



Institutionen för hälsa och lärande

SER DISTRIKTSSKÖTERS KOR VERKLIGHETEN?

Distriktssköterskors uppfattning av barn som misstänks fara illa.

DO DISTRICT NURSES SEE THE REALITY?

District nurses' perceptions of children suspected being maltreated.

Examensarbete i omvårdnad
15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Vårterminen 2019

Författare: Johansson, Frida
Menze, Therese

SER DISTRIKTSSKÖTERS KOR VERKLIGHETEN?

Distriktssköterskors uppfattning av barn
som misstänks fara illa.

DO DISTRICT NURSES SEE THE REALITY?

District nurses' perceptions of children
suspected being maltreated.

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Avancerad nivå
15 Högskolepoäng
Vårterminen 2019

Författare: Johansson Frida
Menze Therese

SAMMANFATTNING

Titel:	Ser distriktssköterskor verkligheten? Distriktssköterskors uppfattning av barn som misstänks fara illa.
Författare:	Johansson, Frida; Menze, Therese
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad 15 hp, OM806A
Handledare:	Larsson, Margaretha
Examinator:	Rosendahl, Sirpa
Sidor:	27
Nyckelord:	Barn, barn som far illa, distriktssköterskor, fenomenografi.

Bakgrund: Mörkertalen kring barn som far illa misstänks vara stort då flertalet aldrig söker vård, barn känner skam och skuld samt att hälso- och sjukvårdspersonal missar tecken på misshandel. Barnmisshandel innefattar fysiskt och psykiskt våld, sexuella övergrepp samt omsorgssvikt. Flertalet faktorer finns för att barn kan riskera att vara utsatta för misshandel som till exempel missbrukande föräldrar. Distriktssköterskor har en skyldighet att orosanmäla då barn misstänks fara illa.

Syfte: Syftet med denna studie var att undersöka distriktssköterskors uppfattning av att se tecken på att barn far illa.

Metod: En kvalitativ metod med fenomenografisk ansats har använts. Åtta intervjuer genomfördes med informanter från fyra olika enheter.

Resultat: Studien resulterade i tre beskrivningskategorier: *Det som är lätt att se, Bristar i föräldraskap, Distriktssköterskors intuition.*

Konklusion: De synliga skadorna var de som var lättast att både upptäcka, hantera och orosanmäla. Erfarenhet och kunskap hos distriktssköterskor visade sig ha betydelse för igenkännande av barnmisshandel. Vid orosmälan fanns ett behov av bekräftelse och stöd från kollegor för att styrka att tankarna stämde och att intuitionen var rätt.

ABSTRACT

Title: Do district nurses see the reality? District nurses' perceptions of children suspected being maltreated.

Author: Johansson, Frida; Menze, Therese

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS
ECTS

Supervisor: Larsson, Margaretha

Examiner: Rosendahl, Sirpa

Pages: 27

Keywords: children, district nurse, maltreatment, phenomenography.

Background: Hidden statistics regarding children being maltreated is suspected to be large. Most of them never seek health care, they feel guilt and shame and the healthcare professionals do not see the signs of maltreatment. Child abuse includes physical and mental violence, sexual abuse and neglect. Several elements exist for children being at risk of maltreatment for example parents having an addiction. District nurses have the responsibility to report child abuse to social services.

Purpose: The purpose of this study was to investigate district nurses' perceptions of seeing signs of children being maltreated.

Method: A qualitative method with a phenomenographic approach has been used. Eight interviews were conducted with informants from four different units.

Results: The study resulted in three description categories: *What is easy to see, Lack of parenting, District nurse's intuition.*

Conclusion: The visible injuries were those that were easiest to both discover, manage and make a report about. District nurses experience and knowledge is proved to be important for recognizing children being maltreated. When reporting to social services there was a need of confirmation and support from colleagues to prove their thoughts were correct and their intuition was right.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Barns rättigheter.....	2
Barn som far illa.....	2
Fysisk och psykisk misshandel.....	3
Sexuella övergrepp.....	3
Omsorgssvikt.....	4
Riskfaktorer för att barn kan fara illa	4
Distriktssköterskors roll, ansvar och skyldighet	5
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv.....	6
PROBLEMFÖRMULERING.....	6
SYFTE	6
METOD	7
Urval.....	7
Datainsamling	8
Analys.....	8
Etiska överväganden.....	8
RESULTAT	10
Det som är lätt att se	10
Synliga skador.....	10
Att se barns beteende.....	11
Brister i föräldraskap	12
Relation mellan barn och föräldrar	12
Att se maktspel och kontroll från föräldrar.....	12
Barn i ogynnsam hemmiljö.....	13
Kulturens påverkan på barn	14
Distriktssköterskors intuition.....	14
Bara en känsla	14
Att ta ansvar för sin misstanke.....	15
Resultatsammanfattning	15
DISKUSSION.....	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion	18
Konklusion	20
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	21
REFERENSER	22

BILAGOR

1. Informationsbrev till verksamhetschef
2. Samtyckesblankett
3. Intervjufrågor

INLEDNING

2006 gjordes en amerikansk studie som visade att cirka 20 procent av barn under tio år som dött till följd av misshandel haft dokumenterad kontakt med hälso- och sjukvården månaden innan de avlidit. Dessa kontakter var utöver rutinkontroller. En del barn uppvisade redan då symtom som kunde väckt misstankar om av att de for illa, om de identifierats korrekt hade några av dessa barn kanske levt än idag (King, Kiesel & Simon, 2006).

Sverige ses som ledande i världen vad det gäller arbete med barns rättigheter och mot barnmisshandel. Trots detta avled under 2016 totalt 49 barn varav 51 procent av dem till följd av olycksfall så som drunkning, kvävning samt trafikolyckor. Självmord, övergrepp och skadehändelser med oklar avsikt kunde relateras till resterande procent av fallen (Socialstyrelsen, 2017). Enligt Pau-Charles, Darwin-Soliva och Grimalt (2012) är mörkertalet kring barn som far illa stort då många aldrig uppmärksammas. För flertal barn söks det inte vård, barn känner skam och skuld, dessutom kan det vara så att hälso- och sjukvårdspersonal inte ser tecken på misshandel eller väljer att blunda för dem.

Lagen föreskriver att alla i samhället som får kännedom om eller misstänker att barn far illa bör anmäla, medans hälso- och sjukvårdspersonal har en skyldighet (SFS, 2001:453). Distriktssköterskor möter barn i alla åldrar som kan fara illa och det är viktigt att veta vad som bör uppmärksammas hos barn och våga agera därefter (Gilbert et al., 2009a; Lazenbratt & Freeman, 2006). Symtom på misstänkt barnmisshandel kan vara svåra att upptäcka och tveksamheter kan finnas när och om orosanmälan ska initieras.

BAKGRUND

Sverige var 1979 första landet i världen med att förbjuda barnaga (Rädda Barnen, 2012). Statistik visar att det i Sverige 2017 anmäldes 23 600 misshandelsbrott mot barn, vilket motsvarar 28 procent av samtliga anmälda misshandelsbrott. Den egentliga omfattningen är svår att uppskatta då flertalet brott mot barn inte polisanmäls. Större delen av brotten anmäls av skola och förskola vilket är synbart då färre brott anmäls under skolloven enligt Brottsförebyggande rådets [BRÅ] (2018). Sedan mitten av 1980-talet har orosanmälningar kring misstanke om barn som far illa ökat markant. Det finns dock inga tecken som tyder på att allvarlig misshandel av barn har ökat utan ökningen beror på stegrande anmälningsbenägenhet från socialtjänst till polis, initierat av förskola samt skola. Orosanmälan handlar mestadels om vanvård eller försummelse av barn (Jansson & Jernbro, 2016). Sjukvårdspersonal står för en ytterst liten del av anmälningar gällande misstanke om barnmisshandel enligt BRÅ (2011).

Barns rättigheter

Barn har rätt till en uppväxt utan våld och ska skyddas mot alla former av övergrepp, diskriminering, utnyttjande samt kränkning. De har även rätt till att utvecklas på ett gynnsamt sätt, ha någon som rör om dem och bli bemötta med kärlek och respekt. Enligt svensk lag är det förbjudet att slå barn, även som förälder samt vårdnadshavare. Det är viktigt att barn har personer i sin omgivning som bryr sig, ser vad som händer och vågar agera (Magnusson Österberg, 2018; SFS, 1949:381; Skarped, 2014a). Enligt Barnkonventionen definieras alla människor under arton år som barn (Unicef, 1989).

FN:s barnkonvention innefattar 54 artiklar rörande barns rättigheter. Fyra av artiklarna anses vara grundläggande principer. Dessa berör att alla barn har samma rättigheter samt lika värde och att deras bästa ska beaktas vid beslut om dem. De har rätt till liv och utveckling samt få uttrycka sin mening och få sin röst hörd. 196 länder har anslutit sig till barnkonventionen, endast USA står idag utanför. Sverige ratificerade 1990 konventionen som en av de första länderna i världen (Unicef, 1989). Första januari 2020 kommer Barnkonventionen bli lag i Sverige (Regeringskansliet, 2018).

Barn som far illa

Då barn har utsatts eller misstänks vara utsatta för barnmisshandel används ofta begreppet barn som far illa, detta innefattar utnyttjande, övergrepp, misshandel, kränkningar samt utsatthet (Magnusson Österberg, 2018). Barnmisshandel definieras enligt Statens offentliga utredning (SOU 2001:72) som när en vuxen människa utsätter barn för psykiskt eller fysiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller ej tillgodoser barns grundläggande behov.

Det är vanligt förekommande att de olika formerna av misshandel överlappar varandra och att barn utsatts för mer än en av dem (Jansson & Jernbro, 2016; Jernbro, Tindberg, Lucas & Jansson, 2014). Om inga synliga skador finns på att barn utsatts för någon form av misshandel kan ett avvikande beteende vara de enda tecknen och de kan uppträda irriterade, ledsna, nervösa, oroliga eller mycket arga (Magnusson Österberg, 2018; Taylor & Bradbury-Jones, 2015). Oförklarliga buksmärter, ryggsmärter, återkommande huvudvärk, smärter i leder, ångest eller sömnsvårigheter kan vara ytterligare tecken på att barn kan fara illa (Lucas & Otterman, 2014b; Magnusson Österberg).

