabell 2. Översikt av studiens resultat

Underkategori	Kategori	Tema
Distriktssköterskans bedömning av barn i fara	Distriktssköterskans samlade kompetens om barn som far illa	Barn i fara är ett komplext ämne för distriktssköterskan
Distriktssköterskans skyldighet att orosanmäla för barnets bästa		
Distriktssköterskans vaksamhet och följsamhet till barnet och familjen		
Distriktssköterskans samverkan med andra aktörer		
Distriktssköterskans behov av rätt förutsättningar	Faktorer som påverkar anmälningsbenägenheten negativt	
Samla bevis och göra avvägningar		
Farhågor vid orosmälan		

## Distriktssköterskans samlade kompetens om barn som far illa

### Distriktssköterskans bedömning av barn i fara

Distriktssköterskorna i studien identifierade barn som far illa som ett paraplybegrepp, vilket inkluderade allting som hämmar barnets utveckling eller skapar någon form av ohälsa på grund av att vårdnadshavare brister i föräldraskapet. Distriktssköterskorna

uppmärksammade många olika faktorer som risker för att barn kan fara illa, däribland: fysiska tecken, avvikelser i förväntad utveckling, problem i familjedynamiken eller att de sökte vård ofta av oförklarliga anledningar. De nämnde också vikten av att följa upp att barnet dyker upp till det bokade besöket, om distriktssköterskan redan i telefonen upplevt oro för barnet. De uppmärksammade även när historier inte överensstämde med verkligheten samt när barnen ändrade beteenden, t.ex. började slåss, kissade på sig eller slutade vilja gå till skolan.

Den intuitiva magkänslan var ett abstrakt fenomen som upplevdes av distriktssköterskorna som en genuin oro för barnet. Magkänslan utvecklades i takt med erfarenheter av möten med många barn och familjer. Distriktssköterskorna fick en dålig magkänsla när de upplevde att någonting inte stod rätt till i mötet med barnet. Känslan kunde uppstå i olika arbetsmiljöer, bl.a. mottagning eller telefoni. Distriktssköterskorna kodade av situationerna och försökte ”läsa mellan raderna” när individuella bedömningar gjordes. De påminde om vikten av att ha ett extra vaksamt öga när distriktssköterskan möter vuxna patienter som har barn som anhöriga, då de kan fara illa i skuggan av föräldrarnas sjukdom. En av distriktssköterskorna formulerade en känsla som är närbesläktad till magkänslan, där den beskyddande mammrollen lyftes fram i mötet med barn i fara, en slags kvinnlig instinkt. Det framkom även en känsla av att tappa kontrollen över professionaliteten när känslorna gick överstyr. Genom lång yrkeserfarenhet av barn i fara kunde distriktssköterskorna utveckla en misstänksamhet för att inte missa tecken på att barn far illa.

---

*Man känner att något är fel i samspelet mellan familjemedlemmarna. Ibland är det svårt att sätta fingret på vad det är när man träffar dem i en akut situation, det är en magkänsla. Ibland känner man bara att ”det här stämmer inte”. (#9)*

---

Majoriteten av distriktssköterskorna uttryckte att adekvat utbildning och tidigare erfarenheter gav färdigheter i hur de skulle handskas med orosanmälningar. En distriktssköterska menade att arbetsplatsen behöver arbeta *aktivt* med kompetensutveckling inom området för att underlätta för personalen att känna igen tecken för barn i fara – annars finns det risk att den kunskapen faller bort med tiden.

I hälften av intervjuerna beskrev distriktssköterskorna hur utbildning och erfarenhet från arbete med barn gav en trygghet i bedömningarna. Det går att se otroligt mycket på bara ett ögonblick, uppgav en av distriktssköterskorna med stor erfarenhet i området. Erfarenhet kunde agera som ett inre stöd när distriktssköterskorna skulle bestämma huruvida orosanmälan skulle göras. De distriktssköterskorna som hade tidigare erfarenheter från andra arbetsplatser, t.ex. BVC, använde erfarenhet som stöd i framtida bedömningar av barn på vårdcentral. En distriktssköterska kallade detta för ”BVC-ögon”.

### Distriktssköterskans skyldighet att orosanmäla för barnets bästa

Majoriteten av distriktssköterskorna använde lagar och styrdokument (inklusive Barnkonventionen) som stöd i beslutet att orosanmäla. Det lades fram som en laglig skyldighet att orosanmäla, ett ansvar gentemot barnen och en arbetsmoralisk plikt i distriktssköterskans arbetsbeskrivning – ett *måste*. De flesta distriktssköterskorna ansåg att det är barnets bästa som kommer före allt annat eftersom barnen är maktlösa och utsatta i samhället. Hela samhällets ansvar lyftes fram av distriktssköterskorna: att alla vuxna bör anmäla till socialtjänsten när de uppmärksammar att ett barn riskerar att fara illa. En distriktssköterska betonade att ifall vuxna förbiser problem hos barnen, kommer hela samhället oundvikligen drabbas i framtiden. Det fanns dessutom en oro bland distriktssköterskorna att yrkeskåren inte har möjlighet att identifiera samtliga barn i behov av hjälp, vilket blir ett svek mot barnen. En distriktssköterska uttryckte att orosanmälan av ett barn i fara måste prioriteras trots tidsbrist. Det kunde kännas bra att orosanmäla för barnets skull eller när distriktssköterskan och föräldrarna var överens om att barnet förtjänade bättre förutsättningar.

---

*Det är distriktssköterskans jobb att hjälpa både föräldrar och barn, det är ingen större skillnad från att plåstra om ett sår jämfört med att göra en orosanmälan om ett barn verkar fara illa. Det är lika stora skyldigheter, även om det inte är vid ett fysiskt besök. (#1)*

---

### Distriktssköterskans vaksamhet och följsamhet till barnet och familjen

Lyhördhet uppgavs som en av de främsta egenskaperna av betydelse att ha i arbetet med barn. Distriktssköterskorna betonade vikten av följsamhet till barnet genom att anpassa sig till barnets utvecklingsnivå och hur det mår i stunden. De gav exempel på hur distriktssköterskor bör bemöta och kommunicera med barn genom att bl.a. låta barnet

bjuda in till kontakt, gå ner på barnets nivå och hålla ögonkontakt samt lyssna aktivt på vad barnet har att berätta. Att vara lugn framför barnet, vara ärlig mot barnet och visa empati tycktes vara viktiga egenskaper för att kunna få barnets förtroende. En av distriktssköterskorna uttryckte att barn är kloka individer som kan berätta mycket om distriktssköterskan vänder sig till *barnen*. De som arbetar med barn bör tycka om att arbeta med barn, menade en annan distriktssköterska. Om barn var ovilliga att kommunicera kunde distriktssköterskorna bjuda in till lek.

---

*När man arbetar med barn behöver man vara flexibel, lugn och påhittig på sättet man undersöker dem. Man måste ha barnasinnnet kvar. En vuxen kan man be lyfta armen men till ett barn får man säga: "Ooh, ser du Hitta Nemo i akvariet? Kan du peka?" Då ser man om armen fungerar som den ska. (#1)*

---

Enligt distriktssköterskorna var det mycket enklare att bygga upp en relation till barnet i verksamheter som gav möjlighet att träffa barnet vid flera tillfällen. Således hann distriktssköterskorna uppfatta en magkänsla om att något inte stod rätt till där hemma. Det är dock inte omöjligt att skapa en relation till barnet på kort tid om ett förtroende utvecklas under det korta mötet, menade en av distriktssköterskorna som hade stor erfarenhet från snabba bedömningar.

När distriktssköterskorna kände oro och funderade över att orosanmäla till socialtjänsten, underlättade det om det fanns en god relation till familjerna och en ömsesidig förståelse om att barnen inte hade det bra. Föräldrar som var redo att ta emot hjälp kunde känna tacksamhet för orosanmälan till socialtjänsten. Hot och våld kunde på så sätt undvikas och distriktssköterskorna kunde få familjernas godkännande om att höra sig för om barnens tillstånd med exempelvis förskolan. I vissa fall kunde det räcka att berätta om sin oro för barnens hälsa istället för att orosanmäla till socialtjänsten, för att barnen skulle få det bättre.

Hälften av distriktssköterskorna ansåg att det var av stor vikt att våga ta upp den obekväma frågan om hur barnet hade det hemma. Olika benämningar för det kunde finnas i intervjuerna: *tar mod till sig, våga fråga, orädd* och *modig*. Distriktssköterskorna kunde även hänvisa äldre barn till en annan instans för hjälp, t.ex.

BUP. En distriktssköterska tyckte att det var svårt att ta upp frågan ifall föräldrarna till barnet var närvarande.

---

*Distriktssköterskan behöver vara lyhörd och ta mod till sig att ställa de där besvärliga, jobbiga frågorna vid minsta misstanke om att något inte står rätt till. Samtidigt måste hon vara empatisk när hon tar upp det. (#10)*

---

### Distriktssköterskans samverkan med andra aktörer

Distriktssköterskorna stod oftast inte helt ensamma i besluten att orosanmäla ett barn i fara. De tog stöd från den inre verksamheten, d.v.s. de konsulterade sjuksköterskekollegor, chefen eller andra yrkeskategorier om råd eller berättade om magkänslan de upplevt. I de fall där andra kollegor hade träffat samma barn, kunde distriktssköterskorna använda kollegornas bedömning som stöd i anmälan. På somliga arbetsplatser stod distriktssköterskorna ensamma för orosanmälningar. Det framkom en önskan om att orosanmäla anonymt och att det kändes tryggare och anonymare när det var flera som orosanjälde gemensamt. En av distriktssköterskorna kände inte till vårdpersonalens skyldighet enligt lag att orosanmäla namngivet.

