

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2012:51

”En så’n jag får ha under mina vingar”

Misstänkt omsorgssvikt-  
BVC-sjuksköterskors erfarenheter

Katarina Andersson  
Stina Svenningsson



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	”En så’n jag får ha under mina vingar” Misstänkt omsorgssvikt-BVC-sjuksköterskors erfarenheter
Författare:	Katarina Andersson och Stina Svenningsson
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs	Examensarbete II, avancerad nivå
Handledare:	Annikki Jonsson
Examinator:	Angela Bång

## Sammanfattning

Barnvårdscentralen (BVC) är en frivillig men väl socialt accepterad del av barnhälsovården i Sverige. Behovet av stöd på BVC har förändrats över tid och nu dominerar de psykosociala behoven. Barn är beroende av vuxnas omsorg. Eftersom en stor andel av förskolebarnen träffar en BVC-sjuksköterska har hon en viktig roll i att identifiera och hjälpa barn som är utsatta för omsorgssvikt. Syftet med studien är att undersöka BVC-sjuksköterskors erfarenheter av att möta familjer där de misstänker att barn kan vara utsatta för omsorgssvikt och hur de upplever de resurser de har till sitt förfogande för att hjälpa barn och familj.

En kvalitativ metod med induktiv ansats valdes och åtta BVC-sjuksköterskor intervjuades. Intervjuerna är analyserades med kvalitativ innehållsanalys. I resultatet framkommer att känslan av utsatthet och ensamhet i beslut och bedömning kring utsatta barn är tydlig, likaså frustration och maktlöshet i förhållande till samarbetet med socialtjänsten. Reflektion och tankeutbyte får BVC-sjuksköterskorna med sina kollegor, men också med barnhälsovårdpsykolog och socionom på familjecentral, där sådan finns. Den egna kunskapen och intuitiva känslan används i mötet med familjerna. Det svåraste är att formulera sin oro för familjerna. Mycket energi och kraft går åt till processen att fundera kring utsatta barn.

De som arbetar i någon typ av team, upplever att de har bäst stöd och störst möjlighet att hjälpa familjer. Familjecentraler, eller liknande på fler platser, handledning och utbildning i samtalsmetodik är önskvärda förbättringar som författarna föreslår. I framtida forskning är det intressant att undersöka familjers upplevelse av stöd på BVC med eller utan familjecentral. Mer kunskap behövs om hur BVC-sjuksköterskans utsatthet påverkar henne.

Nyckelord: Child health nurse/-service, child abuse, teamwork

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Barns behov av omsorg .....	1
Riskfaktorer för föräldrastress .....	2
Vårdnadshavares kränkningar av barn .....	2
Utveckling av barnhälsovården .....	3
BVC-sjuksköterskans uppdrag .....	4
Identifiering och samverkan kring utsatta barn .....	5
Handledning om det vårdande mötet .....	6
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>7</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
Ansats .....	7
Deltagare .....	7
Datainsamling .....	8
Dataanalys .....	9
Förförståelse .....	10
Trovärdighet .....	10
Etiska överväganden .....	11
<b>RESULTAT</b> .....	<b>11</b>
<b>Utsatthet</b> .....	<b>12</b>
Sakna stöd .....	12
Känna sig utlämnad .....	12
Känna maktlöshet .....	12
Sakna teamarbete .....	13
<b>Tillhörighet</b> .....	<b>13</b>
Reflektera tillsammans .....	13
Ha stöd nära .....	13
Samarbeta .....	14
<b>Trygghet</b> .....	<b>14</b>
Lita på känslan .....	14
Känna sig säker .....	14
Få bekräftelse .....	14
<b>Vårda</b> .....	<b>15</b>
Se tecken .....	15
Vara vaksam .....	15
Rädsla att missa något .....	15
Tvivla .....	16
<b>Möten</b> .....	<b>16</b>

Förmedla sin oro till familjen.....	16
Vara lyhörd .....	16
Ge stöd.....	17
<b><i>DISKUSSION</i></b> .....	<b>17</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>17</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>18</b>
<b><i>KLINISKA IMPLIKATIONER</i></b> .....	<b>21</b>
<b><i>VIDARE FORSKNING</i></b> .....	<b>21</b>
<b><i>SLUTSATS</i></b> .....	<b>21</b>
<b><i>REFERENSER</i></b> .....	<b>22</b>
<b>Bilaga 1</b>	
<b>Bilaga 2</b>	
<b>Bilaga 3</b>	
<b>Bilaga 4</b>	

# INLEDNING

Barnhälsovårdens uppdrag är att förbättra barns hälsa, förebygga sjukdom och stödja föräldraskapet. Tyngdpunkten har genom åren förskjutits från rent fysiska och epidemiologiska behov till psykosociala. Ett av de svåraste men också viktigaste uppdragen som sjuksköterska på Barnavårdscentral (BVC) är att uppmärksamma de barn och familjer som på något sätt far illa. Litteraturen visar att denna insikt blir starkare för många sjuksköterskor ju längre de arbetar på BVC. Det är dock inte självklart på vilket sätt BVC-sjuksköterskan ska hantera de tankar som uppstår när hon upplever att något fallerar i barnets uppväxtmiljö. Studien handlar om BVC sjuksköterskors erfarenheter av mötet med familjer där barn misstänks vara utsatta för omsorgssvikt.

## BAKGRUND

### Barns behov av omsorg

Nyfödda barn måste redan från födseln knyta an till en förälder eller annan nära person för att klara sig. Spädbarn kan inte välja anknytningsperson utan kommer att knyta an till den som finns nära (Hwang & Nilsson 2003, ss. 125-145). Dallaire och Weinraub (2007) har gjort en undersökning bland barn i USA om betydelsen av en trygg anknytning. Studien är en del av en större undersökning som mätt olika typer av faktorer kring hur omsorg om barn påverkar hälsa och utveckling. Författarna finner att en trygg anknytning vid 15 månaders ålder skyddar barnet mot att utveckla ångestsymtom vid hög stress i familjen senare under barndomen. Studien visar dessutom att en trygg anknytning vid 36 månaders ålder skyddar mot aggressivt beteende (Dallaire & Weinraub 2007).

För att utvecklas vidare är barn fortsatt beroende av omsorg från en närstående vuxen, oftast då en förälder. Omsorgen barnet är beroende av handlar om hygien, näring och annan praktisk omsorg, men framför allt den känslomässiga tillgängligheten. De tidiga åren är speciellt viktiga (Hwang & Nilsson 2003, ss. 125-145). I en långtidsstudie av barn adopterade från rumänska barnhem till Storbritannien, har författarna kunnat se att barn som adopterats efter fyra till sex års ålder verkar ha svårare att tillgodogöra sig god omsorg än de som kommer till en familj tidigare (Rutter & O'Connor 2004). Brist på en känslomässigt tillgänglig vuxen riskerar att leda till bestående psykologiska svårigheter, som kan visa sig främst i brist på tillit till omvärlden och känslan av att inte vara värd att älskas (Lundén 2010, s. 23). Barns behov förändras i takt med barnets utveckling, vilket innebär olika utmaningar för vårdnadshavarna. En av de viktigaste föräldrafunktionerna är att ha realistiska förväntningar på vad barnet klarar av utifrån sin utvecklingsnivå (Killén 2009, ss. 39-42). Trygghet som en del av hälsa ur ett vårdvetenskapligt perspektiv, beskrivs som en grundläggande känsla eller grundtrygghet som kan vara baserad i en positiv barndom. Tryggheten hos en människa har bland annat med närheten till andra att göra. Upplevelsen av hälsa är således beroende av att känna sig önskvärd (Dahlberg & Segersten 2010, ss. 62-65).