Barn känner ofta lojalitet mot sin familj vilket kan leda till att de inte vill berätta om missförhållanden som råder och kan ha känslor av skam och skuld (Engh Kraft & Eriksson, 2015). Om barn själva berättar att de utsatts för övergrepp eller våld är det viktigt att skapa ett förtroende genom att lyssna, ställa öppna frågor och visa öppenhet för att få dem att berätta, detta kan vara avgörande för fortsatt utredning (Lucas & Otterman, 2014b; Magnusson Österberg, 2018). Ju mer utsatta barn är desto sämre förtroende har de oftast för vuxna (Jansson & Jernbro, 2016). Lucas och Otterman (2014a) menar att om barn som länge mått psykiskt dåligt plötsligt ändrar sina beteenden eller blir känslomässigt instabila bör det ageras snabbt. I flera fall när barn mår dåligt finns det naturliga förklaringar såsom till exempel en flytt, dödsfall i familjen, syskon med mera, men kan även vara tecken på utsatthet alternativt en psykisk störning. Genom att reagera och orosmäla kan dessa barn fångas upp så tidigt som möjligt.

Fysisk och psykisk misshandel

Studier visar att barn som misshandlas fysiskt allt som oftast även får utstå psykisk misshandel som till exempel förolämpningar (Jansson & Jernbro, 2016; Jernbro et al., 2014). Vid en större undersökning uppgav 44 procent av barn i Sverige att de någon gång utsatts för misshandel, majoriteten var mindre allvarligt våld (Jansson & Jernbro, 2016). Psykisk misshandel innebär att vuxna människor har utsatt barn för till exempel nedbrytande behandling, nedvärderande beteende eller avsiktligt förorsakat ett känslomässigt lidande, systematiskt och oftast under längre tid. Barn kan ha utsatts för orimligt hårda bestraffningar, hån, förlöjligande, kritik, avvisande, utfrysning, isolering eller orimliga krav. De som utsatts för psykisk misshandel kan uppleva skräck, ångest, glädjelöshet eller ha ett dåligt självförtroende (SOU, 2001:72). Risker för att utveckla allvarliga psykiska samt sociala problem som barn ökar om de bevittnat våld i hemmet, både direkt och senare i livet. Riskerna är stora för att barn själva blir utsatta för misshandel när våld förekommer i hemmet (Otterman & Lucas, 2014d).

Alla former av förorsakade skador, sjukdomar, smärtor eller att någon annan person får barn att känna maktlöshet räknas som fysiskt våld. Både det som använts i uppfostringssyfte samt det okontrollerade våldet såsom slag, sparkar, nypning eller att dra i örat (Magnusson Österberg, 2018; Skarped, 2014b). Skador i munnen, på läppar, läppband eller tänder kan vara orsakade av exempelvis forcerad matning. Andra tecken på fysiskt våld är bitmärken, skallskador, kramper eller hjärnskador som till exempel Shaken baby syndrome (Otterman & Lucas, 2014b). Det kan vara svårt att skilja vanliga blåmärken från de som orsakats av fysiskt våld. Hematom som barn fått av annan orsak än misshandel är ofta runda eller ovala, enskilda och bildar inget mönster, även om de förekommer på samma kroppsdel. Om blåmärken är streckformade, ögleformade, bågliknande eller har mönster efter tillhyggen samt efter slag eller grepp med hand, bör övergrepp misstänkas. Även vart på kroppen hematomen sitter avgör när misstanke bör väckas som till exempel på, i eller bakom öron, i eller på underlivet, på buken, lårens insida eller på rumpan. Barns ålder säger ofta var blåmärken är rimliga att få. Utgjutningar i olika läkningsfaser samt utbredning kan vara ett observandum för upprepat våld (Kodner & Wetherston, 2013; Otterman & Lucas, 2014b; Pau-Charles et al., 2012). Enligt Pau-Charles et al. (2012) stärks misstankarna kring misshandel om flertalet skador ses samtidigt såsom brännskador, benbrott och rivsår, särskilt utan en rimlig förklaring. Om sårskador finns ska dessa kunna förklaras utifrån hur såret ser ut. Starka indikationer för att barn far illa är då föräldrars versioner om hur skada uppkom skiljer sig åt, berättelsen ändrar sig över tid, täta besök hos sjukvården, multipla frakturer samt om lång tid förflutet mellan skadetillfället och kontakt med sjukvården tagits. Brännskador som orsakats avsiktligt är främst av två typer, när kroppsdelar doppas i eller hålls under het vätska samt brännmärken av cigaretter. Eisbach och Driessnacks (2010) studie visade att då barn uppvisade tydliga tecken av misshandel i form av brännmärken eller blåmärken fanns inga tvivel från sjukvårdspersonal om att göra orosanmälan till socialtjänsten.

Sexuella övergrepp

Då barn utsatts för sexuella handlingar som de inte förstår, ger sitt samtycke till eller när lagen motsätter sig detta är det ett brott enligt Otterman och Lucas (2014a). Även om barn under 15 år tar initiativ till en sexuell handling är det förbjudet (Magnusson Österberg, 2018). Sexuella övergrepp innefattar bland annat våldtäkt, blottning och all form av sexuell exploatering. Smärta i hals och svalg kan ha orsakats av orala övergrepp. Rodnad, blödningar eller blåmärken kan ses i svalg eller gom (Otterman & Lucas, 2014a). Skador i ändtarmsöppning och på könsorgan läker snabbt och är därför svåra att upptäcka. Vid

sexuellt utnyttjande uppstår ibland greppmärken på lårens insida eller på skinkorna. Om sexuellt överförbara infektioner upptäcks hos barn före puberteten bör en stark misstanke om övergrepp misstänkas, även andra genitala infektioner samt graviditet ska motivera misstanke (Otterman & Lucas, 2014a; Pau-Charles et al., 2012). Barn som utsatts för sexuella övergrepp tenderar att klandra sig själva och upplever en känsla av att de gjort sig skyldiga till det som hänt. Detta gör att de i större utsträckning känner rädsla, skam samt skuld och väljer att inte anmäla eller att det dröjer längre innan de gör det (London, Bruck, Ceci & Shuman, 2005; Taylor & Bradbury-Jones, 2015). Flertalet barn väljer att berätta om övergrepp för en vän men undviker att berätta för en vuxen (Priebe & Svedin, 2008). Om barn uppvisar ett sexualiserat beteende kan det tyda på att de har utsatts för övergrepp eller andra traumatiska händelser. Det är otroligt viktigt att vuxna agerar då barn utsätter ett annat barn för oönskade sexuella handlingar eller våld, dels för att skydda det barn som utsatts men även för att utreda hur de barn som agerat mår och försöka klara upp omständigheterna (Lucas & Otterman, 2014a).

Omsorgssvikt

Omsorgssvikt, även kallat försummelse eller vanvård är då föräldrar misslyckats med att ge barn möjlighet till utbildning, hälsa, mat, skydd eller emotionell utveckling, oavsett anledning (Gilbert et al., 2009a; Taylor & Bradbury-Jones, 2015). Vid vanvård är barns fysiska och eller psykiska behov ej tillgodosedda. Brister kan avse mun och tandhälsa, bristande hygien, åsidosatt omvårdnad, ej årstidsanpassade kläder, sömnbehov eller att barn inte skyddas mot olyckor (El-Radhi, 2015; Pau-Charles et al., 2012; Taylor & Bradbury-Jones, 2015), får medicinsk behandling eller nödvändig sjukhusvård (Lucas & Otterman, 2014c). När föräldrar brister i förmåga att ta hand om barn ter det sig olika, barn kan ha ett avvikande beteende men visar ibland även kroppsliga tecken på försummelse (Lucas & Otterman, 2014c; Taylor & Bradbury-Jones, 2015).

Risikfaktorer för att barn kan fara illa

Barn med kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar löper ungefär dubbelt så stor risk att utsättas för misshandel än övriga barn. I en familj med dålig ekonomi, ensamstående föräldrar, psykisk ohälsa samt föräldrar födda utanför Norden ökar risken markant för utsatthet hos barn (Jansson & Jernbro, 2016; Jernbro et al., 2014). När barn växer upp i en familj där föräldrar är unga, missbruk förekommer eller våld mellan vuxna existerar ökar risken för att de själva kan utsättas för våld (El-Radhi, 2015; Gilbert et al., 2009b; Taylor & Bradbury-Jones, 2015). Om föräldrar inte har en central roll i barns utveckling ökar riskerna för att de utsätts för övergrepp. Påfrestningar i familjers liv så som stress, fysiskt eller psykiskt våld, brister i omsorg, kriser, förluster, social isolering, orealistiska förväntningar, föräldrar med dåliga uppväxtvillkor, en förvrängd uppfattning av barn samt bristande föräldrakunskap kan leda till att barn inte får utvecklas och växa utifrån bästa möjliga förutsättningar (Skarped, 2014c). Barn som far illa under sin uppväxt löper större risk att i vuxen ålder utveckla ett missbruk av droger eller alkohol (Chwartzmann Halpern, 2018).

Distriktssköterskors roll, ansvar och skyldighet

Distriktssköterskors (DSK) arbete ska sammanfattningsvis omfatta ett hälsobefrämjande arbetssätt för att möta, hjälpa, råda, förebygga, stödja, vårda samt behandla personer och deras familjer i livets alla skeden utifrån psykisk, fysisk, kulturell, social och existentiell sjukdom och hälsa. DSK arbete ska ske utifrån ett holistiskt samt etiskt förhållningssätt. Det ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utföras efter riktlinjer och författningar (Distriktssköterskeföreningen i Sverige [DSF], 2008). De grundläggande ansvarsområdena för sjuksköterskor är att lindra lidande, återställa hälsa, förebygga sjukdom samt främja hälsa. En respektfull omvårdnad ska ges oberoende av ålder, tro, hudfärg, etnisk eller kulturell bakgrund, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, politiska åsikter, nationalitet eller social ställning (International Council of Nurses [ICN], 2012). Hälsa- och sjukvårdslagens (SFS 2017:30) mål är en vård på lika villkor och en god hälsa för hela befolkningen. Respekt ska ges för alla människors lika värde och för den enskilda personens värdighet. Den med störst behov av vård ska ges företräde. Barns bästa ska särskilt beaktas och vid misshandel eller misstanke om att barn far illa ska samverka med berörda myndigheter initieras omgående.

