

BVC sjuksköterskors erfarenheter av samarbete med socialtjänsten

- när barn misstänks fara illa

FÖRFATTARE	Marie Mattsson Karin Olin
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar/OM5300 VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Barbro Lundblad
EXAMINATOR	Helena Wigert

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



FÖRORD

Ett stort tack vill vi tillägna vår handledare Barbro Lundblad för hennes engagemang, stöd och tålamod under hela arbetets gång. Vi vill även tacka de BVC sjuksköterskor som deltog i studien och delgav sina erfarenheter.

Karin & Marie

Titel (svensk):	BVC sjuksköterskors erfarenheter av samarbete med socialtjänsten - när barn misstänks fara illa
Titel (engelsk):	Child health nurses' experiences of collaboration with the social services - at suspected child abuse.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar/Examensarbete för magister i omvårdnad/OM5300
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	32 sidor
Författare:	Karin Olin och Marie Mattsson
Handledare:	Barbro Lundblad
Examinator:	Helena Wigert

SAMMANFATTNING

Inledning: I barnsjuksköterskans kompetens och uppdrag ingår det att upptäcka när barn far illa och uppmärksamma detta genom att anmäla till socialtjänsten. I tidigare forskning har det visat sig att det finns ett behov av samarbete och stöd i samband med anmälan till socialtjänsten. BVC sjuksköterskans erfarenheter av hur samarbetet fungerar med socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa är sparsamt undersökt och vi fann det betydelsefullt att undersöka detta.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva BVC sjuksköterskors erfarenheter av samarbete med socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa.

Metod: Fyra BVC sjuksköterskor intervjuades och den transkriberade texten analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultatet i studien redovisas under tre kategorier; *”Kontakt som kan lätta på bördan”*, *”Att inte veta vad som händer sen”* och *”Att arbeta tillsammans”*. Vid samarbetet med socialtjänsten beskrev BVC sjuksköterskorna ett behov av att ha en kontaktperson och att de önskade stöd i form av att ha någon som axlade deras oro och tog över ansvaret. De upplevde ensidig kommunikation vid samarbetet med socialtjänsten och att sekretessen dem emellan ledde till tystnad. När det gällde samarbetet såg de hinder men också möjligheter till gott samarbete.

Diskussion: Misstanke om att barn far illa leder till oro för BVC sjuksköterskan och detta innebär ett stort ansvar. Eftersom BVC sjuksköterskan har ett behov av stöd vid anmälan till socialtjänsten när barn far illa ger resultatet anledning att gå vidare med den storskaliga studien.

Nyckelord: BVC sjuksköterska, erfarenheter, barn som far illa, socialtjänsten, samarbete.

ABSTRACT

Introduction: The Child health nurse's capability and commission includes detecting child abuse and to notify this by reporting to the social services. Previous research has shown that there is a need for collaboration and support in connection with the report to the social services. The Child health nurse's experience of how collaboration works with the social services at suspected child abuse is rarely studied and we found it important to investigate this.

Aim: The aim of this study was to describe Child health nurses' experiences of collaboration with the social services at suspected child abuse.

Method: Four Child health nurses were interviewed in this study and the transcribed text was analyzed based on a qualitative content analysis.

Findings: The results of the study are reported in three categories; *"Contact that can ease the burden"*, *"Not knowing what happens next"* and *"To work together"*. In the collaboration with the social services the Child health nurses' described a need of a personal contact and they wished for a support that eased the burden and took charged. Their experiences in collaboration with the social services were seen as a one-sided communication and confidentiality led to silence. About the collaboration they saw obstacles but also the possibilities for a good collaboration.

Discussion: The suspicion that a child is being abused worries and means a major responsibility for the Child health nurse. Since there is a need for support and to strengthen the Child health nurse in nursing the result gives a reason to go on with the full-scale study.

Keywords: Child health nurse, experiences, child abuse, social services, collaboration

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
VÅRDVETENSKAPLIGT PERSPEKTIV	1
Centrala begrepp	2
<i>Hälsa</i>	2
<i>Stöd</i>	3
BARNHÄLSOVÅRD	4
BARNS RÄTTIGHETER	4
BARN SOM FAR ILLA	5
SOCIALTJÄNSTEN	6
Anmälan	6
Sekretess	7
SAMARBETE	8
TIDIGARE FORSKNING	8
PROBLEMFÖRMULERING	12
SYFTE	12
METOD	13
URVAL	13
DATAINSAMLING	14
DATAANALYS	14
PILOTSTUDIEN	15
Urval	15
Datainsamling	15
Dataanalys	15

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	16
RESULTAT	17
KONTAKT SOM KAN LÄTTA PÅ BÖRDAN	18
En och samma kontaktperson	18
Någon som axlar oro och ansvar	18
ATT INTE VETA VAD SOM HÄNDER SEN	19
Ensidig informationsöverföring	19
Saknar återkoppling	20
Sekretessen leder till tystnad	20
ATT ARBETA TILLSAMMANS	21
Finner orsaker till att samarbetet brister	21
Möjligheter till gott samarbete	21
DISKUSSION	22
METODDISKUSSION	22
RESULTATDISKUSSION	24
Slutsats	27
Fördelning av examensarbetet	28
REFERENSER	29
BILAGOR	
1 Forskningspersonsinformation	
2 Samtyckesformulär	
3 Intervjuguide	

INLEDNING

Enligt Socialstyrelsen (2012) finns ännu ingen nationell statistik på det totala antalet anmälningar till socialtjänsten med anledning av misstanke om att ett barn far illa. Det har dock visat sig att av de anmälningar som inkommer står hälso- och sjukvården för lägsta andelen i förhållande till förskola och skola.

I barnsjuksköterskans kompetens och uppdrag ingår det att upptäcka barn som riskerar att fara illa eller som far illa och uppmärksamma detta genom att anmälan till socialtjänsten. I kompetensen ingår också att kunna samarbeta med barnets vårdnadshavare och myndigheter så att barnet får ett behovsanpassat omhändertagande.

Forskningen kring denna för sjuksköterskan komplexa uppgift visar att de efterfrågar olika former av stöd för att minska oron och för att bättre kunna hantera situationen som uppkommer vid misstanke om att barn far illa. Stöd i form av möjlighet till fördjupade kunskaper, tydliga riktlinjer och handlingsplaner har lyfts fram. Ett behov av samarbete med socialtjänsten i samband med anmälan eller vid överväganden av denna har också framförts som betydelsefullt.

Under vår verksamhetsförlagda utbildning blev det uppenbart för oss att samarbetet mellan sjuksköterskan på barnavårdscentralen (BVC) och handläggare vid socialtjänsten inte alltid upplevdes som tillfredsställande för BVC sjuksköterskan. Eftersom statistiken visar att relativt få anmälningar om att barn far illa inkommer från hälso- och sjukvården och att forskning pekar på att sjuksköterskor saknar det stöd som ett samarbete med handläggare förväntas kunna ge, ser vi det betydelsefullt att undersöka de erfarenheter sjuksköterskor har av samarbetet med handläggare vid socialtjänsten. Vid genomgång av tidigare forskning fann vi att detta var sparsamt studerat och kunskapen kan stärka BVC sjuksköterskan vid anmälan.

BAKGRUND

VÅRDVETENSKAPLIGT PERSPEKTIV

Denna forskningsplan är utarbetad med ett vårdvetenskapligt perspektiv och med fokus riktat mot BVC sjuksköterskans hälsovårdande arbete.

Utmärkande för kunskapsutveckling inom vårdvetenskap är att människan, vid både hälsa och ohälsa, står i centrum för intresset. Människors erfarenheter och upplevelser vid dessa tillstånd är ofta föremål för vetenskapliga studier samt har ett stort värde för utveckling inom kliniskt vårdarbete (Dahlberg & Segersten, 2010). Människosynen inom vårdvetenskapen utgår från ett humanistiskt perspektiv och människan ses som en helhet bestående av kropp, själ och ande (Wiklund, 2003).

Omvårdnadens värdegrund bygger på att alla människor har lika värde och skall behandlas med respekt och värdighet speciellt vid tillfällena då hon är som mest sårbar (SSF, 2010). Enligt Kirkevold (2000) ser Martinsen omsorg som en del av sjuksköterskans omvårdnad eftersom omsorg är ett förhållningssätt och den bygger på en relation. Omvårdnad är den aktiva handlingen i omsorgen om den andra. Den bygger på en vilja att hjälpa och bistå en person som är svag eller i behov av hjälp. För att kunna visa en person omsorg krävs en känsla av gemenskap vilket i sin tur bygger på en känsla av ömsesidigt beroende. Med detta tydliggörs att omvårdnad inbegriper minst två personer och att det är gemenskapen dem emellan som är av betydelse, vilket blir extra tydligt vid ohälsa. Vid ohälsa kan en beroendeställning uppkomma och det är då BVC sjuksköterskans uppgift att fatta väl underbyggda beslut så den svages behov tillgodoses på bästa sätt.

Centrala begrepp

Hälsa

Hälsobegreppet återfinns i många lagar, författningar och styrdokument som berör vården. Begreppet är centralt inom de flesta professioner inom vården men åtgärder för att främja hälsa kan se olika ut beroende på profession (Edberg & Wijk, 2009). Hälsa är ett av de fyra konsensusbegreppen inom vårdvetenskapen och det huvudsakliga målet med vårdandet (Dahlberg & Segesten, 2010). Människans upplevelse av hälsa är individuell och påverkar hela människan både fysiskt, psykiskt och emotionellt. För att uppleva hälsa är det av större betydelse att människan har en känsla av att vara i balans än enbart avsaknad av sjukdom. Hälsa beskrivs som friskhet, en känsla av sundhet och upplevelse av välbefinnande (Eriksson, 1995). Antonovsky (1987) förklarar hälsa utifrån hans begrepp KASAM som står för känsla av sammanhang. Hälsa uppstår när den enskilda människan upplever ett sammanhang i sin tillvaro och känner att sina handlingar är meningsfulla.

