

MAGISTERARBETE



DISTRIKTSJUKSKÖTERSKANS ERFARENHETER AV ATT ANMÄLA BARNMISSHANDEL TILL SOCIALTJÄNSTEN

EN INTERVJUSTUDIE

ALBERTINA SJÖGREN

Blekinge Tekniska Högskola
Magisterarbete
Vårdvetenskap
Sektionen för Hälsa
371 79 Karlskrona

Distriktsjuksköterskans erfarenheter av att anmäla barnmisshandel till socialtjänsten

En intervjustudie

Albertina Sjögren

Distriktsjuksköterskans erfarenheter av att anmäla barnmisshandel till socialtjänsten.
Vårdvetenskap, Distriktsjuksköterskeutbildningen 15hp, Examensarbete i specialistprogrammet till distriktsjuksköterska 75hp. Hötsterminen, 2014.Handledare: Christel Borg

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Distriktsjuksköterskan har en betydande roll i att upptäcka barn som har misshandlats och de har enligt lag skyldighet att vid misstanke anmäla till socialtjänsten i kommunen. Dock påpekar tidigare forskning att det finns problem då distriktsjuksköterskor inte anmäler vid misstanke om att barn far illa. Det är viktigt att få klarhet i vilka erfarenheter distriktsjuksköterskan har av att anmäla misstänkta fall av barnmisshandel eftersom anmälningsnivån till socialtjänsten är låg. **Syfte:** Att beskriva distriktsjuksköterskans erfarenhet av att anmäla misstänkta fall av barnmisshandel inom barnavårdscentralens verksamhetsområde till socialtjänsten. **Metod:** Studien genomfördes med en kvalitativ metod där intervjuer användes som datainsamlingsmetod. Det var sex distriktsjuksköterskor inom barnhälsovården som deltog i studien. Det användes en innehållsanalys enligt Burnrad 4 stegs-metod för att analysera det material som samlades in. **Resultat:** I resultatet framkom att distriktsjuksköterskornas erfarenheter kring det valda området innefattade tre delområden, distriktsjuksköterskans svåra beslut, brister i samverkan samt skönt att ha stöd. **Slutsats** Distriktsjuksköterskorna i denna studie påpekar bristen av samverkan med övriga myndigheter för att komma underfund med varför så få anmälningar sker, trots att distriktsjuksköterskorna misstänker att barn far illa. Distriktsjuksköterskorna behöver också hjälp och stöd för att kunna våga se och göra en anmälan för barnets bästa utan rädsla för att kontakten med föräldrarna försämras eller bryts. Utöver mer forskning inom området behövs även samverkansrutiner mellan olika instanser samt utveckling av de rutiner som redan finns inom barnhälsovården, allt för att komma åt problemet.

Nyckelord: Barnmisshandel, Barnhälsovården, Distriktsjuksköterskor, Erfarenheter,

Anmälan

District nurses experiences of report Child abuse to the social services

Interview study

Albertina Sjögren

District nurse experiences of report child abuse to the social services. Caring Science, District Nursing, 15ECTS credits Master Thesis, Program for Specialist Nursing in Primary Health Care 75ECTS credits. Fall vacation 2014, Supervisor Christel Borg

ABSTRACT

Background: The district nurse has an important role to detect those children who have been abused and has statutory obligation to notify the suspicion to the social services in the county. However, the previous research are pointing out that there is a problem that district nurses do not report if they suspect that a child is suffering. It is important to clarify which experiences the district nurse have on reporting suspected cases of child abuse because the reporting level for social services is so low. **Aim:** To describe district nurses' experience of reporting suspected cases of child abuse within the childcare central activity district to social services. **Method:** The study was conducted with a qualitative approach where interviews were used as a data collection method. There were six district nurses in child health care that participated in the study. A content analysis according Burnrads 4-step method to analyze the data was used. **Results:** The results revealed that district nurses' experiences in their chosen field consisted three sub-areas, district nurse difficult decisions, deficiencies in cooperation, and to be supported. **Conclusion:** District Nurses in this study points out the lack of cooperation with other agencies to find out why so few notifications occurs even though there are suspicions that a child is suffering. District Nurses also need help and support in order to see and make a report for the child's best, without fear of the contact with parents are going deteriorate or break down completely. Beyond more research in this area there is also a need for integration routines between agencies and development of the routines that already exist within child care all to access the problem.

Keywords: Child abuse, Child Health Care, District Nurse, Experience, Notification

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Introduktion	1
Litteratursammanställning	2
Distriktsjuksköterskans erfarenheter	2
Distriktsjuksköterskan i mötet med det misstänka barnet	3
Barnhäslovårdens kärnuppdrag	4
Betydelsen av stöd och samverkan	6
<i>Syfte</i>	7
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys enligt Burnards metod	8
Etiska överväganden	9
Resultat	10
Distriktsjuksköterskans svåra beslut	10
Osäkerhet kring att anmäla till socialtjänsten	11
<i>Mötet med föräldrar väcker starka känslor</i>	12
<i>Distriktsjuksköterskans rädsla att missa barn som far illa</i>	14
Brister i samverkan	15
Skönt att ha stöd	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	23
Slutsats	26
Referenser	28

Introduktion

Anmälningarnivån till socialtjänsten är alltför låg i dag från barnhälsovårdens verksamhetsområde. Det låga antalet anmälningar är ett problem eftersom misstänkta fall av barnmisshandel inte rapporteras till socialtjänsten (Lazenbatt & Freeman, 2006; Backlund, et al. 2012; Lagerberg, 2001). Barnmisshandel i lägre åldrar är ett problemområde i dagens Sverige (Socialstyrelsen, 2013). Distriktsjuksköterskan har en betydande roll i att upptäcka de barn som misshandlas och har enligt lag skyldighet att vid misstanke anmäla till socialtjänsten. Det finns lagar och regler för hur myndigheter som arbetar med barn ska agera i de situationer misstanke finns att ett barn far illa. Barnkonventionen (2014), Lagen om stöd och skydd för barn och unga (2009:68) och Socialtjänstlagen (2001:453) syftar alla till att barn ska ha rätt till en säker och trygg uppväxt. Hälso- och sjukvården tillsammans med tandvården har anmälningsskyldighet till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa. Detta finns lagstadgat i 14:e kapitlet i Socialtjänstlagen, förkortat SOL (2001:453) som är en av hälso-och sjukvårdens grundlagar. Trots att distriktsjuksköterskan är verksam nära barnet och dess familj, och har en anmälningsskyldighet till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa, beskrivs hälso-och sjukvården underrapportera antalet fall av barnmisshandel (Socialstyrelsen, 2013). Det finns i dag ingen tydlig och säker metod för att urskilja hur många barn som far illa. Dock påpekas att det finns ett stort mörkertal gällande anmälningar, särskilt bland små barn i Sverige. Enligt statistik beskrivs att två av tre fall där barn far illa aldrig anmäls av hälso-och sjukvården till socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2013). Påverkande faktorer som osäkerhet om misstanken är tillräckligt tydlig för att anmäla beskrivs som ett hinder för att genomföra en anmälan. Istället utreds fallet av distriktsjuksköterskan och anmälan skjuts upp (Socialstyrelsen, 2012). Faktorer som påverkar kan även vara känsla av att vara lojal och därmed rädslan för att svika barnets familj. Det kan också vara att distriktsjuksköterskan inte upplever någon uppföljning och återkoppling när de gjort en anmälan. Samverkan mellan de verksamheter som jobbar för barnets rätt beskrivs vara bristande. Stöd från chefer, kollegor och övriga myndigheter, såsom socialtjänsten, beskrivs vara en betydande faktor för att underlätta för distriktsjuksköterskorna i de svåra besluten de fattar om när en anmälan ska göras vid misstanke om att barn far illa (Francis et al. 2012).

I Sverige har sedan 1950 en ständig diskussion pågått kring barnmisshandel men trots det har få studier gjorts inom området SOU (2001:18) Distriktsjuksköterskan inom barnhälsovården möter barn i vården mer regelbundet under småbarnsåren och har därför en viktig och betydande roll för att uppmärksamma när barn far illa. Tingberg,(2010) beskriver att

vårdpersonal har svårt att se och identifiera tecken på barnmisshandel och beskriver att fortlöpande forskning bör ske kring att identifiera tecken på barnmisshandel vilket även påpekas av (Kaplan, 1999; SOU 2001:18). Under det senaste decenniet har framsteg gjorts inom området för att kunna se och urskilja symtom och tecken på barnmisshandel (Kaplan, 1999). Distriktsköterskan bör nödvändigtvis se vad som påverkar dem att avstå från att anmäla. Det är därför av vikt att titta vidare på vad som påverkar distriktsjuksköterskan att våga ingripa och anmäla i ett tidigare skede (Eisbach & Driessnack, 2010). Det är också viktigt att genomföra denna studie för att få klarhet i vad som gör att anmälningsnivån är så låg för distriktsjuksköterskor då endast en liten del av de barn som riskerar att fara illa anmäls till socialtjänsten (Backlund, Wiklund & Östberg, 2012; Lagerberg, D 2001).

Litteratursammanställning

Distriktsjuksköterskans erfarenheter

Distriktsjuksköterskan står inför en utmaning i mötet med barn som utsatts för misshandel (Tingberg, 2008). Utmaningen ligger i att behålla sin profession och dessutom vara barnets försvarare då både brottsoffer och förövare vistas i samma rum och tillhör samma familj (Louwers, Korfage, Affourtit, De Konig & Moll, 2012; Tingberg 2008). Tidigare forskning påtalar distriktsjuksköterskans rädsla och okunskap kring att säkert kunna urskilja tecken vid barnmisshandel (O'Malley, 2013; Lagerberg, 2001; Tingberg, 2008; Sege, Flahert, Jones, Price, Harris & Slora, 2011). I en studie av Paavilainen, Åstedt-Kurki, Paunonen-Ilmonen, & Laippala (2002) beskrev 60 % av distriktsköterskorna okunskap kring att kunna urskilja och identifiera om ett barn har utsatts för misshandel eller befars fara illa. Vikten av att få möjlighet till fortlöpande och kompletterande utbildning under tiden som verksam inom vården spelade en stor roll för distriktsjuksköterskan (Rowse, 2009; Tingberg 2008; Herendeen, Blevins, Anson & Smith, 2013; Lee, Fraser & Chou, 2007; Lazenbatt & Freeman 2006).