## **Riskfaktorer för föräldrastress**

I en nybliven barnfamilj är barnet för det mesta efterlängtat, men samtidigt innebär det en ökad belastning både ekonomiskt, tidsmässigt och emotionellt för föräldrarna. Föräldraledighet innebär mindre inkomst och måste inte sällan ställas mot karriär eller studier (Killén 2009, s. 16). Familjens livsvärld, den vardag de lever i för tillfället, så som de upplever den, blir förändrad (Ekebergh 2012, s. 490). Nätverket runt familjen blir viktigare än när familjen bestod av enbart vuxna. Mor- och farföräldrar som i tidigare generationer har varit självklara stöttepelare kan bo långt bort eller vara upptagna i arbetslivet. Finns det barn i familjen sedan tidigare måste nu uppmärksamheten delas mellan flera barn. Stress uppstår då föräldrarna inte kan uppfylla de sammanlagda krav som ställs av omvärlden. Omständigheter som leder till stress gör att våra problemlösningssmodeller inte fungerar rationellt. Föräldrastress innebär en ökad risk för att barn utsätts för övergrepp eller försummelse (Killén 2009, s. 16). Cooklin, Giallo och Rose (2011) har gjort en studie bland föräldrar i Australien där man mätt trötthet och utmattning hos småbarnsföräldrar genom ett webbaserat undersökningsformulär. Författarna finner att ökad trötthet ger sämre föräldraförmåga och ökar föräldrastressen. Ökad trötthet kunde också kopplas samman med dåligt socialt stöd för familjen (Cooklin, Giallo & Rose 2011). I familjer med sämre sociala resurser, till exempel sådana som lever isolerade med dåligt nätverk och begränsat inflytande över vardag och fritid, ökar risken att barn utsätts för försummelse, vanvård och övergrepp (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin 2009, s. 16).

I en studie från USA (Guajardo, Snyder & Petersen 2009) undersökte författarna med hjälp av självskattningsinstrument sambandet mellan uppfostringsätt, föräldrastress och barns socialt- kognitiva utveckling, dvs. barnets uppfattning av omvärlden. 83 föräldrar samt deras barn, tre till fem år gamla deltog. Författarna finner klara samband mellan ineffektiva uppfostringsätt och barnens förståelse av olika känslor. Studien ger också evidens för att det sociala sammanhanget kring föräldrar och barn påverkar barnets uppfattning av omvärlden (Guajardo, Snyder & Petersen 2009).

## **Vårdnadshavares kränkningar av barn**

I litteraturen finns många begrepp för att definiera att barn far illa eller utsätts för vanvård. I detta arbete används begreppet omsorgssvikt enligt nedan.

*”Omsorgssvikt är när föräldrarna eller de, som har omsorgen om barnet, skadar det fysiskt och/eller psykiskt eller försummar det så att barnets hälsa och utveckling är i fara” (Lundén 2010, s. 42).*

Enligt artikel nitton i FN:ns konvention om barnets rättigheter, som antogs 1989 (Regeringskansliet 1989), har alla barn rätt att skyddas mot alla former av övergrepp, vanvård, våld eller misshandel.

Aga är sedan 1979 förbjudet i Sverige och regleras i Föräldrabalken (SFS 1949:381). Sverige var det första landet i världen som införde förbud mot aga av barn (Jansson, Jernbro & Långberg 2011, s. 29). Regeringen har kontinuerligt beställt kartläggningar av kränkande behandling av barn. I den senaste (Jansson, Jernbro & Långberg 2011, ss. 94-109) uppger ungefär 3 % av föräldrarna att de slagit sina barn någon gång och nästan

en tredjedel uppger att de knuffat, huggit tag i eller ruskat om sina barn. Andelen som anger att de slagit är i stort sett konstant sedan en tidigare undersökning från 2006, medan de som knuffat och ruskat eller huggit tag i ökat kraftigt. I samma kartläggning svarar 2,9 % av eleverna i niondeklass att de blivit slagna många gånger och 10,5% att de blivit slagna någon enstaka gång. I undersökningen uppger också ca 40 % av eleverna att föräldern var trött i samband med slaget och ungefär lika många att föräldern var stressad i samband med slaget. Eleverna fick också uppge andra typer av bestraffningar de blivit utsatta för. Ungefär en fjärdedel uppger att de blivit förolämpade av sina föräldrar. Något färre uppger att de blivit ignorerade och 7 % att de blivit inlåsta någonstans eller utelåsta från hemmet. Vart tionde barn i Sverige har sett våld mellan de vuxna i familjen och att dessa barn löper sex gånger högre risk än andra att själva bli slagna (Jansson, Jernbro & Långberg 2011, ss. 64-65,94-109).

I en studie av Annerbäck, Wingren, Swedin och Gustafsson (2010) bland skolbarn i Södermanland, rapporterar 15,2% av barnen att de blivit slagna av en vårdnadshavare och 6,4 % anger att de blivit slagna flera gånger. Biologiska föräldrar var de vanligaste förövarna. Studien bekräftar också tidigare kunskap, att missbruk hos föräldrarna ökar risken för övergrepp. Dåligt socialt nätverk och att föräldern är utlandsfödd är andra riskfaktorer. Kronisk sjukdom eller handikapp, fysisk och psykisk, hos barnet ökar också risken för övergrepp, vilket kopplas till den ökade stress som föräldern utsätts för.

I en finsk studie av Paavilainen och Åstedt-Kurki (2003), intervjuades 20 familjer om sina liv i förhållande till omsorgssvikt. Riskfaktorer som beskrivs i den här studien är till exempel missbruk, ekonomiska problem, arbetslöshet, psykisk ohälsa hos föräldern, men också att ett barn kan vara olika besvärliga att handskas med. Det framkommer att den centrala faktorn i familjer där vanvård och försummelse förekommer är brist på resurser att ha omsorg om familjemedlemmarna. Denna brist på omsorg kan följas i generationer bakåt i familjerna genom att olika riskfaktorer, konflikter i negativa cirklar lagts till varandra. Omsorgssvikt kan inte separeras från annan typ av familjevåld anser Paavilainen och Åstedt-Kurki (2003).

Det finns flera organisationer i Sverige som arbetar med barns rättigheter.

Till en av dem, barnens rätt i samhället (BRIS), kan barn och även vuxna vända sig via telefon, e-post och chatt med olika problem och frågor. Under 2011 hade BRIS drygt 3300 kontakter som gällde misshandel eller övergrepp ([www.bris.se](http://www.bris.se)).

## **Utveckling av barnhälsovården**

I början av 1900 talet bedrev Mjölkdroppen ideell förebyggande barnhälsovård på en del platser i Sverige. Dåvarande Medicinalstyrelsen lade 1935 fram förslag om förebyggande mödra- och barnhälsovård i samhällets regi. På 1930 talet led många barn av näringsbrist och hade därför sämre motståndskraft mot infektionssjukdomar. Stora delar av befolkningen levde i fattigdom och läkarvård var något människor uppsökte bara då det var riktigt allvarligt eller då de hade råd. I slutet av 60-talet blev barnhälsovården landstingens angelägenhet och i samband med en ny hälso- och sjukvårdslag 1983 stärktes barnhälsovårdens ställning ytterligare (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2000, ss. 20-21). Sedan 80-90-talet har det skett en tydligare förskjutning

från det medicinska omhändertagandet mot mer psykosocialt fokus inom barnhälsovården (Hallberg, Lindbladh, Petersson, Råstam & Håkansson 2005).