Distriktssköterskorna tog även stöd från andra instanser när det gällde barn i fara, bl.a. från BVC, Kunskapscentrum, Rikshandboken i barnhälsovård och BUP. Dessutom nämndes i några fall goda erfarenheter från samarbete med socialtjänsten. Vissa arbetsplatser hade ett barnombud att vända sig till vid behov av hjälp med anmälningsprocessen. Distriktssköterskorna ansåg att BVC-distriktssköterskor hade större vana vid orosanmälningar och därför tillfrågades BVC ofta om råd.

---

*Det finns fall som vi inte vill orosanmäla men vi vill ha rådgivning och tips från socialtjänsten. Jag frågar hur de tycker jag skulle ha gjort, hur jag ska lägga fram någonting och hur jag borde göra fortsättningsvis. Oftast tycker de att man ska anmäla. (#6)*

---

## Faktorer som påverkar anmälningsbenägenheten negativt

### Distriktssköterskans behov av rätt förutsättningar

Flera av distriktssköterskorna uttryckte hur svårt det var att upptäcka att ett barn far illa. Samtidigt var det höga krav på distriktssköterskor att uppmärksamma tecken samt att orosanmäla vid minsta misstanke. Ibland kände distriktssköterskorna otillräcklighet att möta dessa krav. En distriktssköterska berättade om noggrannhet att dokumentera ordentligt för att nästa person som träffade barnet kunde ta vid ifall de också upplevde någonting konstigt. Ansvar att orosanmäla lämnades ofta över till distriktssköterskor av andra yrkeskategorier. Några distriktssköterskor ansåg att de höga kraven på att anmäla ställdes från socialtjänstens sida. Dock var det generellt bristfälligt stöd av socialtjänsten i anmälningsprocessen.

---

*Socialtjänsten sitter väldigt skyddade i sitt område men förväntar sig att samhället ska skydda barnet genom att anmäla, anmäla. Kom ut och visa er verksamhet själva! Det förväntar jag mig. (#2)*

---

Aktiv kompetensutveckling saknades på de flesta vårdcentraler i kunskapsområdet barn som far illa. För personal som hade intresse, fanns det möjlighet att studera på eget bevåg. På grund av tidspress saknades tillräckligt med utrymme för uppföljning av orosanmälningar eller för kompetensutveckling. När kollegor avbröt arbetet mitt i ett känsligt samtal, upplevdes det som ett störningsmoment, vilket försvårade identifiering av riskfaktorer. Det saknades tydliga definitioner på vissa arbetsplatser om vad barn i fara innebär. Flera distriktssköterskor tog stöd hos läkare eller BVC med mer utbildning och erfarenhet kring orosanmälningar. Nästan hälften av distriktssköterskorna uppgav önskemål om fler föreläsningar, statistisk information om barn i fara, samt om att lokala rutiner skulle bli allmänt kända. Det uttrycktes ett behov bland distriktssköterskorna om utrymme för handledning och teamarbete, för att ventilera fall som berört. Det upplevdes svårare att upptäcka barn i fara på vårdcentraler gentemot BVC eller skola, eftersom barn inte söker vård i samma utsträckning på vårdcentralen. Således har distriktssköterskor på vårdcentral sämre möjlighet att bygga upp erfarenhet på samma sätt.

---

*Det är lättare att [identifiera barn som far illa] i skolan eller på BVC eftersom man träffar barnen under längre tid, då kan man ha ett besök upp till en timme. På vårdcentral träffar man inte familjer och barn på samma sätt, ibland har man bara bokat på en kvart och man har inte samma uppföljningar, det är enstaka besök. Oftast följer man inte ett barn på vårdcentralen, som i skolan eller på BVC. (#7)*

---

Distriktssköterskorna ansåg att orosanmälningar handlar mycket om administration och pappersprodukter, vilket kunde resultera i att orosanmälningar uteblev. Det fanns en oro att tidspress i vården skulle gå ut över barnens behov. En distriktssköterska nämnde spontant att hon var orolig för vårdens kapacitet att hjälpa barn i fara den närmaste tiden relaterat till covid-19-pandemin, med tanke på att ekonomiska kriser i familjen kan leda till psykisk ohälsa hos föräldrarna, vilket går ut över barnen.

#### Samla bevis och göra avvägningar

Ett tvivel över att orosmäla är något som majoriteten av distriktssköterskorna upplevt vid något tillfälle, vilket berodde på olika anledningar. Distriktssköterskorna betonade att socialtjänsten inte tog det ansvar de borde gällande att utreda barn som far illa, när de avslutade ärendet för fort. Det gjorde att distriktssköterskorna kunde känna att *bevis* behövdes innan en orosmälan gjordes, annars fanns det risk att socialtjänsten meddelade att de inte hade tillräckligt med information för att ta tag i ärendet. En konsekvens av det kunde bli att det skapades en konflikt mellan distriktssköterskan och den berörda familjen. Å andra sidan hade en av distriktssköterskorna pratat med socialtjänsten om att bevis saknades för magkänslan, då hade socialtjänsten ändå velat ta emot en orosmälan. Hälften av distriktssköterskorna tvivlade på den egna magkänslan som uppkom när de var oroliga för ett barn och samtidigt saknade bevis för den. I intervjuerna framkom uttryck som: *det är bara en känsla, tvivlar på bedömning* samt *undviker att anmäla trots oro*. När orosanmälningar gjordes saknade distriktssköterskorna ofta återkoppling från socialtjänsten. De beskrev att de inte behövde veta *exakt* vad som hänt men de ville veta ifall situationen löst sig till det bästa för barnets skull. Det fanns en stark önskan bland distriktssköterskorna om transparens och bättre samverkan med socialtjänsten.

---

*Jag ifrågasatte om jag verkligen var helt säker ifall jag skulle anmäla eller om jag skulle avvakta. (#4)*

---

Distriktssköterskorna beskrev olika sätt som de använde för att samla bevis för att ett barn faktiskt far illa, bl.a. bokade in uppföljningar till egen mottagning eller till läkare för kompletterande undersökning. Distriktssköterskorna betonade vikten av dokumentation för att kollegor skulle vara uppmärksamma på någonting specifikt vid eventuella återbesök. En distriktssköterska uttryckte att det görs mycket innan en orosanmälan skrivs för att det inte ska råka bli en anmälan på fel grunder. Ibland vill distriktssköterskor avvakta och se hur en situation utvecklas, för att inte orosanmäla på impuls.

---

*Bara toppen av isberget syns, det handlar om att sätta ihop pusselbitar och se helheten, men man får kanske bara se en liten bit av den. Sedan hör man från förskolan när man ringer till dem, att de också varit oroliga och reagerat på samma sak. (#3)*

---

I några av intervjuerna förekom fördomar om vissa typer av människor eller kulturer, bl.a. att fysisk barnmisshandel kunde förklaras som en syn på barnuppfostran i somliga kulturer. Det förekom även en stereotyp syn om att rika, akademiskt utbildade föräldrar inte slår sina barn. En distriktssköterska blev förvånad när hon bevittnade ett barn som for illa i en familj med vad hon kallade fint anseende. Generellt ville dock distriktssköterskorna tro gott om föräldrar och hade svårt att acceptera ifall vuxna medvetet gjorde barn illa. En av distriktssköterskorna belyste det familjecentrerade förhållningssättet och uppmanade till att utmana stereotyper, eftersom alla familjers bakgrund inte automatiskt utgör vilka förutsättningar de har för ett gott föräldraskap.

Distriktssköterskorna berättade att föräldrarna många gånger var omedvetna om att de utsatte barnen för fara, eftersom de inte själva var i en bättre situation. Föräldrarna gjorde så gott de kunde utifrån de förutsättningarna de hade, men det var inte säkert att det var tillräckligt för barnen. Barnen kunde fara illa trots föräldrarnas goda intentioner. Enligt distriktssköterskorna prioriterar föräldrar ibland sin kärlek till barnen framför att kunna ge dem de bästa förutsättningarna.



---

*Jag tänker att alla föräldrar älskar sina barn men de har inte alltid förmågan att ge barnet vad det behöver. De kanske vill behålla sina barn och uppfostra dem. Kärleken till deras barn kan överväga deras insikt att de kanske inte är lämpliga föräldrar. (#5)*

---

Flera av distriktssköterskorna menade att barnen är lojala till sina föräldrar eftersom det är de enda föräldrarna de har, familjen är barnets grundtrygghet. En distriktssköterska återgav en vuxens berättelse som berättat hur det varit när denne gick i skolan: hur barnet lurat både vårdpersonal och skolpersonal om att allting stod bra till hemma, men när socialtjänsten gjorde besök stod mamma och bakade bullar – sedan när socialtjänsten lämnade hemmet blev det ett helvete. Distriktssköterskorna menade att utsatta barn oftast inte berättar om utsattheten, utan det märks på dem. Barn älskar sina föräldrar trots att de blir utsatta.

---

*Det är ju ändå barnets mamma, även om mamma kanske inte alltid är så snäll. Många barn tänker ju säkert att de är rädda att [bli fråntagna sin mamma]. Det kan jag tänka mig. Det är ändå deras föräldrar det handlar om. (#7)*

---

En distriktssköterska avslöjade tvivel på ifall barnen talat sanning när de berättat om hot och våld i hemmet. Det kunde kännas nervöst och otäckt att orosanmäla vid oerfarenhet. Flera distriktssköterskor uppgav hur de överlät ansvaret att bedöma huruvida ett ärende skulle orosanmälas eller inte, genom att boka in barnet som de varit oroliga för till en läkare eller annan kollega. På så vis delegerades anmälningsskyldigheten bort. Distriktssköterskor kunde gå upp i triageringsnivå i telefonrådgivningen vid oro för ett barn för att överlåta utredning och bedömning av orosanmälan till en läkare, d.v.s. att det bokades in en akuttid för någonting som inte egentligen var av akut karaktär. En distriktssköterska upplevde ånger när det hade blivit konsekvenser för ett barn som inte orosnämldes i tid eftersom distriktssköterskan hade valt att avvakta med anmälan.