Forskning påvisar att distriktsjuksköterskan har kunskap om anmälningsplikten till socialtjänsten enligt 14 kapitlet i socialtjänstlagen men trots detta upplever de en osäkerhet i att våga genomföra anmälningarna eftersom de känner sig osäkra på hur de ska upptäcka och bedöma om ett barn far illa (Tingberg, 2008). Distriktsjuksköterskans osäkerhet vid genomförandet av anmälan avspeglas i den ständiga känslan att vara i behov av mer information för att känna sig säker i sin anmälan till socialtjänsten (Eisbach & Driessnack, 2010; Francis, Chapman, Sellick, James, Miles & Jones, 2012; Herendeen et al.2013; Lee et al.2007; Tingberg et al. 2008; Rowse 2009; Lazenbatt & Freeman 2006). Enligt tidigare

forskning av Fraser et al. (2010) påpekar att en fjärdedel av de tillfrågade 930 sjuksköterskorna som deltog i studien inte genomförde någon anmälan om barnmisshandel när det misstänkte att barn för illa. Distriktsköterskorna avvaktade med att genomföra anmälan trots att de såg tecken på att barnet för illa för att vara extra säkra på att inte situationen var en engångsföreteelse (Francis et al. 2012). Osäkerhet i sin profession påverkar distriktsjuksköterskan till att inte genomföra en anmälan vid misstanke om att barn för illa (Lazenbatt & Freeman 2006). Osäkerheten skapar hinder för distriktsjuksköterskorna att se och våga anmäla till socialtjänsten vid antydning på barnmisshandel.

Distriktsjuksköterskan i mötet med det misstänkta barnet
Barnmisshandel definieras utifrån detta arbete som:

”När en vuxen person utsätter ett barn för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar, eller försummar att tillgodose barnets grundläggande behov” (SOU 2001:72 s.120).

I en studie av Eisbach och Driessnack (2010) beskrivs tre faser i att anmäla barnmisshandel. Det handlar om att bli medveten om den eventuella misshandeln, att ingripa för barnet eller familjens vägnar samt att anmäla till myndigheter. För att snabbt identifiera tecken på barnmisshandel krävs kunskap och en självsäkerhet i att våga se de tecken på misshandel som finns. Den andra fasen är ofta den fasen som påverkar distriktsjuksköterskans osäkerhet i den information som framkommit. Distriktsjuksköterskan strävar efter att söka mer information på grund av en osäkerhet inför anmälan. Distriktsjuksköterskan vill vara säker på att en korrekt bedömning gjorts. I den tredje fasen skapar distriktsjuksköterskan alternativa åtgärder där de själva gör försök att hjälpa och ge stöd till familjen innan de rapporterar till myndigheterna (ibid).

Paavilainen & Tarkka (2003) påtalar att det finns olika sätt att urskilja barnmisshandel. Känslan att något inte står rätt till bygger på många små saker som observerats och ska sättas i ett sammanhang. Distriktsjuksköterskans verktyg visar sig främst i att observera och hitta beteendemönster utifrån barnets beteende, barnets utseende samt föräldrarnas beteende. För att distriktsjuksköterskan ska kunna urskilja dessa beteendemönster och tecken på barnmisshandel krävs kompetens och vidareutbildning (ibid). Kunskap och kompetensutbildning beskrivs vara centralt och viktigt för att kunna identifiera och avgöra i vilka fall barnmisshandel kan misstänkas ha skett. Allt för att undvika att distriktsjuksköterskan drar förhastade slutsatser eller gör fel beslut kring anmälan eller inte.

Tidigare forskning beskriver utbildningsbehov kring att förbättra attityder samt distriktsjuksköterskans ansvar kring att anmäla till socialtjänsten (Cocozz, Gustafsson, & Sydsjö, 2007; Fraser, 2010). Inom landstinget Blekinge arbetar distriktsjuksköterskan inom barnhälsovården utifrån rikshandbokens riktlinjer vid genomförandet av en anmälan till socialtjänsten (Rikshandboken, 2014). Barnhälsovården arbetar även utifrån en handlingsplan som ska öka kunskapen hos all hälso- och sjukvårdspersonal samt utgöra en vägledning för verksamheterna i de fall en anmälan till socialtjänsten bör genomföras (Landstinget Blekinge, 2012).

Barnhälsovårdens kärnuppdrag

I Sverige ligger det hälsofrämjande ansvaret för barn på Barnhälsovården (BVC) Verksamheten inriktar sig på barn från spädbarnstid till dess de börjar grundskolan (Lagerberg, 2004). Barnhälsovården är en verksamhet som når nästan alla barnfamiljer i Sverige. De som är verksamma inom BVC-verksamheten är sjuksköterskor med specialistkunskap inom barn och ungdom eller distriktsjukvård (Rikshandboken, 2012).

Barnhälsovårdens verksamhet har en aktiv och regelbunden kontakt med alla barn och deras föräldrar vilket skapar goda förutsättningar för att upptäcka och stödja barn som far illa. Alla barn har rätt till en trygg och säker uppväxt med skydd mot övergrepp, sexuellt- och annat utnyttjande, vilket sägs enligt FN:s barnkonvention som antogs i Sverige 1989 och handlar om barns lika rättigheter (Barnkonventionen, 2014). Barnhälsovårdens kärnuppdrag har till syfte att främja barns hälsa och utveckling (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2009). Barnhälsovårdens mål är att minska dödlighet, sjuklighet och funktionsnedsättning hos barn samt minska skadliga påfrestningar (Barnkonventionen, 2014; Magnusson et al. 2009). Barnhälsovården har ett universellt basprogram för de besök som ska finnas på barnhälsovården under barnens första år i livet. Det är ett program som är välplanerat med diverse olika fokus kring förebyggande hälso- och sjukvård. Det första besöket gällande barnet sker i hemmet då barnet är 1-3 veckor gammalt (Rikshandboken, 2014b). Sedan följs barnet upp med regelbundna kontroller på Barnhälsovårdsmottagningen. Vid 4 veckor sker kontrollen av distriktsjuksköterskan tillsammans med läkare medan efterföljande kontroller av enbart distriktsjuksköterskan sker vid 6 och 8 veckor samt vid 3 och 5 månader. När barnet är 6 månader gammalt sker ytterligare ett möte tillsammans med läkare och distriktsjuksköterskan. Hembesök nummer två inträffar då barnet är 8 månader och därefter är det besök på BVC- mottagning vid 10, 12 och 18 månader. Efter det följs barnet upp vid 2,5-3 år samt 4 och 5 års kontroller (Rikshandboken, 2014b). Inom barnhälsovården tittar

distriktsjuksköterskan på flera faktorer som påverkar barnet välmående så väl som anknytningen till föräldrarna, kontaktleende, joller, viktuppgång, motoriska aktiviteter, syn, hörsel och språktester (Magnusson et al. 2009). Tidiga tecken på dålig anknytning med föräldrar kan vara dålig viktuppgång, långsam utveckling, sömnstörningar och allmän kinkighet. Bedömningen av barnets utveckling bör ligga till grund för hur föräldrarna upplever sitt barn, medicinska dokument samt distriktsjuksköterskans bedömningar av barnet enligt åldersanpassad undersökning av barnet (Magnusson et al. 2009). Det finns svårigheter att genomföra dessa observationer eller undersökningar av barnets hälsa då faktorerna också tillhör en del av det normala utvecklingsstadiet för barnet.

Barnhälsovården har även en stödjande roll för föräldrar i deras föräldraskap.

Barnhälsovården ska bidra till en utvecklande och lärande uppväxtmiljö för barnet samt att tidigt kunna se avvikelser i barnets tillväxt och utveckling för att förebygga ohälsa (Magnusson et al. 2009). Distriktsjuksköterskan inom barnhälsovårdens verksamhet är van vid att stötta föräldrar i svåra situationer men i dessa fall där barnet misstänks utsättas för misshandel ställs sjuksköterskan ytterligare på prov. I familjer där barnet far illa beskriver distriktsjuksköterskan svårigheter att ge stöd till föräldrarna eftersom det är de själva inom familjen som utsatt barnet för ohälsa (Tingberg, 2008). Distriktsjuksköterskan ska vara ett stöd till föräldrarna samtidigt som de ska vara barnets försvarsadvokat om det är så att det är föräldrarna som utsätter barnet för misshandel. Det sägs ibland av föräldrarna att händelsen är en olycka (Tingberg, 2008). Distriktsjuksköterskan i sin yrkesprofession behöver signalera en oförståelse inför föräldrarna och verka som de inte förstår vad som pågår, för att inte missa kontakten med vårdnadshavarna och chansen att hjälpa barnet i dess situation. Föräldrarna försöker få sjuksköterskan att tro att det är en olycka som inträffat, vilket leder till att de tröstas, men det kan visa sig att det är de som är skyldiga och orsakar händelsen.

Distriktsjuksköterskan inom barnhälsovårdens verksamhetsområde jobbar utifrån barnperspektivet vilket beskrivs utifrån att en vuxen bör sätta sig in i barnets perspektiv och se till barnets bästa (ibid).

Barnets säkra uppväxt kretsar kring föräldrarnas trygghet, finns inte denna trygghet, som i fall där barnet utsätts för misshandel, skapar det en ohälsa hos barnet (Wright, Watsson och Bell 2002). En familj beskrivs enligt Wright et al. (2002) som en grupp människor som binds samman av starka emotionella band, en känsla av samhörighet och ett starkt ömsesidigt engagemang i varandras liv. Distriktsjuksköterskan inom barnhälsovården strävar efter att definiera vad som är en sund familjefunktion. Distriktsjuksköterskans inflytande i vården

bygger på att finna problemet i en situation för att kunna ge förslag på hur det kan förebyggas. Omvårdnaden bygger på att söka orsaker till problemet vilket ofta lägger skuld-känslor hos både barnet och övriga familjen. Att se en förändring innefattar att se, observera, notera, urskilja och verbalisera förändring vilket gör att förändringen blir verklig (Wright et al. 2002) Inom barnhälsovården används hembesök som en del av verksamheten för att skapa goda relationer till föräldrar men även för att kunna urskilja hur barnets hemmiljö ser ut. Studier har gjorts för att utvärdera hembesökets vikt av att ge både barn och föräldrar stöd att utvecklas i sin nya livssituation. Hembesök har enligt forskning visat sig ha stor påverkan för att förhindra ohälsa hos barn och för att kunna upptäcka om ett barn far illa (Olds, 2006; Eckenrode, Ganzel, Smith, Olds, Powers & Cole, 2000; MacMillan, Wathen, Barlow, Fergusson, Leventhal & Taussig, 2009). Föräldrarna upplever att hembesök gör dem tryggare och ger mer omsorg till sitt barn vilket gör att antalet skador, barnmisshandel, vanvård minskar samt att barnets emotionella och språkliga utveckling förbättras (Olds, 2006).