Idag söker sig nästan alla familjer i Sverige till en Barnvårdscentral (BVC). Det är frivilligt att låta sitt barn följas på BVC men Barnvårdscentralen i Sverige är väl socialt accepterad och därför träffar nästan alla barn upp till sex års ålder en BVC sjuksköterska. Uppgifter från smittskyddsinstitutet (2011), där antal barn enligt folkbokföringen jämförs med antal som är inskrivna på BVC, visar att 99,1 % av alla barn födda år 2008 nås via BVC i Sverige. Internationellt är den goda uppslutningen till barnhälsovården i det närmaste unik. Bara i andra skandinaviska länder och i Nederländerna hittas något motsvarande (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin 2009, s. 8).

### **BVC-sjuksköterskans uppdrag**

Sjuksköterskan som arbetar på BVC skall ha pediatrik kompetens utifrån Barnkonventionen. BVC-sjuksköterskan skall ha specialistkompetens inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar (Barnsjuksköterska) eller som distriktssköterska (Nationella nätverk för vårdutvecklare/Barnhälsovårds samordnare 2007).

Legitimerad sjuksköterska skall kunna identifiera och aktivt förebygga hälsorisker. Hon skall också kunna konsultera och samarbeta med andra personer i vårdkedjan

(Socialstyrelsen 2005). Specialistsjuksköterskeföreningarna har egna beskrivningar av kraven på sina medlemmar. Distriktssköterskan skall enligt föreningens egen kompetensbeskrivning möta och vårda människor i alla åldrar och utvecklingsstadier samt möta individen och dennes familj med närvaro, lyhördhet, ärlighet och bekräftelse (Distriktssköterskeföreningen i Sverige 2008). Barnsjuksköterskan skall enligt sin förenings kompetensbeskrivning, ha ansvar för barns rättigheter och hälsa samt verka för att en god relation och ett bra samspel etableras mellan barn och närstående samt förebygga ohälsa. Hon skall också uppmärksamma barn som far illa eller riskerar att fara illa och se till att dessa får vård eller annat omhändertagande i samråd med barnet, dess närstående och andra myndigheter (Riksföreningen för barnsjuksköterskor 2008). Ett professionellt engagemang av BVC-sjuksköterskan kännetecknar den goda vårdrelationen, men det kan finnas hinder, såsom tid eller pressad arbetssituation för att skapa en god relation till familjen (Dahlberg, Fagerberg, Nyström, Segesten & Suserud 2003).

Barnhälsovården arbetar hälsofrämjande och en viktig uppgift för BVC-sjuksköterskan är att vara uppmärksam på om barn far illa. I Finland svarade 74 distriktssköterskor inom mödra- och barnhälsovård på frågor om vad deras uppfattning var att familjer behöver extra stöd för. Mer än hälften av familjerna ansågs behöva hjälp med föräldraskapet och strukturen i familjelivet. En tredjedel behövde stöd i uppfostringsfrågor och ungefär lika många med det sociala nätverket (Häggman-Laitila & Euramaa 2003). Hälsa kan relateras till den livssituation en person är i och hälsa är en process, där människans vardag blir viktig (Wärnå-Furu 2012, s. 201). En del av det hälsofrämjande arbetet är att BVC-sjuksköterskan når de flesta barnfamiljer och har möjlighet att ge individuellt stöd för de med ökad sårbarhet (Regeringskansliet SOU 2000: 91, s. 92). En humanistisk syn på hälsa innebär att hälsa förstås på ett djupare plan, där BVC-sjuksköterskan kan förstå den enskilda människans hälsa genom dess



berättelse och utifrån det hjälpa personen att bli medveten om sina egna inre hälsoresurser (Wärnå-Furu 2012, ss. 206-211).

Arbetsituationen ser olika ut för BVC-sjuksköterskor. En del arbetar ensamma som BVC-sjuksköterska på sin enhet, andra delar sin tid mellan BVC och vårdcentral. Några arbetar på familjecentral, vilket innebär att BVC, mödravård, socialtjänst och öppen förskola finns under samma tak (Socialstyrelsen 2008, s. 12).

## **Identifiering och samverkan kring utsatta barn**

BVC-sjuksköterskan möter i sitt arbete familjer där ett eller flera barn kan vara utsatta för omsorgssvikt och har skyldighet att enligt lag, anmäla till socialtjänsten, när hon misstänker att barn far illa (Socialstyrelsen 2003, 2004, s. 23-24). Hon har också skyldighet att samverka med andra myndigheter (SFS 1982:763, Socialstyrelsen 2007). Det saknas skriftliga nationella riktlinjer för hur det samarbetet ska se ut.

Tecknen på att barn far illa kan vara många. Det kan handla om blåmärken, rivmärken och liknande. Barnet kan vara smutsigt och illaluktande. Undvikande, utåtagerande eller apatiskt beteende hos barnet är andra exempel. Barnets relation med föräldern kan också visa att något är fel. Barnet tyr sig inte till föräldern i hotfulla situationer, eller är uppseendeväckande klängigt och uppmärksamhetsökande. Psykosomatiska symptom som ont i magen eller huvudet är andra möjliga tecken (Paavilainen&Tarkka 2003, Söderman & Jackson 2011). Dålig tillväxt hos spädbarn utan medicinsk orsak, kan vara tecken på att barnet inte får den omsorg det behöver, vilket kan bero på störd kontakt med närmaste anknytningsperson, oftast modern (Wright, Parkinson & Drewett 2006).

Sociala problem innefattande misstanke om övergrepp hör till de problem som BVC-sjuksköterskor upplever svårast att hantera. Ett annat svårhanterligt problem är de olika lagar som finns för BVC och socialtjänst och som försvårar samarbetet. En delikat uppgift för BVC-sjuksköterskor är att stödja föräldrar och samtidigt identifiera hot mot barnets uppväxt miljö. Detta ställer stora krav på kunskap hos BVC-sjuksköterskan. (Fägerskiöld, Wahlberg & Ek 2000).

Identifiering av utsatta barn ökar i en kontext där sjuksköterskor har kollegor och andra professionella att dela sina funderingar med. Fler utsatta barn blir också sedda där BVC-sjuksköterskorna är erfarna och i barnrika områden. Detta finner Lagerberg (2001) i en studie som inkluderar ungefär hälften av Sveriges barnvårdscentraler. I samma studie ser författaren, att BVC-sjuksköterskor anmäler barn som utsätts för omsorgssvikt, till socialtjänsten, i låg grad. Många sjuksköterskor beskriver ojämlikhet i samverkan med socialtjänsten. I studien efterlyses riktlinjer för att upptäcka utsatta barn och för anmälan till socialtjänsten. Lagerberg (2001) understryker att ökat samarbete med socialtjänsten måste bli verklighet.

Flera BVC-sjuksköterskor känner sig otillräckliga i mötet med barn som far illa, finner Söderman och Jackson (2011) i sin studie om barn som far illa i hemmiljön. Känslan av otillräcklighet bottenar i att de önskar hjälpa barnen, men inte kan det, samt det svåra och känsloladdade mötet med familjer där BVC-sjuksköterskan anmält till socialtjänsten, men saknar återkoppling. Flera av BVC-sjuksköterskorna i studien, framhåller

kollegorna som ett viktigt stöd i ställningstagande till anmälan, men också psykolog och läkare. Alla beskriver att de saknade stöd från socialtjänsten (Söderman & Jackson 2011).

Distriktssköterskor har god kunskap om både psykiska och fysiska övergrepp hos barn. Distriktssköterskor identifierar utsatta barn genom att samla fakta om barnets situation och i mötet med familjen. Distriktssköterskor använder sig också av sin intuition och har förmåga att hantera svåra situationer, finner Paavilainen och Tarkka (2003) som har intervjuat distriktssköterskor om att identifiera utsatta barn.