Vid definition av hälsa hos barn används samma definitioner som för vuxna och det centrala är hur barnet upplever sitt hälsotillstånd. Barn kan ha svårt att uttrycka sin upplevelse av hälsa och välbefinnande verbalt och bedömning får göras utifrån barnets signaler och beteende (Tveiten, 2000). Barns hälsa är BVC sjuksköterskans främsta mål och de har som uppgift att stärka och stödja barnen i deras hälsoprocesser (Dahlberg & Segersten, 2010).

Stöd

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) ingår det i sjuksköterskans arbetsuppgifter att stödja patient och närstående för att främja hälsa och förhindra ohälsa. Genom att stödja och vägleda patienten möjliggörs delaktighet i vården. Dahlberg och Segersten (2010) beskriver att patientens inre resurser stärks när sjuksköterskan stödjer patienten i vårdrelationen vilket kan leda till att hälsa och välbefinnande uppnås. Enligt Magnusson, Blennow, Hagelin och Sundelin (2009) är ett av barnhälsovårdens uppdrag att stödja och stärka föräldrar i deras föräldraskap. Stöd till föräldrar kan ges i olika former såsom hembesök, individuell stöd, hälsosamtal och föräldrastöd i grupp.

Hall och Wigert (2010) beskriver att den viktigaste formen av stöd är det emotionella stödet vilket har stor betydelse för att stötta föräldrarna känslomässigt. Instrumentellt stöd ges i form av konkreta handlingar och praktisk hjälp och informativt stöd genom råd och information. Föräldrarnas självkänsla stärks genom att sjuksköterskan visar stöd i form av uppskattning av deras handlingar och stöd kan även ges genom att småprata med familjen om vardagliga ting. Enligt Edwinsson Månsson och Enskär (2008) är en form av stöd att lyssna på barnet och deras föräldrar samt besvara deras frågor. De betonar att stödet måste vara individuellt och anpassas eftersom varje familj är unik.

Enligt Socialstyrelsen (2004) kan den anmälningsskyldige BVC sjuksköterskan vara i behov av stöd från kollegor vid anmälan till socialtjänsten när det finns misstanke eller kännedom om att barn far illa.

Det finns beskrivet att det är viktigt att stödja vårdarna som utför omvårdnad för att de skall orka med både fysiskt och psykiskt samt att deras resurser tas tillvara på och bibehålls (Vårdalinstitutet, 2011).

BARNHÄLSOVÅRD

Hälso- och sjukvård för barn och deras närstående är barnsjuksköterskans specialområde och med det följer ansvaret för att den vård barnen ges skall vara säker och trygg. Barnens närstående skall få det stöd som behövs så att de kan ge god vård till sina barn. Barnsjuksköterskan skall arbeta för ett bra samspel och en god relation mellan barn och närstående, samt verka för barnens rättigheter. Omvårdnadsarbetet skall utgå från gällande författningar och grunda sig på beprövad erfarenhet och vetenskap (SSF, 2008).

På BVC bedrivs i huvudsak hälsovård för nyfödda barn och upp till dess att de uppnått sex års ålder. Det hälsovårdande omvårdnadsarbetet utförs av sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom eller distriktssköterska. BVC sjuksköterskans främsta uppgift är att främja barns hälsa, utveckling och trygghet. BVC erbjuder föräldrar ett frivilligt deltagande i ett hälsoövervakningsprogram för deras barn. Arbetet bedrivs ur ett barn- och familjeperspektiv och det råd och stöd som erbjuds utgår från varje barn och familjs individuella behov (Rikshandboken i barnhälsovård, 2007).

Enligt Magnusson et al. (2009) bygger barnhälsovården på ett hälsofrämjande arbete där BVC sjuksköterskan erbjuder föräldrarna kunskap så att de har möjlighet att påverka olika positiva och negativa hälsoeffekter för sina barn och familjen. Inom barnhälsovården är det BVC sjuksköterskan som har omvårdnadsansvaret för barnet och familjen. Det finns även annan kompetens knuten till verksamheten så som t.ex. läkare, psykolog, kurator, dietist, logoped, tandvårdspersonal, och socionom.

De flesta föräldrar går regelbundet med sina barn till BVC vilket gör att sjuksköterskan där har förutsättningar att upptäcka barn som far illa. BVC sjuksköterskan kan uppleva det som en komplicerad situation när det finns en misstanke om att ett barn far illa och samtidigt inte vill riskera att förlora kontakten med föräldrarna (Rikshandboken i barnhälsovård, 2007). Enligt lag är BVC sjuksköterskan skyldig att göra en anmälan till socialnämnden vid minsta misstanke eller kännedom om att ett barn far illa (SFS 2001:453).

BARNS RÄTTIGHETER

För att skydda barnens mänskliga rättigheter antog FN:s generalförsamling en konvention om barns rättigheter 1989 och konventionen omfattar alla barn upp till 18 år. Konventionen

fastslår att alla barn har lika värde och rättigheter, barns bästa skall alltid komma i första hand, barn har rätt att uttrycka sin vilja och mening i saker som gäller barnet och att bli respekterade. Alla barn har rätt till liv och utveckling, hälso- och sjukvård samt rätt att skyddas mot våld och missbruk (FN:s generalförsamling, 1989).

Efter ett riksdagsbeslut 1990 åtog sig Sverige att följa FN:s Barnkonvention och den ligger till grund för regeringens barnrättspolitik. Enlig regeringen skall ett barnperspektiv finnas inom alla verksamheter och områden som berör barn (Regeringen, 2012). Konventionen ligger därför till grund för det hälsofrämjande arbetet inom BVC.

BARN SOM FAR ILLA

Barn som far illa definieras av Socialstyrelsen (2007) som ett barn som utsätts för fysiskt, psykisk våld eller försummelse, kränkningar eller sexuella övergrepp. Att ett barn far illa kan också orsakas av allvarliga relationsproblem inom familjen vilket då kan leda till att barnet inte får sina behov tillfredställda.

Stiftelsen allmänna Barnhusets (2011) definition av barn som far illa bygger också på de företeelser som barnet kan ha varit utsatt för. Psykisk och fysisk misshandel, sexuella övergrepp, försummelse, omsorgssvikt eller när de bevittnar våld i hemmet är exempel på detta. De symtom och tecken som ett barn kan uppvisa när det utsatts för företeelser eller händelser som lett till ohälsa eller risk för ohälsa kan sammanfattas som olika former av beteendestörningar och kroppsliga symtom så som magsmärta, huvudvärk samt onormal viktutveckling. Om barnet har skador som inte tycks överensstämma med barnets normala aktivitet eller om barnet inte kan eller vill röra en kroppsdel kan det vara tecken på fysisk misshandel. Omsorgssvikt och försummelse av barnet ska också anmälas. Missbruk, psykisk sjukdom och aggressivt beteende hos föräldrar kan också ge anledning till att barn inte får sina behov tillgodosedda vilka då skall uppmärksammas genom en anmälan.

Chaney (2000) har i sin studie från USA sammanställt nationella riktlinjer och definierat barn som far illa som ett barn som blivit utsatt för fysisk-, psykisk- och sexuell misshandel samt fysisk försummelse. I studien betonades vikten av att vid all misstanke om att barn far illa skulle sjuksköterskan genomföra en fysisk undersökning. Barnets beteende skulle observeras under undersökningen.

Enligt Socialstyrelsen (2012) finns det ingen nationell statistik på det totala antalet anmälningar av barn som far illa till socialtjänsten. Av anmälningar till socialtjänsten, på grund av att barn far illa, står hälso- och sjukvården för lägsta andelen i förhållande till anmälningar från förskola och skola. Polisen är den myndighet som står för högsta andelen anmälningar.

Under år 2012 anmäldes, enligt Brottsförebyggande rådet, 3200 misshandelsfall av barn 0-6 år och troligtvis är mörkertalet stort. Samma år anmäldes 2800 våldtäkter av barn 0-17 år och av offren var 10 procent pojkar (BRÅ, 2012).

SOCIALTJÄNSTEN

Sveriges kommuner har enligt socialtjänstlagen (2001:453) skyldighet att se till att alla barn ges möjlighet att växa upp under trygga och goda förhållanden. Enligt denna lag skall kommunerna ingripa när föräldrars omsorg om barnet är bristfällig eller när de inte kan stödja eller skydda sitt barn. Det är socialnämnden som har det yttersta ansvaret för barnet när vårdnadshavarens omsorg om barnet brister. Sveriges regering (2013b) beskriver att socialtjänsten i kommunerna ansvarar för att personer, som är i utsatta situationer, får den hjälp och det stöd de behöver. Socialtjänstens arbete ska utgå från varje persons individuella behov och arbetet ska bygga på respekt och kvalitet. Enligt regeringen (2013a) skall socialtjänsten vid kännedom om att barn far illa utreda barnets situation samt ta ställning till vilka insatser det finns behov av. Socialtjänsten har rätt att vidta åtgärder utan samtycke från vårdnadshavare.

Vid åtgärder som gäller barn skall socialtjänsten ha ett barnperspektiv och därmed alltid utgå från vad som är det bästa för barnet. Socialtjänstens uppdrag är att ansvara för att barn som far illa skyddas och att de får den hjälp de behöver. Socialtjänsten är beroende av uppgifter från andra myndigheter som har haft kontakt med barnet och familjen för att kunna hjälpa dem (Socialstyrelsen, 2004).