Betydelsen av stöd och samverkan

Socialtjänstens roll vid en anmälan är att skydda och hjälpa barnet som far illa med samhällets insatser och resurser, allt för att förebygga ohälsa (Socialtjänstlagen, 2001). Tidigare forskning pekar på att distriktssköterskan upplever att deras anmälan inte tas på allvar (Rowse, 2009). Det har bland annat visat sig att distriktsjuksköterskan inte får någon feedback eller uppföljning från socialtjänsten efter dem gjort en anmälan. Det beskrivs påverka och begränsa deras samarbete och kommunikation, som i sin tur beskrivs som en envägskommunikation (Francis et al. 2012; Rowse, 2009; Söderman & Jackson, 2011; Tingberg et al. 2008). Bristen på återkoppling från socialtjänsten beskrivs påverka distriktssköterskan negativt vilket påverkar inställningen negativt till anmälan i framtiden (Rowse, 2009). Distriktsjuksköterskan anses vara i behov av kontinuerligt stöd och uppföljning efter att en anmälan gjorts. Distriktsjuksköterskan beskriver att om det finns mer samarbete och stöd från socialtjänsten skulle det underlätta inför en anmälan. Att kunna urskilja var i processen barnet och familjen befinner sig och vad som kan förväntas för stöttning av barnhälsovårdens verksamhetsområde förenklar arbetet för dem. Upplever distriktsjuksköterskan stöd från chefer och övriga myndigheter som tillsammans arbetar för barnens rätt underlättar det för distriktsjuksköterskan att genomföra en anmälan (Francis et al. 2012). Därför är det av vikt att genomföra denna studie för att kunna urskilja distriktsjuksköterskans erfarenhet kring att genomföra en anmälan till socialtjänsten.

Syfte

Syftet var att beskriva distriktsjuksköterskans (inom barnhälsovårdens verksamhetsområde) erfarenheter av att anmäla misstänkta fall av barnmisshandel till socialtjänsten.

Metod

Studien genomfördes med en induktiv ansats samt kvalitativt angreppssätt för att beskriva distriktsjuksköterskans erfarenheter av att anmäla misstänkta fall av barnmisshandel. Det kvalitativa perspektivet återfanns i ett naturalistiskt paradig och hade ett holistiskt synsätt, att se hela människan (Holloway & Wheeler, 2010). Synsättet förklarar verkligheten utifrån individens egna sätt att se på världen. För att forskaren skulle få förståelse för distriktsjuksköterskans erfarenhet av att anmäla misstänkta fall av barnmisshandel behövdes en avspegling av verkligheten vilket gjorde att intervjustudien med ett kvalitativt angreppssätt ansågs lämpligast (Priebe & Landström, 2012). Forskaren utgick från intervjuer som datainsamlingsmetod. Det ansågs relevant för att kunna svara på forskningsfrågan ur distriktsjuksköterskans perspektiv och deras erfarenhet av att anmäla misstänkta fall av barnmisshandel inom barnhälsovårdens verksamhetsområde (Olsson & Sörensen 2012).

Urval

I studien valdes att intervjua distriktsjuksköterskor med verksamhet i Blekinge läns landsting inom Barnhälsovårdens verksamhetsområde. Information lämnades ut personligen till enhetscheferna på de valda vårdcentralerna, för att få ett godkännande av dem. I samband med att enhetscheferna godkände genomförandet av studien på deras vårdcentral togs även kontakt med distriktsjuksköterskorna. Under den personliga kontakten kunde information och en personlig kontakt byggas upp med respektive distriktsjuksköterska. Efter att distriktsjuksköterskan läst igenom det valda informationsbladet bokades intervjuer in. Att lämna information personligen beskrivs av Polit & Beck (2012) underlätta att få deltagare till sin studie. Förfrågan om att deltagande i studien delades ut till 8 distriktsjuksköterskor inom barnhälsovården. Intervjuerna genomfördes på vårdcentraler i Blekinge landsting. Urvalet byggde på att de skulle vara specialistutbildade distriktsjuksköterskor med verksamhet inom barnhälsovården, vilket innefattade den grupp av vårdpersonal som hade regelbunden kontakt med barn och deras familjer upp till sex års ålder.

Datainsamling

För att samla in data till den genomförda studien, tillämpades intervjuer. Under studiens gång genomfördes 6 intervjuer på 20- 40 minuter vardera. Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan och skrevs ut ordagrant. Intervjuerna byggde på en låg grad av

strukturering där informanterna själva beskrev och tolkade frågeställningen efter sina egna språkvanor, erfarenheter, värderingar och önsknings(Olsson & Sörensen, 2012; Polit & Beck, 2012). Intervjuer ansågs som en tillförlitlig metod eftersom de gav svar utifrån informanternas erfarenhet kring det valda ämnet (Polit & Beck, 2012). Vid genomförandet av en ostrukturerad och öppen intervjuteknik ansågs att informanterna inte påverkades av forskarens förutfattade meningar. Det ökade istället möjligheten att få väsentliga upplysningar som annars uteblivit vid ett strukturerat upplägg av intervjufrågorna (Olsson & Sörensen, 2012; Polit & Beck, 2012). Intervjustudien som genomfördes utformades efter en öppen frågeställning för att ringa in området och finna kunskap om distriktsjuksköterskans erfarenhet kring att anmäla misstänkta fall av barnmisshandel. I intervjun beskrev distriktsjuksköterskan med egna ord sin kunskap och den erfarenhet de hade kring anmälan av misstänkta fall av barnmisshandel till socialtjänsten (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Intervjun hade ingen klar frågeställning utan en öppen fråga ställdes om hur distriktsjuksköterskans erfarenhet kring att anmäla misstänkta fall av barnmisshandel såg ut. Inför intervjuerna valde forskaren att sätta sig in i ämnet för att ha förståelse samt att kunna utveckla intervjun under tidens gång genom följdfrågor... Kan du utveckla och du säger... Hur tänker du kring det... (Priebe & Landström, 2012).

Dataanalys enligt Burnards metod

I studien användes en kvalitativ innehållsanalys för att analysera mängden data som framkom. Kvalitativ innehållsanalys ansågs vara ett tillförlitligt sätt att analysera det omfattande materialet som framkom från de transkriberade intervjuerna (Elo & Kynnäs, 2007; Granskär, 2012). Analysmetoden valdes eftersom den fungerade väl på data från intervjuer då den urskilde återkommande budskap genom en öppen kodning och ett överskådligt kategorisystem. Burnards (1996) påtalade att forskaren borde hålla en öppenhet under användandet av innehållsanalysen eftersom den kunde genomföras utifrån forskarens egen tolkning.

Steg 1 Texten som framkom ur de 6 intervjuerna skrevs ner ordagrant på 23 sidor textmaterial. Texten som transkriberades ned i ett Word-dokument genomlästes noga för att få helhet och överblick över mängden data. Utifrån texten markerades en grov indelning med överstrykande färg i varje intervjus material. De färgmarkerade meningsenheterna samt övrig text lästes noggrant igenom för att inte missa betydande fakta för resultatet. De markerade meningsenheterna klistrades sedan i en tabell i ett nytt Word dokument med en markering i färg och kod. Där med fick forskaren en tydligare överblick från vilken intervju

meningsenheterna kom. I den grova indelningen skapades tillfälliga koder för att underlätta hanteringen av meningsenheterna. Steg 2 Meningsenheterna samlades i grupper som fick samma kod. Meningsenheterna kondenserades och gav en mer lättarbetad och lättöverskådlig bild för forskaren. Steg 3 Koder och meningsenheter analyserades och bildade tillsammans en underkategori. Steg 4 Underkategorier och koder bildade huvudkategorier då innehållet i dem utgick från liknande innehåll. Underkategorier, koder och de kondenserade meningsenheterna sågs över och jämfördes med originaldata för att urskilja om analysen genomfördes korrekt. De utvalda meningsenheterna samt valda koder och kategorier har under delar av analysens diskuterats med handledare (CB) för att få en tillförlitlig analys till det blivande resultatet.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Huvudkategori
Fördelen är att vi ha stöd av varandra vi är två som jobbar går och vi pratar väldigt mycket emellan och var det här rätt fel vad skulle du gjort i detta fall är detta anmälning är det inte anmälning.	Vi har stöd av varandra, vi pratat vad som är rätt och fel och vad man ska göra	Stöd av kollegan	Skönt att ha stöd

Figur 1: Analysprocessen

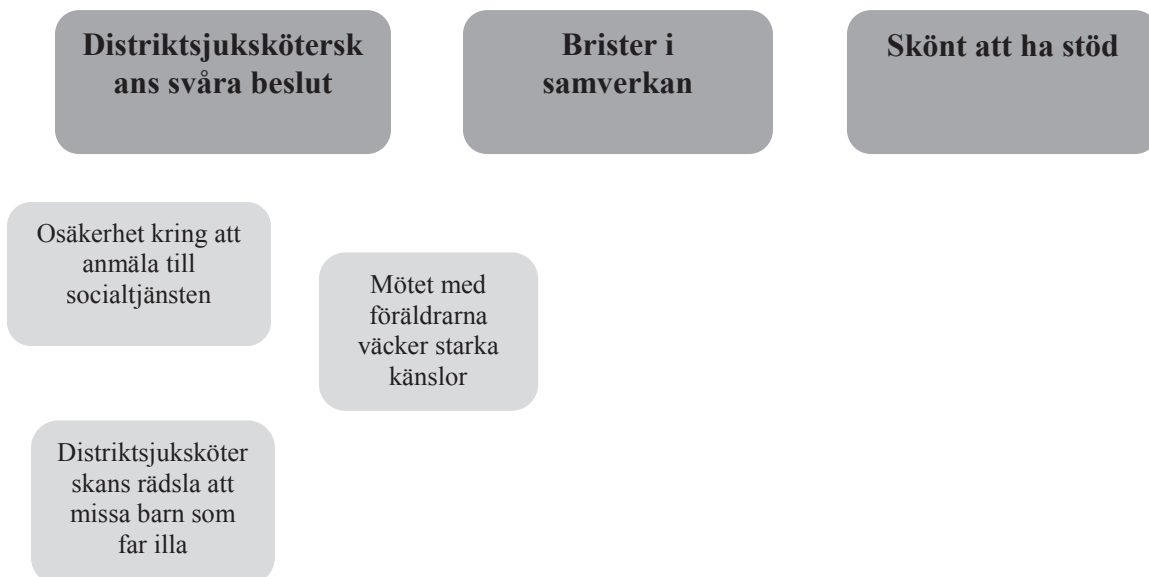
Etiska överväganden

Forskning som utförs inom högskoleutbildning på grund eller avancerad nivå behöver inte genomgå en ansökan om etikprövning enligt lagen (SFS 2003:460). Inför studien valde forskaren trots detta att genomföra en egen granskning enligt mallen av etiska etikkommittén och dessutom skickades ansökan till etikkommittén sydost. (Dnr EPK 224-2014) De såg hinder i det valda sättet att utforma studien utifrån enskilda fall vilket gjorde att forskaren ändrade utformningen av intervjun till att distriktsjuksköterskan intervjuades rent allmänt utifrån sin erfarenhet. Informanterna som deltog i studien erhöll sekretess för att skydda deras identitet och den information de gav. Deltagandet i studien var frivilligt och skyddades genom att informanterna avidentifierades för att igenkänning av personerna inte skulle vara möjlig (Polit och Beck, 2013; Olsson och Sörensen, 2011). Studiedeltagarna erhöll ett informationsbrev med information kring studiens syfte och utformning samt att intervjun byggdes på en öppen frågeställning som spelades in. Informerat samtycke inhämtades från

informanterna och deras rätt till att under hela intervjun välja att inte svara på frågor eller att avsluta intervjun (Polit & Beck, 2012; Olsson & Sörensen, 2011; Kvale & Brinkmann, 2010).