Enligt en rapport (Socialstyrelsen 2011) om att mäta kvalitetsindikatorer i barnhälsovården när det gäller psykisk ohälsa hos barn, saknas riktlinjer och dokument inom detta område. Det framgår också att det är olika lokala förutsättningar för hur arbetet bedrivs. Detta gör det i nuläget svårt att göra några jämförelser eller dra några slutsatser hur kvaliteten i arbetet är, men det framhålls samtidigt att förtroendet för barnhälsovården är stort.

## **Handledning om det vårdande mötet**

BVC-sjuksköterskan måste bevara den goda vårdrelationen med familjen i flera år. Stannar familjen på samma BVC sträcker vårdrelationen sig över ca sex år, om familjen har ett barn och längre om det finns fler barn. Där omsorgssvikt förekommer innefattar denna vårdrelation många svåra moment. I varje möte måste BVC-sjuksköterskan sträva efter att skapa ett vårdande möte, oavsett om hon träffat familjen för bara en vecka sedan, som hon gör med nyfödda barn, eller om det gått ett år, som det ofta gör med två till sex åringar. BVC-sjuksköterskan har som vårdare ett ansvar för mötet, för interaktionen och vårdandet som kommer ur mötet (Dahlberg & Segersten 2010, ss. 192-197).

Rowse (2009) finner i sin studie där hon intervjuat femton erfarna sjuksköterskor och barnmorskor, att det sätter spår hos den enskilda sjuksköterskan att träffa utsatta barn. Utsatta barn som dessa träffat långt tidigare, tio år och i ett fall till och med 30 år tidigare berörde dem fortfarande starkt (Rowse 2009). För att klara av att hålla sig professionell krävs handledning och utbildning, vilket framkommer hos Tingberg, Bredlöv och Ygge (2008), som intervjuat sjuksköterskor på barnklinik, där alla hade mött barn som misstänkts varit utsatta för övergrepp. Handledning ingår inte i målbeskrivningen för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovården. Både den nationella och den regionala målbeskrivningen nämner dock att sjuksköterskan ska ha tid avsatt för regelbunden konsultation med psykolog (Nationella nätverk för vårdutvecklare/Barnhälsovårdssamordnare 2007, Barnhälsovårdsenheterna i Västra Götaland 2004). Åtta tillfällen per år skall erbjudas där BVC-sjuksköterskan kan konsultera psykologen (Verksamhetsbeskrivning Psykologer för mödra -och barnhälsovården i Västra Götalandsregionen, 2011). I konsultation tas avgränsade problem upp medan handledning däremot är ett tillfälle där BVC-sjuksköterskan kan arbeta med hela sin yrkesroll och utvecklas professionellt (Bernler & Johansson 2010, s. 52). Med reflektion kan tidigare erfarenheter och upplevelser bearbetas. Reflektionen påverkas i dialog och diskussion med andra (Ekebergh 2012, s. 491).

## **PROBLEMFORMULERING**

Barn kan riskera att utsättas för omsorgssvikt. BVC-sjuksköterskan möter i sitt dagliga arbete dessa barn och familjer. Det kan vara svåra möten och vårdrelationen med familjen skall behållas över flera år. För att identifiera utsatta barn och hjälpa dem krävs att BVC-sjuksköterskan har kunskap och att hon har ett nätverk att samverka med och få vägledning ifrån. Organisationen av BVC varierar, vilket gör att BVC-sjuksköterskor har olika yrkespersoner i sin närhet. Det finns dokument som ålägger BVC att samarbeta med andra myndigheter för barns bästa, men inga nationella riktlinjer för hur ett sådant samarbete skall se ut. Nationella riktlinjer saknas för handledning. Bristen på övergripande riktlinjer för hur BVC-sjuksköterskan praktiskt skall arbeta med barn som är utsatta för omsorgssvikt gör att arbetssituationen ser olika ut lokalt. Hur upplever då BVC-sjuksköterskor själva att möta familjer, där de misstänker att barnen är utsatta för omsorgssvikt? Hur upplever BVC-sjuksköterskor de resurser de har till förfogande?

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva BVC-sjuksköterskors erfarenheter av att möta familjer där de misstänker att barnen är utsatta för omsorgssvikt och hur de upplever de resurser de har till sitt förfogande för att hjälpa barn och familj.

## **METOD**

### **Ansats**

Studien är kvalitativ med induktiv ansats, vilket innebär att texter som utgörs av människors upplevelser analyseras förutsättningslöst och ses i sitt sammanhang. (Lundman & Hällgren Graneheim 2008, s. 159-171).

### **Deltagare**

Enligt Kvale och Brinkmann (2009, ss. 128-129) bestäms antalet intervjuer utifrån vad forskaren önskar uppnå med sin frågeställning. Det kan vara omöjligt att se likheter eller skillnader i ett litet material och ett stort material innebär svårigheter att tolka intervjuer mer djupgående. Även den tid forskaren har till sitt förfogande påverkar valet av antal intervjuer (Kvale & Brinkmann 2009, ss. 128-129). Giltigheten i resultatet kan ökas med en variation av informanterna (Lundman & Hällgren Graneheim 2008, s. 159-171).

För att få informanter som kunde ge relevant information, i förhållande till studiens syfte, önskade författarna BVC-sjuksköterskor som arbetat minst tre år inom barnhälsovården. Författarna ansåg att en viss erfarenhet av arbete på BVC behövs för att kunna dela med sig av upplevelser.

I första skedet skickades en förfrågan om deltagande ut till 14 verksamhetschefer på vårdcentraler inom Västra Götalandsregionen (Bilaga 1), enligt ett bekvämlighetsurval. Författarna förväntade sig ett visst bortfall. Efter en vecka skickades en påminnelse till de verksamhetschefer som inte svarat och därefter ringdes de upp som fortfarande inte svarat. BVC-sjuksköterskorna fick förfrågan om studien via sin verksamhetschef och gavs möjlighet att visa sitt intresse. I denna första omgång framkom fyra BVC-sjuksköterskor från tre vårdcentraler, som var positiva till intervju. Endast hälften av önskvärt antal informanter tackade ja till deltagande, varför ytterligare 14 förfrågningar skickades ut efter samma mönster som ovan. Det resulterade i att fyra BVC-sjuksköterskor till visade intresse att delta i studien. Sammanlagt 28 vårdcentraler tillfrågades om deltagande i studien. Åtta informanter från sex vårdcentraler, önskade delta.

Informanterna arbetade i landsbygdskommuner, mindre samhällen och några i storstadsområden. Två BVC-sjuksköterskor arbetade på eller hade tidigare erfarenhet från familjecentral. Fyra arbetade med enbart BVC, 50-100% av sin arbetstid. Två BVC-sjuksköterskor som arbetade på samma vårdcentral idag, hade tidigare erfarenhet av BVC på andra arbetsplatser. Fyra BVC-sjuksköterskor delade sin tid med annan verksamhet på vårdcentralen. Dessa arbetade 40-75% med BVC. BVC-sjuksköterskorna var kvinnor i en ålder mellan 43-60 år och hade arbetat som sjuksköterskor i 14-33 år och på BVC i 4-20 år. En hade specialistutbildning som barnsjuksköterska, resten hade specialistutbildning som distriktssköterska.

## **Datainsamling**

Som datainsamlingsmetod valdes kvalitativa forskningsintervjuer. Intervju används för att få kunskap om vilka erfarenheter intervjupersonen har utifrån sin livsvärld (Kvale och Brinkmann 2009, s. 18). Forskaren är vid kvalitativa studier delaktig i processen och kan inte helt hålla sig utanför eller vara objektiv. Det är varken möjligt eller någon ambition att vara objektiv, utan forskarens närhet skapar stimulans i en intervjusituation (Lundman & Hällgren Graneheim 2008, ss. 160-161).