DSK på olika mottagningar så som vårdcentral, barnmottagning samt akutmottagning, hör till den profession som vanligen först kommer i kontakt med barn då de söker vård. Därför är det än viktigare för DSK att veta vilka tecken som bör väcka misstanke om att barn eventuellt utsätts för misshandel (Cho, Cha & Yoo, 2015; Crisp & Green Lister, 2004). Elevhälsans uppdrag är att arbeta förebyggande och hälsofrämjande samt stödja elevers utveckling mot utbildningens mål (Riksföreningen för skolsköterskor och svensk sjuksköterskeförening, 2016; Socialstyrelsen & Skolverket, 2016). Sjuksköterskor inom skolväsendet har regelbundna kontakter med elever genom hälsobesök, hälsosamtal, vaccinationer samt öppen mottagning och har därför möjlighet att upptäcka, hjälpa och stödja utsatta barn (Engh Kraft & Eriksson, 2015; Gilbert et al., 2009a; Patestos, Patterson & Fitzsimons, 2014). Chansen att barn ska öppna sig och våga berätta om missförhållanden ökar om DSK har en icke dömande attityd, skapar en trygg miljö, har ett omvårdande förhållningssätt samt agerar professionellt enligt Taylor & Bradbury-Jones (2015).

Den anmälan som görs då barn misstänks fara illa görs till socialtjänsten och kallas för orosanmälan (Magnusson Österberg, 2018). Vid orosanmälan behövs inga konkreta bevis för att barn far illa och en utredning kring hur det står till behöver inte initieras av anmälare utan detta görs av socialtjänsten (Tingberg, Bredlöv & Ygge, 2008), tröskeln för orosanmälan ska vara låg. Föräldrar bör informeras om orosanmälan i de flesta fall, om grövre brott misstänks kan det vara bra att samtala med socialtjänst samt polis innan föräldrar informeras (Dahlbo, Jakobsson & Lundqvist, 2017; Otterman & Lucas, 2014c). När DSK gör en orosanmälan till socialtjänsten kan de aldrig vara anonyma (Otterman & Lucas, 2014c), det går dock att diskutera barn med dem för stöttning och vägledning utan att röja identiteter (Magnusson Österberg, 2018). Barnhus sköter utredningar och undersökningar där misstanke kring barnmisshandel föreligger. Olika kompetenser så som socialsekreterare, barnpsykologer och psykiatriker, åklagare, barnläkare samt poliser finns på samma plats för snabbare bedömningar (Otterman & Lucas, 2014c). Studier påvisar vikten av ett fungerande tvärprofessionellt arbete med ett tydligt fokus på barns bästa (Crisp & Green Lister, 2004). Alla som arbetar med barn har en anmälningsplikt och är enligt lag skyldiga att göra en orosanmälan om misstanke finns om att barn far illa (SOU 2001:72), trots detta visar flera studier att sjuksköterskor i många fall inte gör detta bland annat på grund av bristande kunskaper kring att identifiera barnmisshandel (Lines, Hutton & Grant, 2017; Taylor & Bradbury-Jones, 2015; Tingberg et al., 2008).

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Barn ska behandlas med respekt, ansvar och med en öppenhet för sina behov och situation. Det etiska patientperspektivet berör värdighet, sårbarhet, integritet samt självbestämmande hos människor (Källerwald, 2017). Enligt Wiklund Gustin och Lindwall (2012) kan sjuksköterskor med hjälp av omvårdnadsteorier forma vården för barn, så att deras unika erfarenheter, behov, problem samt önskemål tillgodoses. Detta innebär även att barn får en vård med bättre kvalitet och att den är evidensbaserad. Lidandet är ett av Katie Erikssons grundbegrepp som är unikt och formas av människor och deras omgivning. Lidandet innefattar sjukdomslidande, livslidande samt vårdlidande. Att vårda personer innebär att lindra lidande och att hjälpa människor växa och utvecklas till dem de var tänkta att bli. Katie Eriksson (1994) beskriver att sjuksköterskor delar lidandet med den de vårdar och hjälper till då krafterna inte riktigt räcker till. Begreppen tro, hopp och kärlek visar den inställning som sjuksköterskor bör ha gentemot barn medans ansa, leka och lära styr deras handlingar. När barn lider dras de mellan ytterligheterna, det som de upplever och det som de önskar, mellan ont och gott samt emellan skam och värdighet. Människors lidande kan innebära att deras värdighet kränks eller hotas. Sjuksköterskor måste våga och vilja ta emot andra människors rop på hjälp. Alla barn har rätt att ses som unika personer med sin egen berättelse, lång eller kort, fylld av glädje och sorg, ett nu. Deras berättelser kommer att bli en framtid eller historia, ljus eller mörk. Att vårda någon innebär att ge och ta och får inte uppfattas som självklart. Den som tar emot vård ger alltid av sig själv. Tillit bygger på att sjuksköterskor uppmärksammar barns behov av att bli sedda, mottagna samt betrodda.

PROBLEMFORMULERING

Barn har rätt att växa upp i en trygg miljö utan våld och ska skyddas mot det som gör dem illa. I Sverige har anmälningar om barn som far illa ökat markant under de senaste decennierna ändå anses mörkertalet vara stort. Olika former av barnmisshandel är fysiskt våld, psykiskt våld, sexuella övergrepp samt omsorgssvikt. Några av de riskfaktorer som finns för att barn kan utsättas för misshandel är social isolering, stress samt missbruk i familjen. För flertal barn söks det inte vård, barn känner skam och skuld, dessutom kan det vara så att hälso- och sjukvårdspersonal inte ser tecken på misshandel eller väljer att blunda för dem. Sjukvårdspersonal hör till den kategori som gör minst orosanmälningar. De grundläggande ansvarsområdena för DSK är att lindra lidande, återställa hälsa, förebygga sjukdom, främja hälsa och att barns bästa alltid ska beaktas. Då DSK hör till den profession som ofta träffar barn först när de söker vård, är det särskilt viktigt att kunna uppfatta tecken som kan tyda på att barn far illa.

SYFTE

Syftet var att undersöka distriktssköterskors uppfattning av att se tecken på att barn far illa.

METOD

Studiens mål var att inbringa kunskap om distriktssköterskors uppfattning av att se tecken som kunde tyda på att barn utsatts för misshandel. En kvalitativ metod med fenomenografisk ansats valdes för att besvara syftet. Fenomenografi är riktad mot att beskriva personers olika sätt att förstå fenomen i sin omgivning (Fejes & Thornberg, 2015; Larsson & Holmström, 2017). Fenomenografien startade som ett forskningsprogram på Göteborgs universitet vid pedagogiska intuitionen för att kartlägga människors olika uppfattningar av fenomen. Forskare fann att ett begränsat antal uppfattningar kring ett visst fenomen alltid tycks finnas hos en grupp individer (Marton, 1981). Som forskningsinriktning kännetecknas fenomenografi av mångfald, variation och dynamik. Inriktningen beskriver förståelser och erfarenheter i relation till en viss situation. Inom fenomenografisk forskning används första och andra ordningens perspektiv. Första ordningens perspektiv innebär att forskaren lägger fokus på fenomenet i sig, att intresset är riktat mot ett visst begrepp, föremål eller fenomen. Beskrivningarna bygger på forskarens egna observationer. Detta examensarbete kommer bygga på andra ordningens perspektiv som innebär att utforska andra människors sätt att uppfatta eller förstå ett visst fenomen, inte fenomenet i sig. Forskningsmålet är att en grupp individer beskriver variationer i hur ett fenomen kan upplevas och förstås. Information om människors uppfattningar av olika fenomen kan fås genom intervjuer med öppna frågor och ansågs därför som en lämplig metod för datainsamling i denna uppsats (Larsson & Holmström, 2017).

Urval

Deltagare till studien valdes ut strategiskt för att få variation i materialet. För att få en så rik och varierad bild som möjligt av fenomenet valdes sjuksköterskor från olika verksamhetsområden (Larsson & Holmström, 2017). Denna studies syfte var att intervjua sjuksköterskor med en specialistutbildning inom distrikt från olika områden där barn förekommer. Distriktssköterskor från elevhälsan och vårdcentraler i två mindre kommuner samt distrikt- och sjuksköterskor från akutmottagning samt barnmottagning på ett medelstort sjukhus i Västra Götaland deltog. Mejlkontakt samt telefonkontakt togs med verksamhetschefer på respektive enhet för ett godkännande av deltagande i studien (bilaga 1). Efter samtycke valde verksamhetschefer ut lämpliga deltagare efter inklusions- och exklusionskriterierna. Inklusionskriterierna innefattade minst fem års erfarenhet som grundutbildad sjuksköterska, helst med en specialistutbildning inom distrikt samt viss erfarenhet av att ha träffat barn som misstänkts varit illa. Exklusionskriterierna var sjuksköterskor som arbetade inom barnhälsovården (BHV). Efter förslag på lämpliga deltagare från verksamhetschefer togs telefonkontakt med personerna för att verifiera deltagande och för bekräftande om erfarenhet kring barn som varit illa. Efter bekräftelse bestämdes passande tid och plats för intervjuer och samtyckesblankett (bilaga 2) mejlades till samtliga deltagare för underskrift. Åtta sjuksköterskor deltog i studien, samtliga var kvinnor. Av dessa hade sex stycken en specialistutbildning inom distrikt, en hade specialistutbildning som barnsjuksköterska, en var allmänsjuksköterska och en hade dubbla specialistutbildningar inom distrikt samt barn. Arbetslivserfarenheten som grundutbildad sjuksköterska var minst 15 år och som specialistsjuksköterska tio år. Enligt Henricson och Billhult (2017) är det bättre att ha få informanter med olika erfarenheter som kan ge utförliga beskrivningar av ämnet än många informanter med mindre erfarenhet.

Datainsamling

Data har samlats in genom individuella intervjuer med de åtta deltagarna under februari och mars månad 2019. Intervjuerna hölls på informanternas respektive arbetsplatser avskilt från verksamheten för att minimera störningsmoment samt för att tillmötesgå deltagarnas möjligheter att vara med i studien. Enligt Danielsson (2017) skapar en ostörd miljö och en trygghet de bästa förutsättningarna för att få en innehållsrik och djup intervju.

Mobiltelefon med diktafonfunktion användes för att spela in intervjuerna, materialet transkriberades ordagrant snarast av den som höll i intervjun och raderas sedan omgående. Samtalen som spelades in pågick mellan 18 och 34 minuter. För att skapa de bästa förutsättningarna för att besvara studiens syfte användes en central öppningsfråga (bilaga 3) i intervjuerna, vilken är den mest lämpliga metoden för datainsamling i en fenomenografisk studie enligt Larsson och Holmström (2017).

Innan start av intervjuer erhöll informanterna upplysning kring önskemål om inspelning av samtalet, studiens syfte samt att de när som helst hade möjlighet att avbryta deltagandet. Öppningsfrågan som ställdes till samtliga var: ”Berätta, vad uppfattar du kan vara tecken på att barn far illa?” För att utveckla informanternas berättelser och för att få fler aspekter av fenomenet ställdes följdfrågor så som: Hur tänkte du kring...? Vad var det som gjorde att du tänkte så?