Resultat

Syftet med studien var att beskriva distriktsjuksköterskans erfarenheter av att anmäla misstänka fall av barnmisshandel inom barnvårdscentralens verksamhetsområde. Resultatet innefattas av tre kategorier *Distriktsjuksköterskans svåra beslut*, *Brister i samverkan* och *Skönt att ha stöd*. Distriktsjuksköterskans svåra beslut rymmer tre underkategorier vilka är, *Osäkerhet kring att anmäla till socialtjänsten*, *Mötet med föräldrarna väcker starka känslor* samt *Distriktsjuksköterskans rädsla att missa barn som far illa*. I brister i samverkan samt skönt att ha stöd har under analysen inte framkommit några underkategorier. Citat ur intervjuerna kommer att finnas med i resultatet för att få en mer beskrivande bild. Citaten är i kursiv stil och skrivet i talspråk.



Figur 2: Huvud och underkategorier som framkom ur analysen

Distriktsjuksköterskans svåra beslut

Denna kategori representerar de svåra beslut distriktsjuksköterskan ställs inför vid misstanke om att barn far illa och vid anmälan till socialtjänsten. Det beskrivs nämnare i underkategorierna *Osäkerhet kring att anmäla till socialtjänsten*, *Mötet med föräldrarna väcker starka känslor* samt *Distriktsjuksköterskans rädsla för att missa barn som far illa*. Svårigheterna beskrivs ur tre olika perspektiv, socialtjänst, föräldrar och barn.

Osäkerhet kring att anmäla till socialtjänsten
Underkategorin beskriver svårigheten för distriktsjuksköterskan att fatta beslut om att anmäla misstänkta fall av barnmisshandel till socialtjänsten.

Distriktsjuksköterskorna beskrev att det var jobbigt när de misstänkte att ett barn far illa. Det var svårt när de såg att ett barn far illa, inget barn ska behöva utsättas för misshandel.

Distriktsjuksköterskorna beskrev att i mötet med ett barn som far illa var det svårt att släppa tankarna kring barnet. De påpekade att när de misstänkte att ett barn far illa kretsade allt kring frågorna: Såg de rätt? Gjorde de rätt beslut? Vad var det de såg egentligen?

Distriktsjuksköterskorna beskrev att tankarna kring barnet följde dem även utanför jobbet och att det var väldigt svårt att släppa barnet ur sina tankar.

Att genomföra en anmälan beskrevs som en lång process där distriktsköterskorna ständigt strävade efter en säkerhet och efter ytterligare information kring barnet, föräldrarna och deras situation. De beskrev att det var svårt att avgöra om det behövdes en anmälning eller inte, skitiga kläder efter dagis kunde vara helt normalt men även ett tecken på att något inte stod rätt till. Distriktsjuksköterskorna påpekade en osäkerhet inför genomförandet av en anmälan. De påpekade att osäkerheten gjorde att de hellre kallade tillbaka familjen flera gånger till BVC än att de direkt genomförde en anmälan. Distriktsjuksköterskorna försökte i stället själva utreda om det fanns någon relevans i deras misstanke om att barnet utsattes för misshandel. Distriktsjuksköterskorna beskrev att det var få anmälningar som genomfördes vilket de ansåg berodde på den negativa inställning som de hade kring att anmäla misstänkta fall av barnmisshandel. Anledningen till det låga antalet anmälningar berodde på att de inte ville eller vågade se tecken som kunde finnas på grund av att de hade en skyldighet att anmäla till socialtjänsten.

“Man kanske väljer att inte se, det tror jag inte heller är ovanligt att vi ibland blundar lite för det vi egentligen ser, det tror jag.”(5)

Distriktsjuksköterskorna beskrev att det var problem att de inte genomförde anmälan till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa. De beskrev att förändringar skett i deras anmälningsplikt och skyldighet till att anmäla barn som far illa. Förändringar har skett i lagen vilket det påpekade. Distriktsjuksköterskorna hade en skyldighet att anmäla vid misstanke om att barn far illa. Trots de förändringar som skett i lagen beskrev de samtidigt att de inte upplevde att det hade blivit fler anmälningar på grund av förändringarna. De beskrev att en

anmälan inte kan ligga till grund på endast misstanke och en känsla utan distriktsjuksköterskorna ansågs sig vara behov av något konkret för att genomföra en anmälan till socialtjänsten. Distriktsjuksköterskorna ansåg dock att det var viktigt med lagändringen som gjorde att de blev skyldiga att anmäla vid misstanke om att barn för illa.

“däremot tycker jag det är bra att du kan anmäla för att du har en oro, magkänslan tycker jag är ett ganska bra motto egentligen”(3)

Mötet med föräldrar väcker starka känslor

Underkategorin beskriver distriktsjuksköterskans förmåga att bemöta föräldrars starka reaktioner i samband med en anmälan.

Vid misstanke om att ett barn för illa beskrev distriktsjuksköterskorna svårigheter att genomföra en anmälan på grund av att de inte ville skada relationen med föräldrarna. Distriktsjuksköterskorna beskrev att osäkerheten kring att våga anmäla berodde på att de inte ville skada familjen om deras misstanke inte hade någon sanningshalt.

Distriktsjuksköterskorna beskrev relationen mellan familjen och BVC som viktig för att hjälpa barnet och föräldrarna men också för att upptäcka barnmisshandel. Tankarna på föräldrarna och rädslan för att förstöra relationen dem emellan och därigenom tappa dem satte i vissa lägen stopp för genomförandet av anmälan. Distriktsjuksköterskan mötte även föräldrar som var medvetna att de inte kunde ta hand om sina barn. Distriktsjuksköterskorna ansåg att de fallen inte var lika svåra eftersom föräldrarna då var medvetna om sin bristande förmåga och bad om hjälp. Distriktsjuksköterskorna beskrev att det var jobbigt när de såg tydliga tecken på att ett barn för illa såsom blåmärken och oklara skador eftersom man satte sig emot föräldrarna. De påpekade att det är jobbigt i de situationer när man bedömer och säger till en förälder att de inte är kompetenta nog att ta hand om sina barn. Trots detta förklarade distriktsjuksköterskorna att de måste se barnet i första hand samtidigt som de påpekade att de jobbade för hela familjen.

”Så det är ju så klart att man känner att man sviker dem men det är ju vårt jobb och jag kan ju inte. Det är ju jättejobbigt! Det är ju det värsta vi har så klart men vi måste ju tänka på barnen. Det är ju barnens företrädare vi är”(2)

Distriktsjuksköterskorna beskrev det som viktigt att informera föräldrarna om barnkonventionen och anmälningsplikten. Distriktsjuksköterskorna beskrev att de tog upp ämnet i föräldragrupperna kring anmälningskyldighet då det ansågs lättare att samtala kring när flera föräldrar deltog. Distriktsjuksköterskorna beskrev att även om föräldrarna accepterade att de hade anmälningsplikt och det var för barnet distriktsjuksköterskorna jobbade, så var det ingen förälder som uppskattade när anmälan genomfördes. Vid anmälan fanns rutiner där distriktsjuksköterskorna samtalade med föräldrarna och förklarade varför de genomförde anmälan. I samband med samtalen mellan BVC och föräldrarna vid en anmälan beskrev distriktsjuksköterskan att föräldrarna upplevdes väldigt arga, upprörda och skrek åt distriktsjuksköterskan att de tagit fel beslut. Flertalet av distriktsjuksköterskorna beskrev en ilska, avståndstagande och hotfullhet från föräldrar i samband med att de genomförde en anmälan. Distriktsjuksköterskorna beskrev att hur de än gjorde så fick de stämpeln och föräldrarna emot sig. Det fanns ingen förälder som uppskattade att en anmälan till socialtjänsten gjorts.

“Jag känner mig inte hotad men hon gick på mig och sa att jag hade överreagerat..... att du tycker jag är ful och äcklig det bryr jag mig inte om egentligt utan nu är det inte mig vi pratar om utan nu är det barnet så jag var nog rätt så tydlig att jag köper inte detta”(3)

“När klockan är halv 5 -5 sitter vi här själva och sen har vi haft föräldrar här som har varit påtända, med svarta solglasögon, som faktiskt kan bli hotfulla när man sitter här” (3)

Distriktsjuksköterskorna beskrev att en anledning till att de var försiktiga med att anmäla när de misstänkte att ett barn var utsatt för misshandel var på grund av att de inte ville svika familjens och barnets förtroende. Distriktsjuksköterskorna påpekade att kontakten med familjen försvann vanligtvis i samband med att de genomförde en anmälan till socialtjänsten. Någon distriktsjuksköterska hade en önskan om att barnhälsovården inte borde vara en dömande verksamhet utan vara ett stöd för familjen. Barnhälsovården borde vara en frizon för familjen där en dialog mellan distriktsjuksköterskan och familjen är öppen, inte dömande och anmälningskyldig. Det fanns så många andra verksamheter som fungerade dömande enligt familjerna. Distriktsjuksköterskorna påpekade att det var svårt att veta hur de bäst

kunde hjälpa familjen utan att erhålla känslan av svek och undvika förlorad kontakt med familjen.

Distriktsjuksköterskans rädsla att missa barn som far illa

Underkategorin beskriver distriktsjuksköterskans rädsla för att missa information och tecken när barn far illa.

Fler av de tillfrågade distriktsjuksköterskorna beskrev att de inte har varit i kontakt med barn som utsatts för barnmisshandel. De beskrev att det inte är vanligt att hitta fall där barn blivit utsatta för barnmisshandel. Trots detta påpekade distriktsjuksköterskorna en rädsla för att missa fall av barnmisshandel, eftersom de ansåg det var svårt att upptäcka dem.