En intervju är ett öppet samtal med fokus på ett förutbestämt ämne, där den som intervjuar använder en intervjuguide med enkla frågor som stöd (Kvale & Brinkmann 2009, s. 43). Informerat samtycke innebär att den som intervjuas blivit informerad om studien, att deltagandet är frivilligt, samt att materialet behandlas konfidentiellt och hur det kan komma att publiceras. Deltagaren har när som helst rätt att dra sig ur studien (Kvale och Brinkmann 2009, ss. 87-89).

De BVC-sjuksköterskor som var intresserade av att delta kontaktades och tid och plats för intervju bokades. Innan intervjun påbörjades fick informanten på nytt skriftlig och muntlig information om studien, att deltagandet var frivilligt, en försäkran om att uppgifterna hanteras konfidentiellt och att BVC-sjuksköterskan när som helst kunde välja att avbryta sitt deltagande (Bilaga 2). De fick därefter skriva på ett samtycke (Bilaga 3) till att delta, samt att intervjun spelades in och att resultatet används i vetenskapliga publikationer, i första hand som en magisteruppsats vid Högskolan i Borås.

BVC-sjuksköterskorna intervjuades samtliga på sin arbetsplats under ca 30 minuter. Annan lokal erbjöds men ingen uttryckte behov av det. Vardera författare genomförde fyra intervjuer. Intervjuerna gjordes med öppna frågor med stöd av en intervjuguide (Bilaga 4). Alla intervjuer påbörjades med samma öppningsfråga och svaren följdes upp med följdfrågor. Intervjuerna spelades in och skrevs sedan ut ordagrant efter intervjutillfället. Författarna skrev ut sina egna intervjuer.

## **Dataanalys**

Dataanalysen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys, enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s. 159-171). Analysprocessen påbörjas när den som intervjuat skriver ut sitt eget material, då forskaren har med sig känslan och innehållet från intervjutillfället. En text bearbetas och tolkas genom att forskaren först skapar sig en uppfattning om helheten i materialet. Därefter kan meningsbärande enheter tas fram. De meningsbärande enheterna är text där innehållet hör ihop. Innehållet i en del av texten måste tolkas utifrån sitt sammanhang och kan inte ses självständigt. Meningsenheterna kondenseras till korta texter där det väsentliga innehållet koncentrerats. Därefter abstraheras textens innehåll till underkategorier. Flera underkategorier med liknande betydelse sammanförs sedan till kategorier. Indelningen i kategorier sker genom sökning, identifiering och beskrivning av variationer i texten. Under hela analysarbetet reflekterar forskaren och går fram och tillbaka i materialet. Läsaren ger mening till texten, som kan tolkas på flera sätt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, ss. 159-171).

Analysen började med att utskrifterna från alla intervjuer lästes förutsättningslöst av båda författarna för att få en helhetsbild. Texterna diskuterades och författarna reflekterade tillsammans över innehållet. Vardera författare läste sedan samma intervju och gjorde en självständigt analys, där meningsbärande enheter togs fram och sedan kondenserades. Därefter skapades underkategorier. Likheter och skillnader jämfördes och ett förslag på kategorier togs fram. Tanken med detta var att komma in i hur analysen skulle utföras. Sedan träffades författarna och gick igenom intervjun tillsammans och diskuterade vad de kommit fram till. Några preliminära underkategorier och kategorier fanns nu och därefter fortsatte författarna tillsammans att arbeta med en intervju i sänder. Efter att ha gått igenom alla intervjuer jämfördes underkategorier och kategorier på nytt med avseende på likheter och skillnader. Det fanns nu åtta preliminära kategorier. En jämförelse gjordes mellan kategoriernas innehåll och författarna kunde nu sammanföra antalet till fem kategorier. Under varje kategori fanns det tre eller fyra underkategorier. Genom hela arbetet med analysen reflekterade författarna över delarna och helheten i texterna i förhållande till studiens syfte, samt över sin förförståelse. En beskrivning av analysprocessen visas i tabellform (Tabell 1). Kategorierna illustreras med citat i resultatet.

Tabell 1. Ett exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Underkategori	Kategori
Ja Hur tänker man där... ja bollar ju med mina kollegor förstås inte minst med XXX som är här mest med våran psykolog på konsultationer det är ju mycket sånt bollande, hur skall jag tänka här å hur kan jag gå vidare med detta o så.	”bollar” med kollegor och med psykolog.	Reflektera tillsammans	Tillhörighet

## Förförståelse

Forskarens egen förförståelse är både nödvändig och oundviklig för att finna kunskap. Det är viktigt att vara medveten om sin förförståelse och den får inte bli ett hinder (Dahlberg, H., Dahlberg, K. & Nyström 2011, ss. 139-139). Intervjupersonen och informanten påverkas av varandra under intervjun och det inverkar på vilken kunskap som produceras. Den som intervjuar bör ha kunskap om ämnet för att formulera frågeställningar utifrån syftet (Kvale & Brinkmann 2009, ss. 47-48).

Författarnas egna erfarenhet av arbete på BVC har väckt intresset för forskningsfrågan. Kunskap om området ger en god inblick i det område som studeras. I arbetet på BVC har båda författarna mött barn som är utsatta för omsorgssvikt och har anmält till socialtjänsten. Den egna erfarenheten har gjort det extra viktigt att lyssna förutsättningslöst under intervjuerna och att inte styra informanternas svar. Författarna har under en längre tid diskuterat sin förförståelse med varandra innan studien påbörjades.

## Trovärdighet

Syftet med forskning är att hitta kunskap och i kvalitativ forskning är man medveten om att det alltid kan finnas flera alternativa tolkningar (Lundman & Hällgren Graneheim 2008, ss. 169-170). Studiens trovärdighet stärks av att författarna har tagit med sin egen förförståelse i arbetet. Inklusionskriterierna för studiens deltagare är genomtänkta och deltagarnas varierande erfarenheter och geografiska spridning stärker giltigheten i resultatet. Författarna har reflekterat och motiverat sina ställningstaganden genom hela analysprocessen, vilket ökar tillförlitligheten i resultatet. Studiens kontext har beskrivits

inklusive deltagare, datainsamling och analys för att läsaren ska kunna avgöra överförbarheten till liknande grupper eller situationer.

## Etiska överväganden

Arbetet följer Helsingforsdeklarationens (2008) riktlinjer, där hänsyn tas till den enskilda individen vid forskning, så att ingen kan komma till skada. Enligt Vetenskapsrådet (2002) finns fyra huvudkrav för att skydda individen vid forskning. De innefattar krav på information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. I det här arbetet behövs ingen prövning i etiknämnden, utan det kan ske inom högskolans riktlinjer och ramar enligt lagen om etikprövning (SFS 2003:460, [www.codex.vr.se](http://www.codex.vr.se)).

Informanterna i studien är BVC-sjuksköterskor, där personuppgifter och arbetsplats behandlas konfidentiellt. BVC-sjuksköterskor utan någon personlig relation till författarna har intervjuats. Författarna ansåg att informanterna då skulle kunna tala friare och känna förtroende i intervjusituationen, samt att det minskade risken för att författarna skulle känna igen någon person som informanterna berättade om. Ingen som läser resultatet ska kunna härleda citat eller innehåll till någon enskild person eller familj. Det bandade och utskrivna materialet har kodats och sparats på ett sådant sätt att det inte går att härleda.