Anmälan

Alla myndigheter med verksamheter inriktade på barn såsom t.ex. socialtjänst, hälso-sjukvård, polis, skola och barnomsorg har enligt lag skyldighet att anmäla till socialnämnden vid misstanke eller kännedom om att barn far illa (SFS 2001:453). Enligt socialstyrelsen (2004) får en person med anmälningskyldighet inte själv värdera sin

misstanke utan en anmälan skall alltid göras till socialnämnden oavsett i vilken utsträckning eller hur svårbedömd misstanken om att barn far illa är och vad anmälan kommer att leda till. Personer med anmälningsskyldighet har även skyldighet att lämna uppgifter som kan ha betydelse för en pågående utredning av ett barns skyddsbehov och i de fall nya uppgifter tillkommer skall de kontinuerligt rapporteras. Skyldighet att lämna uppgifter gäller både efter en egen anmälan eller om någon annan gjort en anmälan. Det bör finnas tydliga rutiner och handlingsplaner på alla arbetsplatser med anmälningsskyldighet. Dessa skall innehålla hur en anmälan genomförs och till vem den ska göras. En anmälan bör göras skriftligen men det finns inga regler för hur en anmälan skall göras. En muntlig anmälan kan göras vid brådskande fall men den bör i så fall kompletteras skriftligen i efterhand. En anmälningsskyldig person har ett personligt ansvar för att en anmälan görs vid misstanke eller kännedom om att ett barn far illa och det är tjänstefel om så inte görs vilket kan leda till disciplinpåföljd. Personen som har gjort en anmälan bör även vara den som informerar föräldrarna om att en anmälan gjorts och skälen till denna.

Sekretess

BVC sjuksköterskan och socialtjänsten lyder båda under Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) men det råder även sekretess mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Med sekretess menas att varken muntliga eller skriftliga uppgifter får lämnas ut till någon obehörig. Anmälningsskyldigheten vid misstanke om att barn far illa, oavsett hur liten misstanken än är, tar alltid över sekretessen. BVC sjuksköterskan måste alltid lämna ut uppgifter om barnet vid anmälan eller utredning till socialtjänsten samt när socialtjänsten begär uppgifter eller handlingar vid misstanke om att barn far illa (Magnusson et al., 2009). För den som har gjort en anmälan är det önskvärt att få återkoppling från socialtjänsten om vad som händer med ärendet och detta kan endast ske om vårdnadshavaren samtycker till detta. Om vårdnadshavaren inte skulle samtycka till att socialtjänsten lämnar ut uppgifter om ärendet, till den som anmält, kan ändå en bekräftelse lämnas ut på att anmälan mottagits och vem som handlägger ärendet (Socialstyrelsen, 2004).

SAMARBETE

Enligt Svenska Akademiens ordlista (2006) är samarbete något som sker med någon för gemensamt syfte och Nationalencyklopedins ordbok (1996) beskriver samarbete som att arbeta tillsammans med andra för ett gemensamt mål. Kristoffersen, Nortvedt och Skaug (2006) menar att det är viktigt att alla parter som skall samarbeta kring barnet har en klar och tydlig yrkesidentitet. För att samarbetet skall fungera måste var och en vara medveten om sin professionella kunskap samt vad de kan tillföra för att uppnå det gemensamma målet.

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2005) beskriver att sjuksköterskan skall verka för ett gott samarbete med andra närliggande discipliner och övrig personal. Sjuksköterskan skall även främja samarbetsrelationer med andra yrkeskategorier genom sitt uppträdande och sina handlingar för att uppnå uppsatta mål.

Magnusson et al. (2009) beskriver att inom barnhälsovården är samarbete ett praktiskt arbete som sker runt ett identifierat problem som berör barnet eller familjen. Samarbetet kan ske tillsammans med personer inom eller utanför den egna verksamheten. Personal inom hälso- och sjukvården skall enligt lag samarbeta med myndigheter så som socialtjänsten och andra som berörs vid misstanke eller kännedom om att barn far illa (SFS 1982:763).

BVC sjuksköterskan ska enligt Rikshandboken i barnhälsovård (2007) i sitt arbete samarbeta med olika yrkeskategorier och verksamheter så som t.ex. socialtjänst och förskola för att stödja och hjälpa barn och deras familjer. Samarbetet mellan BVC sjuksköterskan och socialtjänsten kan bidra till en tydligare bild av barnets behov och leda till riktade insatser. Socialtjänsten har i sitt uppdrag ett ansvar för att samarbeta för barnets bästa.

TIDIGARE FORSKNING

För att kartlägga tidigare forskning har sökning av artiklar gjorts vid Göteborgs Universitets bibliotek i databaserna Cinahl och Pubmed. Relevanta sökord togs fram i Svenska Mesh. Sökord som användes i olika kombinationer var child abuse, child health nurse, child health service, child preschool, collaboration, experience, maltreatment, mandatory, mandatory reporting, nursing, nurse, pediatric nurse, reporting och social services. Även en manuell sökning genomfördes utifrån referenserna i de artiklar som

berörde ämnet. Utifrån sökorden och den manuella sökningen hittades totalt 20 artiklar som beskrev tidigare forskning varav vi har använt elva vilka var relevanta för syftet. Forskningen i de utvalda artiklarna hade genomförts i Australien, England, Finland, Irland, Sverige och i USA från år 2003 – 2011. Det var svårt att finna artiklar om BVC sjuksköterskors erfarenheter av att samarbeta med socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa.

Newton och Vandeven (2009) har utifrån en litteraturstudie i USA beskrivit att BVC sjuksköterskorna oftast var de som tidigast inom hälsovården mötte barnet och hade möjlighet att upptäcka ifall det for illa. De påtalade också att all personal inom barnhälsovården var skyldiga att vid oförklarliga skador eller medicinska problem ta ställning till om barnet, som differentialdiagnos, kunde misstänkas fara illa. I studien betonades att BVC sjuksköterskan hade bra kunskap om barnen och familjerna men var ofta ensam i sitt arbete.

Lazenbratt och Freeman (2006) har studerat olika professioners, så som distriktssköterskor, läkare och tandläkare i England, förmåga att upptäcka barn som far illa. Det framkom att distriktssköterskor var de som både hade förmåga och möjlighet att upptäcka och anmäla samt dessutom visade vilja att bli involverad i att upptäcka barn som far illa. Studien belyste att det fanns brist på klara riktlinjer och dålig kunskap i hur anmälningen av barn som far illa skulle genomföras. Distriktssköterskorna eftersökte bättre stöd.

Cocozza, Gustafsson och Sydsjö (2007) undersökte hur stort antal anmälningar av barn som for illa som gjordes till en socialförvaltning i Sverige under ett år. Det framkom att polisen gjorde flest anmälningar, 35 procent, vilket berodde på att alla polisanmälningar som rörde barn ledde till en anmälan till socialtjänsten oavsett om barnet misstänktes fara illa eller ej. De professionella så som skola, barnomsorg, socialtjänst och hälso- och sjukvård anmälde totalt 33 procent. Av dessa visade sig att BVC stod för 2 procent av anmälningarna. Det framkom att nästan hälften av anmälningarna inte ledde till någon utredning vilket berodde på att den största andelen av polisens anmälningar inte ledde till utredning.

Fraser, Mathews Walsh, Chen och Dunne (2010) beskrev med sin studie att australiensiska sjuksköterskor var trygga och medvetna om sin skyldighet att anmäla både vid fysisk som sexuell misshandel. Det visade sig dock att de kände sig osäkra och att det var problematiskt när psykisk misshandel eller försummelse av barn misstänktes.

Sannolikheten för att sjuksköterskor skulle upptäcka och rapportera barn som far illa ökade om sjuksköterskan var positivt inställd till att anmäla. Ungefär hälften av sjuksköterskorna hade någon gång under deras yrkesliv anmält ett misstänkt eller konstaterat fall där barn far illa. Det framkom även att en fjärdedel av alla sjuksköterskorna i studien hade valt att inte anmäla vid misstanke om att barn far illa. Faktorer som påverkade sjuksköterskan att inte anmäla var individuella och organisatoriska hinder, bristande förtroende för sociala myndigheter och en uppfattning om att en anmälan inte gagnade barnet eller familjen.

I en studie från USA av Friedlaender, Rubin, Alpern, Mandell, Christian och Alessandrini (2005) studerades hur kontakten med barnhälsovården sett ut hos barn innan det bekräftats att de farit illa och hur kontakten med barnhälsovården skiljde sig från barn som inte farit illa. Det framkom att barn som farit illa hade bytt barnhälsovård oftare och det var signifikant skillnad mot kontrollgruppen. Genom att ha kunskap om dessa mönster kunde barn som riskerade att fara illa upptäckas i tid och både barnet och familjen kunde få hjälp tidigare.

I en finsk studie av Paavilainen och Tarkka (2003) kartlades hur distriktssköterskor definierade barn som far illa, samt hur de identifierade dessa barn. Enligt distriktssköterskorna innefattade begreppet barn som far illa både fysisk och emotionell misshandel. Distriktssköterskorna delade in identifieringen av barn som far illa i två kategorier så som redskap för att identifiera barn som far illa och markörer som indikerar barn som far illa. Identifierande redskap kunde vara förvärvad kunskap, interaktiva förmågor, intuition och distriktssköterskans kapacitet att hantera problematiska situationer. Distriktssköterskorna identifierade barn som far illa i barnets beteende och uppträdande samt hur familjen betedde sig.

I en svensk studie av Lagerberg (2004) undersöktes det om barn som BVC sjuksköterskorna ansedde riskerade att fara illa eller bli försummade, skiljde sig från befolkningen i allmänhet avseende ålder, kön eller hälsostatus. Det undersöktes även om barnens karaktärsdrag påverkade BVC sjuksköterskornas uppfattning av allvarhetsgraden av fallet eller anmälan till socialtjänsten. Yngre barn, flickor eller barn med god hälsa var svårare att upptäcka om de far illa. Antalet anmälningar av pojkar ökade ju äldre barnet blev och de yngre barnen missades ofta på grund av att de inte visade lika tydliga symtom. Detta medförde att det blev en fördröjning av anmälan till socialtjänsten eftersom BVC sjuksköterskorna ville vara säkra på sina misstankar innan anmälan gjordes.