Distriktsjuksköterskorna beskrev att de saknade kännedom om hur vanligt det är med barnmisshandel samt kunskap om hur de kunde se tecken på att ett barn utsatts för barnmisshandel. Barnmisshandel ansågs känsligt att samtala kring och kom sällan upp till ytan, vilket orsakade problem för de barn som utsatts för barnmisshandel.

”Egentligen är det ju om man tänker, att vi har ju inte haft så mycket här, så är det ju många gånger man har varit med om saker..... Jag tror fler far illa än vad vi upptäcker, tyvärr asså det är det nog. Vi kan tycka här, att här mår alla bra, men så är det ju inte.”(2)

Distriktsjuksköterskorna beskrev att ett barn kan må dåligt på många olika sätt och att det kan vara svårt att se och kunna urskilja barnmisshandel. Vid fall, där det funnits tydliga tecken på att ett barn far illa, såsom blåmärken på konstiga ställen på kroppen, att de ständigt kom med skitiga kläder eller inte gick upp i vikt blev misstanken tydligare. En anmälan kunde då enklare genomföras. Distriktsjuksköterskorna påpekade dock att barnmisshandel ofta inte är så tydligt. Att kunna se psykisk misshandel, bristande omsorg eller omvårdnad då tecknen inte är lika tydliga och självklara ansågs svårare enligt distriktsjuksköterskorna. De påpekade att även tydliga tecknen kunde bero på helt normala omständigheter. Skitiga kläder efter en dag på förskolan var vanligt hos barn och behövde då inte vara något tecken på misshandel enligt distriktsjuksköterskorna. Distriktsjuksköterskorna beskrev att de hade otillräcklig kunskap för att kunna se om barn far illa. De påpekade också att det var svårt att bedöma när en anmälan behövdes för att hjälpa barnet.

”Vad är det vi tittar på, ser vi egentligen alla det här grejerna? Jag tror inte alltid vi gör det. Jag tror man kan hålla en vettig fasad”(5)

Distriktsjuksköterskorna beskrev att tiden var begränsad då de träffade barnen. Den första tiden fram till barnet var ett år träffade de barnet regelbundet. Efter barnet fyllt ett år sågs de endast 1 gång på år och då under en kortare stund, vilket försvårade för dem att kunna upptäcka barn som for illa. De beskrev även att föräldrarna förstod hur de skulle svara på frågor som ställdes vid besöken för att distriktsjuksköterskan inte skulle misstänka något. Distriktsjuksköterskorna beskrev att om de inte hade upplevt något konkret kunde de inte anmäla till socialtjänsten. Distriktsjuksköterskorna beskrev att det skapade en rädsla kring att missa barn som for illa.

Brister i samverkan

En av huvudkategorierna som framkom ur analysen var *Brister i Samverkan*. Denna huvudkategori innefattar de brister som distriktsjuksköterskan upplever dels inom den egna organisationen och dels i samverkan mellan BVC och socialtjänst. De saknar förståelse och stöd från kollegor och verksamhetschefer samt samverkan med socialtjänsten i samband med anmälningar.

Distriktsjuksköterskorna beskrev att stödet från deras chefer och övriga myndigheter var bristande då de skulle genomföra en anmälan. Stöd från verksamhetschefens sida hade underlättat för att de inte skulle känna sig utelämnade. Distriktsjuksköterskorna påpekade att verksamhetscheferna, och även ibland övriga kollegor inom vårdcentralen, hade en oförståelse för vad barnhälsovårdens verksamhet innefattade. De beskrev att de endast såg BVC som ett jobb där distriktsjuksköterskan bemöter barn som utvecklas och mår väl och inte såg de fall där barnet far illa och en anmälan övervägdes.

”Jag tycker att många vet inte vad vi BVC SSK ens gör”(1).

Distriktsjuksköterskorna påpekade även brist av stöd från socialtjänsten. Den kontakt som fanns mellan dem och socialtjänsten beskrevs som en envägskommunikation där distriktsjuksköterskan blev utelämnad och inte fick någon information.

Distriktsjuksköterskorna beskrev att socialtjänsten använde dem för att samla in information med de fick aldrig någon information tillbaka inte ens när en anmälan genomförts.

Distriktsjuksköterskorna beskrev sig inte få någon form av feedback eller uppföljning efter att

anmälan gjorts. Det hade varit av vikt för distriktsjuksköterskorna för att känna att deras misstanke och anmälan var ”rätt” men även för att kunna stötta och hjälpa familjen och barnet efter anmälan. De ville också veta att barnet får den hjälp det behöver av socialtjänsten.

”Och jag tror allmänt att vi är rätt så dåliga på att göra anmälningar allmänt. Att man aldrig får någon feedback från socialen och så... Många gånger tror jag att man ser mellan fingrarna eller låter bli att göra en anmälan för när man väl ringer och frågar vad som händer så säger de ingenting. Sen ligger det mycket och gnager... Hur blev det? Är dom kvar? Har föräldrarna fått stöd?... och såna grejer”(3).

Distriktsjuksköterskorna påpekade att de problem som fanns gällande samarbete kunde bero på att de tillhörde olika verksamheter, såsom kommun och landsting, vilket försvårade öppenheten och samarbetet dem emellan. De påpekade att den strikta sekretesslagen satte stopp för ett bra samarbete dem emellan, allt för barnets bästa. Trots sekretessen beskrev de frustrationen kring att de borde jobba för samma mål, att barnet ska ha det bra. De beskrev att de borde vara mer tydliga med att bryta sekretessen genom att socialtjänsten frågade föräldrarna om de fick informera barnhälsovården under processens gång. Dessutom beskrevs en önskan om att vid varje inskrivning på BVC skulle föräldrarna bli tillfrågade om att skriva under på att samtal och samarbete mellan barnhälsovård, socialtjänst samt förskola skulle kunna ske. Det är av vikt för att kunna hjälpa både barn och familj på bästa sätt enligt distriktsjuksköterskorna.

”Lite sånt, någon form av uppföljning rapport eller något , då tror jag det hade varit lättare för barnen. Att vi har det lite mer öppet, för är det bara vi som vet något hur ska man då kunna hjälpa barnet där. De är ju många olika på förskola, och här socialen ,det är ju många ställen de är på”(6)

Distriktsjuksköterskorna påpekade att de kunde bli bättre för barnen om de samarbetade bättre med alla områden som barnen kommer i kontakt med såsom socialtjänst, BVC, förskola och skola. Distriktsjuksköterskorna beskrev sig ha en okunskap om hur socialtjänsten arbetade. Distriktsjuksköterskorna beskrev att det hade underlättat om de fått

ett ansikte på de som arbetar på socialtjänsten så att det inte blir ni och vi. De påpekade även att det hade varit skönt att tillsammans med socialtjänsten gå igenom vad de ska vara observanta på och hur processen ser ut efter att en anmälan är gjord.

”Men så kom hon ju hit den människan från socialtjänsten och vi träffades”(2)

När en anmälan var genomförd beskrev distriktsjuksköterskorna att det tog väldigt lång tid innan det hände något och tills att socialtjänsten började jobba med anmälan. De påtalade att anmälan inte delades ut till handläggare förrän flera dagar efter att en anmälan genomförts. En distriktsjuksköterska beskrev att anmälan gjordes en torsdag men att ingen på socialtjänsten tittade på anmälan förrän på onsdagen veckan därefter.

Distriktsjuksköterskorna beskrev maktlöshet och de upplevde ofta att de ville ta med sig barnet hem då de ansåg att socialtjänsten inte tog sitt ansvar. De påpekade inget förtroende för socialtjänsten. Distriktsjuksköterskorna beskrev att de ringde och påskyndade för att något skulle hända och i vissa fall hade anmälan lagts ner utan att de fått vetskap om det. När distriktsjuksköterskorna gjorde en anmälan så lades den snabbt ner hos socialtjänsten och det var anledningen till att distriktsjuksköterskorna valde att inte anmäla till socialtjänsten. Vid kontakt med socialtjänsten beskrev de att socialtjänsten ofta saknade resurser för att kunna hjälpa eller så tog det för lång tid enligt dem. Det påverkade i slutet barnet eftersom distriktsjuksköterskorna tappade förtroendet för socialtjänsten och därmed avstod från att genomföra anmälningar.

“När det är lite så här på gränsen väljer man att avvakta. När det gäller bristande omsorg håller vi ofta kvar själv och försöker stötta med insatser, med täta kontakter, samtala med föräldrar. För när vi skickar det till soc läggs det ändå ner och vi gör mer nytta själva... och det bästa för barnet i slutändan är att vi inte gör någon anmälan”(1).

Distriktsjuksköterskorna beskrev att det fanns möjlighet för dem att ringa ”Råd och Stöd” för att få hjälp. ”Råd och stöd” beskrevs vara länken mellan barnhälsovården och socialtjänsten och fungerade som en stöttning för distriktsjuksköterskorna när de skulle ta beslut om att anmäla misstänkta fall av barnmisshandel. Således påpekade distriktsjuksköterskorna att när de ringde ”råd och stöd” för hjälp och rådgivning fick de olika svar vad det gällde att göra en

anmälan eller inte. Informationen som gavs av ”råd och stöd” upplevdes inte ge distriktsjuksköterskorna det stöd som behövdes utan de fick ändå stå för beslutet själva om anmälan skulle genomföras eller inte. Distriktsjuksköterskorna beskrev att de efter samtal med ”råd och stöd” drabbades av en maktlöshet eftersom stödet inte hjälpte dem med bedömningen om en anmälan var aktuell eller inte. Distriktsjuksköterskorna påpekade att ansvaret då låg kvar hos dem och de visste inte hur de ska göra för att hjälpa barnet och dess familj. De påtalade en oro i samband med dessa situationer utifrån barnet sett. Vem skulle hjälpa barnet egentligen?

Skönt att ha stöd

Ytterligare en av huvudkategorierna som framkom vid analysen var *Skönt att ha stöd*. Denna huvudkategori beskriver att det finns stöd på olika nivåer. Det stöd distriktsjuksköterskan beskriver som mest betydelsefullt i samband med anmälan är inom den egna organisationen och kommer från kollegorna.

Distriktsjuksköterskorna påtalade fördelen med att ha kollegor när de gjorde en anmälan. De beskrev att de alltid hade stöd av sina kollegor inom barnhälsovården, vilket innebar andra BVC-sköterskor samt barnhälsovårdsläkaren. De beskrev att de hade ett nära samarbete och kunde på så vis hjälpa både barnet och dess familj eftersom kontinuitet och en öppen kommunikation fanns. Det underlättade att de hade någon att bolla med och finna stöd hos. Distriktsjuksköterskorna beskrev att det hade mycket bra stöd av sina kollegor som jobbade inom samma område liksom stödet av övriga kollegor och chefer på vårdcentralen. Distriktsjuksköterskorna påpekade att de hade varandra och aldrig jobbade ensamma inom sin verksamhet, de var alltid minst två distriktsjuksköterskor som ansvarade för barnhälsovårdsverksamheten.