## RESULTAT

Forskningsmaterialet i den här studien har delats in i fem kategorier med vardera tre eller fyra underkategorier. Innehållet sträcker sig från en känsla av utsatthet och ensamhet där informanten inte alls har någon att arbeta tillsammans med, till en känsla av tillhörighet då flera professioner arbetar gemensamt för barn och familj. Materialet beskriver trygghet och självkänsla hos informanterna men också vända, rädsla och tvivel. Mötet och relationen med familjen är centralt i BVC-sjuksköterskans arbete. Hur kategorier och underkategorier är organiserade visas i tabellen (Tabell 2).

Tabell 2. Kategorier och underkategorier

KATEGORI	UNDERKATEGORI
Utsatthet	Sakna stöd Känna sig utlämnad Känna maktlöshet Sakna teamarbete
Tillhörighet	Reflektera tillsammans Ha stöd nära Samarbeta
Trygghet	Lita på känslan Känna sig säker Få bekräftelse

Vånda	Se tecken Vara vaksam Rädsla att missa något Tvivla
Möten	Förmedla sin oro till familjen Vara lyhörd Ge stöd

## Utsatthet

I sin roll som barnets företrädare upplever BVC-sjuksköterskan att hon kan vara totalt utlämnad till sig själv och sina egna beslut. Hennes ansvar känns tungt. Informanter upplever att ledningen är frånvarande och de får litet eller inget stöd därifrån. Tid saknas för samtal och reflektion kring barnet, vilket gör att BVC-sjuksköterskan känner sig ensam i sina beslut. Trots att hon söker stöd från samarbetspartner och specialister blir hon övergiven. Upplevelsen av maktlöshet är stark i förhållande till socialtjänsten och deras arbetssätt. Känslan av utsatthet gör att BVC-sjuksköterskor uttrycker en önskan att arbeta mer i team.

## Sakna stöd

Informanter beskriver att de saknar stöd framför allt från ledningen, men också att kolleger inte kan ge önskvärt stöd. Kollegor som har andra arbetsuppgifter på vårdcentralen upplevs inte förstå informanternas arbetssituation på BVC och hur mycket tid de utsatta barnen tar. Informanterna upplever att det inte finns tid att tala med en kollega eller att stödet från kollega kan kännas osäkert, särskilt om BVC-sjuksköterskan själv redan är osäker.

*”Men som sagt jag kan känna att kollegorna inte riktigt förstår, de som inte är på BVC. Det heter att jag skall sträcka i min tidbok” (Intervju H, s 17).*

## Känna sig utlämnad

Det finns tillfällen där informanter har en känsla av att barnet inte mår bra, men inte kan avgöra om det finns medicinska eller psykosociala orsaker. Informanter beskriver att de kan känna sig totalt utlämnade till sig själva, trots att de vid upprepade tillfällen söker stöd hos samarbetspartner, som kollega, psykolog, barnläkare, som finns tillgängliga.

*”Då kände jag att ..liksom DET fanns inget stöd och få på nåt sätt...fast jag hade försökt” (Intervju C, s. 8).*

## Känna maktlöshet

BVC-sjuksköterskan känner sig maktlös när hon försöker hjälpa barnet, men upplever att det inte händer något. Det kan ta flera år innan en familjehemsplacering blir till. En stark frustration finns över att socialtjänsten har ett annat arbetssätt. Tidigare



upplevelser av att det inte blir något konkret resultat av socialtjänstens insatser gör att informanter inte sätter tilltro till socialtjänstens åtgärder.

*”socialtjänsten har varit där tidigare det vet jag men dom har inte något att ta på säger dom, dom vet inte hur dom ska hjälpa dom” (intervju H, s. 5).*

### **Sakna teamarbete**

Informanter uttrycker starkt att de önskar arbeta i team. De ser en större möjlighet till att kunna hjälpa barn och familjer när flera resurser finns nära. Familjecentral ses som den bästa modellen av flera BVC-sjuksköterskor.

*”Jag vill ju jobba, jag har inte känt så mycket tidigare när jag inte jobbade heltid på BVC men nu när jag jobbar heltid så tycker jag att det är det enda riktiga sättet att jobba att jobba med alla under ett tak” (intervju D, s. 3).*

### **Tillhörighet**

Informanter uttrycker tillfredställelse i sitt arbete när de har kollegor och andra professionella nära tillhands för samarbete. Det är då de upplever att de kan hjälpa barn och föräldrar, på ett sätt som ger resultat.

### **Reflektera tillsammans**

Möjlighet att reflektera tillsammans med någon värderas högt av informanterna i studien. Det är då BVC-sjuksköterskorna uttrycker att de kan komma vidare i sina tankegångar kring hur de skall hjälpa ett barn. Den informanten reflekterar tillsammans med kan vara en annan BVC-sjuksköterska men också barnhälsovårdspedagog eller om de arbetar på familjecentral eller liknande, en socionom. Det viktiga är att den de reflekterar tillsammans med finns lätt tillgänglig.

Reflektera tillsammans med en annan BVC-sjuksköterska är för flera så självklart att de inte tänker på det.

*”Oja, absolut men det är ju nästan som att prata med sig själv så det tänker jag inte på (skratt) det gör vi ju mycket” (Intervju F, s. ).*

### **Ha stöd nära**

De informanter som arbetar på familjecentral eller har ett annat tätt och personligt samarbete upplever att de har mest stöd. De beskriver flera gånger hur de lätt kan rådgöra eller arbeta tillsammans för att hjälpa en familj. Fysisk närhet men också personlig kännedom kännetecknar att stödet upplevs som nära. BVC-sjuksköterskorna som har stöd nära beskriver att de har förståelse för sin arbetssituation. Resultatet av att stödet upplevs som nära är att BVC-sjuksköterskorna upplever att de kan hjälpa barnen.

*”Där är ju jättebra, vi kan få lite feedback via dom också lite , alltså de håller ju sig inom sekretessen men ändå någon slags .... eftersom de vet hur vår situation är så kanske de är mer på att fråga är det okej att jag pratar med din BVC -sköterska och så*

*där. men de känner ju oss och vet hur vi har de så att ....ja och vi kan också bolla tankar om vad det är jag skall titta efter ....e.... när jag ser familjen nästa gång så våran socionom är ju en bra resurs där” (Intervju F, s. 7).*

### **Samarbeta**

Informanterna har många olika personer att samarbeta med. Samarbetet kännetecknas av att BVC-sjuksköterskan slussar familjen till rätt person där de kan få hjälp, tex barnhälsovårdpsykolog eller socionom. Förskolan nämns av flera som en viktig samarbetspartner och som en instans som avlastar BVC-sjuksköterskan i bedömningen av barnens situation. Någon annan ser familjen.

*”Då är socialtjänsten med och då är även våran BVC- psykolog med och förskolan.... För ofta är ju dom involverade i samma barn och samma bekymmer...så det är också väldigt bra träffar...” (intervju B, s. 5).*

### **Trygghet**

Trygghet för informanterna är att ha tillräckligt med kunskap och kännedom om barnet och familjens situation för att kunna ta ett beslut som blir bra. Intuitiv känsla och kunskap ökar med erfarenhet. Tryggheten består också i att bli bekräftad i de besluten.

### **Lita på känslan**

Informanter beskriver en intuitiv känsla som stärks av erfarenhet. Den känslan beskriver informanter att de kan lita på. I vissa fall får den känslan vägleda helt.

*”Jag har en bra magkänsla det får jag säga jag känner som om det känns att det är gott” (Intervju G, s. 4).*

### **Känna sig säker**

Flera handlingar och beslut genomsyras av att informanter känner sig säkra. De har tillräckligt med kunskap och tillräckligt med stöd.