Tingberg, Bredlöv och Ygge (2008) beskrev i sin intervjustudie hur svenska sjuksköterskor upplevde att kontakten med föräldrarna försämrades då en av föräldrarna var en misstänkt gärningsman. Ingen av sjuksköterskorna upplevde svårigheter att ta hand om barnen som for illa. Sjuksköterskorna som hade mött barn som farit illa beskrev ett behov av psykologiskt stöd. Stödet skulle vara att diskutera det utsatta barnets situation med kollegor och alla efterfrågade mer formell rådgivning. Alla sjuksköterskorna i studien var medvetna om deras skyldighet att anmäla när barn misstänktes fara illa. Många kände sig osäkra på hur de skulle bedöma situationen och endast ett fåtal av sjuksköterskorna hade själva gjort en anmälan. Sjuksköterskorna var medvetna om att det inte behövde bevis för att anmäla barn som far illa. Bristen på tydliga riktlinjer och protokoll var en av orsakerna till att de inte anmälde. Det var viktigt för sjuksköterskorna att få veta vad socialtjänsten gjorde med anmälan och bristen på återkoppling upplevdes som besvärlig.

I en engelsk studie av Rowse (2009) framkom det i intervjuer med sjuksköterskor att de påverkades känslomässigt när de var inblandade i anmälan av barn som for illa. Samtliga sjuksköterskorna efterfrågade professionellt stöd och information om barnet och familjen för att kunna fatta beslut som skyddade barnet. Sjuksköterskorna upplevde det stressande vid anmälan då de försökte att ordna för barnet, familjen och ta hand om handläggningen. Det framkom att bristen på återkoppling från socialtjänsten påverkade sjuksköterskans framtida anmälningar negativt. De beskrev en frustration över att den rättsliga handläggningen tog lång tid och bristen på information ledde till oro hos sjuksköterskorna. Det fanns även positiva effekter av att vara inblandad i att anmäla ett barn som misstänks fara illa. Det gav dem självförtroende och hjälpte dem att skydda andra barn.

Enligt Plitz och Wachtel (2009) framkom det i deras australienska studie att sjuksköterskor anmälde i lägre utsträckning vid osäkerhet om ett barn for illa. Det fanns en rädsla hos sjuksköterskorna för att familjen inte skulle komma tillbaka och för de konsekvenser som det skulle orsaka. Upplevelsen av att svika familjen och sjuksköterskans egen rädsla för sig själv och sin familj kunde hindra sjuksköterskan att anmäla. Sjuksköterskors tidigare dåliga erfarenheter av att anmäla till sociala myndigheter bidrog till att de avstod från att anmäla. Flera sjuksköterskor upplevde att de sociala myndigheterna var överbelastade och att deras avsikter inte alltid var för barnets bästa.

Söderman och Jackson (2011) beskrev i sin kvalitativa studie hur svenska BVC sjuksköterskor upplevde att möta och hjälpa barn som far illa. De fann att när BVC

sjuusköterskorna kände osäkerhet på om barn far illa så visade det sig att osäkerheten bidrog till att beslutet att anmäla till socialtjänsten försvårades. Behovet av att själv få stöd var stort bland BVC sjuusköterskorna och det var till stor hjälp att få diskutera med sina kollegor. Detta stärkte deras självförtroende och kunde leda till att en anmälan till socialtjänsten skedde tidigare. En viktig uppgift för BVC sjuusköterskan var att stödja familjen samt se till barnets bästa och tidiga åtgärder var av stor betydelse när barn far illa. De kunde även stödja familjen genom att skapa kontakter med andra verksamheter så som förskolan, öppna förskolan, barnpsykolog, kontaktfamilj, möjlighet till utökad barnomsorg och socialtjänsten. Samarbetet med socialtjänsten upplevdes komplicerat och bristen på respons i de anmälda ärendena saknades. BVC sjuusköterskorna saknade stöd från socialtjänsten och många upplevde att sekretessen försvårade samarbetet samt att de ville förbättra samarbetet med socialtjänsten.

PROBLEMFÖRMULERING

Osäkerhet och ibland rädsla, strikta sekretessregler liksom risken att förlora kontakten med det drabbade barnet och dess föräldrar har visat sig påverka BVC sjuusköterskors benägenhet att göra anmälan vid misstanke att barn far illa. Det har dock visat sig genom tidigare forskning att kollegialt stöd och stöd från andra professioner är av betydelse då det visat sig att tillgången till sådant stöd lett till att tiden från misstanke till anmälan förkortats. Det finns också en önskan om ett mer etablerat samarbete mellan BVC sjuusköterskan och socialtjänsten i situationer vid misstanke om att barn far illa. Eftersom vår erfarenhet sammanfaller med resultatet av tidigare forskning och att det saknas studier som beskriver BVC sjuusköterskans erfarenheter av samarbete med socialtjänsten ser vi det som betydelsefullt att göra detta inom ramen för vårt examensarbete. I ett längre perspektiv kan resultatet leda till att stärka BVC sjuusköterskan i omvårdnadsarbetet speciellt vid misstanke om att ett barn far illa.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva BVC sjuusköterskors erfarenheter av samarbete med socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa.

METOD

För att få svar på studiens syfte har vi valt en kvalitativ ansats. Kvalitativa studier används för att belysa ett fenomen, som inte är mätbart och det är informantens egna subjektiva upplevelser och känslor som beskrivs (Wallén, 1996). För att ta del av BVC sjuksköterskors erfarenheter av samarbete med socialtjänsten kommer intervjuer att genomföras. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver att syftet med den kvalitativa forskningsintervjun är att få information och förstå den intervjuades erfarenheter utifrån dennes perspektiv. Vald metod för att analysera datamaterialet är en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Induktiv ansats beskrivs enligt Patel och Davidson (2011) som att en teori utformas utifrån informanternas svar och forskaren strävar efter att analysera förutsättningslöst. Vid innehållsanalys analyseras det nedskrivna datamaterialet och en kategorisering och tolkning av innehållet görs (Olsson & Sörensen, 2011).

URVAL

I den storskaliga studien kommer 15 - 20 stycken BVC sjuksköterskor att intervjuas. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) ingår det vanligtvis 5 – 25 intervjuer i en intervjustudie och när ingen ny information från de intervjuade tillförs anses mättnad vara uppnådd. Kriterier för att ingå i studien är att informanterna ska ha minst tre års erfarenhet av arbete inom BVC verksamhet samt erfarenhet av samarbete med socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa. Deltagare i studien skall arbeta i olika områden i Göteborg med omnejd vilket enligt Olsson och Sörensen (2011) ökar populationens representativitet för gruppen som helhet. Det är önskvärt att kunna inkludera både män och kvinnor i studien.

Information om studien kommer att skickas ut till verksamhetschefer för barnavårdscentraler. Efter deras godkännande kommer informationsbrev samt förfrågan om deltagande i studien att skickas via maila till BVC sjuksköterskorna. De BVC sjuksköterskor som uppfyller kriterierna för studiens syfte och som har gett sitt samtycke att delta kontaktas för en intervju. Enligt Polit och Beck (2004) sker då urvalet utifrån författarnas bedömning av vilka deltagare som passar för ändamålet. Urvalsgruppen förväntas ha god kunskap om ämnet som skall studeras. Patton (2002) beskriver att den valda urvalsmetoden måste passa studiens syfte och hänsyn måste även tas till tillgängliga resurser samt till de intervjufrågor som ska ställas.

DATAINSAMLING

Datainsamling kommer att ske genom kvalitativa semistrukturerade intervjuer vilket Patel och Davidson (2011) beskriver som en intervju med öppna frågor och följdfrågor. Med semistrukturerade intervjuer ges informanten större möjlighet att beskriva sina erfarenheter och upplevelser. De i förväg planerade frågorna behöver inte ställas i någon bestämd ordning och intervjuaren skall eftersträva att intervjun blir som ett samtal.

Informanterna får information om studien i forskningspersonsinformation (bilaga 1) och efter undertecknat samtycke (bilaga 2) får informanten bestämma tid och plats för intervjun som beräknas ta 30 – 40 minuter. En intervjuguide (bilaga 3) utformas för att intervjuerna ska ha ett manus att utgå ifrån. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver att det är viktigt att förbereda ett manus för att strukturera intervjuerna. Inledande frågor är av mer allmän karaktär för att sedan övergå till mer specifika frågor om ämnet så kallad tratteknik. Intervjuerna spelas in som en ljudfil på mobiltelefonen och kommer att skrivas ut till en text som därefter kommer att analyseras.

DATAANALYS

För att analysera intervjuerna kommer en kvalitativ innehållsanalys att användas. De inspelade intervjuerna transkriberas vilket innebär att de skrivs ned ordagrant till en textmassa och namnen ersätts med en kod för att informanterna inte skall kunna identifieras (Olsson & Sörensen, 2011). Enligt Krippendorff (2004) får den nedskrivna texten en innebörd när någon läser den. Granskär och Höglund-Nielsen (2012) beskriver att vid kvalitativ innehållsanalys tolkas textmassan för att urskilja skillnader och likheter. Hela texten läses först igenom och sen skiljs meningsbärande enheter ut. En meningsbärande enhet är textstycke, mening eller ord med liknande innehåll eller sammanhang som anses höra ihop. De meningsbärande enheterna skall vara lagom stora för att kunna vara lätthanterliga under analysarbetet. För små meningsbärande enheter kan göra att resultatet blir splittrat och för stora kan innehålla mer än en betydelse. Sedan kortas texten ned för att den skall bli lättare att arbeta med så kallad kondensering. Den kondenserade texten abstraheras därefter och försätts med en kod. En kod beskriver kortfattat innehållet i en meningsbärande enhet och koderna kan sedan sorteras in i subkategorier och kategorier som innehåller koder med liknande innehåll.

PILOTSTUDIEN

För att kontrollera studiens hållbarhet har en pilotstudie genomförts. Enligt Patel och Davidson (2011) testas den storskaliga studien i en liten skala genom pilotstudien för att se om studiens upplägg är genomförbart.

Urval

På grund av tidsbrist använde vi oss av ett bekvämlighetsurval. Bekvämlighetsurval är vanligt förekommande inom kvalitativ forskning och urvalsgruppen förväntas ha god kunskap om ämnet som skall studeras (Polit & Beck, 2004).