”Fördelen är att vi ha stöd av varandra. Vi är två som jobbar, går, och vi pratar väldigt mycket emellan. Var det här rätt – fel? Vad skulle du gjort i detta fall? Är detta anmälning? Är det inte anmälning?”(1)

Distriktsjuksköterskorna beskrev att de fick stöd av andra kollegor som jobbade inom samma verksamhet. Distriktsjuksköterskorna i deras upptagningsområde träffades tillsammans en gång i månaden för att få stöd av varandra. De träffades också tillsammans med barnhälsovårdspsykologen vid dessa möten och diskuterade och ställde frågor kring olika fall. De beskrev att det var skönt att kunna prata om ämnet eftersom det var svåra saker att jobba

med. Att samtala med de andra distriktsjuksköterskorna beskrevs som betydelsefullt och viktigt för dem. De andra distriktsköterskorna var de enda som förstod känslorna och erfarenheterna kring att anmäla till socialtjänsten. De kunde också ge varandra råd om hur de skulle kunna bemöta de barn som för illa samt bemötandet av barnens föräldrar. I samband med träffarna fanns även en barnhälsovårdspsykolog närvarande som stöd för dem. Distriktsjuksköterskorna beskrev dock inte att psykologen inte hade den mest betydelsefulla rollen. De beskrev att kollegorna hade en betydligt väsentligare roll som stödpersoner för dem gällande det svåra ämnet barnmisshandel.

”Det är aldrig kul att göra en anmälan själv utan då är det skönt att ha kollegor”(2)

Diskussion

Metoddiskussion

För att bedöma kvalitén på studien har en strävan funnits att uppriktigt motivera de val som gjorts. Vilket ligger till grund för bedömningen av studiens tillförlitlighet och överförbarhet. Rolfe (2004) beskrev att det inte fanns några specifika begrepp för att bedöma en studies trovärdighet, utan det är läsarens egen uppfattning och egna erfarenheter som avgör studiens tillförlitlighet samt överförbarhet. Studien bedöms utifrån den process som föreligger för att framställa ett tillförlitligt resultat (Graneheim & Lundman, 2004). Som utgångspunkt presenteras aspekter såsom överförbarhet samt tillförlitlighet i ett led av diskussionen för att underlätta för läsaren att skapa sig en uppfattning om studiens tillförlitlighet samt överförbarhet.

Forskaren valde att basera sitt urval utifrån att informanterna var verksamma inom barnhälsovårdens verksamhetsområde och ansvarade för BVC mottagningen på respektive vårdcentral. Distriktsjuksköterskorna valdes utifrån ett strategiskt urval.

Distriktsjuksköterskorna som deltog i studien jobbade inom Barnhälsovården i landstinget Blekinge och hade en specialistutbildning inom barn och ungdom eller distriktsvård. Urvalet ansågs vara av vikt för att distriktsjuksköterskorna skulle kunna svara på studiens syfte. De informanter som framkom i urvalet ansågs kunna svara på det valda fenomenet. De var verksamma inom barnhälsovårdens område och hade därmed anmälningsskyldighet enligt socialtjänstlagen att göra anmälan vid misstanke om att barn för illa. Forskaren ansåg det var relevant att informanterna hade erfarenheter i förekommande frågor för att kunna få en överförbarhet i resultatet (Holloway & Wheeler, 2010). Urvalet låg till grund för vilka som på

ett tillförlitligt vis skulle kunna svara på studiens syfte. I urvalet gjordes en begränsning geografiskt till barnhälsovården i landstinget Blekinge. Urvalet var begränsat till en liten del av Sverige vilket forskaren inte ansåg påverka studiens tillförlitlighet eftersom distriktsjuksköterskorna i hela landet utförde likvärdigt arbete. Arbetet som distriktsjuksköterska inom barnhälsovården styrs av gemensamma lagar och förordningar såsom anmälningsskyldigheten i Socialtjänstlagen (2001:453), Barnkonventionen,(2014) samt Lagen om stöd och skydd för barn och unga, (2009:68) vilka alla syftar till att barn har rätt till en säker och trygg uppväxt.

Vid genomförandet av intervjuerna togs kontakt med enhetscheferna för att få godkännande att genomföra studien på vårdcentralerna. Det ansågs kunna påverka resultatets tillförlitlighet då verksamhetschefen kunde fungera som en ”gatekeeper” om de valde informanter som bäst kunde representera verksamheten och med mest utbildning, vilket kunde påverka studiens tillförlitlighet (Holloway & Wheeler, 2010; Polit & Beck, 2012). Efter samtalet och godkännande av enhetscheferna valde forskaren att ta personlig kontakt med distriktsjuksköterskorna, som var möjliga informanter till studien, där de förklarade studiens syfte. Detta var av vikt för forskaren för att undvika att verksamhetschefen själv tog ansvar för rekryteringsprocessen. Det kunde i så fall påverka studiens tillförlitlighet negativt. Forskaren ansåg även att den personliga kontakten var ett sätt att skapa trygghet för informanterna samt för att få ett ansikte på forskaren inför att intervjun skulle genomföras. Det ansågs vara av vikt då det valda ämnet var känsligt och kunde vara svårt att samtala kring. Forskarens mål var att upplevde informanterna en trygghet och öppenhet med forskaren skulle intervjun flyta på bättre. Informanterna skulle därmed våga samtala kring områden som upplevdes jobbiga, eftersom en förtroendefull relation fanns gentemot forskaren, vilket stärkte studiens tillförlitlighet. Det beskrevs påverka det material som framkom under intervjuerna samt gav det en tillförlitlighet i resultatet (Polit & Beck, 2012).

Forskaren valde att genomföra en intervjustudie för att få verklighetsöverstämmande svar på studiens syfte gällande distriktsjuksköterskans erfarenheter av att anmäla misstänkta fall av barnmisshandel. Forskaren efterfrågade att få svar och djupare förståelse för det valda fenomenet utifrån distriktsjuksköterskans erfarenheter. Distriktsjuksköterskorna kunde under den ostrukturerade intervjun, utifrån sina egna erfarenheter och med egna ord beskriva hur de upplevde att anmäla misstänkta fall av barnmisshandel (Polit & Beck, 2012; Kvale, 2010). Forskaren kunde även valt att genomföra en strukturerad intervjustudie dock kunde det ha

påverkat friheten i intervjun. En öppen och ostrukturerad intervju beskrivs få en mer naturlig framtoning, och påverkar inte distriktsjuksköterskorna i deras svar. Frågeställningen och tolkningen gjordes utifrån distriktsjuksköterskornas erfarenheter och önskningsvilket styrker tillförlitligheten i studien (Polit & Beck, 2012). En ostrukturerad intervju valdes eftersom forskaren hade en tydlig forskningsfråga och strävade efter att inte påverka distriktsjuksköterskorna på något sätt genom forskarens tidigare kunskaper eller förutfattade meningar inom det valda ämnet (Olsson & Sörensen, 2012). För att kunna urskilja hur verkligheten såg ut var det viktigt att se distriktsjuksköterskornas erfarenheter och på så vis förstå de komplexa situationer distriktsjuksköterskorna befann sig i vid anmälan. Valet av att genomföra intervjuer kunde ha påverkat resultatet på det viset att människan inte alltid förmedlar det budskap som avspeglar det vi gör (Holloway & Wheeler, 2010). Dock upplevde forskaren inte kunna påverka det faktum att vi inte alltid gör som vi säger även om annan metod valts. Således ansåg forskaren att det kunde uppstå svårigheter att genomföra studien på annat sätt på grund av det etiskt svåra ämne som valts. För att inte missa de erfarenheter distriktsjuksköterskorna hade kring att genomföra en anmälan till socialtjänsten och för att undvika att förlora betydande material under intervjun hölls en öppen frågeställning där distriktsjuksköterskan berättade fritt. Genom upprepande frågeställningar såsom ”berätta vidare” behöll forskaren en objektivitet och informanterna påverkades inte av ledande frågeställningar (Olsson & Sörensen, 2012; Holloway & Wheeler, 2010; Polit & Beck, 2012).

Forskaren som genomfört studien hade ingen tidigare förkunskap kring att genomföra intervjuer vilket kan ha påverkat resultatets tillförlitlighet. Forskaren ansåg att genomförandet av intervjuerna var svårt och krävande, då följdfrågorna som ställdes inte skulle vara ledande, utan ge ett tillförlitligt resultat. Dock ansåg forskaren att intervjutekniken förbättrades under studiens gång då erfarenheter kring intervjuteknik byggdes upp, vilket stärker studiens tillförlitlighet. Som forskare och intervjuare är det av vikt att ha kunskap och erfarenhet för att kunna genomföra en tillförlitlig intervjuteknik (Berg, 2006). Intervjuteknik som ansågs begränsad hos forskaren kan ha påverkat intervjuens tillförlitlighet (Kvale, 2010). Resultatets tillförlitlighet kan styrkas då samma forskare genomförde all datainsamling, vilket ger en så lik intervjuteknik och utformning av intervjuerna som möjligt vilket stärker resultatet (Holloway & Wheeler, 2010).