### Farhågor vid orosanmälan

I den sista underkategorin presenteras negativa känslor och situationer som kunde uppfattas som hinder eller motgångar i distriktssköterskornas beslut om att orosanmäla ett barn i fara. Majoriteten av distriktssköterskorna beskrev känslor som kunde liknas

vid en ångest över att anmäla en familj till socialtjänsten. De nämnde *oro*, *frustration*, en känsla av *orättvisa*, att de blev *illa till mods* eller upplevde *ångest*. Oavsett längd på arbetslivserfarenhet kändes det tungt att orosanmäla en familj som redan hade svårigheter. Att vara inblandad i ett eventuellt omhändertagande av ett barn är alltid ångestframkallande. En distriktssköterska brukade ”bära med sig ärendet hem” när hon orosanmält ett barn i fara.

Hälften av distriktssköterskorna var rädda för hot och våld relaterat till att de orosanmält, trots att ingen av deltagarna någonsin själva varit utsatta personligen. De kände dock till kollegor som utsatts för repressalier till följd av orosanmälningar, således var det naturligt att distriktssköterskorna i intervjuerna kunde uppleva en gedigen rädsla för bl.a. utåtagerande eller känt kriminella föräldrar. Därför önskade de kunna orosanmäla anonymt.

---

*På min förra arbetsplats fanns väldigt mycket hot och våld. Vi diskuterade fall där vi tvekade att orosanmäla, ”jag vet inte om jag vågar anmäla, tänk om pappan kommer efter mig.” För det är ändå den sjukvårdspersonal som gör en anmälan vars namn det står. (#12)*

---

Föräldrar reagerade ibland utåtagerande över en orosanmälan om de inte höll med om distriktssköterskans bedömning om att barnet riskerade att fara illa. Utåtagerande beteende var särskilt framträdande när föräldrar missförstod distriktssköterskans intention med orosanmälningar och uppfattade det som ett påhopp på föräldraskapet. Distriktssköterskorna orosanmälde för att hjälpa familjen och barnet snarare än att vilja splittra familjen. Det beskrevs en medvetenhet hos vissa föräldrar om att deras barn var i fara, vilket distriktssköterskan kunde uppfatta genom att föräldrar ljög eller klandrade den andra föräldern för att ha åsamkat barnet skada.

Flera distriktssköterskor påpekade att orosanmälningar kunde skapa konflikter med familjerna, särskilt om de hunnit bygga upp en relation till familjen genom återbesök. De tvivlade över att orosanmäla för rädslan att splittra familjen och förstöra familjerelationer. Distriktssköterskorna kunde även känna en oro för föräldrarnas framtid. Det kunde kännas särskilt jobbigt att anmäla om distriktssköterskorna kände familjerna personligen. En av distriktssköterskorna blev besviken över sin egen

godtrogenhet när hon bevittnade att barn blev slagna av föräldrar som hon trott gott om. Distriktssköterskorna kunde vara försiktiga med vad som dokumenterades eftersom föräldrarna kan läsa barnets journal. Ibland listade familjerna om sig till en annan vårdcentral eller flyttade runt till andra delar av landet för att undvika kontakt med socialtjänsten. Det kunde bli en annorlunda relation till familjen efter en orosanmälan: de var inte längre lika öppna om sin situation när de visste om att distriktssköterskan hade gjort en orosanmälan, familjen blev skeptisk till vården. Det framträdde en osäkerhet kring hur distriktssköterskorna skulle bemöta familjer framöver, som de hade kvar som patienter, p.g.a. att socialtjänsten inte återkopplat med vad som hänt efter anmälan. Flera av distriktssköterskorna redogjorde för en ambivalens till att anmäla eftersom de var rädda för att göra fel bedömning, d.v.s. råka falskt anklaga en förälder för att misshandla sitt barn. De tvivlade och ifrågasatte ifall det var rätt att anmäla eftersom de kunde känna att de pekade ut en person. När kollegor inte upplevde samma oro för ett barn, kunde det leda till att distriktssköterskorna ifrågasatte den egna bedömningen.

---

*Det som gör att det känns svårt att orosanmäla är att man inte vill råka falskt anklaga någon för att ha gjort sina barn illa. Samtidigt vill man inte att de här barnen ska växa upp under sådana förutsättningar och att vi missat det, då sviker vi dem. (#11)*

---

Majoriteten av distriktssköterskorna upplevde att socialtjänstens sekretess gentemot sjukvården och tystnadsplikten gentemot andra instanser var svår att hålla, eftersom det alltid måste kommuniceras utifrån att patienten är okänd. Lättare sekretessregler hade underlättat både praktiskt och känslomässigt för dem. Det kändes frustrerande att inte få lov att prata med andra när de upplevde oro för ett barn. Distriktssköterskorna bröt ibland medvetet mot tystnadsplikten till förmån för Barnkonventionen, för barnets bästa. Det blev en inre konflikt över vilken lag som är överordnad. Det har hänt att distriktssköterskorna delgett information mellan sina olika arbetsplatser eller talat med läkare om syskon till ett barn som de har träffat och blivit oroliga för, eftersom de i förlängningen blivit oroliga för syskonen också.

Distriktssköterskorna kunde försöka påverka socialtjänstens agerande om det upplevdes att de avslutade ett ärende för fort. Då kunde distriktssköterskan skicka ytterligare en

eller flera orosanmälningar för att försöka trycka på socialtjänstens ansvar att utreda ett ärende. En stor del av distriktssköterskorna önskade att socialtjänsten skulle informera mer om stödinsatserna som finns att erbjuda. De uttryckte även önskan om att socialtjänsten skulle vara mer aktiv i samhället, istället för att förlita sig på att resten av samhället skall vara solidariskt och ansvarstagande i att agera när ett barn far illa. Samtidigt fanns en förståelse över att socialtjänsten är överbelastad. Slutligen återgav distriktssköterskorna att ifall föräldrarna haft egna negativa erfarenheter av socialtjänsten i barndomen, hade de ofta negativa förutfattade meningar om socialtjänstens uppdrag. Distriktssköterskorna gav uttryck för att orosanmälan är ett negativt laddat ord både bland föräldrar som inte vill att deras barn ska tas ifrån dem, bland barn som inte vill bli tagna ifrån sina föräldrar, samt bland vårdpersonal som inte vill vara delaktiga i splittrandet av en familj.

---

*Familjen blir mer på sin vakt för att det inte ska bli fler anmälningar. Det är inte så trevligt att få en anmälan på sig. Det är ju väldigt laddat. Även i vården pratar man fortfarande om att: ”anmäler vi så kommer de bli av med sina barn” och det förstoras upp. Det är väldigt laddat trots att de flesta gånger jag anmält så har familjen fått hjälp på olika sätt, barnen har inte blivit borttagna från sin familj.*

(#11)

---

## Metoddiskussion

I studien undersöktes distriktssköterskors subjektiva erfarenheter, således ansågs den kvalitativa innehållsanalysen med utgång i induktiv ansats vara en lämpligt vald metod (Henricson & Billhult, 2017). Studien utgick från ett induktivt förhållningssätt då författarna hade begränsad kunskap om intervjustudier. Den kvalitativa innehållsanalysen enligt Graneheim och Lundmans (2004) stegmodell har varit lätt att följa.

I metoddiskussionen används de svenska termerna för kvalitetsbegrepp enligt Mårtensson och Fridlund (2017): trovärdighet, bekräftelsebarhet, pålitlighet och överförbarhet. Samtliga steg är beskrivna i detalj i metoden och båda författarna har analyserat texterna tillsammans, vilket kan anses öka trovärdighet för studien

(Mårtensson & Fridlund, 2017). Ett kvalitativt förhållningssätt speglar subjektiva erfarenheter hos olika människor och det är således möjligt att finna flera sanningar eller verkligheter kring ett ämne (Graneheim & Lundman, 2004; Priebe & Landström, 2017).

Från början var målet med studien att studera erfarenheterna endast ur ett vårdcentralperspektiv, men det uppdagades att distriktssköterskornas tidigare yrkeslivserfarenheter var viktiga i deras framtida bedömningar av barn i fara på vårdcentraler (t.ex. att en distriktssköterska berättade hur ”BVC-ögon” användes på vårdcentralen). Efter att samtliga data analyserades har syftet ändrats för att mer passa urvalet av deltagare. Deltagarna har gett ett stort förtroende till författarna när de berättade om sina erfarenheter kring det svåra ämnet barn i fara, varför det var önskvärt att beskriva så mycket av informationen som möjligt i resultatet. Det har gjort att resultatet är väldigt omfattande. Om det tidigare, avsmalnade syftet hade behållits, hade en större del av materialet troligtvis inte svarat mot syftet eftersom distriktssköterskorna gärna talade om tidigare erfarenheter då de arbetat i andra verksamheter. För att stärka bekräftelsebarheten har samtliga ställningstaganden under studiens gång redovisats samt att både handledare och studiekollegor har följt processen (Mårtensson & Fridlund, 2017). En av deltagarna har dessutom läst transkribering, analysprocess och författarnas kommentarer efter hennes intervju. Hennes åsikt var att arbetet var väl utfört och att analysen stämde väldigt bra överens med vad hon ville ha sagt under intervjun, vilket kan anses stärka studiens trovärdighet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Syftet har anpassats efter studiens insamlade material istället för att anpassa materialet strikt efter syftet. Bilagorna ser ut som de skickades ut inför intervjuerna.