En sådan handling är när BVC-sjuksköterskan väljer att göra en anmälan till socialtjänsten, då beskriver hon ofta att hon är helt säker på vad hon gör. Ett lugn finner sig hos informanten. Beslutet är taget, hon tvekar inte.

*”Och till slut så kände jag att nej nu skickar jag en orosanmälan till socialtjänsten för jag får inte komma på hembesök jag har inte rätt att kräva att få komma men då kan jag också anmäla oro så att jag kontaktade socialtjänsten och skickade in en anmälan” (Intervju H, s. 4).*

### **Få bekräftelse**

Informanterna kan på olika sätt få bekräftelse på att deras handlande är rätt. Det kan vara en samarbetspartner som berättar att barnet blivit hjälpt, eller det kan vara föräldrarna själva. Det kan också vara föräldrarnas agerande som bekräftar BVC-

sjuksköterskans beslut. Ett svårt möte och ett svårt beslut känns med bekräftelse meningsfullt. Bekräftelsen stärker BVC-sjuksköterskan och stärker den egna kunskapsbaserade känslan.

*”De fick ju en rejäl eld i baken och fick gjort allt de här och det visade sig vara stora problem, barnet behövde hjälp. så jag är ändå rätt så nöjd med att det blev som det blev” (Intervju F, s. 3).*

## **Vånda**

Se tecken på omsorgssvikt hos ett barn eller att känna att något inte verkar stämma i mötet med en familj utan att riktigt kunna identifiera vad det är, väcker starka känslor hos informanterna. De beskriver en fysisk obehagskänsla som inte går att släppa. Känslan bär BVC-sjuksköterskorna med sig både på arbetet och på fritiden.

### **Se tecken**

Tecken på omsorgssvikt hos barnet kan handla om att det är smutsigt eller inte går upp i vikt. Det kan också handla om kontakten mellan förälder och barn och om brist på åldersadekvat utveckling. Hos de yngre barnen, under ett år, beskrivs oftast fysiska tecken medan hos de äldre barnen dominerar sociala och utvecklingsmässiga tecken. BVC-sjuksköterskorna beskriver flera olika tecken på omsorgssvikt.

*”Lite större barn så har man ju det där med utvecklingen att dom kanske är lite sena, man märker lite på barnens sätt i förhållande till sina föräldrar ju att de inte är så där naturligt att gå till mamman som man önskar att det skulle va.” (Intervju D, s. 3).*

## **Vara vaksam**

Informanterna beskriver hur de håller sinnena öppna när de misstänker att ett barn kan vara utsatt för omsorgssvikt. De utformar frågor för att få svar på sina misstankar och beskriver hur de ställer upprepade frågor. Informanterna intar en vaksam hållning gentemot familjen.

*”Och jag försökte att ha vibbarna känna vibbarna ....när man har den där magkänslan så försöker man alltid ställa dom där lite mer djupgående frågorna. Hur har ni det? Hur fungerar vardagen? Och jag försöker även kolla så att säga runt i omgivningen” (Intervju H, s. 2).*

## **Rädsla att missa något**

Ibland får informanten inte grepp om vad som är fel i familjen, men har ändå kvar sin misstanke. Då beskriver informanterna en rädsla. Rädslan består i att inte kunna tolka alla tecken kring barnet och att missa något och att barnet därför får leva kvar i omsorgssvikt. Själva strukturen i BVC-arbetet där BVC-sjuksköterskan träffare de äldre barnen mer sällan gör att BVC-sjuksköterskorna känner sig rädda att missa omsorgssvikt bland dem. Hög arbetsbelastning gör också att informanterna känner sig rädda för att ”sätta upp skygglappar” och missa de utsatta barnen.

*”Sen kan man inte ha en full mottagning från morgon till kväll. Då hinner man inte reflektera. Och de här barnen då ser man dem inte. Jag har varit med om det förut på en annan arbetsplats. Man sätter upp skygglappar så här och ser dem inte, det får inte bli så.” (Intervju H, s. 16).*

### **Tvivla**

Innan BVC-sjuksköterskan kommer fram till en egen bedömning av hur hon skall hjälpa barnet bär hon med sig ett tvivel på att hon gör rätt. Hon väger det ena alternativet mot det andra. Informanterna uttrycker starkt att de är barnets företrädare i första hand, men flera uttrycker också att de inte vill såra föräldrarna. BVC-sjuksköterskorna är väldigt medvetna om att det uppfattas som kränkande att bli anmäld till socialtjänsten och är därför angelägna om att göra rätt. Det finns en rädsla för att förlora familjens förtroende, som innebär att de kan byta BVC och BVC-sjuksköterskan då inte kan fortsätta hjälpa familjen.

*”Det är SVÅRT, jag tycker det är jättesvårt och alltså man känner ju en oro alltså det är ju en oro för att barnet alltså att man inte ska kunna göra en rätt bedömning” (intervju C, s. 2).*

### **Möten**

Relationen med familjen är av stor betydelse i arbetet på BVC. BVC-sjuksköterskan vill skapa en god kontakt och inge förtroende som hon kan bygga vidare på under åren barnet följs på BVC. Informanter beskriver att de ställer höga krav på sig själva för att kunna tala med familjer när de känner oro för barnet. Vara lyhörd innebär för BVC-sjuksköterskan att möta familjen på deras nivå. Det är en konst som ökar med erfarenhet. Informanter upplever att de ibland är det enda stödet en familj har att vila sig emot.

#### **Förmedla sin oro till familjen**

När BVC-sjuksköterskan känner oro och ser tecken på omsorgssvikt, önskar hon förmedla det till familjen och ändå behålla en god relation. Det ställer stora krav på BVC-sjuksköterskan i hennes förhållningssätt.

*”Att det är det är ju det svårast i vårt jobb att veta hur man skall sätta ord på det man ser”. (intervju E, s. 7).*

#### **Vara lyhörd**

Skapa en god kontakt är viktigt för informanterna. De anser att det är en förutsättning för att kunna hjälpa barnet och familjen om det finns bekymmer. BVC-sjuksköterskan använder sig själv som ett redskap i relationen med familjen.

*”Att jag ställer kanske mycket frågor första gången och att de känner sig lite inpejlade lite för mycket, då får man, man märker ju lite irritationen då får man väl backa lite vi kommer ju ses fler gånger men kan inte gå på allt för hårt första gången om man inte ser några uppenbar brist” (intervju F, s. 17).*

## Ge stöd

Stöd till familjen ser BVC-sjuksköterskan som en viktig uppgift. Det kan handla om att stötta en mamma som mår dåligt, saknar socialt nätverk eller inte har så starka egna resurser. När det krisar i en familj och ena parten visar tecken på att behandla barnet illa, då gäller det för BVC-sjuksköterskan att stötta den föräldern som hon upplever tar hand om barnet på ett bra sätt.

*”Man försöker stötta den parten som beter som man brukar göra så att säga där man inte går över gränsen men där det är svårt att hävda sig (intervju D, s. 7).*

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Antalet tillfrågade vårdcentraler var stort i förhållande till hur många som tackade ja till deltagande. Fyra av de verksamhetschefer som kontaktades först svarade inte på brev eller telefon. Av de som svarade, men inte valde att delta, svarade två att de fått många förfrågningar om forskningsdeltagande inom en kort tid och därför valde att avstå från att delta. Två svarade att deras BVC-sjuksköterskor hade för kort erfarenhet för att kunna inkluderas, och resterande tre vårdcentraler, att de hade en för pressad arbetssituation på BVC för att hinna med intervju. Andra gången förfrågningar skickades ut valde fyra verksamhetschefer att inte delta på grund av för hög arbetsbelastning och två hade sjuksköterskor med för kort erfarenhet av BVC för att kunna inkluderas. Resterande svarande inte på post eller telefon.