Vi kontaktade åtta BVC sjuksköterskor, på åtta olika barnvårdscentraler i Göteborg med omnejd, personligen via telefon eller mail. Det var svårt att få tag på BVC sjuksköterskor som ville delta i studien men slutligen hade vi fyra stycken som ville medverka. BVC sjuksköterskorna uppfyllde urvalskriterierna i den storskaliga studien vilka var, minst tre års erfarenhet av arbete inom BVC verksamhet, samt erfarenhet av samarbete med socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa. Informanterna fick information om studien muntligt samt skriftligt i forskningspersonsinformation (bilaga 1) och samtyckesformuläret (bilaga 2). De ombeddes själva att lämna information till verksamhetschefen om deras deltagande i pilotstudien. Samtliga BVC sjuksköterskor gav sitt samtycke till att delta i studien och de fick bestämma tid och plats för intervju. Alla intervjuer genomfördes på respektive mottagning.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom kvalitativa semistrukturerade intervjuer med öppna frågor samt följdfrågor för att BVC sjuksköterskorna skulle ges möjlighet att beskriva sina erfarenheter (Patel & Davidson, 2011). Under intervjuerna användes en intervjuguide (bilaga 3) med tre inledande frågor av mer allmän karaktär och fyra frågor specifika för ämnet (Kvale & Brinkmann, 2009). Alla intervjuerna spelades in som en ljudfil på mobiltelefonen och pågick under 20-35 minuter. Namnet ersattes med en kod; 1-4 och därefter transkriberades intervjuerna till en textmassa genom att det inspelade materialet skrevs ned ordagrant (Olsson & Sörensen, 2011).

Dataanalys

Den nedskrivna texten lästes igenom noggrant och de meningsbärande enheter som svarade på studiens syfte skildes ut. Texten i de meningsbärande enheterna kortades ned och den kondenserade texten förseddes med koder. Därefter sorterades koder med liknande

innehåll in i subkategorier och slutligen till kategorier (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
man skulle ju gärna vilja veta när man har gjort en anmälan vad händer nu och har de fått nån hjälp och när e det avslutat å det e liksom hur blev det alltså det e skulle man ju ändå vilja få jag kan ju tycka att det skulle vara värdefullt för mig	Värdefullt veta vad som händer med anmälan, om de fått hjälp och om ärendet är avslutat.	Värdefullt att få veta om ärendet	En och samma kontaktperson	Kontakt som kan lätta på bördan

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Kravet på individskydd för varje enskild person, som deltar i forskning ligger till grund för forskningsetiska överväganden. Individskyddskravet innefattar information, samtycke, konfidentiellt och nyttjande krav (Codex). Enligt Kvale och Brinkmann (2009) innebär information att personer som skall delta i undersökningen informeras om studiens syfte och studiens genomförande. Det ges även information om fördelar och risker med att delta i studien samt att deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Deltagaren ska ge sitt samtycke till att delta i studien och att information om studien har mottagits. All data som samlas in i studien skall behandlas konfidentiellt vilket innebär att studiens deltagare inte skall kunna identifieras. I forskningsrådets forskningsetiska principer (Codex) definieras nyttjandekravet som att all insamlad data från personer som deltagit i studien endast får användas till forskningsändamål.

Enligt föreliggande studie får deltagarna skriftlig information angående studien genom en skriftlig forskningspersonsinformation (bilaga 1) och de ska lämna sitt skriftliga samtycke till deltagande i studien på samtyckesformuläret (bilaga 2).

Lagen om etikprövning (SFS 2003:460) skyddar både personer som deltar i forskning och respekten för människovärdet. Pilotstudien är ett examensarbete inom specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar vid Göteborgs universitet på avancerad nivå. Även om studier på avancerad nivå inte granskas enligt etikprövningslagen har vi tagit hänsyn till de etiska krav som ställs på forskning.

Inom all forskning måste en bedömning av konsekvenserna av deltagandet göras. Detta gäller både för- och nackdelar. Vinsten av forskningen måste vara större än de risker de deltagande personerna utsätts för (Polit & Beck, 2004). Författarnas förhoppning är att deltagarna i studien skall uppleva det positivt att delge sina erfarenheter samt att resultatet kan leda till att förbättra BVC sjuksköterskans omvårdnadsarbete vid misstanke om att barn far illa. Riskerna kan vara att BVC sjuksköterskan upplever att det är ett känsligt ämne. Om obehag upplevs under intervjun avbryts den. Författarnas bedömning är att nyttan är större än riskerna sett ur ett vidare perspektiv.

RESULTAT

Efter analys av insamlad data framkom sju subkategorier och tre kategorier som presenteras i tabell 2. BVC sjuksköterskornas citat är kodade som 1, 2, 3 och 4.

Tabell 2. Resultat av BVC sjuksköterskors erfarenheter av samarbetet med socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa.

Subkategori	Kategori
<ul style="list-style-type: none">• En och samma kontaktperson• Någon som axlar oro och ansvar	Kontakt som kan lätta på bördan
<ul style="list-style-type: none">• Ensidig informationsöverföring• Saknar återkoppling• Sekretessens leder till tystnad	Att inte veta vad som händer sen
<ul style="list-style-type: none">• Finner orsaker till att samarbetet brister• Möjligheter till gott samarbete	Att arbeta tillsammans

KONTAKT SOM KAN LÄTTA PÅ BÖRDAN

En och samma kontaktperson

Samtliga BVC sjuksköterskor såg värdet och behovet av att ha en kontaktperson inom socialtjänsten. Det framkom också en önskan bland BVC sjuksköterskorna att få ha en och helst samma kontaktperson som de var väl bekanta med. En upparbetad kontakt sågs till fördel speciellt då återkommande kontakter krävdes så som i samband med anmälan och rådfrågning vid tveksamhet. En av BVC sjuksköterskorna hade en kontakt på socialtjänsten, som inte arbetade med anmälningar av barn som far illa men som hon kunde rådfråga vilket hon upplevde som ett positivt stöd.

”Om man skulle ha en kontaktperson som jag kunde ringa till som sen kunde dela ut uppdragen. Hon behöver ju inte ta allt själv, men att det skulle vara en och samma person så att de vet vem jag är och jag vet vem de är. Det hade varit önskvärt”(2).

”Jag känner ju vissa där bättre än andra va, som jag kanske föredrar att ringa då, sen kan det ju vara då att de inte finns där just vid det tillfället. Det kanske hade varit lättare om man känt någon jättevärl” (3).

”Ja jag har en upparbetad kontakt inom socialtjänsten..... Så henne ringer jag alltid först och bollar med, vad gör jag nu och så säger hon men ring och anmäl och då gör jag det. Så det har jag, tycker jag, jättebra” (4).

Någon som axlar oro och ansvar

Misstanken att ett barn far illa påverkade BVC sjuksköterskorna känslomässigt. Det framkom att misstanken framför allt ledde till oro vilken först lättade efter att en anmälan till socialtjänsten gjorts. Att anmäla var ett sätt varpå de kunde befria sig från ansvar för barnet och de betonade i samband med anmälan att de lämnade över ansvaret för barnet till socialtjänsten. Samtidigt var de medvetna om sitt ansvar att anmäla igen vid nytillkomna händelser där barnet riskerar att fara illa. De upplevde att socialtjänsten tog deras oro på allvar och det kändes bra när socialtjänsten förstod hur de kände för familjen

”Det är ju ett samarbete måste man ju ändå säga. Det är ju de som tar över, det är det jag känner. Nej det här känns inte bra, då är det ju de som tar över och liksom då känns det ju ändå skönt att ja nu tar de över, men sen vet man som sagt inte vad som händer.... Även

om man tror att familjen går på soc och det händer nya saker så ska man ju fortsätta att anmäla.... man ska ju aldrig förlita sig på att man lämnat över ansvaret”(1)

”Sen slutade de att gå hos mig och då ringde de från soc och ville ändå prata med mig eftersom jag hade träffat dem mest.... Det kändes väldigt bra att vi, att jag kunde liksom, att de förstod hur jag kände och så där. Den familjen tror jag att de fick bra hjälp, jag hoppas det” (1).

ATT INTE VETA VAD SOM HÄNDER SEN

Ensidig informationsöverföring

BVC sjuksköterskornas erfarenheter var att informationen framför allt förmedlades från ett håll och det var från dem själva. Det vanligaste var att de fick lämna kompletterande uppgifter eller barnets journalhandlingar till berörda vid socialtjänsten då en anmälan gjorts av någon annan person eller myndighet. Att lämna in uppgifter upplevdes som en lättnad för BVC sjuksköterskorna och de var varse om att informationen som förmedlades angående familj och barn skulle vara så konkret och saklig som möjligt. Det kunde också vara att sjuksköterskan själv kontaktade socialtjänsten på grund av sin oro för barnet.

”Sen när jag har ringt så kommer det ju alltid då en anmälan eller en skrivelse från dem där de vill ha in uppgifter från mig vad jag har sett. Jag ringer nog ändå så att de vet om ärendet och sen kan jag lämna. Men alltså, jag vet ju det att när jag tagit kontakt så får jag ju papper från dem till vilken handläggare som jag skall skriva mitt ärende till” (1).

”För det kan även vara så här att socialtjänsten, de kan ju höra av sig till oss. Vi kan få ett brev som det står så här att, utan att jag vet någonting annat, vi har påbörjat ett ärende angående detta barnet och så står det ett namn och ett personnummer och sen står det liksom inte mycket mer än att de har öppnat ett ärende och dom vill ha journalhandlingar” (3).

”Vanligast för mig kan jag ju ändå säga har varit att någon annan har anmält, gjort anmälningen, att man får in papper från soc att det har gjorts en anmälan på barnet och att de vill veta hur jag har sett det. Och då är det så här att när jag har ringt till soc och lämnat ifrån mig mina uppgifter så får jag inte veta vad som händer...”(1).