Studiens deltagare hade lång erfarenhet från arbete i primärvården och har arbetat på flera arbetsplatser i både offentlig och privat regi, vilket gav en stor variation på deras upplevelser och erfarenheter kring barn som far illa. Det är upp till läsaren att bedöma om resultatet är överförbart till andra kontexter med utgång i urvalet och beskriven kontext (Mårtensson & Fridlund, 2017). Enligt Danielson (2017b) är det rimligt med ett representativt urval på 10–20 deltagare för kvalitativa innehållsanalyser med semistrukturerade öppna frågor, för att ge ett utförligt svar på syftet. Följdfrågor ställdes om intervjuaren inte fick utförligt svar på frågan. Studien inkluderade tolv deltagare.

Ytterligare två distriktssköterskor hade visat intresse att delta vid ett senare tillfälle, dock upplevdes det efter tolv intervjuer att data upprepades och att det fanns tillräckligt med erfarenheter att beskriva i resultatet. Eftersom verksamhetschefer generellt inte svarade på inbjudan rekryterades fyra deltagare via snöbolls- eller bekvämlighetsurval, vilket kan ses som en svaghet (Billhult, 2017). Författaren som intervjuade samtliga deltagare hade ingen tidigare relation till någon av intervjudeltagarna, således bör resultatet inte ha påverkats av det. Det hade varit önskvärt att ha haft manliga deltagare med i studien för en större variation i materialet.

Pilotintervjun bekräftade att intervjufrågorna var relevanta och svarade på syftet, vilket kan anses stärka trovärdigheten (Polit & Beck, 2017). Eftersom pilotintervjun höll god kvalitet behölls den till resultatet, den var till större del likvärdig de övriga intervjuerna, längd- och innehållsmässigt. Pilotintervjun hölls via videosamtal, resterande intervjuer hölls över telefon. Det gjorde att kroppsspråket föll bort. Intervjuaren fick utgå från vad som sades i samtalet och tog tonfall i beaktande. I det stora hela kanske det inte skulle gjort mycket skillnad i resultatet ifall intervjuerna hölls vid fysiska besök. Dock menar Andersson (2019) att intervjuaren kan ställa ytterligare följdfrågor baserat på hur intervjudeltagarna uppvisar känslor under samtalet, vilket inte går att se via telefon. Hela materialet har bearbetats tillsammans och lästs flera gånger för att uppnå enighet, vilket kan anses öka studiens trovärdighet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Det har strävats efter att höja pålitligheten för studien genom att tydligt beskriva analysprocessen samt att ha förförståelsen i beaktande inför intervjuerna (Mårtensson & Fridlund, 2017). Resultatet visade sig till viss del stämma överens med förförståelsen att distriktssköterskor har svårt att orosanmäla p.g.a. rädsla för hot och våld samt okunskap i hur orosanmälningar görs, inklusive avsaknad av stöd från verksamheten. I resultatet framkom dessutom många exempel på att distriktssköterskor i hög grad vet vad de behöver för förutsättningar för att klara av anmälningsprocessen. Att somliga distriktssköterskor särbehandlade olika familjer var förvånande för författarna.

Om intervjufrågorna hade skickats ut inför intervjuerna skulle deltagarna ha kunnat förbereda sina svar. Det uppmärksammades vid flera tillfällen att vissa deltagare svarade nej på en fråga, t.ex. ifall de undvikit att anmäla trots att de varit oroliga för ett barn – men senare under intervjun kunde det uppdragas att de trots allt hade undvikit det.

Att skicka ut frågorna före intervjun skulle dock kunna riskera att potentiella deltagare skulle avböja deltagande ifall frågorna upplevdes som övermäktiga. Ingen av deltagarna har valt att avbryta sitt deltagande och inga oplanerade bortfall skedde. All data som var av relevans har inkluderats och material som inte tillförde studien något har exkluderats. Exempel på material som tagits bort för att underlätta för läsaren är ord som inte tillfört något till materialet, t.ex. ”mm”, ”liksom” eller ”ehh”. Meningsenheter som endast talat om t.ex. erfarenheter från skolmiljö har också uteslutits. Citat från samtliga deltagare har representerats i resultatet med pseudonymiserade nummer, vilka berikar resultatet. Trovärdigheten för studien kan anses öka genom porträttering av exempelcitat (Mårtensson & Fridlund, 2017).

## Resultatdiskussion

Syftet med arbetet var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att få kännedom om eller misstänka att ett barn fara illa. Det framkom att *barn i fara är ett komplext ämne för distriktssköterskan*, särskilt då distriktssköterskor på vårdcentral inte har samma förutsättningar för att identifiera riskfaktorer och följa upp familjer på samma sätt som på BVC eller skola. I resultatet framkom flera intressanta fynd, varav tre särskilda fynd diskuteras: *samlad kompetens för att bedöma barn i fara stärker distriktssköterskan i professionen, distriktssköterskans förutfattade meningar om familjen påverkar vilken vård som ges, samt otydlighet kring socialtjänstens uppdrag.*

### **Samlad kompetens för att bedöma barn i fara stärker distriktssköterskan i professionen**

När distriktssköterskan tvekar att orosanmäla barn i fara då rätt förutsättningar saknas eller andra hinder förekommer, finns det risk att distriktssköterskor överlämnar ansvaret till kollegor eller avstår helt och hållet från att orosanmäla. Det kan leda till att barnets utsatthet fortskrider. Utifrån resultatet uppmärksammas ett antal faktorer som krävs för att distriktssköterskan ska klara av denna utmanande arbetsuppgift och samtidigt vara professionell i vårdmötet. Förutsättningarna inkluderar: aktiv kompetensutveckling (utbildningar) med väl kända rutiner på arbetsplatsen, avsatt tid för orosanmälningar och handledning samt stöd från kollegor eller externa verksamheter. Dessutom hjälper tidigare erfarenheter till att bygga upp distriktssköterskans magkänsla för att upptäcka

riskfaktorer. I Distriktssköterskans kompetensbeskrivning (SSF, 2019) framgår krav på att inneha fördjupade kunskaper kring barn och ungdomars utveckling samt att arbeta enligt evidensbaserad omvårdnad. Utbildning är en ögonöppnare för att kunna göra en bedömning om att ett barn riskerar att fara illa av andra orsaker än uppenbara, fysiska skador. I likhet med föreliggande studies resultat, framkom det i studien av Dahlbo et al. (2017) att BVC-sköterskor avstår från orosanmälningar p.g.a. brist på kunskap eller erfarenhet. Svärd (2016) konstaterade att kompetensnivåer och anmälningsbenägenhet varierade stort bland vårdpersonal på sjukhus och det fanns ett behov av ökad kunskap i området barn i fara. Det stöds även av annan forskning, som påpekade att sjuksköterskor som var säkra i yrkesrollen hade större anmälningsbenägenhet, medan sjuksköterskor som kände otillräcklighet i kompetens kring barn som far illa drog ut på anmälningsprocessen (Eisback & Driessnack, 2010). Eisbach och Driessnack (2010) uppmärksammade också att det var svårare för sjuksköterskor att ta ställning till orosanmälningar ifall barnet inte uppvisade fysiska skador. Lazenbatt och Freeman (2006) betonade att avsaknad av utbildning och ångestkänslor kopplade till okunskap i professionen ledde till lägre anmälningsbenägenhet. Det överensstämmer med föreliggande studies resultat om vikten av fortlöpande kompetensutveckling.

I föreliggande studies resultat framkom att en distriktssköterska med hög kompetens utvecklar en bredare klinisk blick, där mer än den fysiska synen tas i beaktande i vårdmötet och distriktssköterskan låter magkänslan spela in i bedömningen. Yrkeserfarna distriktssköterskor som känner trygghet i den egna bedömningen och tar stöd i den lagliga skyldigheten att orosmäla kan lättare identifiera riskfaktorer och har större anmälningsbenägenhet. Distriktssjuksköterskor i föreliggande studie, som tvivlade på magkänslan, hade i lägre utsträckning också erfarenhet av barn i fara sedan tidigare. Resultatet stöds av en studie där sjuksköterskor som hade tidigare erfarenheter av att orosmäla barn i fara kände större trygghet i bedömningarna och hade större anmälningsbenägenhet (Herendeen et al., 2014). Schols et al. (2013) betonade dessutom att den intuitiva magkänslan hos vårdpersonal växte i takt med erfarenhet, vilket ledde till att vårdpersonalen ville klargöra vad känslan berodde på.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie önskar handledning och tar stöd från kollegor för att kunna bearbeta känslor som uppkommit i mötet med barn som



misstänks fara illa. Det kan vara utmanande att undanhålla ångestladdade känslor gentemot föräldrarna när distriktssköterskan blir orolig för ett barn. Dessa möten är svåra och frustrerande att hantera. Distriktssköterskan upplever en inre konflikt mellan affekt och det professionella förhållningssättet. Det stöds av tidigare forskning, där sjuksköterskor hade svårt att sätta känslorna åt sidan i mötet med barnförövare och bar med sig känslorna hem (Barett et al., 2016; Taylor et al., 2016). I studien av Barett et al. (2016) tog sjuksköterskorna stöd av kollegor för att underlätta arbetssituationen. Det kan kopplas ihop med behovet av handledning och ett gott teamarbete, som framhävs i studien av Kuruppu et al. (2018), där sjuksköterskorna hade behov att diskutera besluten att orosanmäla barn i fara. Genom att distriktssköterskor får stöd av kollegor och externa verksamheter kan distriktssköterskor utveckla en förmåga att finna styrka i känslorna istället för att lägga dem åt sidan i mötet med familjen. Varje gång känslorna bearbetas i handledning utvecklas distriktssköterskans självkännetidom i den professionella rollen, vilket kan vara av värde för distriktssköterskan i målet att utveckla ett autentiskt vårdledarskap (Rosengren, 2014), som går i hand med kompetensbeskrivningen (SSF, 2019).