Vid samtliga intervjuer var båda författarna närvarande, den ena som intervjuare och den andra som tyst åhörare. Intervjuerna delades lika mellan de båda författarna, det vill säga fyra stycken vardera. Båda författarna medverkade för att bättre kunna tolka deltagarnas kroppsspråk samt vara till stöd för den som intervjuade. Efter avslutade samtal talade författarna med informanterna om hur de upplevt intervjuerna.

Analys

Syftet med den fenomenografiska analysen var inte att återge vad personerna sagt utan att upptäcka mönster i deras tankevärld i förhållande till ett visst fenomen. En analysprocess i fem steg användes då intervjutexten analyserades. Steg ett var att transkribera intervjuerna ordagrant och läsa igenom dem upprepade gånger. I steg två gjordes en första gallring av textmaterialet, text där informanterna beskrev egna reflektioner och erfarenheter markerades. I tredje steget lästes dessa åter med ett fokus på hur personer hanterade och tolkade fenomenet, några få meningar sammanfattades utifrån uppfattningarna. Efter att ha gått igenom samtliga intervjuer på detta sätt inleddes det fjärde steget där gemensamma mönster baserade på likheter och skillnader eftersöktes för att få fram kategorier. Dessa ska ej överlappa varandra utan var kvalitativt och distinkt skilda åt. Tillsammans utgjorde kategorierna den fenomenografiska studiens huvudresultat det så kallade utfallsrummet. I ett femte och sista steg har försök till att hitta en relation mellan kategorierna eftersträvat (Larsson & Holmström, 2017). Hela analysprocessen genomfördes av båda författarna, ihop och var för sig. Arbetet resulterade i tre beskrivningskategorier med åtta underkategorier.

Etiska överväganden

Med hjälp av etiska principer ökar sannolikheten för att deltagarnas rättigheter, välbefinnande och säkerhet garanteras. Personerna som intervjuas ska bemötas med respekt även om de senare väljer att inte delta (Kjellström, 2017). Med hänsyn till personers integritet och identitet ligger Helsingforsdeklarationens fyra principer som grund i studien,

dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Information innehållande studiens syfte, upplägg samt dess nytta gavs både muntligt och skriftligt inför intervjuerna. Ett deltagande var frivilligt och rätten att avbryta fanns. En tydlig bild av vad medverkan innebar framgick och kontaktuppgifter till författarna gavs ut. Vidare information gavs om att full sekretess rådde samt att datamaterialet endast skulle användas i denna studiens syfte och skulle förvaras oåtkomligt för obehöriga (Medicinska forskningsrådet, 2000). Vid intervjuerna kunde starka känslor väckts hos deltagarna vilket författarna varit medvetna om och lyhörda för. Om detta blivit aktuellt hade intervjuerna avbrutits. Efter avslutade samtal informerade sig författarna om hur deltagarna upplevde intervjuerna och om önskat behov av stöd fanns.

RESULTAT

Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskors uppfattning av att se tecken på att barn far illa. När det insamlade datamaterialet hade analyserats framkom tre beskrivningskategorier med åtta underkategorier som ses i figur 1.

Figur 1.

Beskrivningskategorier	Underkategorier
Det som är lätt att se	-synliga skador -att se barns beteende
Brister i föräldraskap	-relation mellan barn och föräldrar -att se maktspel och kontroll från föräldrar -barn i ogynnsam hemmiljö -kulturens påverkan på barn
Distriktssköterskors intuition	-bara en känsla -att ta ansvar för sin misstanke

Det som är lätt att se

Synliga skador

Det mest självklara och enkla svaret på öppningsfrågan som ställdes var det ämne som egentligen berördes minst under intervjuerna, de visuella och tydliga skadorna.

Skador naturligtvis... Har barnet blåmärken på speciella ställen, som man inte ska ha, visst kan barnet skada sig där också men det ska finnas en bra förklaring till det.

Det uppfattades självklart för DSK att agera och naturligt att ställa följdfrågor för att reda ut vad som hänt när barn hade blåmärken och andra synliga skador. Fanns det en rimlighet i det som sades orsakat skadan eller skulle en orosanmälan initieras för att misstanke fanns att någon tillfogat den. Då det fanns synliga tecken existerade i princip inga tvivel och att det inte heller var särskilt svårt, där och då, för DSK att möta och hantera dessa barn och föräldrar. De flesta kändes förberedda och rustade inför att någon gång behöva möta utsatta barn och agerade därför instinktivt med direkta åtgärder.

Just fysisk misshandel känner jag är så uppenbara på något sätt... Så det känner jag är så uppenbart för alla, där finns inga tveksamheter.

Föräldrar som sökte vård för barn med upprepade infektioner i underlivet var också givna tecken för att DSK skulle reagera och tänka att barn kunde vara utsatta sexuellt. Barn undersöktes noggrannare för att eventuellt kunna se skador i underlivet, tecken på svamp eller könssjukdom och en djupare anamnes efterfrågades.

Kan vara så att den ena (barnet) inte har så utvecklade urinorgan, det kan ju vara så, KAN VARA SÅ... Men det klart jag har dristat mig till tanken att... Det är lite speciellt eftersom det alltid är pappan som är med så...

Det framkom att övervikt ansågs som en form av misshandel då barn kan vara begränsade i sin rörlighet och ha svårigheter att delta i aktiviteter samt riskerade att utsättas för mobbning. Om åtgärder inte sattes in i tid riskerade barn följsjukdomar samt en fortsatt övervikt i vuxen ålder. Detta uppfattades vara bland det svåraste för DSK att hantera då det är känsligt att tala med barn kring deras vikt. Föräldrar blev ofta agiterade då ämnet togs upp och såg inte det preventiva i det som DSK förde fram utan ställde sig i försvarsställning då de ansåg sig anklagade för att ha orsakat övervikten.

...går knappt prata om det... så många utskällningar jag fått av vansinniga föräldrar...

Att se barns beteende

DSK uppfattningar var att mycket i barns beteende kan tala för hur de egentligen mår. Barn kan ha svårt för, inte våga eller inte vilja tala om saker men det går ändå att fånga upp dem som misstänks fara illa. DSK behöver ha kunskap och erfarenhet samt vara engagerade så att de uppmärksammar barn som kan vara utsatta. Kontaktsökande barn kan vara i behov av närhet i form av kroppskontakt, få bekräftelse eller har en önskan om att berätta något men vill först bygga upp ett förtroende.

...efter ett par gånger förstår man att det ligger något annat bakom, de söker kontakt och öppnar sig mer och mer.

DSK var medvetna om att barn som har ett begränsat muntligt språk istället kan visa mycket med sitt kroppsspråk och kan på detta sätt berätta hur de mår.

...kan inte fråga en fyraåring utan det är ju mer kroppsspråket liksom, och framför allt connection med de som är där.

Vid upprepade besök hos skolsköterskor då inga uppenbara sjukdomar eller skador fanns, barn som bara uppvisade symtom i perioder eller nytillkomna ej åldersadekvata bekymmer var exempel på när DSK anade att barn kunde fara illa.

Barn som har jätteont i magen men bara varannan vecka när de är hos ena föräldern, det är konstigt när barn är sjuka varannan vecka... då är inte allt inte riktigt okej. Någonting gör att barnet far illa men det kanske inte är medvetet.

Barn som uppvisade en skräck för något som egentligen inte borde skapa en sådan överdriven rädsla fick DSK att ana oråd kring utsatthet. Exempel på detta kunde vara att behöva ta av sig kläderna eller ta en rektaltemp.

...handlar inte om lite rädsla utan den här skrällen och man kan se skillnad på detta, dom barnen funderar man på lite grann.

Brister i föräldraskap

Relation mellan barn och föräldrar

Samtliga informanter tog upp vikten av ett fungerande samspel mellan barn och föräldrar som något de alltid iakttog och reflekterade över vid möten. Föräldrars fokus var inte alltid på sitt barn i första hand utan de kunde istället välja att intressera sig av mobiltelefonen. Med växande erfarenhet och ökad kunskap hade DSK lärt sig att uppmärksamma interaktionen mellan barn och föräldrar och ansåg att de ganska snabbt kunde utläsa och förstå relationen mellan dem.

Det har suttit en välsminkad liten mamma och en lika välsminkad liten flicka och det är så kallt i rummet så att du kan skära... att du nästan får frostsador...

DSK påtalade att då en trygg bas existerade hade barn någon som fanns nära, de vågade visa känslor och visste att någon fanns där som stöd, oavsett hur situationen var. Fanns inte samspelet mellan föräldrar och barn menade DSK att risken ökade för att barn för illa.

... det naturliga är ju att man pratar med sitt barn eller att man... men när barnen inte... och man kan hantera dem nästan hur som helst, då blir jag lite svettig... när de (barnet) inte blir ledsna för att jag tar dem eller för att jag gör någonting.... Antingen är de ju jättesjuka, men de är de ju inte alltid utan det kan ju vara att man liksom känner att det här barnet har ju gett upp eller att det inte är någon idé att protestera, det hjälper ändå inte...

Att se maktspel och kontroll från föräldrar

DSK misstänksamhet kring att barn för illa väcktes då föräldrar tog över samtal och inte lät barn få uttrycka sig, att de tystades ner eller överröstades då de pratade. En konstant ögonkontakt mellan vårdnadshavare och barn uppfattades som ett sätt för att kontrollera barn. DSK iakttog de tystande, aggressiva eller hårda blickar som riktades mot barn då de sade eller gjorde något.

...pappan var ju med och satt och vakade... men det var ju han som hade utfört övergreppen... han satt där bara för att hon inte skulle kunna säga något...

Föräldrar som uppträdde hotfullt eller aggressivt mot barn, partner eller mot sjukvårdspersonal ansågs ha ett kontrollbehov och skapade en rädsla hos DSK för att allt inte stod rätt till i familjen. ”...om de kan vara sådana här hur är det då när de är själva...”. Då dessa situationer uppstod strävade DSK efter att tala enskilt med barn för att få deras version av händelsen eller sjukdomen, något som inte alltid var lätt att genomföra då föräldrar eller barn inte alltid gick med på det.

... sen nåt man inte ska glömma är att prata med barnet själva också, att föräldrarna ska gå ut lite grann också för då kanske man kan få en annan historia om de nu vågar... är föräldrarna bredvid är det inte säkert att de vågar berätta.

En oro väcktes hos DSK då föräldrar ringde och pratade om sina barn eller ungdomar men de fick inte tala med barnen. Samtalen fördes helt och hållet genom föräldrar trots att deras barn fanns i närheten och var tillräckligt gamla för att ge en anamnes själva.