Saknar återkoppling

Det framkom att BVC sjuksköterskornas frustration framför allt berodde på att de nästan aldrig fick någon feedback efter anmälan eller efter att ha lämnat kompletterande uppgifter om en familj. De upplevde det problematiskt att inte veta vad som hände med ett ärende som de på något sätt medverkat i, till exempel om det var öppnat, pågick eller om ärendet avslutats. De uttryckte att det var värdefullt att få information tillbaka och de behövde inte någon detaljerad information utan bara hur arbetet med ärendet fortskred. De upplevde att de inte fick reda på vad som hände i ärendet om de inte jobbade på det själva och det kändes inte som ett samarbete.

”Man skulle gärna vilja veta när man har gjort en anmälan, vad händer nu och har de fått någon hjälp och när är det avslutat... liksom hur blev det, alltså det skulle man ju ändå vilja få. Jag kan ju tycka att det skulle vara värdefullt för mig” (1).

”Det hade känts bra om man fått, om vi hade fått veta mer. Vad de får för hjälp och vad är det och det får vi ju inte alltid” (3).

”... vad händer och har ni det uppe på bordet, har ni det aktuellt, ska jag göra en ny anmälan...” (2).

”Så man känner ändå att någonstans är ju samarbetet bra annars hade det ju inte blivit bättre men det är ju lite egoistiskt att jag vill ha feedback...” (4).

Sekretessen leder till tystnad

BVC sjuksköterskorna beskrev att tystnadsplikten kunde vara ett hinder i kommunikationen med socialtjänsten. De upplevde att socialtjänsten hävdade att det var på grund av rådande sekretessbestämmelser som de inte kunde ge någon återkoppling. BVC sjuksköterskorna var medvetna om att socialtjänsten inte fick delge information utan föräldrarnas medgivande. När BVC sjuksköterskans relation med föräldrarna var dålig försämrades möjligheten ytterligare att få information om vad som hände barnet och familjen. En av BVC sjuksköterskorna beskrev att det inte var några problem med sekretessen från BVC:s sida.

”Det blir väldigt tyst när man väl har anmält, då jobbar de. Så har man ingen relation med familjen så får man inte veta så mycket och de är ju väldigt hårda i sekretessen, de säger ju ingenting om de inte har frågat förstås för det är ju en känslig situation” (2).

”Problemet är att vi inte får vet så mycket sen om det inte är så att jag själv har kontakt med mamman....” (3).

”Sen är uppföljningen från socialen ingenting. Det är alltid jag som får ringa. Så att dom återkopplar inte till oss och det är ju sekretess säger dom då men jag vet, den här mamman har tillåtit då att, egentligen öppen kommunikation” (4).

ATT ARBETA TILLSAMMANS

Finner orsaker till att samarbetet brister

BVC sjuksköterskornas erfarenheter var att bemötandet och samarbetet trots allt oftast fungerade men att resultatet inte alltid blev bra efter anmälan. De uttryckte en förståelse för att samarbetet med socialtjänsten inte var optimalt och BVC sjuksköterskorna upplevde att det rådde resursbrist hos socialtjänsten. Det framkom också att BVC sjuksköterskorna uppfattade att socialtjänsten hade stor omsättning av personal och att det var brist på erfaren personal. BVC sjuksköterskorna antog att detta kunde vara ett skäl till att samarbetet inte var fullgott.

”Samarbetet har nog fungerat, sen att det inte har blivit bra det är ju en annan sak kanske. Så samarbetet fungerar ju bra men resurserna fungerar ju inte alltid nej, men man har alltid fått ett trevligt bemötande” (2).

”Med socialen fungerar det väl inte enligt önskan. Men det fungerar bra när jag anmäler men själva uppföljningen, det är det som inte fungerar” (4).

”Sen har jag förstått att socialtjänsten har nog en ganska så ehh omsättning av personal om jag fattar det hela rätt, att det är inte så många gamla rävar som är med där” (2).

Möjligheter till gott samarbete

Det framkom att det även fanns positiva erfarenheter av samarbetet med socialtjänsten. Erfarenheten var att personalen på socialtjänsten var lyhörd och agerade snabbt när BVC

sjuksköterskorna misstänkte att ett barn for illa. De lyssnade också in och tog till sig BVC sjuksköterskans bedömning av angelägenhetsgraden för ett ingripande.

BVC sjuksköterskorna hänvisade också till situationer när flera olika yrkeskategorier träffades tillsammans för att hjälpa barnet och familjen. Samarbetet upplevdes då positivt för att familjen hade fått den hjälp de behövde. BVC sjuksköterskorna eftersträvade en kontakt med socialtjänsten tillsammans med familjen då detta sågs som en möjlighet till ett så bra samarbete som möjligt.

”De gångerna jag själv har varit inblandad har det varit positivt tycker jag för familjen har ju fått hjälp och det har ju inte mig veterligen blivit så att det har skadat någon utan snarare tvärtom” (3).

”Att när man ringt till dem och det gäller barn så är de väldigt lyhörda. De har nog ryckt ut ganska snabbt de gångerna man har ringt och har behövt” (2).

”... så skulle jag vilja ha en lapp: ärendet avslutat eller även pågår, förstår du? Jag behöver inte veta, inga detaljer. Jag skulle vilja veta om det är avslutat så att jag vet om det händer igen” (4).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

För att uppnå studiens syfte användes en kvalitativ ansats vilket enligt litteraturen är lämpligt att använda för att beskriva erfarenheter och upplevelser eller andra icke mätbara fenomen (Polit & Beck, 2004).

Inom den tid som fanns till förfogande visade det sig vara svårt att få BVC sjuksköterskor att delta i pilotstudien. Vi fick därför använda oss av bekvämlighetsurval och de utvalda BVC sjuksköterskorna som kontaktades hade den kunskap och erfarenhet som efterfrågades. Trots att vi använde oss av bekvämlighetsurval var det en lång process innan vi hade fyra BVC sjuksköterskor. I den storskaliga studien kommer förfrågan om att delta i studien att skickas ut till verksamhetschefer för BVC verksamheter i Göteborg med

omnejd. En anledning till att det var svårt att få BVC sjuksköterskor att delta i studien kan ha varit att studiens ämne upplevdes känsligt.

Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor och följdfrågor användes vid datainsamlingen i pilotstudien. I den intervjuguide som hade förberetts inför intervjuerna fanns tre inledande frågor av allmän karaktär och fyra frågor som var mer specifika för ämnet (jfr. Kvale & Brinkmann, 2009). Enligt Polit och Beck (2004) underlättar det för intervjuaren att utgå från en intervjuguide och det säkerställer att samma frågor ställs vid varje intervju. Vi valde att intervjua enskilt för att den intervjuade BVC sjuksköterskan inte skulle känna att hon var i underläge om vi var två som intervjuade (jfr. Trost, 2010). Vi upplevde att det var till stor hjälp att ha en intervjuguide att falla tillbaka på under intervjuerna eftersom BVC sjuksköterskorna hade behov av att prata om andra saker som rör barn som far illa och inte samarbetet med socialtjänsten som vi efterfrågade.

Intervjuernas längd varierade mellan 20 – 35 min och samtliga spelades in som ljudfil på mobiltelefon. Då ingen av oss båda hade tidigare erfarenhet av att intervjua i forskningssyfte påverkade det sannolikt kvalitén på intervjuerna. Det visade sig betydelsefullt med semistrukturerade öppna frågor eftersom BVC sjuksköterskorna fick möjlighet att beskriva sina erfarenheter samtidigt som det möjliggjorde att få syftet besvarat. Frågorna bör ses över inför den storskaliga studien eftersom mycket av datamaterialet inte svarade mot studiens syfte.

Inför dataanalysen transkriberades de inspelade intervjuerna ordagrant till en textmassa. Vi hade ingen erfarenhet av att transkribera och vi upplevde det svårt och tidskrävande. Vi transkriberade två intervjuer var men analysarbetet skedde i samarbete och med tillgång till vår handledare med erfarenhet av analysarbete.

Det var lärorikt att analysera datamaterialet men analysarbetet var krävande och framförallt fann vi det svårt att finna tydliga kategorier. Vi kan se att med längre tid till förfogande kunde kanske analysprocessen leda till framförallt en begränsning av subkategorier. I likhet med Graneheim och Lundman (2004) menar vi att innehållsanalys är en bra metod att använda vid lite eller ingen analysvana. Eftersom analysarbetet gjordes tillsammans gavs möjlighet till reflektion och diskussion under hela processens gång. Båda har varit aktiva i analysen och tillgången till erfaren forskare som är van vid analysmetoden ökar resultatets tillförlitlighet.

Genom att presentera citat från intervjuerna med BVC sjuksköterskorna ökar resultatets giltighet. Det är läsaren som avgör om resultatet är överförbart på BVC sjuksköterskor generellt. Det är därför av stor betydelse att det finns en utförlig beskrivning av urval samt hur datainsamling och analysprocessen genomfördes. Vi ser inga hinder att använda kvalitativ innehållsanalys i den storskaliga studien eftersom resultatet blir ännu mer trovärdigt ju större datamaterialet är och ju mer erfarenhet forskaren får enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2012).

I pilotstudien har de tagits hänsyn till de forskningsetiska principerna (Codex) och efter att intervjuerna avslutats fick BVC sjuksköterskorna beskriva hur de hade upplevt att bli intervjuade.

RESULTATDISKUSSION

Efter att studiens datamaterial analyserats framkom det tre kategorier som beskriver BVC sjuksköterskors erfarenheter av samarbetet med socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa: *"Kontakt som kan lätta på bördan"*, *"Att inte veta vad som händer sen"* och *"Att arbeta tillsammans"*.

I kategorin *"Kontakt som kan lätta på bördan"* var det tydligt att BVC sjuksköterskorna hade ett önskemål om att ha en och samma kontaktperson på socialtjänsten för att underlätta samarbetet vid misstanke om att barn far illa. Enligt Tingberg, Bredlöv och Ygge (2008) upplever många sjuksköterskor sig osäkra på hur de ska bedöma situationen vid misstanke om att barn far illa och endast ett fåtal av sjuksköterskorna hade själva gjort en anmälan. I tidigare forskning har det inte framkommit att det finns ett behov av att ha en specifik kontaktperson på socialtjänsten men den visar att sjuksköterskorna känner sig osäkra på och har ett behov av stöd i handläggningen vid misstanke om att barn far illa. Rowse (2009) beskriver att sjuksköterskor vill ha stöd av någon kunnig person som kan stötta dem i handläggningen. Den av BVC sjuksköterskorna som hade en kontakt på socialtjänsten att rådfråga vid misstanke om att barn far illa, upplevde det som ett positivt stöd.