## **Distriktssköterskans förutfattade meningar om familjen påverkar vilken vård som ges**

Ett förvånande resultat för författarna, var att familjens kultur eller socioekonomiska klass påverkade somliga distriktssköterskors beslut att orosanmäla. Det är viktigt att uppmärksamma och vidta åtgärder emot eftersom det annars inte är möjligt att uppnå jämlikhet, vilket är ett av de globala målen i Agenda 2030 (Regeringskansliet, 2015). Omvårdnad skall ges på lika villkor oberoende av familjernas bakgrund (Kunskapscentrum för jämlik vård, 2018). I likhet med föreliggande studies resultat, framgick det i en australiensk studie av Lines et al. (2019) att sjuksköterskors beslut att orosanmäla berodde på det sociokulturella sammanhanget. Även i forskning från Israel beskrevs att vårdpersonalens bias gentemot familjen påverkade vilken vård de fick: det var högre chans att de orosänmälde socioekonomiskt utsatta flickor med arabisk bakgrund (Enosh et al., 2020). Luthar och Latendresse (2005) framhävde att skolpersonal inte trodde att barn från välbärgade familjer utsattes för misshandel, vilket går i linje med föreliggande studies resultat. Tidigare studier har tagit upp problematiken angående att anmälningsplikt saknas i vissa delar av världen (bl.a. Iran

och Hong Kong) och att föräldrar uppfostrar barn på ett sådant sätt som de själva blivit uppfostrade på, misshandel inkluderat (Borimnejad & Koshnavay Fomani, 2015; Chan et al., 2019). Det leder till svårigheter att uppnå målen för Agenda 2030 (Regeringskansliet, 2015) och Barnkonventionen (SFS 2018:1197). Samtidigt som det finns krav på distriktssköterskan att skydda barnet enligt lag (SoL, SFS 2001:453, 14 kap., 1 §), finns det även förväntningar på att distriktssköterskan ska ta kulturella skillnader i beaktande i den mångkulturella vården (SFS, 2019), vilket blir en utmaning att balansera i arbetet. Genom att ha förståelse kring familjens situation och livsåskådning kan distriktssköterskan ha lättare att lyssna på familjens berättelse och kommunikationen kan underlättas betydligt (Bäärnhielm, 2019). God kommunikation är predisponerande för ett väl fungerande vårdmöte. I motsats, finns det risk att föräldrar som anser att distriktssköterskan inte har förstått familjesituationen på ett korrekt sätt, blir utåtagerande mot distriktssköterskan. Gušić och Söndergaard (2019) framförde att då vårdpersonal aktivt lyssnar på familjemedlemmarna och bidrar till en ömsesidig kommunikation, föranleds en god vårdrelation och det finns en minskad risk för att negativa känslor framträder i mötet. Distriktssköterskan behöver ha ett *familjecentrerat förhållningssätt* genom att ta familjens berättelse i beaktande, snarare än fasaden som är kultur eller socioekonomiskt status. Benzein et al. (2017) tar upp problematiken kring normativa kärnföreställningar om familjer, vilka är ett slags synsätt om hur verkligheten ser ut utifrån förutfattade meningar. Föreställningarna strävar efter att försöka bekräfta stereotyper (Benzein et al., 2017). Trots att normer ligger djupt inrotade i systemet, krävs det av distriktssköterskan att ta ansvar över att reflektera kring de egna fördomarna, ur ett genusperspektiv (Eid, 2016). Det är inte möjligt att uppnå familjecentrerad omvårdnad om inte distriktssköterskan utmanar och ifrågasätter föreställningarna om hur en familj bör vara. Det finns inte två familjer som är lika. Genom att anta ett systemiskt synsätt, där familjen ses som en helhet och accepteras som den är, kan distriktssköterskan ha en ömsesidig dialog med familjen om barnets bästa och förklara sin oro (Benzein et al., 2017). Sammanfattningvis är det betydande att distriktssköterskor lägger fördomar åt sidan för att sträva efter en så jämlik vård som möjligt.

## Otydlighet kring socialtjänstens uppdrag

I föregående studies resultat framkom att det inte alltid upplevs som nödvändigt att orosanmäla, utan att familjen kan lösa många problem själva när distriktssköterskan öppnar ögonen för problemet genom ett familjecentrerat förhållningssätt. Det framgick även att både föräldrar och vårdpersonal har negativa förutfattade meningar om att socialtjänsten tar barn ifrån familjerna och att kunskap saknas om vilka stödinsatser som erbjuds. Det kan diskuteras vidare som en av anledningarna till att distriktssköterskor väljer att avstå från orosanmälningar och att föräldrar inte önskar hjälp från myndigheter. Det går i led med tidigare forskning som framhäver att misstro till sociala myndigheter är en anledning till underrapportering (Flemington & Fraser, 2017; Leite et al., 2016; Tiyyagura et al., 2015), vilket även framgår av Socialstyrelsen (2014). Tvärtemot visar Herendeen et al. (2014) att vårdpersonal kan ha förtroende för socialtjänst. Resultaten från flera tidigare studier fann att sjuksköterskor försökte hitta familjecentrerade lösningar innan orosanmälningar gjordes (Eisback & Driessnack, 2010; Herendeen et al., 2014; Land & Barclay, 2008). Å andra sidan kan barn som blir fast i utsatthet få försämrad livskvalitet då distriktssköterskan väljer att inte orosanmäla, vilket blir en börda som distriktssköterskan får bära. Dessutom kommer folkhälsan i framtiden raseras ifall barnmisshandel fortlöper i samhället idag, eftersom barnen är framtiden. Det är således viktigt att anmäla misstankar om att barn far illa till socialtjänsten enligt anmälningsplikten och hellre anmäla en gång för mycket än att inte anmäla alls, vilket resultatet i föreliggande studie konstaterar. I kombination med att distriktssköterskorna inte känner till socialtjänstens stödjande verksamhet samtidigt som många upplever att socialtjänsten inte återkopplar på anmälda ärenden, bör socialtjänsten visa mer transparens i vad familjerna kan erbjudas för hjälp. Det skulle kunna bryta den negativa synen på socialtjänsten. Det kan vidare diskuteras att trots att det finns en lag om vilka uppgifter som hör till socialtjänsten (SoL, 2001, 3 kap.), står det klart att distriktssköterskor i föreliggande studie generellt inte känner till uppdraget.

## Slutsats

I resultatet framkom att orosanmälningar inte endast handlar om att anmäla en familj till socialtjänsten: det handlar om att se helheten hos familjen, deras förutsättningar och allting runt omkring barnet. Det åligger distriktssköterskan att kartlägga

familjesituationen för att kunna bilda en uppfattning om huruvida barnet far illa eller inte, eftersom det ofta är otydligt i vårdmötet. Om distriktssköterskan saknar rätt förutsättningar eller inte har behärskat kommunikationstekniker, finns det risk för att orosanmälningar uteblir eller att distriktssköterskans integritet äventyras. I förlängningen skadas barnet ytterligare. En ömsesidig dialog och bättre samarbete med socialtjänsten skulle förenkla förståelsen för varandras verksamheter och underlätta orosanmälningsprocessen. Genom aktiv kompetensutveckling och handledning för att bearbeta det som berört distriktssköterskans inre, kan distriktssköterskan utvecklas i professionen och kunna möta kraven på att anmäla barn i fara.

## **Kliniska implikationer**

För att distriktssköterskor ska kunna uppnå kraven i kompetensbeskrivningen (SSF, 2019) är det en förutsättning att chefer på vårdcentraler ger stående utrymme i tidboken för aktiv kompetensutveckling, handledning och teamarbete kring barn i fara. Stöd från kollegor och chefer är essentiellt för att den som orosmäler ska kunna bearbeta de svåra känslorna som uppstår i mötet med potentiellt utsatta barn. Regelbundna utbyten av erfarenheter med BVC och socialtjänst skulle kunna leda till en ökad förståelse för barn i fara samt för socialtjänstens verksamhet. När distriktssköterskan kommer över en förståelse för vad socialtjänsten kan erbjuda för stödinsatser, kan informationen förmedlas vidare till familjerna som distriktssköterskan upplever oro för. Förhoppningen är att familjerna skulle bli mer mottagliga för hjälp. När distriktssköterskan kan känna en medvetenhet bakom beslutet att orosmäla, kan distriktssköterskan stärkas i professionen. Distriktssköterskors engagemang i förbättringsarbete kring barn i fara på arbetsplatsen bör lyfta professionens status.

## **Förslag till fortsatt forskning**

En distriktssköterska i föreliggande studie nämnde oro över att barnens utsatthet i samhället kommer öka till följd av coronarestriktioner. Det har gått över ett år sedan pandemin och flera studier finns redan publicerade angående hur folkhälsan påverkats. Däribland visade Lawson et al. (2020) att arbetslösheten har ökat i USA till följd av pandemin, vilket hade samband med ökad barnmisshandel. Caron et al. (2020) betonade

att, eftersom barn är isolerade från samhället, försvåras arbetet att identifiera barnmisshandel. Det skulle vara av värde att studera vidare hur familjer mår, hur barnen mår samt hur distriktsköterskor har påverkats i arbetet under covid-19-pandemin. Avslutningsvis belyste resultatet i föreliggande studie att det är av vikt att värna om barnen eftersom de är vår framtid. Det är således viktigt att omedelbart forska vidare i ämnet, för att hitta lösningar innan problemen eskalerar för barnen. Ytterligare förslag till fortsatt forskning inkluderar samverkan mellan socialtjänsten och vården, då det tydliggjordes i föreliggande studies resultat att det saknas förståelse för varandras verksamheter, samtidigt som det finns höga krav på både vården och socialtjänsten i arbetet med barn som far illa.