Föräldrar som hela tiden ringer in, man får aldrig kontakt med barnet eller ungdomarna, de vill inte släppa fram barnen utan vill... man får inte vara själv med barnen när de kommer heller.

Psykisk misshandel uppfattades av informanterna som en variant av maktutövande mot barn och något som var svårt att upptäcka. DSK upplevde att detta ofta skedde i hemmet och att det var först när barn blev äldre som det kom fram och de berättade om sin situation. DSK erfor att den psykiska misshandeln orsakade barn stort lidande och en otrygghet längre fram i livet.

Något som är mycket svårare är psykisk misshandel, det kvittar ju om du pratar med en tvååring och säger fula saker för de förstår ju kanske inte riktigt på det sättet.

Barn i ogynnsam hemmiljö

DSK misstankar kring att barn kunde fara illa berördes även då vårdnadshavare sökte vård för sig själva. Föräldrar kunde vid kontakt med sjukvården vara alkohol eller drogpåverkade, må psykiskt dåligt, ha sjukdomar som påverkade rörelseförmåga eller kognition eller råkat ut för någon form av kris. DSK påtalade vikten av att ta reda på om barn fanns i hemmet, kunde de i sådana fall ha lämnats ensamma hemma, att de fick ta hand om varandra utan stöd från en vuxen eller kanske var det dem som ansvarade för hushållet. Risken var att detta kunde vara vardag för en del barn. DSK uppfattning var att det fanns brister i hur det hanterades när vuxna sökte vård och att det lätt kunde missas.

Vuxna som ser väldigt nergångna, slitna ut eller... det kan vara att de har svåra sjukdomar, depressioner och då behövs hjälp till barnen, handlar ju inte bara om att man ska omhänderta utan hjälp och stöd till de här barnen och dom tror jag vi missar ännu mer.

Att lyckas fånga upp föräldrar där brister fanns och ses, så som oförmåga att se barns naturliga behov vid enklare sjukdomstillstånd. Att sätta in åtgärder och stöd innan något sker med dessa barn visade på ett engagemang samt styrka enligt DSK. Att se det preventiva i handlingar. "För vissa familjer är det viktigt att de söker för saker nästan innan det har hänt...". Detta kunde med fördel ske mellan olika instanser så som vårdcentral och BHV, vårdcentral och skolsköterskor eller akutmottagning och barnavdelning.

...man ser att föräldrarna inte har de resurserna, vissa föräldrar som söker är man ju väldigt glad att de kommer även om de söker för väldigt banala saker så tycker jag ändå att man behöver, vissa behöver man uppmuntra och säga - Vad bra att du kom med ditt barn som haft feber i två timmar...

DSK tog upp faran med föräldrar som kom med barn som hade allvarliga sjukdomar som inte sköttes om, allergier eller eksem som ej behandlades adekvat eller barn som egentligen borde uppsökt sjukvården mycket tidigare för skador eller sjukdomar. Detta väckte starka känslor hos informanterna. DSK påtalade att barns liv kunde ligga i händerna på någon som inte var kapabel att avgöra när deras barn behövde sjukvård och de reflekterade över om det handlade om okunskap eller ovilja att hjälpa sitt barn.

...sen att man funderar över vad man söker för och vilken tid på dygnet... vad man har gjort innan för de här symtomen som barnet har, om man gett febernedsättande eller om man har försökt att ge vätska eller det som behövs eller om man har... man kanske söker tre dagar efter med symtom som barnet har... det är ju också oroväckande, att man inte har hjälpt barnet att komma till sjukvården...

Kulturens påverkan på barn

Det framkom att DSK behövde ha i åtanke att barn från andra kulturer kunde riskera att fara illa på andra sätt än vad vi är vana vid i Sverige. Könststypning av flickor samt omskärelse av pojkar kan förekomma i andra delar av världen och hedersrelaterat våld existera. DSK menade att detta oftast sker bakom stängda dörrar och att bara familjen vet om vad som föregår. DSK strävade efter att uppmärksamma barn som tvingades att följa föräldrars bestämmande mot sin vilja. En medvetenhet fanns om att barn kan ha utsatts för aga och tro att detta är okej då det förekommer och till viss mån är lagligt i andra länder. En grupp som DSK värnade om var tonårstjejer som hade sex innan äktenskap, de kan löpa en ökad risk för att fara illa, särskilt om de blev gravida. DSK påtalade att dessa flickor kan vara i behov av åtgärder så som ett skyddat boende.

Hedersrelaterat våld sker ju ofta i hemmen och det är ju en helt annan nivå, svårt att upptäcka. Gravida flickor som är rädda för att bli dödade. Mer skyddstänk på de här barnen så man inte bara skickar hem till föräldrarna.

Distriktssköterskors intuition

Bara en känsla

DSK beskrev att de i vissa situationer haft en intuitiv känsla av att allt inte stämde vilket väckt deras misstanke om att barn kunde fara illa. Några konkreta tecknen uppfattades inte, föräldrar var trevliga och öppna och deras barn såg välmående ut, allt såg bra ut utåt men intuitionen sade något annat. I dessa situationer var uppfattningen att DSK strävade efter att få den egna intuitionen bekräftad av kollegor.

*...man kanske också lär sig att lyssna på den där ryggmärgskänslan, den där första känslan du får när du går in. Att man verkligen inte struntar i den utan känner efter.
– Hur var det här nu? Kanske pratar med någon annan eller pratar med doktorn att:
– Jag kände så här, hur kände du? Oftast om man pratar med någon annan så har de också känt eller sett nåt annat eller liknande...*

Då känslan eller oron uppenbarade sig ansåg DSK det än viktigare att ta sig tid för att prata med föräldrar och barn, att gräva på djupet. I dessa lägen kunde DSK välja att klä av barn för att se hudkostymen eller titta i munnen trots att de kanske inte sökte för något då detta egentligen var relevant.

...de värsta det är väl de barnen tycker jag, de kanske inte är mörbultade men där man verkligen känner att barnet inte är viktigt eller liksom inte är i fokus på något sätt... att ja man ska ju ha ett barn ska man väl... vi har ju Volvo och hund då... Ja och, och dem är ju svårast att... för det är ju ingen idé alltså... dom anmäler man ju inte till Socialtjänsten så här...

Att ta ansvar för sin misstanke

Samtliga DSK var väl insatta i när och hur en orosanmälan skulle göras. Några hade gjort det upprepade gånger medans andra någon enstaka. Att misstänka att barn for illa och göra en orosanmälan gick inte omärkt förbi utan påverkade dem och det fanns ett behov av stöd från kollegor samt chef.

...väldigt svårt och jobbigt att misstänka det... man mår dåligt i själen om man misstänker att ett barn far illa.

Att arbeta med barn kände DSK som något givande och roligt men samtidigt som en utmaning, ibland infann sig en känsla av förtvivlan gentemot hur barn har det. När DSK tvekade kring att göra en orosanmälan lades gärna ansvaret över på någon annan att initiera den så som skola, läkare, skolsköterskor eller BHV-sköterskor.

Alltså är det små barn brukar jag ta det med BVC-sköterskan, oftast har ju hon också kontroller och oftast är det hon som gör orosanmälan.

DSK ursäktar till att avstå orosanmälan var till exempel korta besök, tidsbrist eller en rädsla för vad som skulle hända med barn efter anmälan. Vid orosanmälan var det vanligt att DSK samarbetade med andra professioner för att kunna ge varandra stöd och kunskap. Flertalet av informanterna tyckte att det var jobbigt att göra en orosanmälan, särskilt då de inte hade något konkret att gå på. Att göra en anmälan på en känsla kändes osäkert och DSK ville vara trygga i sin sak.

Det här med att anmäla är ju väldigt känsligt... kan ju vara väldigt jobbigt och då är det bra att man är flera stycken som kan anmäla tillsammans. Rädd att anmäla för att mista relationen till familjen och att barnet då inte ska ha någon.

Resultatsammanfattning

I beskrivningskategorin *Det som är lätt att se* framkom det från DSK att de skador som var synliga var lättast att prata om och det var naturligt att ställa följdfrågor om uppkomst. Dessa barn och föräldrar uppfattades inte svåra för DSK att möta och hantera då inga tvivel kring åtgärder fanns. DSK hade alltid i åtanke att barn kunde ha utsatts för sexuella övergrepp då de sökte för upprepade infektioner i underlivet och en djupare anamnes efterfrågades och en noggrannare undersökning genomfördes. Överviktiga barn ansågs vara en form av misshandel då de riskerade begränsningar i sina liv både som barn och vuxna. Detta var ett känsligt ämne för DSK att hantera då föräldrar samt barn hade svårt att hantera situationen och DSK uppfattade att föräldrar kände sig anklagade. Barns beteende säger mycket och kontaktsökande barn kunde behöva tid för att känna tillförlit innan de vågade öppna sig och berätta.

DSK beskrev under kategorin *Brister i föräldraskap* vikten av att uppmärksamma ett fungerande samspel mellan barn och föräldrar. En ökad kunskap och erfarenhet bidrog till att de lättare kunde förstå interaktioner mellan barn och föräldrar. En trygg bas var grunden för att barn skulle våga visa känslor. Föräldrar som hade kontrollbehov och utövande makt mot barn väckte misstankar kring misshandel hos DSK. En strävan fanns om att tala enskilt med barn för att få deras version av händelser samt sjukdomar. Psykisk misshandel

uppfattades som svår att upptäcka och barn med sjukdomar som inte sköttes adekvat skapade oro hos DSK. Att lyckas fånga upp vårdnadshavare som har brustit i föräldrarollen och sätta in åtgärder innan något hände sågs som en utmaning. Uppfattningarna var att barn kunde fara illa i hemmet då föräldrar inte klarade av att ta hand om sig själva. Barn från andra kulturer kan ha andra riskfaktorer för att fara illa som bör uppmärksammas.

Distriktsköterskors intuition var den sista beskrivningskategori som framkom i studien. När skador inte gick att se men DSK ändå upplevde en oro eller en känsla av att barn far illa tog de mer tid på sig för att gå på djupet och försöka hitta vad som skapade den där känslan. Samtliga DSK var väl insatta i när och hur en orosanmälan gjordes, trots detta överlämnades ansvaret gärna på någon annan. Att göra en anmälan påverkade DSK mående och ett behov av stöd från kollegor fanns.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka distriktssköterskors uppfattning av att se tecken på att barn far illa. En kvalitativ metod med fenomenografisk ansats användes. Enligt Larsson och Holmström (2017) lämpade sig denna metod då syftet var att undersöka människors varierande förståelser och uppfattningar av olika upplevelser. Inriktningen i processen var att hitta människors olika uppfattningar av fenomen, för att sedan se hur de förhåller sig till varandra för att slutligen sorteras in i kvalitativt skilda beskrivningskategorier. Studien hade kunnat genomföras med andra metoder så som en enkätstudie, författarna tror dock att information skulle gått förlorad då det personliga mötet ger mer då uppfattningar efterfrågades i syftet.