I tidigare forskning har det framkommit att stöd har stor betydelse för BVC sjuksköterskan. Tingberg, Bredlöv och Ygge (2008) beskriver att sjuksköterskor som möter barn som far illa har ett behov av stöd och enligt Söderman och Jackson (2011) framkom det att BVC

sjuusköterskorna hade stor hjälp av att diskutera med sina kollegor samt att de hade stort behov av att få stöd vid misstanke om att barn far illa.

Enligt BVC sjuusköterskorna i studien hade en kontaktperson på socialtjänsten underlättat samarbetet eftersom det även fanns ett behov av att lämna över ansvaret när man misstänkte att barn far illa. Det är socialtjänsten som ansvarar för att utsatta barn och deras familjer får den hjälp och stöd som de behöver (Regeringen, 2013b). BVC sjuusköterskorna var medvetna om att det var socialtjänsten som hade det yttersta ansvaret och därför var de angelägna om att lämna över ansvaret i samband med anmälan. De upplevde att deras oro för barnen togs på allvar av socialtjänsten och de kände även att de fick en bekräftelse på att deras uppgifter om oro stämde, vilket upplevdes som att det lättade på deras börda. I tidigare forskning beskrivs det att sjuusköterskor känner oro och påverkas känslomässigt när de är inblandade i anmälningar av barn som far illa (Rowse, 2009). Vi anser att det framkom tydligt i studien att det fanns ett behov av en kontaktperson på socialtjänsten och vi tror att det skulle upplevas som ett stöd för BVC sjuusköterskorna. Vår uppfattning är att en kontaktperson skulle underlätta samarbetet med socialtjänsten i ärenden som rör barn som misstänks fara illa.

I kategorin *"Att inte veta vad som händer sen"* beskrev BVC sjuusköterskorna att samarbetet brister då de upplevde att de inte fick någon information tillbaka ifrån socialtjänsten efter att de anmält misstanke om att barn far illa. De beskrev att det var ett problem att inte få veta vad som händer i ett anmält ärende och de uttryckte att det skulle vara värdefullt för deras fortsatta arbete att få den informationen. Söderman och Jackson (2011) beskriver BVC sjuusköterskornas upplevelser av samarbetet med socialtjänsten som komplicerat och bristen på återkoppling saknas i de anmälda fallen. Resultatet visade en önskan från BVC sjuusköterskorna om ett förbättrat samarbete med socialtjänsten. Även i Tingberg, Bredlöv och Ygges (2008) studie framkom det att bristen på återkoppling upplevdes besvärlig av sjuusköterskorna.

I studien framkom det att samarbetet med socialtjänsten försvårades på grund av sekretessen och BVC sjuusköterskorna upplevde att detta bidrog till ett hinder för återkoppling. Detta bekräftas även i Söderman och Jacksons (2011) studie där BVC sjuusköterskorna upplevde att sekretessen försvårade samarbetet med socialtjänsten. I studien var BVC sjuusköterskorna medvetna om att socialtjänsten inte får informera om ärendet utan föräldrarnas medgivande. Enligt Socialstyrelsen (2004) är det önskvärt att

BVC sjuksköterskan får återkoppling om vad som händer med ärendet men att det endast kan ske om det finns samtycke från vårdnadshavare. Vi anser att om socialtjänsten hade haft som rutin att återkoppla till BVC sjuksköterskan så hade det upplevts som ett bättre samarbete för BVC sjuksköterskan. Det räcker att delge relevant information så som att ärendet är mottaget, påbörjat eller avslutat samt om barnet och familjen har fått hjälp.

Kategorin "*Att arbeta tillsammans*" visar att BVC sjuksköterskorna i studien upplevde att de fick ett bra bemötande i samarbetet med socialtjänsten. Vid samarbetet upplevde de att socialtjänsten hade bristande resurser och att resultatet vid handläggningen av barn som far illa inte alltid blev bra. I Plitz och Wachtels (2009) studie framkom det att sjuksköterskorna upplevde att de sociala myndigheterna var överbelastade och att de inte alltid arbetade för barnets bästa. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är BVC sjuksköterskan skyldig att arbeta tillsammans med myndigheter, så som socialtjänsten, vid misstanke om att barn far illa. I Socialtjänstlag (SFS 2001:453) framgår det att BVC sjuksköterskan inte själv får ta ställning till om misstanken om att barn far illa är tillräcklig stark för att anmäla utan det är socialtjänsten som utreder ärendet med hjälp av BVC sjuksköterskans uppgifter.

BVC sjuksköterskorna i studien hade erfarenheter av bra samarbete när de träffades tillsammans med andra yrkeskategorier så som socialtjänsten för att kunna hjälpa och stödja barnet och familjen. BVC sjuksköterskorna var nöjda över samarbetet när familjen hade fått hjälp och de strävade efter att samarbeta med socialtjänsten tillsammans med föräldrarna vilket upplevdes som positivt av BVC sjuksköterskorna. Kristoffersen, Nortvedt och Skaug (2006) beskriver att det är viktigt att alla har en klar och tydlig yrkesidentitet och är medvetna om sin professionella kunskap för att samarbetet skall bli så bra som möjligt och för att tillsammans kunna uppnå det gemensamma målet.

De gånger BVC sjuksköterskorna i studien upplevde ett positivt samarbete med socialtjänsten var när de arbetade tillsammans och när familjen fått hjälp. Trots att de såg brister i samarbetet med socialtjänsten upplevde de att samarbetet fungerade eftersom de fick ett bra bemötande av socialtjänsten. Vår uppfattning är att bemötandet har stor betydelse för hur samarbetet med socialtjänsten upplevs av BVC sjuksköterskor.

Vid misstanke om att barn far illa upplever BVC sjuksköterskan en oro över barnet och för att kunna hjälpa barnet på bästa sätt behövs det ett samarbete med socialtjänsten. Kirkevold (2000) beskriver att Martinsen anser att omsorg bygger på en relation och att människor är

ömsesidigt beroende av varandra. Barnet är i en utsatt situation och i behov av BVC sjuksköterskans professionella kunskaper om barn som far illa för att få hjälp. Det är BVC sjuksköterskans uppgift att fatta väl underbyggda beslut så att det utsatta barnets behov tillgodoses på bästa möjliga sätt.

Både BVC sjuksköterskan och socialtjänsten skall arbeta utifrån ett barnperspektiv i enlighet med FN:s Barnkonvention (FN:s generalförsamling, 1989) och regeringens barnrättspolitik (Regeringen, 2012). Deras gemensamma mål är att se till barnets bästa men enligt BVC sjuksköterskorna försvåras samarbetet på grund av verksamheternas olika sekretesser. Det är möjligt att samarbetet hade blivit bättre om hälso- och sjukvården och socialtjänsten hade samma sekretessbestämmelser. Att se till barnets bästa innebär att de upplever så god hälsa som möjligt och BVC sjuksköterskan har som mål att värna om barnets hälsa genom att stödja och stärka. Vi anser att barn som far illa är i en utsatt situation och beroende av BVC sjuksköterskans hjälp, speciellt om barnet inte har någon annan som värnar om deras bästa. Därför anser vi att det är av stor betydelse att samarbetet med socialtjänsten, som har det yttersta ansvaret om barnet, fungerar bra.

I studien framkom ett behov av stöd i form av en kontaktperson på socialtjänsten. BVC sjuksköterskornas oro för barnet och familjen skapade en osäkerhet. Även i tidigare forskning har det framkommit ett behov av stöd och att deras osäkerhet har försvårat beslutet att anmäla till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa (Söderman & Jackson, 2011). I den framtida storskaliga studien kan begreppet trygghet vara relevant att ta med.

Slutsats

Resultatet i studien bygger på fyra BVC sjuksköterskors erfarenheter av samarbetet med socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa. Misstanke om att barn far illa leder till oro och innebär ett stort ansvar för BVC sjuksköterskan. Det finns behov av stöd och för att kunna stärka BVC sjuksköterskan i arbetet kring misstanke om att barn far illa ser vi att det hade varit värdefullt att göra en storskalig studie, för att få flera BVC sjuksköterskors erfarenheter och därmed mer tyngd i resultatet. I nästa steg hade det även varit intressant att undersöka hur socialtjänsten upplever samarbetet.

Fördelning av examensarbetet

Under hela arbetets gång har vi båda deltagit aktivt och jämnt fördelat i insamlingen av faktamaterial samt sammanställt bakgrunden tillsammans. Vi har intervjuat två stycken BVC sjuksköterskor var och sedan transkriberat texten enskilt. Därefter har vi analyserat datamaterialet, sammanställt resultatet samt diskussionen tillsammans. Vi har gemensamt diskuterat och reflekterat genom hela arbetets gång och vi ser en fördel av att ha arbetat tillsammans.

REFERENSER

Antonovsky, A. (1987). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.

Brottsförebygganderådet (2012). *Brott och statistik*. Hämtad 2013-03-12 från <http://www.bra.se/bra/brott--statistik.html#&panell1-1>

Chaney, S. E. (2000). Child abuse: Clinical findings and management. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 12(11), 467-471. doi: 10.1111/j.1745-7599.2000.tb00157.x

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?: Hur fungerar anmälningsplikten i Sverige? vem anmäler, vad anmäls och vilket utfall får anmälningarna? *European Journal of Social Work*, 10(2), 209-223. doi: 10.1080/13691450701317996

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Edberg, A.-K., & Wijk, H. (2009). *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

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

Eriksson, K. (1995). *Vårdprocessen*. Göteborg: Almqvist & Wiksell.