## Referenser

Akehrst, R. (2015). Child neglect identification: The health visitor's role. *Community Pract*, 88 (11), 38–42.

Andersson, S.-O. (2019). Mötet och samtalet. I: Fossum, B. (Red.). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*, s. 123–156. Studentlitteratur.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. Jossey-Bass.

Barett, 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 (15–16), 2274–2285. <https://doi.org/10.1111/jocn.13439>

Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B.-I. (2017). Teoretiska utgångspunkter för familjefokuserad omvårdnad. I: Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B.-I. (Red.). *Att möta familjer inom vård och omsorg*, s. 33–52. Studentlitteratur.

Billhult, A. (2017). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I: Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*, s. 265–274. Studentlitteratur.

Borimnejad, L. & Koshnavay Fomani, F. (2015). Child abuse reporting barriers: Iranian nurses' experiences. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17 (8), 1–7. <https://doi.org/10.5812/ircmj.22296v2>

Borres, M. & Hägg, A. (2007). Child abuse study among Swedish physicians and medical students. *Pediatrics Int*, 49, 177–182. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2007.02331.x>

Bäärnhielm, S. (2019). Möten i den mångkulturella vården. I: Fossum, B. (Red.). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*, s. 365–397. Studentlitteratur.

Caron, F., Plancq, M.-C., Tourneux, P., Gouron, R. & Klein, C. (2020). Was child abuse underdetected during the COVID-19 lockdown? *Archives de Pédiatrie*, 27 (7), 399–400. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2020.07.010>

Chan, A. C. Y., Cheng, W. L., Lin, Y. N., Ma, K. W., Mark, C. Y., Yan, L. C., Yim, K. W., Yim, P.Y. & Ho, G. W. K. (2019). Knowledge and Perceptions of Child Protection and Mandatory Reporting: A Survey of Nurses in Hong Kong. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 43 (1), 48–64. <https://doi.org/10.1080/24694193.2018.1561763>

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. <https://doi.org/10.1177/1367493516686200>

Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I: Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*, s. 143–154. Studentlitteratur.

Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I: Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*, s. 285–300. Studentlitteratur.

Davidov, D. M., Nadorff, M. R., Jack, S. M., Coben, J. H. & Team, N. I. R. (2012). Nurse home visitors' perspectives of mandatory reporting of children's exposure to intimate partner violence to child protection agencies. *Public Health Nurs*, 29 (5), 412–423. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2011.01003.x>

Drevenhorn, E. & Österlund Efraimsson, E. (2013). Distriktssköterskans mottagningar. I: Böckberg, C. *Omvårdnad i primärvården*, s. 125–144. Studentlitteratur.

Ejd, M. (2016). Heteronormen. I: Ejid, M. (Red). *Genusyrtsel och normuppror*, s. 57–72. Göteborgstryckeriet AB.

Enosh, G., Alfandari, R., Nouman, H., Dolev, L. & Dascal-Weichhendler, H. (2020). Assessing, Consulting, Reporting Heuristics in Professional Decision-Making Regarding Suspected Child Maltreatment in Community Healthcare Services. *Child Maltreatment*, XX (X), 1–11. <https://doi-org.ezproxy.hkr.se/10.1177/1077559520937351>

European Commission (2019). Horizon 2020 programme guidance: How to complete your ethics self-assessment. Version 6.1. [https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/grants\\_manual/hi/ethics/h2020\\_hi\\_ethics-self-assess\\_en.pdf?fbclid=IwAR0FpoljDHnEWYTBqWpPQymZM5I1ndHigzHx2N8PIwj3gl0HpAZEluitww](https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/grants_manual/hi/ethics/h2020_hi_ethics-self-assess_en.pdf?fbclid=IwAR0FpoljDHnEWYTBqWpPQymZM5I1ndHigzHx2N8PIwj3gl0HpAZEluitww).

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. *J Spec Pediatr Nurs*, 15 (4), 317–323. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x>

Enqvist, B. (2019). Utlämnad, liten och sårbar. I: Fossum, B. (Red.). *Kommunikation – Samtal och bemötande i vården*, s.113–122. Studentlitteratur.

Finnbogadóttir, H. & Dykes, A. K. (2016). Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: a longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16 (1), 1–2. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1122-6>

Flemington, T. & Fraser, J. (2017). Building workforce capacity to detect and respond to child abuse and neglect cases: A training intervention for staff working in emergency settings in Vietnam. *International Emergency Nursing*, 34, 29–35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.03.004>

Fossum, B. (2019). Kommunikation och bemötande. I: Fossum, B. (Red.). *Kommunikation – Samtal och bemötande i vården*, s. 27–76. Studentlitteratur.



Fridh, B. & Norman, G. (2008). *Att utreda när barn far illa - en handbok om barnavårdsutredningar i Socialtjänsten*. Gothia.

Fälemark, M. (2013) Triage i primärvården. I: Bökberg, C. *Omvårdnad i primärvården*, s. 113–124. Studentlitteratur.

*Föräldrabalk*. SFS 1949:381. Justitiedepartementet.

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381\\_sfs-1949-381](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381)

Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Gušić, S. & Söndergaard, H. P. (2019). Kommunikation efter psykiskt trauma. I: Fossum, B. (Red.). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*, s. 399–412. Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I: Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*, s. 111–120. Studentlitteratur.

Herendeen, P. A., Blevins, R., Anson, E. & Smith, J. (2014). Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners. *J Pediatr Health Care*, 28 (1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.06.004>

Häggman-Laitila, A. (2003). Early support needs of Finnish families with small children. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (6), 595–606. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02571.x>

Jansson, K. (2020, 22 februari). *Stora brister i kommunernas hantering av utsatta barn*. Online: SVT Nyheter. Hämtat 2020-03-25 från:

<https://www.svt.se/nyheter/inrikes/stora-brister-i-kommunernas-hantering-av-utsatta-barn>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I: Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*, s. 57–80. Studentlitteratur.

Kunskapscentrum för jämlik vård (2018). *Ordlista jämlik vård*. Västra Götalandsregionen.

<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/f9180c6d-209d-4aeb-9f0c-d6721aa3aea1/Ordlista%20J%c3%a4mlik%20v%c3%a5rd%2c%202018.pdf?a=false&guest=true>

Kuruppu, J., Forsdike, K. & Hegarty, K. (2018). 'It's a necessary evil': experiences and perceptions of mandatory reporting of child abuse in Victorian general practice. *Australian Journal of General Practice*, 47 (10), 729–733.

<https://doi.org/10.31128/AJGP-04-18-4563>

*Lag [Barnkonventionen] om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.*

SFS 2018:1197. Arbetsmarknadsdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20181197-om-forenta-nationernas-konvention\\_sfs-2018-1197](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20181197-om-forenta-nationernas-konvention_sfs-2018-1197)

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

Lawson, M., Piel, M. H. & Simon, M. (2020). Child Maltreatment during the COVID-19 Pandemic: Consequences of Parental Job Loss on Psychological and Physical Abuse Towards Children. *Child Abuse & Neglect*, 110 (2).

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104709>

Lazenbatt, A. & Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *J Adv Nurs.*, 56 (3), 227–236.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x>

Leite, J. T., Beserra, M. A., Scatena, L., Silva, L. M. P. & Ferriani, M. G. C. (2016). Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 37 (2), 1–7.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55796>

Lines, E. L., Hutton, E. A. & Grant, J. (2019). Navigating and negotiating meanings of child abuse and neglect: sociocultural contexts shaping Australian nurses' perceptions. *Health and Social Care in the Community*, 28 (3), 941–949.

<https://doi.org/10.1111/hsc.12925>

Luthar, S. & Latendresse, S. (2005). Children of the Affluent: Challenges to Well-Being. *Current Directions In Psychological Science*, 14 (1), 49–53.

<https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00333.x>

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

*Offentlighets- och sekretesslag*. SFS 2009:400. Justitiedepartementet.

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400\\_sfs-2009-400](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400)

*Patientlag*. SFS 2014:821. Socialdepartementet.

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer.

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I: Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*, s. 25–42. Studentlitteratur.

Regeringskansliet (2015). *Att förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling*. Regeringskansliet.

<https://www.regeringen.se/48e36d/contentassets/a69f085ada12410989115a1ff64be6d8/att-forandra-var-varld-agenda-2030-for-hallbar-utveckling>

Region Skåne (2019). *Våld i nära relationer – regionalt vårdprogram*.

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-vardprogram---fillistning/vald-nara-relationer-vardprogram.pdf>

Rosengren, K. (2014). *Vårdledarskap: att utveckla och förbättra framtidens vård och omsorg*. Studentlitteratur.

Schols, M. W., de Ruiter, C. & Öry, F. G. (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. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-807>

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

[https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-4.pdf?fbclid=IwAR0ofF8e9F7yNEkZScCkSiQqJEO\\_p\\_kRhkko3LumquHk8QKDcMls6Ebd39k](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-4.pdf?fbclid=IwAR0ofF8e9F7yNEkZScCkSiQqJEO_p_kRhkko3LumquHk8QKDcMls6Ebd39k)

*Socialtjänstlag*. SFS 2001:453. Socialdepartementet.