Informanter valdes ut strategiskt från fyra olika verksamhetsområden för att få en variation och bredd i materialet. Inklusions- och exklusionskriterierna kunde uppfyllas till stor del. Målet var att samtliga skulle ha en specialistutbildning inom distrikt men detta kunde inte helt uppfyllas då två av åtta deltagare saknade DSK-utbildningen. En av informanterna var allmänsjuksköterska och den andra hade en specialistutbildning med inriktning mot barn och ungdomar. Enligt Larsson och Holmström (2017) är det en fördel att informanterna har olika erfarenhet från skilda områden samt att de helst ska vara i olika åldrar och av olika kön. Studien innefattade endast kvinnliga deltagare där samtliga var över 50 år och med rik arbetslivserfarenhet. Resultatet kunde sett annorlunda ut om åldersspannet hos deltagarna varierat mer. Valet av kön och ålder på informanterna kunde inte påverkas av författarna då de valdes ut efter inklusions- och exklusionskriterier av verksamhetschefer på respektive enheter. Målet vid start var att intervjua åtta till tio DSK. Ett visst motstånd upplevdes då verksamhetschefer på fram för allt vårdcentraler kontaktades. Intresset var svalt och de uppgav att personalen hade en hög arbetsbelastning, många bemanningssköterskor samt att det redan var flertalet som hört av sig och efterfrågat deltagare till examensarbeten. På grund av tidsbegränsning och hinder i att finna deltagare för uppsatsskrivandet genomfördes åtta intervjuer. Enligt Larsson och Holmström (2017) bör minst 20 informanter intervjuas för att få en bredd i materialet även om de oftast sett att inga nya uppfattningar framkom efter tio till tolv intervjuer. För mycket textmaterial kunde göra arbetet för stort och svårt att hantera och kunde påverka resultatet negativt då tidsbegränsning fanns. Det som ändå talar till studiens fördel är det Henricson och Billhult (2017) påtalar, att det är viktigare med få deltagare med olika erfarenheter än ett större antal med bristande erfarenhet.

Öppna frågor användes i intervjuerna som gjordes enskilt med samtliga åtta deltagare, detta är enligt Larsson och Holmström (2017) den vanligaste metoden för insamling av data i fenomenografisk forskning. Gruppintervjuer försvårar möjligheten att fånga enskilda personers uppfattningar på djupet. Vid samtliga intervjuer var båda författarna närvarande vilket kan ses som både en styrka och svaghet. En tydlighet i vem som ansvarade för intervjun redogjordes för deltagare innan start. Styrkan var att båda författarna hört och sett informanterna och därför haft lättare att analysera det DSK sagt och därav minimerat risken för att information missats. Enligt Danielsson (2017) kan flera intervjuare vara en nackdel då det kan upplevas tidskrävande samt att det kan påverka informanterna. En medvetenhet kring maktförhållandena har funnits, att intervjuerna är två medans informanterna är ensamma. Författarna anser ändå att fördelarna har upplevts större än nackdelarna då

samtliga intervjuade fått möjlighet att välja och har godkänt att båda deltagit. Alla intervjuer skedde på deltagarnas arbetsplatser där samtalen kunde ske ostört och utan tidsbegränsning. Innan intervjuerna startade fick samtliga informanter information om ämnet och att meningen med studien inte var att skilja på om saker hanterats rätt eller fel utan DSK uppfattning av att se tecken på barn som far illa.

Analysen genomfördes enligt en fem-stegsmodell med mål om att finna likheter och skillnader i det som informanter upplevt för att slutligen hitta distinkt åtskilda beskrivningskategorier (Larsson & Holmström, 2017). I analysens tredje steg sorterades material bort som inte svarade mot studiens syfte och det återstod 87 stycken upplevda erfarenheter och reflektioner. Dessa sammanfattades utifrån likheter och skillnader och tolv kategorier framkom som senare resulterade i tre beskrivningskategorier med åtta underkategorier. Arbetet med analysprocessen var tidskrävande och upplevdes periodvis svårt av författarna, kategorierna kändes svåra att skilja åt. Då materialet i steg fyra klipptes ut och sorterades upplevdes det lättare att hantera och mönster framträdde tydligare för författarna. Enligt Larsson och Holmström (2017) är tre till sju beskrivningskategorier det vanligaste, rubriknamnen ska inte stressas fram för snabbt utan tid ska prioriteras till att formulera tydliga, väl beskrivna kategorier. Mårtensson och Fridlund (2017) refererar till Lincoln och Guba (1985) som menar att överförbarheten stärkts med ett tydligt beskrivet resultat.

Kontinuerlig handledning har pågått under arbetets gång där kurskamrater samt handledare har granskat examensarbetet kritiskt och gett nya infallsvinklar. Detta har varit uppskattat och har drivit arbetet framåt. Henricson (2017) menar att studiens trovärdighet ökar om grupphandledning använts samt om examensarbetet har gjorts av två författare.

Författarna till studien har varit väl medvetna om att ämnet som examensarbetet berör kunde väcka starka känslor hos deltagarna, relaterat till ämnet i sig samt situationer som DSK kan ha upplevt. Om behov av stöttning skulle framkommit efter avslutade intervjuer fanns beredskap för detta genom hänvisning till företagshälsovården. De etiska övervägandena har efterföljts i examensarbetet, ingen har valt att avbryta eller efterfrågat stöd.

Då författarna till studien arbetar med barn där förekomst av misshandel existerar finns det en förförståelse. Detta är något som har diskuterats under arbetets gång och författarna har regelbundet reflekterat över dess inverkan. Enligt Priebe och Landström (2017) stärks studiens tillförlitlighet om en medvetenhet kring förförståelsen finns samt att läsaren själv får göra en bedömning av vad som är författarnas respektive studiens slutsats.

Examensarbetets författare anser att generaliserbarheten i examensarbetet kan vara svår eftersom studiens syfte var att få fram upplevelser från DSK. Dessa är unika och komplicerade och det kan därför vara svårt att få samma resultat åter. Generaliserbarheten tros kunnat varit större om studien omfattats av fler antal informanter.

Resultatdiskussion

I studien framkom det att fysiska skadorna var lättare att hantera av DSK, både vad det gällde upptäckt samt att göra orosanmälan. De var medvetna om att någon gång i yrkeslivet behöva hantera barn som farit illa och var därför förberedda på det. Samtliga DSK beskrev den fysiska misshandeln men valde att inte utveckla frågan. Vilket är i enlighet med Jernbro et al. (2014) som påtalar liksom resultatet i detta examensarbete att den fysiska misshandeln hos

barn var en självklarhet för alla DSK att kunna hantera och att kunskapen om just denna form av utsatthet var god. Självklart för att det var synligt och att det ganska snabbt gick att bilda sig en uppfattning om rimlighet fanns i hur skadan uppkommit.

Resultatet i denna studie framförde att barn kunde uppvisa en överdriven rädsla, detta skapade funderingar hos DSK om att något kunde vara fel. När denna skräck uppstod i samband med avklädning eller att ta en rektaltemp gick tankarna åt att barn kunde vara sexuellt utsatta. Barnmisshandel ska alltid finnas i åtanke då ett avvikande beteende uppvisas och enligt Crisp och Green Listen (2004) behövs ett aktivt sökande efter tecken då en misstanke har väckts. I denna studiens resultat framkom det att barn som hade könssjukdomar i en ålder då det ej var relevant kunde vara tecken på att de utnyttjats sexuellt. Många gånger var det dock inte lätt att upptäcka sexuella övergrepp då de fysiska tecknen läker snabbt eller aldrig syns. I dessa fall handlar det mer om vad barn berättar och hur de uppträder enligt Pau-Charles et al. (2012).

Studiens resultat visade att barn med övervikt var ett svårt ämne för DSK att hantera, inte personligen utan mer för att föräldrar inte var mottagliga för att prata om det. Föräldrar uppvisade känslor i form av ilska och frustration och DSK uppfattade att de ansåg sig anklagade för att inte ta hand om sina barn på ett adekvat sätt. Isma, Bramhagen, Ahlstrom, Östman och Dykes (2012); Thorstensson, Blomgren, Sundler och Larsson (2018) påtalar att överviktiga barn riskerar en fortsatt övervikt i vuxen ålder samt att drabbas av följsjukdomar. En del barn kan på grund av sin övervikt vara utanför och ha svårt att skaffa vänner.

Föreliggande studie visade att det var viktigt att skapa tillit till barn för att få dem att våga öppna sig. Enligt Eriksson (1994) är det av vikt för DSK att bygga upp ett förtroende med barn och tillgodose deras behov av att bli mottagna, betrodda och sedda. Eriksson beskriver att DSK delar lidandet med den de vårdar och hjälper till då krafterna tryter och att den som tar emot vård alltid ger av sig själv. Engh Kraft och Eriksson (2015) menar att skolsköterskors jobb i stor utsträckning handlar om att bygga upp relationer med barn samt våga ställa känsliga frågor. I resultatet framkom det att DSK behöver visa ett engagemang samt ha kunskap och erfarenhet för att lyckas med detta. Fraser, Mathews, Walsh, Chen och Dunne (2009) påvisar liksom examensarbetets resultat att DSK erfarenhet samt kunskap ökade chanserna att uppmärksamma barnmisshandel.

Samspel mellan föräldrar och barn togs upp som något som DSK observerade vid samtliga kontakter och att detta förmedlade hur barn togs om hand, detta stöds i en artikel av El-Radhi (2015). Då brister fanns i barns trygga bas riskerade de att fara illa och inte utvecklas emotionellt (Gilbert et al., 2009a; Paavilainen & Tarkka, 2003; Taylor & Bradbury-Jones, 2015).

I denna studiens resultat framkom det att barn kunde fara illa då det fanns ett utövande av maktspel och en överdriven kontroll av dem från föräldrar så som hårda blickar eller att barn tystades ner. Informanterna betonade vikten av att få prata enskilt med barn för att eventuellt kunna få fram information som ej framkommit i föräldrars närvaro vilket styrks av El-Radhi (2015). DSK uppfattade den psykisk misshandel som svår att upptäcka, då den inte alltid är synlig för utomstående vilket även Piltz & Wachtel (2009) påtalar i sin studie.