FN:s generalförsamling (1989). *Konventionen om barns rättigheter*. Hämtad 2013-03-11 från <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/kamkonventionerna/konventionen-om-barnets-rattigheter-crc/>

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2013-02-28 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Fraser, J. A., 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(2), 146-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015

Friedlaender, E. Y., Rubin, D. M., Alpern, E. R., Mandell, D. S., Christian, C. W., & Alessandrini, E. A. (2005). Patterns of health care use that may identify young children who are at risk for maltreatment. *Pediatrics*, 116(6), 1303-1308. doi: 10.1542/peds.2004-1988

Graneheim, U. H., Lundman, B., Omvårdnad, Medicinsk fakultet, & Umeå universitet. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Göteborgs universitet. Språkdata. (1996). *Nationalencyklopedins ordbok: Bd 3, [rekr-övå]*. Höganäs: Bra böcker.
- Hall, E., & Wigert, H. (2010). Familjeinriktad neonatalvård. Ingår i M. Berg & I. Lundgren. (Red.), *Att stödja och stärka – vårdande vid barnafödande* (sid. 191-204). Lund: Studentlitteratur.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis – An Introduction to Its Methodology*. Thousand Oaks: Sages Publications, Inc.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E., & Wallgren, G. A. (2006). *Grundläggande omvårdnad: 4*. Stockholm: Liber.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* Lund: Studentlitteratur.
- Lagerberg, D. (2004). A descriptive survey of swedish child health nurses awareness of abuse and neglect. II. characteristics of the children. *Acta Paediatrica*, 93(5), 692-692. doi: 10.1080/08035250410025654
- Lazenbatt, A., & Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 227-236. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x
- Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E., & Sundelin, C. (2009). *Barnhälsovård – att främja barns hälsa*. (5:e uppl). Stockholm: Liber.
- Newton, A. W., & Vandeven, A. M. (2009). Update on child maltreatment. *Current Opinion in Pediatrics*, 21(2), 252-261. doi: 10.1097/MOP.0b013e328329263d
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3:e uppl.). Stockholm: Liber.
- Paavilainen, E., & Tarkka, M. (2003). Definition and identification of child abuse by finnish public health nurses. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 20(1), 49-55. doi: 10.1046/j.1525-1446.2003.20107.x
- Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Patton, M Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (3:rd.). Thousand Oaks: Sages Publications, Inc.

- Piltz, A., & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *26*(3), 93-100.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research -Principles and Methods*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Regeringen. (2012). *Barnens rättigheter i Sverige*. Hämtad 2013-03-11 från <http://www.regeringen.se/sb/d/14861>
- Regeringen. (2013a). *Individ – och familjeomsorg i Sverige*. Hämtad 2013-03-18 från <http://www.regeringen.se/sb/d/14938/a/170355>
- Regeringen. (2013b). *Socialtjänst i Sverige*. Hämtad 2013-03-18 från <http://www.regeringen.se/sb/d/14823>
- Rikshandboken i barnhälsovård (2007). *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovården*. Hämtad 2013-03-08 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-Barnhalsovarden/>
- Rowse, V. (2009). Support needs of children's nurses involved in child protection cases. *Journal of Nursing Management*, *17*(6), 659-666. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.00987.x
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2013-03-12 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2013-02-28 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/?bet=2003:460
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2013-03-12 från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20090400.htm>
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2013-03-12 från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20010453.htm>
- Socialstyrelsen (2012). *Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga – en undersökning om omfattning och regionala skillnader*. Hämtad 2013-03-18 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18653/2012-3-27.pdf>
- Socialstyrelsen (2004). *Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2013-03-12 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-101-1>
- Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. (2005). Hämtad 2013-03-06 från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen (2007). *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*. Hämtad 2013-03-18 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9205/2007-123-31_200712331.pdf

SSF (2005). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

SSF (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

SSF (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset. (2011). *Våga se, våga agera*. Hämtad 2013-03-11 från <http://www.tidigatecken.nu/>

Svenska Akademiens ordlista över svenska språket (2006). *Samarbete*. (13:e uppl). Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

Söderman, A., & Jackson, K. (2011). Barn som far illa i sin hemmiljö - BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen. *Vard i Norden*, 31(4), 38.

Tingberg, B., Bredlöv, B., & Ygge, B. (2008). Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2718-2724. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

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

Vårdalinstitutet (2011). *Vårda vårdarna – vårdkvalitet och arbetsmiljö hänger samman*. Hämtad 2013-05-02 från <http://www.vardalinstitutet.net/sites/default/files/tr/demens/demensdocs/demensartikel/pdf/11232.pdf>

Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.



GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

”BVC sjuksköterskors erfarenheter av samarbete med socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa”

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

Ett av BVC sjuksköterskans uppdrag är att identifiera och anmäla till socialtjänsten när ett barn far illa eller riskerar att göra så. Forskningen kring denna för sjuksköterskan komplexa uppgift visar att BVC sjuksköterskorna känner behov av stöd vid dessa situationer. Stödet som efterfrågades kunde uttryckas som att få möjlighet att fördjupa befintliga kunskaper och att få tillgång till tydligare riktlinjer och handlingsplaner. Bland BVC sjuksköterskor har det framkommit en önskan om ett utarbetat samarbete med socialtjänsten där informationsutbyte under sekretess kan möjliggöras. Under vår praktiktjänstgöring inom BVC blev det också uppenbart att samarbetet mellan BVC sjuksköterskan och handläggare vid socialtjänsten inte var optimalt. För att ge underlag för förbättringar av BVC sjuksköterskans hälsofrämjande omvårdnadsarbete inom BVC verksamheten vid misstanke om att barn far illa ser vi att det är viktigt att undersöka hur BVC sjuksköterskor beskriver sina erfarenheter av samarbetet med socialtjänsten.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om deltagande i denna intervjustudie eftersom du genom minst tre års tjänstgöring inom BVC i Göteborg med omnejd, sannolikt har erfarenhet av samarbete med handläggare vid socialtjänsten där ärendet gäller att ett barn riskerar att fara illa. Om du är intresserad av att delge dina erfarenheter eller önskar få ytterligare information är vi tacksamma om du kontaktar någon av oss ansvariga för studien.

Studiens genomförande

Om du väljer att delta i studien kommer du att, i en intervju som beräknas ta ca 30-40 minuter i anspråk, få berätta om dina erfarenheter. Du kan själv välja tid och plats för intervjun.

Hantering av data och sekretess

Intervjun kommer av praktiska skäl att spelas in för att sedan skrivas ned och analyseras. Dina svar kommer inga obehöriga att kunna ta del av och inga enskilda deltagande personer kommer att kunna identifieras i studien. Efter resultatredovisningen, vilken sker i form av ett examensarbete på avancerad nivå vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet, kommer ljudfilen att kasseras.

Frivillighet

Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan vidare förklaring. Ingen ekonomisk ersättning utgår vid deltagande i studien.

För- och nackdelar med deltagande

Det kan upplevas positivt att kanske bidra till utveckling av ett ibland svårt uppdrag för sjuksköterskan inom BVC.

Vår förhoppning är att inga obehag skall upplevas av att delta i studien. Eventuellt kan minnen av svåra situationer komma upp till ytan. Som beredskap vid eventuellt obehag av intervjun kommer vi att ha ett uppföljande telefonsamtal för avstämning om behov finns för ytterligare samtalskontakt.

Hur får jag information om studiens resultat?

Om du vill ta del av studiens resultat är du välkommen att kontakta nedanstående personer.

Ansvariga för studien

Marie Mattsson
Leg. Sjuksköterska
Student
Tel. 0707-460046
marie.mattson.tkk@telia.com

Karin Olin
Leg. Sjuksköterska
Student
Tel. 0707-716914
karin_olin@hotmail.com

Barbro Lundblad Fil.dr
Barnsjuksköterska
Handledare vid institutionen
för vårdvetenskap och
hälsa vid Göteborgs
universitet.
Tel. 031-786 60 54
barbro.lundblad@gu.se



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

BVC sjuksköterskors erfarenheter av samarbete med socialtjänsten vid
misstanke om att barn far illa

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av information om studien och är medveten om att deltagandet är frivilligt.
Jag samtycker till att delta i studien.

Datum_____

Namnunderskrift_____

Namnförtydligande_____

Ansvariga för studien

Marie Mattsson

Leg. Sjuksköterska

Student

Tel. 0707-460046

marie.mattson.tkk@telia.com

Karin Olin

Leg. Sjuksköterska

Student

Tel. 0707-716914

karin_olin@hotmail.com

Barbro Lundblad Fil. dr

Barnsjuksköterska

Handledare vid institutionen

för vårdvetenskap och

hälsa vid Göteborgs

universitet.

Tel. 031-786 60 54

barbro.lundblad@gu.se

Intervjuguide

Inledande frågor

Berätta om hur det är att vara BVC sjuksköterska?

Följdfråga: Hur länge har du arbetat på BVC

Berätta om hur du som BVC sjuksköterska går tillväga för att bli varse om barnet framför dig far illa eller som riskerar att fara illa?

Berätta om hur du påverkas när det blir uppenbart för dig att ett barn riskerar eller uppenbart far illa?

Huvudfrågor:

Kan du berätta om dina erfarenheter av samarbetet med socialtjänsten när du misstänker att ett barn far illa?

Följdfrågor: Kan du ge exempel på när du upplevde ett bra samarbete och ett mindre bra samarbete med socialtjänsten.

Har du någon upparbetad kontakt inom socialtjänsten och som du känner förtroende att prata med? Vid svar ja eller nej fortsätt med; Vad betyder det för dig?

Berätta om dina erfarenheter av rådande sekretessbestämmelser och vilken betydelse dessa har när du känner oro att ett barn riskerar att fara illa?

Berätta om hur du ser på samarbetet med socialtjänstpersonalen efter att du uppmärksammat att ett barn far illa.

Är det något mer du vill tillägga eller berätta innan vi avslutar?

Får vi lov att återkomma till dig per telefon om det skulle vara något oklart vid bearbetningen av intervjun?