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453)

- SOSFS (2014:4). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2014-5-7.pdf>
- Sundler, A. J., Whilson, M., Darcy, L. & Larsson, M. (2019). Swedish School Nurses' Experiences of Child Abuse. *J Sch Nurs*, XX(X), 1–9. <https://doi.org/10.1177/1059840519863843>
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF] (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*. Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktssjukskoterskor-kompetensbeskrivning-2019-klar-for-webb.pdf>
- Svärd, V. (2016). Assessing children at risk: Organizational and professional conditions within children's hospitals. *Child and Family Social Work*, 22, 81–91. <https://doi.org/10.1111/cfs.12291>
- Taylor, J., Smith, P. & Taylor, J. (2016). A hermeneutic phenomenological study exploring the experience health practitioners have when working with families to safeguard children and the invisibility of the emotions work involved. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (3–4), 557–567. <https://doi.org/10.1111/jocn.13486>
- Tiyyagura G., Gawel, M., Koziel, R. J., Asnes, A. & Bechtel, K. (2015). Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*, 66 (5), 447–454. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020>
- UNICEF (2003). *A League Table of Child Maltreatment Death in Rich Nations*. <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard5e.pdf>
- Weilenmann, L. (2020). *Barnets rätt blir starkare i vården*. *Vårdfokus*, 1, 8–12.

WHO (2017, 29 november). *Violence against women*. Hämtat 2020-03-15 från:  
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Wright, L. M. & Leahley, M. (2009). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. F. A. Davis Company.  
[https://www.academia.edu/37173925/Nurses\\_and\\_Families\\_A\\_Guide\\_to\\_Family\\_Assessment\\_and\\_Intervention\\_5th\\_edition](https://www.academia.edu/37173925/Nurses_and_Families_A_Guide_to_Family_Assessment_and_Intervention_5th_edition)

Öquist, O. (2018). *Systemteori i praktiken: konsten att lösa problem och nå resultat*.  
Gothia.

# Bilaga 1



Högskolan  
Kristianstad

**Ansökan om etikprövning för att få bedriva intervjustudie  
om distriktssköterskors erfarenheter kring barn som far  
illa eller misstänks fara illa**

Ansökan om etikprövning för studerande i kursen DS8122 Vetenskaplig metod och design 7,5 hp, Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, Fakulteten för hälsovetenskap, Högskolan Kristianstad Datum:

## A. Allmänt

Projektets titel: *När ett barn far illa – distriktssköterskans erfarenheter från vårdcentralen*

Ansökande studenter:

Amal Alkrdi, [mail]

Monika Sneath, [mail]

Leg. sjuksköterska,  
distriktssköterskestuderande

Leg. sjuksköterska,  
distriktssköterskestuderande

Handledare: Marie Rask, [mail]

Universitetslektor i omvårdnad och vårdvetenskap, fil. dr. i vårdvetenskap, leg. sjuksköterska, specialistutbildning inom distrikts- och skolhälsovård, gymnasielärover utbildning inom yrkesämnet vård

## B. Uppgifter om projektet

### **Sammanfattning av studie:**

För att besvara examensarbetets syfte och generera kunskap och förståelse kring barn som far illa kommer en intervjustudie med semistrukturerade öppna frågor genomföras, med fokus på distriktssköterskors professionella erfarenheter av ämnet. Vänligen se bilaga med intervjuguide. Deltagare från både privata och offentliga verksamheter i glesbygd och storstad kommer bjudas in via ändamålsmässigt urval, verksamhetschefer ska godkänna att studien bedrivs på arbetsplatsen. Urvalet inkluderar minst ett års

yrkeserfarenhet från primärvård samt att deltagaren ska ha haft en relation till ämnet. Cirka 10-20 deltagare beräknas vara rimligt för ändamålet.

Intervjuerna kommer efter informerat samtycke att genomföras på arbetsplatsen eller via Skype, ljudinspelat och därefter transkriberas verbatim. Slutligen kommer en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats utföras. De flesta studier som redan finns om ämnet handlar om BVC-sköterskors eller skolsköterskors upplevelser kring ämnet, varför det är relevant att belysa även erfarenheter från distriktssköterskor på vårdcentral, som också kommer i kontakt med utsatta barn.

Studien planeras pågå mellan vårterminerna 2020-2021.

### **Relation till deltagare:**

I första hand kommer ändamålsenligt urval efterfrågas, via förfrågningar om deltagande till verksamheterna. Det kan hända att det ej får att få tillräckligt antal deltagare på detta sätt, varför det kan bli aktuellt med snöbollsurval. Dessutom finns det en risk att tillräckligt antal distriktssköterskor inte kan delta i studien, då kommer även att sjuksköterskor med samma arbetsuppgifter att tillfrågas om deltagande och därmed får då syftet ändras. I sista hand kommer författarna bjuda in deltagare/kollegor som är kända sedan tidigare, då båda författarna arbetar på vårdcentraler. Detta ska undvikas i möjligaste mån för att inte äventyra studiens tillförlitlighet.

## **C. Etiska överväganden**

### **Risker och nytta med deltagande i studien:**

Det som deltagaren behöver bidra med är en liten bit av sin fritid, om verksamhetschefen inte går med på att studien kan hållas under betald arbetstid, vilket indirekt påverkar personens ekonomi.

Personen kan eventuellt utsättas för emotionella reaktioner relaterat till tidigare erfarenheter och känsla av skam eller skuld, vilket författarna försöker undvika genom att informera redan vid förfrågning om deltagande om att det kan vara ett känsligt ämne att prata om. Om deltagare skulle må dåligt (bli berörd, gråta) under intervjun p.g.a. ”flash-backs” från tidigare orosanmälningar eller upprivna minnen, kommer författarna att stanna kvar och stötta deltagaren enligt individuellt behov, och deltagaren kommer åter få information att man får lov att avbryta deltagande när man vill. Det finns en potentiell risk att somliga distriktssköterskor kan känna osäkerhet kring sin yrkesroll



efter deltagande i studien, vilket kan undvikas genom att informera deltagarna om nyttan/fördelen med att delta i studien: att bidra till ökad kunskap och förståelse för det svåra ämnet *barn i fara*, vilket gynnar hela samhället – och inte minst barnen.

Deltagarna bjuds in till slutseminarium samt att ta del av resultat i när arbetet är sammanställt och ev. publicerat.

### **Informationskravet:**

Verksamhetschefer för vårdcentraler i sydvästra Skåne kommer kontaktas för information om studien samt samtycke till att studien bedrivs på arbetsplatsen, skriftligen via mail samt vid behov telefonkontakt. Distriktssköterskor på arbetsplatsen får separat information om studien där etiska överväganden framgår.

### **Samtyckeskravet:**

Intresserade distriktssköterskor fyller i samtyckesformuläret samt några demografiska frågor som är relevanta för hur urvalet kan komma att kunna överföras till liknande kontext i framtida forskning. Frågorna inkluderar inga känsliga personuppgifter som kan röja deltagarnas identitet. Vänligen se bifogade informations- och samtyckesbrev. Deltagarna informeras skriftligen och muntligen att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att avbryta medverkan utan att uppge orsak.

### **Konfidentialitetskravet:**

Konfidentialitet utlovas till deltagarna genom att all insamlad data kommer behandlas med försiktighet så ingen obehörig ska kunna ta del av materialet, inklusive inspelade filer, fullständiga transkriptioner samt inskannade kopior av samtyckesblanketter. Inspelningar ska spelas in på två telefoner för att inte riskera tekniskt strul, därefter omedelbart överförs till USB-minne och raderas från telefoner. Deltagare är informerade skriftligen om att handledare kommer kunna ta del av materialet vid behov i handledningssyfte. När examensarbetet är godkänt kommer samtlig känslig information att raderas.

### **Nyttjandekravet:**

Insamlat material kommer endast att användas till ovanstående examensarbete.

Namnteckning Amal Alkrdi

Namnteckning Monika Sneath

Namnteckning Marie Rask

## Bilaga 2



### Ansökan om etikprövning för att få bedriva intervjustudie om distriktssköterskors erfarenheter kring barn som far illa eller misstänks fara illa

Till verksamhetschef för vårdcentralen \_\_\_\_\_ i \_\_\_\_\_.

Hej! Vi är två sjuksköterskor som går specialistutbildning till distriktssköterska, Amal Alkrdi och Monika Sneath. Till magisteruppsats 15 hp önskar vi skriva distriktssköterskors erfarenheter av att få kännedom om eller misstänka att ett barn fara illa, genom samtal på vårdcentral. Det är ett ytterst viktigt och kontroversiellt ämne. Vi kan se att trots att Sverige ligger i framkant vad gäller barns rättigheter, händer det fortfarande att barn dör till följd av brister i förfarandet av orosanmälningar.

Inklusionskriterier för att delta i studien inkluderar distriktssköterskor med minst ett års primärvårdserfarenhet, som någon gång, under korta samtal eller möten på vårdcentralen, har varit i kontakt med barn som de misstänkte for illa. Vi önskar göra en intervjustudie med enskilda och avskilda intervjuer på er arbetsplats. Vi önskar ert godkännande senast inom 2 veckor på grund av tidsmarginal.

Godkänner ni att intervjuerna hålls på arbetstid? JA  NEJ

Önskar ni ta del av resultatet av examensarbetet till er mailadress? JA  NEJ

Kontaktperson för distriktssköterskor på arbetsplatsen (namn, mail, telefonnummer):

\_\_\_\_\_

Härmed ger jag tillstånd till att ovanstående intervjustudie genomförs på arbetsplatsen

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

Vid ev. frågor, vänligen kontakta oss:

Amal Alkrdi, [tel-nr, mail]

Monika Sneath, [tel-nr, mail]

Handledare: Marie Rask, [mail]

Stort tack på förhand!

”INTERVJUSTUDIE”

Monika Sneath

Vänligen skriv ut denna bilaga och posta till:

[postadress]

## Bilaga 3



Högskolan  
Kristianstad

### Förfrågan om deltagande i intervjustudie om distriktssköterskors erfarenheter kring barn som far illa eller misstänks fara illa

Till dig som är distriktssköterska och arbetar på vårdcentral.