Studiens resultat visade att barn ska finnas i åtanke då vuxna söker vård. Barn kan vara lämnade ensamma hemma eller vara tvingade att ta ett för åldern stort ansvar. Enligt Wiklund Gustin och Lindwall (2012) ska DSK skapa de bästa förutsättningarna för barn så att de får utvecklas till att bli unika individer. Föräldrar med psykisk sjukdom, en beroendeproblematik, kroniska sjukdomar eller i någon form av krishantering kunde vara oförmögna att se att deras barn för illa. Jansson och Jernbro (2016) och Jernbro et al. (2014) påtalar att risken för utsattheten mot barn ökade markant om föräldrar hade ohälsa. Resultatet i studien visade även att DSK hade angelägenheter i att fånga upp barn innan något skedde med följd av allvarliga konsekvenser. Detta kunde ske med hjälp av stöd till familjer och åtgärder i preventivt syfte vilket även tidigare forskare påtalar (Crisp & Green Lister, 2004; Lines, Grant & Hutton, 2018). En känsla av oro och en misstanke om att barn för illa väcktes hos deltagare i studien då barn ej behandlades adekvat för sina sjukdomstillstånd, detta styrks i studier av El-Radhi (2015) och Paavilainen och Tarkka (2003). Misstankar om misshandel fanns hos DSK då vård uppsöktes sent för barns sjukdomar eller skador (Pau-Charles et al., 2012).

Barn från andra kulturer ansågs av DSK ha risk att utsättas för övergrepp på fler och andra sätt än vad som är vanligt i Sverige. Enligt Gilbert et al. (2009a) bör det finnas i åtanke att andra kulturers acceptering av beteende här kan ses som barnmisshandel.

Det framkom i studien att DSK intuition väckte tankar på att barn kunde misstänkas fara illa då inga tydliga fysiska tecken fanns. Engh Kraft och Erikssons (2015) studie påtalar att DSK känslor för att något var fel oftast stämde. Detta gjorde att de ofta gick vidare i ärenden för att hitta vad som eventuellt inte stod rätt till. I Paavilainen och Tarkkas (2003) studie framkom det att DSK med längre erfarenhet i yrket och med kunskap i ämnet hade en större förmåga med hjälp av sin intuition att hitta barn som misstänktes fara illa.

Resultatet i denna studien visade att det fanns en önskan om att vara flera vid en orosanmälan eftersom det upplevdes jobbigt. Piltz och Wachtel (2009) studie påtalar liksom detta examensarbets resultat att ansvaret för att göra en orosanmälan ofta lades över från DSK till någon annan som ansågs ha mer tid eller kunskap. Alla deltagare i studien var väl medvetna om hur en orosanmälan initierades men upplevde att det var svårt då tecknen inte var konkreta. Enligt Tingberg et al. (2008) behövs inga konkreta bevis för att göra en orosanmälan utan en känsla räcker.

Konklusion

DSK uppfattade sig ha kunskap för att se barn som misstänktes fara illa. De synliga skadorna var de som var lättast att både upptäcka, hantera och orosanmäla. DSK ansåg att det ska finnas i åtanke att barn kan vara lämnade ensamma och fara illa i hemmet då vuxna söker vård. När misstanke kring misshandel väcktes sökte DSK efter fler ledtrådar genom till exempel utvidgade undersökningar. Dessutom menade DSK att det var viktigt av att bygga upp ett förtroende med barn och prata enskilt med dem för att få deras upplevelser av händelser. Erfarenhet och kunskap hos DSK visade sig ha betydelse för att upptäcka barnmisshandel. Vid en orosanmälan fanns ett behov av bekräftelse och stöd från kollegor för att styrka att tankar stämde och att intuitionen var rätt. Att göra en orosanmälan var bekant för informanterna men ansvaret för det lades ibland över på någon annan.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Detta examensarbete bidrar med DSK uppfattningar av att se tecken på barn som misstänks fara illa och att det finns många faktorer som spelar in. Att vara öppen för att se tecknen och därefter våga agera för barns bästa. Att se mer än de synliga skadorna kräver kunskap och kontinuerlig utbildning och är av vikt för att hitta de barn som är utsatta. DSK som inte arbetar med barn fortlöpande är i större behov av utbildning för att öka på sin kunskapsnivå samt våga ingripa aktivt. Förhoppningen med denna studie trots att den inte är så omfattande, är att den ska öka medvetenheten kring barnmisshandel hos DSK på olika arbetsplatser. Att alltid ha i åtanke att barn kan fara illa men för det ej alltid misstänka det.

Vidare forskning skulle kunna vara att enskilda studier görs på respektive enheter med fler DSK. Detta för att se de specifika behoven och därefter kunna sätta in resurser så som utbildning och stöd för att öka kunskapen kring barn som misstänks fara illa. Detta kan motverka att ansvaret för upptäckt av barnmisshandel och initierande av orosanmälan läggs över på någon annan.

REFERENSER

Brottsförebyggande rådet [BRÅ]. (2018). *Barnmisshandel*. Hämtad 6 januari 2019 från <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/barnmisshandel.html>

Brottsförebyggande rådet [BRÅ]. (2011). *Den polisanmälda barnmisshandeln, utvecklingen fram till 2009* (Rapport 2011:16). Hämtad 9 januari från https://www.bra.se/download/18.1c89fef7132dd6d7b4980005469/1371914736195/2011_16_polisanmald_barnmisshandel.pdf

Cho, O-H., Cha, K-S. & Yoo, Y-S. (2015). Awareness and Attitudes Towards Violence and Abuse among Emergency Nurses. *Asian Nursing Research*, 9, 213-218. doi: [org/10.1016/j.anr.2015.03.003](https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.03.003)

Chwartzmann Halpern, S., Barreto Schuch, F., Nichterwitz Scherer, J., Orgler Sordi, A., Pachado, M., Dalbosco, C.,... Von Diemen, L. (2018). Child Maltreatment and Illicit Substance Abuse: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Child Abuse Review*, 27, 344-360. doi: [10.1002/car.2534](https://doi.org/10.1002/car.2534)

Crisp, B. & Green Lister, P. (2004). Child protection and public health: nurses' responsibilities. *Journal of Advanced Nursing*, 47(6), 656-663.

Dahlbo, M., Jakobsson, L. & Lundqvist, P. (2017). Keeping the child in focus while supporting the family: Swedish child health care, nurses' experiences of encountering families where child maltreatment is present or suspected. *Journal of Child Health Care*, 21(1), 103-111. doi: [10.1177/1367493516686200](https://doi.org/10.1177/1367493516686200)

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 114-154). Lund: Studentlitteratur.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige [DSF]. (2008). *Kompetensbeskrivning, legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad 6 januari 2019 från <https://distriktsskoterska.com/wp-content/uploads/2017/06/kompetensbeskrivning-1.pdf>

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 Paediatric Nursing*, 15(4), 317-323. doi: [10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x)

El-Radhi, A.S. (2015). Safeguarding the welfare of children: what is the nurse's role? *British Journal of Nursing*, 24(15), 769-773. doi: [10.12968/bjon.2015.24.15.769](https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.15.769)

Engh Kraft, L. & Eriksson, U-B. (2015). The School Nurse's Ability to Detect and Support Abused Children: A Trust-Creating Process. *The Journal of School Nursing*, 31(5), 353-362. doi: [10.1177/I059840514550483](https://doi.org/10.1177/I059840514550483)

Erikson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Fejes, A. & Thornberg, R. (2015). *Handbok i kvalitativ analys* (2: a uppl.). Stockholm: Liber.

Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L. & Dunne, M. (2009). 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

Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D. & MacMillan, H.L. (2009a). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, 373, 167-180. doi: 10.1016/S01406736(08)61707-9

Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009b). Burden and consequences of child maltreatment in highincome countries. *The Lancet*, 373, 68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 411-420). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 111-119). Lund: Studentlitteratur.

International Council of Nurses [ICN]. (2012). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. *Svensk sjuksköterskeförening*. Hämtad 6 januari 2019 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Isma, G.E., Bramhagen, A-C., Ahlstrom, G., Östman, M. & Dykes, A-K. (2012). Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 13. doi: 10.1186/1471-2296-13-57

Jansson, S. & Jernbro, C. (2016). Våld mot barn 2016, en nationell kartläggning. *Stiftelsen Allmänna barnhuset*. Hämtad 6 januari 2019 från http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2017/08/Vald_mot_barn_2016_reviderad.pdf

Jernbro, C., Tindberg, Y., Lucas, S. & Jansson, S. (2014). Quality of life among Swedish school children who experienced multitype child maltreatment. *Foundation Acta Paediatrica*, 104, 320-325. doi: 10.1111/apa.12873

King, W.K., Kiesel, E.L. & Simon, H.K. (2006). Child abuse fatalities: are we missing opportunities for intervention? *Pediatric Emergency Care*, 22(4), 211-214. doi: 10.1097/01.pec.0000208180.94166.dd

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Kodner, C. & Wetherton, A. (2013). Diagnosis and Management of Physical Abuse in Children. *American Academy of Family Physicians*, 88(10), 669-675.

Källerwald, S. (2017). Ämnet omvårdnad – definition, beskrivning och progression. *Högskolan i Skövde*. Hämtad 14 januari 2019 från <http://www.his.se/PageFiles/3459/Omvardnad%20-%20beskrivning%20och%20definition.pdf>

Larsson, J. & Holmström, I.K. (2017). Fenomenografi. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 339-354). Lund: Studentlitteratur.