Den genomförda analysen i studien har utgått från Burnards,(1996) tolkning av innehållsanalys i fyrastegs modell. Innehållsanalysen valdes eftersom forskaren tidigare jobbat utifrån samma analysmodell. Dessutom ansågs den ge en överblick över analysprocessen för att kunna genomföra en överförbar och tillförlitlig analysmetod. Innehållsanalysen gav en öppenhet i tolkningen av användandet samt en tydlig överblick över data, koder och kategorier som framkom ur det material som transkriberats utifrån intervjuerna. Innehållsanalysen ansågs vara fördelaktig eftersom en tillförlitlig analys av materialet kunde göras för att inte missa betydande data. Fördelen med att kunna gå tillbaka i analysen och se en övergripande bild, så inte betydande material gick förlorat i analysprocessen, ansågs också vara av vikt i valet av analysmetod (Berg, 2006). Innehållsanalysen ansågs passa analysprocessen eftersom syftet var att få fram distriktsjuksköterskornas erfarenheter kring det valda ämnet och därefter kunna se övergripande sammanhang vilka sammankopplades i koder och kategorier. Innehållsanalysen ansågs relevant att använda då informanternas erfarenheter kartlade hur verkligheten såg ut (Olsson & Sörensen, 2012). Samtidigt ansågs innehållsanalysen relevant att använda då materialet var inspelat samt transkriberat (Berg, 2006). Svagheter vid användandet av innehållsanalys var att tyst kommunikation såsom rörelsemönster samt underförstådda budskap inte kunde analyseras (Berg, 2006). För att styrka analysen valde forskaren att anteckna underförstådda budskap så inte väsentligt material gick förlorat. Efter det att intervjuerna genomförts av forskaren transkriberade forskaren ner dem, vilket underlättade förståelsen av texten. Det stärkte även studiens trovärdighet då risken för feltolkning av materialet minskade (Polit & Beck, 2012). Stegen i analysprocessen har genomförts av forskaren vilket ansågs styrka studiens tillförlitlighet. Stegen kunde knytas samman och dessutom kunde forskaren gå tillbaka i processen för att se att material som framkom under intervjun inte fallit bort (Polit & Beck, 2012). Tillförlitligheten i analysen styrktes ytterligare då forskaren kontinuerligt hade en dialog tillsammans med sin handledare (CB). Under analysen kunde även Burnards fjortonstegs metod valts för att stärka studiens tillförlitlighet ytterligare, dock ansågs inte tiden finnas för att genomföra detta. I så fall hade studiens tillförlitlighet stärkts ytterligare då informanterna hade kunnat läsa det transkriberade materialet och på så vis kunde forskaren redigera felaktiga missuppfattningar och förtydliga fakta som kunde ha fallit bort.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva vilka erfarenheter distriktsjuksköterskorna inom barnhälsovården har kring att anmäla misstänkta fall av barn som far illa. Tre kategorier bildades i analysprocessen vilka beskrivs som Distriktsjuksköterskans svåra beslut, Brister i samverkan samt Skönt att ha stöd. Huvudkategorin distriktsjuksköterskans svåra beslut innefattar tre underkategorier *Osäkerhet kring att anmäla till socialtjänsten*, *Mötet med föräldrarna väcker starka känslor* samt *Distriktsjuksköterskans rädsla att missa barn som far illa*. Övergripande kommer diskussionen att beröra underkategorin *Mötet med föräldrar väcker starka känslor* med två inriktningar på familjeperspektivet. Vidare diskuteras *Brister i samverkan mellan socialtjänst och distriktsjuksköterska*.

I denna studies resultat framkom att distriktsjuksköterskorna påverkades negativt av barnets föräldrar när de skulle våga anmäla. Distriktsjuksköterskorna beskrev att tankarna gick till föräldrarna merparten av gångerna när det gällde en anmälan om misstanke att barn far illa. Distriktsjuksköterskorna beskrev att mötet med föräldrarna väckte starka känslor, vilket hade sin grund i en rädsla för att ha fel i sin bedömning. Dessutom beskrev de att föräldrarnas starka negativa reaktion av anmälan, att eventuellt förlora kontakten med familjen och att de upplevde en negativ stämpel från föräldrarnas sida påverkade dem i deras bedömning att våga anmäla. Distriktsjuksköterskorna påpekade att det ibland var nödvändigt att de satte sig emot föräldrarna eftersom de var tvungna att se barnet i första hand, men tillade samtidigt att de jobbade för hela familjen. Tidigare forskning påpekar dessa svårigheter för barnhälsovårdens distriktsjuksköterskor, då det samtidigt som de ska se barnet också ska ge föräldrarna stöd trots att det är föräldrarna som utsätter barnet för ohälsa (Tingberg, 2008; Louwers et al. 2012.). Barnhälsovården kunde ibland upplevas bygga på ett familjeperspektiv då distriktsjuksköterskorna ofta nämner familjen i stället för barnet när det tar ställning till att genomföra en anmälan. Således betyder det inte att distriktsjuksköterskan ska avstå från att våga anmäla på grund av föräldrarna (Wright et al. 2002), Sjuksköterskan jobbar i dagens barnhälsovård genom att fånga in hela familjen samt att kunna ge hjälp och stöd till föräldrar i föräldraskapet (Månsson & Enskär, 2008). Distriktsjuksköterskorna beskrev att deras primära arbetsuppgift måste vara barnet men upplevde att det var svårt att säga till föräldrarna att de inte var kapabla att ta hand om sitt barn. Familjecentrerad omvårdnad beskrivs enligt forskningen som tvådelad i sin tillämpning när ett barn far illa då det är svårt att se både barnet och familjens perspektiv, hur distriktsjuksköterskan än gör bör fokus ligga hos barnet. Forskare Benzein, Hagberg & Saveman, (2008) påtalar vikten av att använda

familjecentrerad omvårdnad inom barnhälsovården. Familjecentrerad omvårdnad beskrivs som väl fungerande för att kunna nå ut till föräldrarna och kunna förhindra ohälsa och lidande för barnet. Annan forskning påpekar att barnhälsovården använder sig av ett familjecentrerat arbetssätt i ett försök att minska och förebygga barnmisshandel och vanvård (O'Reilly, Wilkes, Luck & Jackson, 2010). Såldes framkommer att tillförlitligheten att arbeta utifrån ett familjeperspektiv är väldigt ostuderat och är i behov av ytterligare forskning för att säkerställa dess tillförlitlighet. Är distriktsjuksköterskornas arbetssätt utformat utifrån familjeperspektiv samt är det i så fall en påverkande faktor till att så få anmälningar sker inom barnhälsovården?

Distriktsjuksköterskorna i studien som genomförts påpekade att det var utsatta i sin roll som distriktsjuksköterskor men även som privatpersoner när det genomförde en anmälan. De beskrev att de själva behövde stå med sitt namn på anmälan vilket distriktsjuksköterskorna upplevde var svårt när föräldrarna blev arga och hotfulla efter att en anmälan genomförts. De påtalade att föräldrar kunde komma påtända och hotfulla till dem när de suttit kvar sent på jobbet på eftermiddagarna vilket gjorde att de kände sig utsatta. En distriktsjuksköterska påpekade också att känslan av att inte veta om de dök upp hemma, utanför deras hus eller kom nära deras familjer som en obehaglig, men inte omöjlig, händelse. Hälso- och sjukvårdspersonal kan inte genomföra en anonym anmälan. Uppgifter som lämnas till socialtjänsten i samband med en anmälan kommer till föräldrarnas kännedom (Socialtjänstlagen 2001:453); Landstinget Blekinge, 2012). Vid genomförandet av en anmälan rekommenderas från socialtjänsten att distriktsjuksköterskorna tar en kontakt med föräldrarna innan anmälan och förklarar oron för barnet samt att en anmälan kommer att genomföras men att avsikten är att hjälpa och stödja barnet och familjen. På grund av den utsatthet distriktsjuksköterskorna påtalade vid genomförandet av en anmälan ansågs att anmälan inte borde ske självständigt. Skulle det vara möjligt att en anmälan gjordes av någon av distriktsjuksköterskans närmaste chefer? Anledningen till detta är i så fall att distriktsjuksköterskan även fortsättningsvis skulle kunna ha en god kontakt med familjen. Den kontakten kan försämrats och eventuellt förloras om distriktsjuksköterskan självständigt står för anmälan enligt det distriktsjuksköterskorna själva påpekade. Distriktsjuksköterskors utsatthet i samband med en anmälan kan vara den påverkande faktorn till att distriktsjuksköterskorna beskrivs underrapportera fall av barnmisshandel (Lazenbatt, 2006; Backlund et al. 2012; Lagerberg, D 2001; Socialstyrelsen, 2013).

I den genomförda studien framkom även att distriktsjuksköterskorna saknade ett samarbete tillsammans med socialtjänsten. Distriktsjuksköterskorna beskrev att de upplevde att de inte togs på allvar när det skulle genomföra en anmälan av socialtjänsten.

Distriktsjuksköterskorna förklarade att det spelade stor roll för dem att beslutet att anmäla var rätt och att situationen för barnet förbättrades. Distriktsjuksköterskorna påpekade att det trodde anmälningsnivån var låg för att det inte fick respons från socialtjänsten, varken positiv eller negativ. De påpekade att det många gånger hellre såg mellan fingrarna i stället för att anmäla. Distriktsjuksköterskorna påpekade att vid kontakt och rådfrågning till Socialtjänsten gällande vad som hände i aktuella fall så fick de inget svar. Det skapade en oro hos distriktsjuksköterskorna om barnet och familjen fick den hjälp de behövde vilket kändes frustrerande. Distriktsjuksköterskorna upplevde att de kanske skulle hållit i situationen kring barnet själva för att kunna ha bättre kontroll över barnets aktuella situation. De beskrev att den bristande uppföljningen och feedbacken påverkade deras inställning till att genomföra en anmälan i framtiden. Detta fenomen styrks även i tidigare studier som genomförts (Rowse, 2009; Jones 2008). Ett väl fungerade samarbete mellan myndigheter beskrivs vara av vikt för att förebygga samt snabbt kunna identifiera när barn far illa (Seifert, Krohn, Larson, Lambe, Püschel & Kurth, 2010). Distriktsjuksköterskorna i studien beskrev att samarbetet var bristfälligt då kommunikationen mellan barnhälsovården och socialtjänsten endast upplevdes vara envägskommunikation, vilket hindrade barnhälsovården från att hjälpa barnet efter anmälan eftersom de inte visste var i processen familjen och barnet befann sig. De beskrev den hårda sekretessen som en betydande faktor för att kunna genomföra en god uppföljning för barnets bästa. Det beskrevs även av (Francis et al. 2012; Rowse, 2009; Söderman & Jackson, 2011; Tingberg, 2008; Cocozza et al. 2007) Enligt Hälso-och sjukvårdslagen (1982:763) § 2 f beskrevs skyldigheten när ett barn far illa eller riskerar att fara illa att samverka mellan de olika myndigheterna såsom socialtjänst och barnhälsovården. Trots detta sätter Offentlighet och Sekretesslagen(2009:400) samt Patientsäkerhetslagen (2010:659) hinder gällande att utlämna uppgifter kring ett barns situation om myndigheterna inte erhållit vårdnadshavares medgivande. Distriktsjuksköterskorna påpekade att få feedback och information i enskilda fall kunde hjälpa barnet i slutänden då socialtjänsten tillsammans med barnhälsovården tillsammans bör arbeta för familjen och barnets bästa.

Distriktsjuksköterskorna beskrev att avsaknaden av uppföljning och feedback gjorde dem osäkra i om det bästa är att anmäla. Troligtvis förlorade de kontakten familjen och dessutom visste de om socialtjänsten följde upp och tog tag i situationen eller om den lades ner vilket i sin tur påverkade barnet negativt (Eisbach & Driessnack, 2010; Paavilainen & Tarkka, 2003).