Hej! Vi är två sjuksköterskor som läser till distriktssköterska på högskolan i Kristianstad, Amal Alkrdi och Monika Sneath. Till magisteruppsats 15 hp önskar vi skriva om distriktssköterskors erfarenheter av att få kännedom om eller misstänka att ett barn fara illa, genom samtal på vårdcentral. Det är ett ytterst viktigt, kontroversiellt och känsligt ämne. Litteraturen som vi stött på fokuserar mest på BVC-sköterskors eller skolsköterskors upplevelser av ämnet, nu önskar vi se vad kollegor på vårdcentral har för erfarenhet av ämnet och vi hoppas du vill vara med och bidra till kunskapen!

Inklusionskriterier för att få delta i studien är att du har arbetat i minst ett år på vårdcentral samt att du har någon form av professionell erfarenhet från misstanke eller kännedom om att barn far illa. Att ha orosanmält till socialtjänsten är inget krav för deltagande. Du ska också ha arbetsuppgifter som inkluderar korta möten eller samtal, d.v.s. telefonrådgivning, triage, digital vådrådgivning eller kort mottagning, där man som distriktssköterska har begränsad tid att bilda sig en uppfattning huruvida ett barn kan vara i riskzon för att fara illa.

Definitionen för barnmisshandel inkluderar, enligt Barnkonventionen artikel 19: ”alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, inklusive sexuella övergrepp, medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavarens eller annan persons vård”.

Du får denna förfrågan då din verksamhetschef har godkänt att studien bedrivs på er arbetsplats på [betald arbetstid eller obetald fritid]. Det finns möjlighet att hålla intervju via Skype. Intervjutiden beräknas till ca. 45-60 min och hålls enskilt och på avskild plats. Deltagandet i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att du behöver uppge orsak. Intervjun kommer att spelas in och behandlas konfidentiellt. Samtlig data som kan identifiera deltagare kommer avkodas i studien.Handledare kommer kunna ta del av materialet vid behov, om detta bedöms nödvändigt. I övrigt kommer ingen obehörig få ta del av känslig data. Insamlad data kommer endast att användas till denna studie. Inspelat material och samtyckesblanketter kommer efter sammanställt examensarbete att raderas. Vi önskar att du svarar på nedanstående frågor inför studien (vänligen se bifogad samtyckesblankett med frågor), detta är också frivilligt.

Vi önskar påminna om att det här kan vara ett känsligt ämne att prata om. I gengäld är det en fördel att delta i studien för att bidra till ökad kunskap och förståelse kring ämnet *barn i fara*, inte minst för barnens skull!

Efter examenarbetets avslut kommer finns det möjlighet för dig att ta del av det färdiga resultatet.

Ansökan om etikprövning har godkänts via etiknämnden på HKR.

v. g. v.



Högskolan  
Kristianstad

**Samtycke till deltagande i intervjustudie om  
distriktssköterskors erfarenheter kring barn som  
far illa eller misstänks fara illa**

Härmed ger jag mitt godkännande till att delta i ovanstående studie. Jag kan när som helst välja att avbryta mitt deltagande utan att uppge orsak.

\_\_\_\_\_

Ort och datum

\_\_\_\_\_

Namnsteckning

\_\_\_\_\_

Arbetsplats

Telefonnummer jag kan nås på för bokning av tid för intervju:

\_\_\_\_\_

Önskar du ta del av resultatet av examensarbetet till din mailadress eller postadress? JA  NEJ

Mailadress eller postadress:

\_\_\_\_\_

Ytterligare frågor inför intervju:

Ålder: \_\_\_\_\_

Kön: \_\_\_\_\_

Antal års erfarenhet från yrket som sjuksköterska  
och distriktssköterska: \_\_\_\_\_

Har du upplevt oro för barn i fara senaste året?  
\_\_\_\_\_

Antal års erfarenhet från primärvården:  
\_\_\_\_\_

Har du någon gång orosanmält till socialtjänsten  
enl. SoL 14 kap., 1 §? \_\_\_\_\_

Du är välkommen att höra av dig till oss om du har några frågor. I övrigt kommer vi kontakta dig för att boka intervjutid snarast efter att vi fått samtyckesblanketten tillhanda. Vi önskar ditt svar senast inom 2 veckor p.g.a. tidsmarginal.

Vänligen skriv ut samtyckesblanketten, skriv under och återsänd till nedanstående angiven adress.

Amal Alkrdi, [tel-nr, mail]

Monika Sneath, [tel-nr, mail]

Handledare: Marie Rask, [mail]

Tack på förhand för ditt engagemang!

”INTERVJUSTUDIE”

Monika Sneath

Vänligen skriv ut denna bilaga och posta till:

[postadress]

## Bilaga 4



Högskolan  
Kristianstad

### Intervjuguide

**Syfte: att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att få kännedom om eller misstänka att ett barn fara illa, genom samtal på vårdcentral.**

*(Var tyst och vänta in deltagarens svar!)*

Vill du berätta övergripande om vad ”barn i fara” betyder för dig?

→ (Hur tänker du när du hör orden ”barn som far illa”?)

Kan du ge exempel på hur du tänkt när du varit orolig för ett barn?

→ På vilket sätt? Hur menar du då? Hur kommer det sig?

→ Hur kände du vid det tillfället?

→ Hur agerade du? (Hur gick du tillväga efter att du upplevt oro om att något inte står rätt till?)

→ Anmälde du detta till socialtjänsten? Kan du berätta mer om det?

→ Fanns det något som fick dig att tvivla på din bedömning?

Har du varit med om tillfällena då du upplevt oro för ett barn men undvikit att anmäla det?

→ Hur upplever du att din arbetssituation blivit efter att du orosanmält?

Hur hanteras orosanmälningar på er arbetsplats?

På vilket sätt upplever du stöd när du misstänker att ett barn far illa? (Kollegor, verksamhet, utbildning, kompetensutveckling)

Upplevde du [...] som ett hinder/utmaning?

→ Känsломässiga hinder?

→ Vad kan göras för att du skulle få bättre förutsättningar i ditt arbete (i sådana situationer)? (Förslag till förbättring?)

Hur tänker du kring föräldrarnas/vårdnadshavarnas medvetenhet om situationen (att barn är i riskzon för att fara illa)?

→ Hur kände du..?

Hur upplever du ditt ansvarsområde kring skyldighet att anmäla vid misstanke om att barn far illa? (Hur ser du på ditt ansvarsområde som DSK?)

Vilka egenskaper är viktiga att ha i arbetet med barn?

**Exempel på följdfrågor:**

- Kan du utveckla..?
- Vill du berätta mer om..?
- Har du något konkret exempel?
- Hur menar du..?
- Hur tänker du kring..?
- Hur kände du..?
- Vard tror du..? Varför..?

Finns det något mer du skulle vilja tillägga?

## Bilaga 5. Exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
”Och då är det där, att <i>lita</i> på sin magkänsla för... Jag tror att den oftast stämmer, när vi känner att det är någonting som inte är okej.” (#11)	Det gäller att <i>lita</i> på sin magkänsla, för jag tror att den oftast stämmer, när vi känner att det är någonting som inte är okej.	Lita på sin magkänsla	Distriktssköterskans bedömning av barn i fara	Distriktssköterskans samlade kompetens om barn som far illa	Barn i fara är ett komplext ämne för distriktssköterskan
”[...] oavsett vad man jobbar med, så tycker jag, är man orolig så har man ett ansvar, sedan vet jag att när det kommer till kritan är det inte lätt, det här.” (#3)	Oavsett ens yrke har alla ett ansvar att orosmäla vid oro för ett barn, men det är inte lätt när det kommer till kritan.	Alla vuxna har ett ansvar att orosmäla	Distriktssköterskans skyldighet att orosmäla för barnets bästa		
”Alltså jag tycker också utbildning, att prata öppet om det, försöka våga, fråga föräldrarna och barnet självt – våga att fråga! Man ska inte stå där och gissa. Fråga! ”Tar ni alkohol? Händer det någonting när ni tar alkohol, tappar du kontrollen?” Våga fråga. Frågar du inte så får du inte svar.” (#2)	Det är viktigt att våga ta upp frågan ifall barnet far illa. Man ska inte gissa. Fråga! ”Tar ni alkohol? Händer det någonting när ni tar alkohol, tappar du kontrollen?” Frågar du inte så får du inte svar.	Våga fråga	Distriktssköterskans vaksamhet och följsamhet till barnet och familjen		

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>	<b>Tema</b>
”Jag diskuterar med kollegor, ’hur hade du gjort här då?’ [...]” (#6)	Jag diskuterar med kollegor hur de hade gjort i min situation.	Konsulterar kollegor	Distriktssköterskans samverkan med andra aktörer	Distriktssköterskans samlade kompetens om barn som far illa	Barn i fara är ett komplext ämne för distriktssköterskan
”Jag tror ju säkert att en osäkerhet kring hur man ska göra, gör att man kanske drar sig för att göra den, för att man tänker att det är för mycket pappersarbete, [...]” (#1)	Om man känner sig osäker på hur man gör en orosanmälan kanske man drar sig för att göra den, för man tänker att det är för mycket pappersarbete.	För mycket pappersarbete	Distriktssköterskans behov av rätt förutsättningar	Faktorer som påverkar anmälningsbenägenheten negativt	
”Alltså, känslan om jag gjorde rätt [att orosanmäla]. Det [är] kluvenhet.” (#2)	Jag är kluven till om vi gjorde rätt att orosanmäla till socialtjänsten.	Ambivalens för orosanmälan	Samla bevis och göra avvägningar		
”[...] ibland kan man väl bli lite frustrerad när man gör en anmälan, [...] vi tycker att det händer ingenting.” (#4)	Ibland kan man bli frustrerad när man gör en anmälan för det känns som att det inte händer någonting.	Frustrerande när det inte händer något med ens ärende	Farhågor vid orosanmälan		