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: org/10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x

Lines, L., Grant, J. & Hutton, A. (2018). How Do Nurses Keep Children Safe From Abuse and Neglect, and Does it Make a Difference? A Scoping Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 43, 75-84. doi: org/10.1016/j.pedn.2018.07.010

Lines, L.E., Hutton, A.E. & Grant, J. (2017). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 302-322. doi: 10.1111/jan.13101

London, K., Bruck, M., Ceci, S.J. & Shuman, D.W. (2005). DISCLOSURE OF CHILD SEXUAL ABUSE - What Does the Research Tell Us About the Ways That Children Tell? *Psychology Public Policy and Law*, 11(1), 194-226. doi: 10.1037/1076-8971.11.1.194

Lucas, S. & Otterman, G. (2014a, 1 juli). Barnets beteende kan vara en varningssignal. I J. Tell, A. Sjöstedt, M. Derwig, A. Jansson, L. Håkansson, A. Levin, M. Myrgård, U. Nygren & A. Wikerstål (Red.), *Rikshandboken i barnhälsovård*. Hämtad 9 januari 2019 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/barn-som-riskerar-att-fara-illa/barnets-beteende-kan-vara-en-varningssignal/>

Lucas, S. & Otterman, G. (2014b, 1 juli). Fysiska symtom och tecken på att ett barn mår dåligt. I J. Tell, A. Sjöstedt, M. Derwig, A. Jansson, L. Håkansson, A. Levin, M. Myrgård, U. Nygren & A. Wikerstål (Red.), *Rikshandboken i barnhälsovård*. Hämtad 9 januari 2019 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/barn-som-riskerar-att-fara-illa/fysiska-symtom-och-tecken-pa-att-ett-barn-mar-daligt/>

Lucas, S. & Otterman, G. (2014c, 1 juli). Fysiska tecken på försummelse/omsorgssvikt. I J. Tell, A. Sjöstedt, M. Derwig, A. Jansson, L. Håkansson, A. Levin, M. Myrgård, U. Nygren & A. Wikerstål (Red.), *Rikshandboken i barnhälsovård*. Hämtad 9 januari 2019 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/barn-som-riskerar-att-fara-illa/fysiska-tecken-pa-forsummelseomsorgssvikt/>

Magnusson Österberg, J. (2018, 23 oktober). När barn far illa. I J. Magnusson Österberg (Red.), *1177 Vårdguiden*. Hämtad 6 januari 2019 från <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Barn-och-foraldrar/Familjeliv-och-relationer/Forandrad-livssituation/Nar-ett-barn-far-illa/>

Marton, F. (1981). Phenomenography- describing conceptions of the world around us. *Instructional Science*, 10(2), 177-200.

Medicinska forskningsrådet. (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Hämtad 10 januari 2019 från <http://infovoice.se/fou/bok/diverse/etik2000.pdf>

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.

Otterman, G. & Lucas, S. (2014a, 1 juli). Fysiska och psykiska tecken på sexuella övergrepp. I J. Tell, A. Sjöstedt, M. Derwig, A. Jansson, L. Håkansson, A. Levin, M. Myrgård, U. Nygren & A. Wikerstål (Red.), *Rikshandboken i barnhälsovård*. Hämtad 9 januari 2019 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/barn-som-riskerar-att-fara-illa/fysiska-och-psykiska-tecken-pa-sexuella-overgrepp/>

Otterman, G. & Lucas, S. (2014b, 1 juli). Fysiska tecken på misshandel. I J. Tell, A. Sjöstedt, M. Derwig, A. Jansson, L. Håkansson, A. Levin, M. Myrgård, U. Nygren & A. Wikerstål (Red.), *Rikshandboken i barnhälsovård*. Hämtad 9 januari 2019 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/barn-som-riskerar-att-fara-illa/fysiska-tecken-pa-misshandel/>

Otterman, G. & Lucas, S. (2014c, 1 juli). Orosanmälan till socialtjänsten. I J. Tell, A. Sjöstedt, M. Derwig, A. Jansson, L. Håkansson, A. Levin, M. Myrgård, U. Nygren & A. Wikerstål (Red.), *Rikshandboken i barnhälsovård*. Hämtad 13 januari 2019 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/barn-som-riskerar-att-fara-illa/orosanmalan-till-socialtjansten/>

Otterman, G. & Lucas, S. (2014d, 1 juli). Tecken hos föräldrar. I J. Tell, A. Sjöstedt, M. Derwig, A. Jansson, L. Håkansson, A. Levin, M. Myrgård, U. Nygren & A. Wikerstål (Red.), *Rikshandboken i barnhälsovård*. Hämtad 9 januari 2019 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/barn-som-riskerar-att-fara-illa/tecken-hos-foraldrar/>

Paavilainen, E. & Tarkka, M-T. (2003). Definition and Identification of Child Abuse by Finnish Public Health Nurses. *Public Health Nursing*, 20(1), 49-55.

Patestos, C., Patterson, K. & Fitzsimons, V. (2014). The Role of the School Nurse Across the Continuum of Care. *NASN School Nurse*, 311-314. doi: 10.1177/1942602X14542655

Pau-Charles, I., Darwich-Soliva, E. & Grimalt, R. (2012). Skin Signs in Child Abuse. *Actas Dermosifiliogr*, 103(2), 94-99.

Plitz, 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.

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 25-42). Lund: Studentlitteratur.

Priebe, G. & Svedin, C.G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society - An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Elsevier*, 32, 1095-1108. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.04.001

Regeringskansliet. (2018). *Barnkonventionens väg mot svensk lag*. Hämtad 6 januari 2019 från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/barnkonventionens-vag-mot-svensk-lag/>

Riksföreningen för skolsköterskor och svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Kompetensbeskrivning för skolsköterska inom elevhälsans medicinska insats, EMI*. Hämtad 13 januari 2019 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.skolskoterska_2016_webb.pdf

Rädda barnen. (2012). *Detta borde alla veta om barnmisshandel*. Stockholm. Hämtad 9 januari 2019 från <https://www.yumpu.com/sv/document/read/20215786/broschyr-detta-borde-alla-veta-om-barnmisshandel-radda-barnen>

SFS 1949:381. *Föräldrabalken*. Stockholm: Justitiedepartementet L2. Hämtad 6 januari 2019 från: <https://lagen.nu/1949:381#K6>

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 12 januari 2019 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 6 januari 2019 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Skarped, G. (2014a, 1 juli). Förbud mot aga och kränkningar. I J. Tell, A. Sjöstedt, M. Derwig, A. Jansson, L. Håkansson, A. Levin, M. Myrgård, U. Nygren & A. Wikerstål (Red.), *Rikshandboken i barnhälsovård*. Hämtad 13 januari 2019 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/barn-som-riskerar-att-fara-illa/forbud-mot-aga-och-krankning/>

Skarped, G. (2014b, 1 juli). Vad menas med att barn far illa? I J. Tell, A. Sjöstedt, M. Derwig, A. Jansson, L. Håkansson, A. Levin, M. Myrgård, U. Nygren & A. Wikerstål (Red.), *Rikshandboken i barnhälsovård*. Hämtad 6 januari 2019 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/barn-som-riskerar-att-fara-illa/vad-menas-med-att-barn-far-illa/>

Skarped, G. (2014c, 1 juli). Varför far barn illa? I J. Tell, A. Sjöstedt, M. Derwig, A. Jansson, L. Håkansson, A. Levin, M. Myrgård, U. Nygren & A. Wikerstål (Red.), *Rikshandboken i*

barnhälsovård. Hämtad 13 januari 2019 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/barn-som-riskerar-att-fara-illa/varfor-far-barn-illa/>

Socialstyrelsen. (2017, 20 november). *Statistik om skador bland barn 2016*. Hämtad 6 januari 2019 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20744/2017-11-5.pdf>

Socialstyrelsen & Skolverket. (2016). *Vägledning för elevhälsan* (3:e uppl.). Hämtad 13 januari 2019 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20394/2016-11-4.pdf>

SOU 2001:72. Barnmisshandel – att förebygga och åtgärda. *Slutbetänkande av Kommittén mot Barnmisshandel*. Hämtad 6 januari 2019 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/statens-offentliga-utredningar/sou-2001-72-d1_GPB372d1/htm

Taylor, J. & Bradbury-Jones, C. (2015). Child maltreatment: every nurse's business. *Nursing Standard*, 29(29), 53-58.

Thorstensson, S., Blomgren, C., Sundler, A. J. & Larsson, M. (2018). To break the weight gain - A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 251-258. doi: 10.1111/jocn.13924

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

Unicef. (1989). *Barnkonventionen - FN:s konvention om barnets rättigheter, i sin helhet*. Hämtad 6 januari 2019 från [file:///C:/Users/HP/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/barnkonventionen-i-sin-helhet%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/HP/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/barnkonventionen-i-sin-helhet%20(3).pdf)

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bilaga 1

Informationsbrev till verksamhetschef

Hej!

Vi är två distriktssköterskestudenter vid Högskolan i Skövde som under våren 2019 kommer skriva en uppsats på avancerad nivå.

Vårt syfte med studien är att undersöka distriktssköterskors uppfattning av att se tecken på att barn far illa.

Misshandel av barn har ökat markant de senaste åren, ändå anses mörkertalet vara stort. Distriktssköterskor har en skyldighet enligt lag att anmäla när övergrepp mot barn kan misstänkas. Vilka tecken talar för att ett barn kan vara utsatt för misshandel? Målet med denna studie är att bidra med ökad kunskap inom området.

Du tillfrågas härmed om samtycke till att distriktssköterskor med minst fem års erfarenhet, helst en specialistutbildning inom distrikt samt erfarenhet av att möta barn som farit illa, tillfrågas om deltagande i en intervju. BHV-sjuksköterskor har valt att exkluderas i denna studie. Vi önskar förslag på deltagare samt kontaktuppgifter till dessa.

Vi planerar att intervjua 8–10 sjuksköterskor totalt inom verksamheterna vårdcentral, elevhälsa, barnmottagning samt akutmottagning. Intervjuerna planeras äga rum vecka sju-nio och därför önskar vi svar så snart som möjligt. Beräknad tid för intervjuerna är ca 30-45 minuter vardera. Samtalen kommer att spelas in och analyseras enligt en fenomenografisk metod. Tid och plats bestäms av deltagare. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt och hanteras så att inga obehöriga kan ta del av det. Deltagandet i studien är helt frivilligt och kan närsomhelst avbrytas utan att uppge anledning. Om önskan finns kan resultat delges.

Ditt svar på förfrågan om samtycke skickas via mail. Deltagare kommer att få skriva på ett samtyckesformulär i samband med intervjun. Vid frågor vänligen kontakta någon av nedanstående.

Frida Johansson. Leg. Sjuksköterska
Tel: xxxxx
E-post:

Therese Menze Leg. Sjuksköterska
Tel: xxxxx
E-post:

Handledare: Margaretha Larsson, universitetslektor i omvårdnad, Institutionen för hälsa och lärande vid Högskolan i Skövde.
E-post: margaretha.larsson@his.se

Bilaga 2

Samtyckesblankett

Härmed bekräftas att jag har fått muntlig samt skriftlig information gällande studiens syfte. Jag har fått information om att allt materialet kommer att aidentifieras, bearbetas och därefter makuleras.

Jag är införstådd med att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att ange orsak.

Ort och datum _____

Underskrift _____

Bilaga 3

Intervjufrågor

Bakgrundsfrågor

Har du en vidareutbildning inom distrikt?

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska/distriktsköterska?

Öppningsfråga

Berätta, vad uppfattar du kan vara tecken på att barn far illa?