Distriktsjuksköterskorna beskrev att de hellre själva höll i stöd till familjen och barnet vilket även stöds av (Francis et al. 2012; Rowse, 2009; Söderman & Jackson, 2011; Tingberg et al. 2008). De påpekade att anmälan kan göra mer skada än nytta eftersom BVC-sköterskans kontakt med familjen försvann. Alla distriktsjuksköterskorna i denna studie påpekade problem och brister i förtroende för socialtjänsten vilket i slutänden gjorde att de i flera fall undvek en anmälan. Det dåliga samarbetet mellan myndigheterna påpekas av tidigare forskning men får inte vara skäl till fördröjning än mindre att undvika en anmälan vid misstanke om att ett barn far illa (Lagerberg, 2001). Samarbetet mellan dessa två parter borde underlättas då barnets bästa bör vara fokus för bägge parter. Ett gott samarbete måste främjas för barnens bästa i vårt samhälle. Genom att låta föräldrar mera systematiskt upphäva sekretessen mellan BVC och socialtjänst borde samarbetet mellan myndigheterna emellan kunna förbättras radikalt och kanske borde sekretesslagen förändras så att yrkeskategorier med liknande behörighet skulle kunna samverka utan sekretess, för barnets bästa.

Slutsats

Under studiens gång framkom ett resultat där distriktsjuksköterskorna beskrev svårigheter vid genomförandet av anmälan till socialtjänsten. Det fanns flera faktorer som de ansåg påverkade deras inställning till att genomföra en anmälan. Distriktsjuksköterskorna framhöll sin anmälningsplikt men avstod i många fall från att genomföra anmälan på grund av bristande samarbete mellan barnhälsovård och socialtjänst. Avsaknaden av samverkan mellan distriktsjuksköterskor och socialtjänst upplevdes försvåra processen att anmäla. Den bristande tillgången på uppföljning och feedback från socialtjänsten gjorde att distriktsjuksköterskorna blev osäkra i att ta beslut att anmäla till socialtjänsten när ett barn misstänktes fara illa. Distriktsjuksköterskorna beskrev att de hade en nära relation till både barn och föräldrar. Rädslan för att förlora kontakten med det aktuella barnet och troligen även föräldrarnas förtroende beskrevs som avgörande för distriktsjuksköterskan. Det behövs mer forskning för att kunna förbättra och se över vad i processen som skulle kunna förändras för att distriktsjuksköterskorna ska anmäla vid misstanke om att barn far illa. Lagförändringar hade skett den senaste tiden, dock påpekade distriktsjuksköterskorna att dessa inte påverkade deras inställning till att anmäla. Tydligare struktur och ett bättre samarbete behöver inledas. Samordning mellan kommun och landsting bör prioriteras eftersom bägge har ett ansvar för att arbeta kring barnens rätt i samhället. Om sekretesslagen mellan verksamheterna förändrade skulle samarbetet kring barnets situation förbättrats avsevärt, både barnet och dess familj kunde fått bättre hjälp. Vidare forskning är av vikt för att komma underfund med

varför distriktsjuksköterskor inte anmäler i den grad de enligt lag är skyldiga att göra. Vidare forskning bör genomföras kring ämnet anmälningsplikt samt barnmisshandel eftersom området forskningsmässigt är svagt utvärderat.

Referenser

Backlund, Å., Wiklund, S., & Östberg, F. (2012). När man misstänker att barn far illa. En studie av hur professionella inom BVC, förskola och skola förhåller sig till anmälningssplikten. Stockholm: Rädda barnen.

Barnkonventionen. (2014). *FN:s konvention om barnets rättigheter*. Hämtad från: <http://barnkonventionen.se/wp-content/uploads/2009/07/Barnkonventionenfullversion.pdf> (2014-05-11).

Berg, B. L. (2006) *Qualitative research Methods for the Social Sciences*. 6 th edition. Boston: Allyn and Bacon.

Benzein, E.G., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2008). Being appropriately unusual: a Challenge for nurses in health-promoting conversations with families. *Nursing Inquiry*, **15**(2), 106–115.

Brottsförebyggande rådet. (2013). *Barnmisshandel*. Hämtad från: <http://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/barnmisshandel.html>. (2014-05-21).

Burnard, P. (1996). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, *11*, 461-466.

Cocozza, M., Gustafsson, P A., & Sydsjö, G. (2007). Who suspects and reports child maltreatment to Social Services in Sweden? Is there a reliable mandatory reporting process? *European Journal of Social Work*, *10*(2), 209-223.

Eckenrode, J., Ganzel, B., Smith, E., Olds, D., Powers, J., Cole, R., Kitzman, H. & Sidora, K. (2000). Preventing child abuse and neglect with programs of nurse home visitation- the limiting effects of domestic violence. *American medical association*, *284*, 1385-1391.

Eisbach, S., & Driessnack, M. (2010). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses'. *Journal For Specialists In Pediatric Nursing*, *15*, (4), 317-323.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, *62* (1), 107-115.

Francis, K., Chapman, Y., Sellick, K., James, A., Miles, M., Jones, J., & Grant, J. (2012). The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Journal for the Australian Nursing Profession*, *41*(1), 58-69.

Fraser, J., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., & Dunne, M. (2010) Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis international *Journal of Nursing Studies*, *47*, 146–153.

- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Studentlitteratur: Lund.
- Guvå, G., & Hylander, I. (2003). *Grundad teori - ett teorigenererande forskningsperspektiv*. Stockholm: Liber.
- Herenden, PA., Blevins, R., Anson, E., & Smith, J., (2013) Barriers to and Consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse Practitioners. *National Association of Pediatric Nurse Practitioners*.
- Holloway, I., & Wheeler, S., (2010). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Enligt Hälso-och sjukvårdslagen (1982:763)
- Jones, R., Flaherty, E. G., Binns, H. J., Price, L. L., Slora, E., Abney, D., (2008). Clinicians' Description of Factors Influencing Their Reporting of Suspected Child Abuse: Report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics*, 122 (259).
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lagerberg, D. (2001). A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. I. Characteristics of the nurses. *Child Abuse & Neglect*, 25(12), 1583-1601.
- Lagerberg, D. (2004). A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. II. Characteristics of the children. *Taylor & Francis Healthsciences*, 93, 692-701.
- Landstinget Blekinge. (2012). Handlingsplan Landstinget Blekinge, avseende barn som far illa.
- Lazzenbratt, A., & Freeman, R., (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 227-236.
- Lee, P.Y., Fraser, J., & Chou, F.H. (2007). Nurse Reporting of Known and Suspected Child Abuse and Neglect Cases in Taiwan: *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 23(3),128-137.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage, Beverly Hills, CA.
- Louwers, E., Korfage, I., Affourtit, M., De Konig, H., & Moll, H., (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12, (167).

MacMillan, H., Wathen, N., Barlow, J., Fergusson, D., Leventhal, J., & Taussig, H. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet*, 373, 250–66.

Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E., & Sundelin, C., (2009). *Barnhälsovård – att främja barns hälsa*. Stockholm: Liber.

Månsson, M., & Enskär, K., (2008). *Pediatrik vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Offentlighet och Sekretesslagen(2009:400)

O'Malley, D., Kelly, P., & Cheng, A. (2013). Family Violence Assessment Practices of Pediatric ED Nurses and Physicians', *Journal Of Emergency Nursing*. 39 (3), 273-279.

Olds, D. (2006). The nurse-family partnership: an evidence bases preventive intervention. *Infant Mental health journal*, 27(1), 5-25.

Olsson, H., & Sörensen, S., (2011). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

O'Reilly, R., Wilkes, L., Luck, L., & Jackson, D.(2010) The efficacy of family support and family preservation services on reducing child abuse and neglect: what the literature reveals *Journal of Child Health Care*. 14,(1), 82–94.

Paavilaine, E., & Tarkka, M., (2003). Definition and Identification of Child Abuse. *Finnish Public Health Nurses*. 20(1), 49–55.

Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P., Paunonen-Ilmonen, M., & Laippala, P. (2002). Caring for maltreated children:a challenge for health care education. *Journal of Advanced Nursing*. 37(6), 551–557.

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Priebe, G., & Landström, C., (2012). I: M.Henricson, (red), *Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar –grundläggande vetenskapsteori*. (Sid 32-49). Lund: Studentlitteratur.

Regeringen. (2001). *Barn och misshandel – En rapport om kroppslig bestraffning och annan misshandel I Sverige vid slutet av 1900-talet*. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/content/1/c4/27/79/bde6c088.pdf> (2014-05-11).

Rikshandboken barnhälsovård (2012). *Barnhälsovårdens roll och ansvar (Allmänt om barn som far illa)*. Hämtad från: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Allmant-om-barn-som-far-illa/Barnhalsovardens-roll-och-ansvar/> (2014-04-06).

Rikshandboken barnhälsovård (2014a) Hur ska man agera vid misstanke? (anmälan till socialtjänsten). Hämtad från: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Anmalan-till->

[socialtjansten/Hur-ska-du-agera-vid-misstanke/](#) (2014-10-21).

Rikshandboken barnhälsovård (2014b) *BHV- programmet det universella*. Hämtad från: http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Rikshandboken/BHV_programmet_universella2014.pdf (2014-10-22).

Rolfe, G. (2004). Validity, trust worthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*. 53 (3) 304-310.

Rowse, V. (2009). Support needs of children's nurses involved in child protection cases. *Journal Of Nursing Management*. 17(6), 659-666.

Sege, R., Flaherty, E., Jones, R., Price, L.L., Harris, D., Slora, E., Abney, D., Wasserman, R., & CARES study team.(2011) To report or not to report: Examination of the initial primary care management of suspicious childhood injuries. *Academic Pediatrics* **11**(6), 460-466.

Seifert, D., Krohn, J., Larson, M., Lambe, A., Püschel, K., & Kurth, H. (2010). Violence against children: Further evidence suggesting a relationship between burns, scalds, and the additional injuries. *International Journal of Legal Medicine* **124**(1), 49-54.

Socialstyrelsen.(2012). Barn som avlidit med anledning av brott- Dödsfallsutredningar 2010–2011. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). Barn som far illa eller riskera att fara illa - En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar. Västerås: Socialstyrelsen.

SOL 2001:453. Socialtjänstlagen.

Söderman, A., & Jackson, K., (2011). Barn som far illa i sin hemmiljö - BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen. Child abuse in the home environment- child health nurses experiences of meeting and helping the children. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 31(4), 38-42.

Tingberg, B. (2010). Child abuse – Clinical investigation, management and nursing approach. Hämtad från: <http://publications.ki.se/xmlui/handle/10616/40316> (2014-09-23).

Tingberg, B., Bredlo, B., & Ygge, B. (2008). Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing*. 17, 2718–2724.