Svagheten med urvalet är att författarna fick använda sig av de informanter som vid tillfället fanns tillgängliga. Författarna frågade inte efter någon anledning till att avstå från deltagande utan cheferna berättade spontant om varför de valde att tacka nej. Då flera uppger att de har en pressad situation på BVC, ger det anledning att fundera kring hur BVC-sjuksköterskornas arbetssituation ser ut när det gäller att möta barn som är utsatta för omsorgssvikt. Det framgår inte om det var chefernas egna beslut eller om BVC-sjuksköterskorna inte önskade delta i fler studier. Det hade varit intressant att veta vad BVC-sjuksköterskorna hade svarat om de fått frågan om deltagande personligen. Varför flera inte svarat på brev eller telefon förblir ovisst. De som tackat ja till deltagande kanske var mer intresserade både av ämnet och av forskning som helhet. Frågan är hur det påverkar resultatet. Ett intresse hos informanterna gör att de kan ge mer innehållsrik information till studien, vilket också är önskvärt. En lugn och avslappnad miljö och tid som är avsatt för intervju är säkert lättare att skapa om även chefen har en positiv inställning. Där chefen tackat nej pga. för många förfrågningar kan diskuteras om det hade funnits lämpliga informanter som kunnat ge bra information. Det finns en risk för att urvalet inte blir representativt, när verksamhetschefen agerar som grindvakt (Hudson, Aranda, Kristjanson & Quinn 2005). Informanterna representerar en spridning geografiskt och från olika samhällsstrukturer. De har erfarenhet från vårdcentraler med varierande organisation, vilket ökar giltigheten och stärker studiens resultat (Kvale & Brinkmann 2009, ss. 129-130).

Båda författarna har arbetat med alla intervjuer. Det ökar giltigheten och tillförlitligheten att resultaten jämförs och diskuteras tillsammans. Författarna anser att den egna erfarenheten varit en tillgång under hela processen. Medvetenhet om att författarna kan påverka studien genom sin förförståelse måste vägas in i resultatets tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim 2008, ss.159-172). En svaghet med intervju kan vara att forskarna påverkar den som intervjuas. Då är medvetenheten om den egna förförståelsen än viktigare och att den som intervjuar håller tillbaka sig själv.

Resultatet redovisas med hjälp av citat, som stärker tillförlitligheten och svarar på forskningsfrågan (Kvale och Brinkmann 2009, ss. 299-301).

Kategorierna i resultatet kan inte direkt överföras, men speglar erfarenheter som kan användas i andra liknande situationer som innefattar självständiga beslut och bedömningar av sjuksköterskor inom olika specialiteter.

## **Resultatdiskussion**

Mest framträdande i resultatet är att BVC-sjuksköterskorna uttrycker stark utsatthet i rollen som BVC-sjuksköterska och att de tydligt ser teamarbete med flera andra yrkesgrupper som mycket värdefullt för att kunna se och hjälpa utsatta barn.

Flera olika aspekter av mötet med familjer, där BVC-sjuksköterskan misstänker att barn är utsatta för omsorgssvikt, framkommer i resultatet. Mötet och relationen med familjen är centralt och betyder mycket i arbetet med barnhälsovård.

Maktlösheten och frustrationen gentemot socialtjänsten är betydande i resultatet. Samarbetet med socialtjänsten upplevs som envägskommunikation, där BVC-sjuksköterskan inte får någon information tillbaka. Bristen på återkoppling inverkar på BVC-sjuksköterskans förhållningssätt till familjen. Samtliga informanter i Söderman och Jacksons (2011) studie uttrycker liknande frustration. Svårigheten i samarbetet med socialtjänsten lyfts fram redan år 2001 av Lagerberg. Det kan tyckas besvärande att så liten förändring verkar ha skett med kommunikationen mellan BVC och socialtjänst under dessa år.

Informanter beskriver att tidigare erfarenheter av anmälningar till socialtjänsten påverkar dem. Det undermåliga samarbetet med socialtjänsten är ett hinder, som kan göra att BVC-sjuksköterskan inte anmäler omsorgssvikt i så hög grad som hon borde göra. Informanterna berättar om hur de använder interna resurser i första hand. Tidigare erfarenheter av kontakter med socialtjänsten påverkar beslut att anmäla eller avvakta med anmälning. Detta framkommer också i en studie bland barnläkare. Läkarna väljer att inte anmäla till socialtjänsten, utan istället använda andra resurser samt sin egen relation till familjen för att hjälpa utsatta barn (Jones, Flaherty, Binns, Prince, Slora, Abney, Harris, Kauffer-Chistoffel & Sege 2008).

Känslan av utsatthet är stark bland de som intervjuats. En känsla av övergivenhet uppstår när BVC-sjuksköterskan söker stöd hos både samarbetspartner, kollegor och ledning, men inte får något stöd. Bristen på stöd från läkare framträder då BVC-sjuksköterskan söker stöd i sina misstankar om att ett barn far illa. BVC-sjuksköterskan upplever då att läkaren inte har tillräcklig kännedom om familjen för att kunna ge henne stöd i bedömningen.

BVC-sjuksköterskor som delar sin tid mellan barnhälsovård och sjukvård på vårdcentralen, upplever att kolleger som inte arbetar på BVC har svårt att förstå deras uppdrag. En lucka i tidboken kan snabbt fyllas ut med sjukvårdande uppgifter, och göra att BVC-sjuksköterskan inte hinner med uppföljande BVC-arbete. Det upplevs frustrerande att inte känna sig förstådd eller respekterad, vilket bekräftar Magnusson, Lagerberg och Sundelin (2012). De visar, i sin studie, att mödrar är mer nöjda, och BVC-sjuksköterskor känner mer tillfredsställelse med sitt arbete, då BVC-sjuksköterskan arbetar med enbart barnhälsovård gentemot då distriktssköterskan delar sin tid mellan BVC och vårdcentralarbete. När BVC-sjuksköterskan får arbeta enbart med barnhälsovård stärks hennes kompetens och möjligheten att upptäcka och hjälpa barn som far illa ökar (Magnusson, Lagerberg & Sundelin 2012). Det organisatoriska systemet med vårdval och fler mindre vårdcentraler ökar risken att BVC-sjuksköterskan arbetar även med sjukvård på vårdcentral och mindre med barnhälsovård.

Reflektion tillsammans med kollega beskrivs som ett självklart stöd för flera av informanterna, så självklart att de inte tänker på det direkt. Konsultationstid med psykolog är ett annat viktigt forum för reflektion som beskrivs av BVC-sjuksköterskorna. Detta bekräftar resultatet i en liknande studie. Där framkommer kollegor och psykolog som ett viktigt stöd, men skillnaden ligger i att också läkare beskrivs som stödjande (Söderman & Jackson 2011).

Pressad arbetssituation och tidsbrist gör att BVC-sjuksköterskan inte alltid hinner tala med sin närmaste kollega om tankar kring familjer. Informanter berättar att de inte vänder sig till sin närmaste chef för att söka stöd, då de anser att chefen inte har kunskap om deras arbetsområde. Detta stödjer Rowse (2009) resultat som belyser att sjuksköterskor inte vill störa sin närmaste chef med sina bekymmer, då chefen har ont om tid.

I resultatet framkommer att arbetssituation och kontaktvägar ser olika ut för de intervjuade BVC-sjuksköterskorna, vilket stämmer väl överens med författarnas förförståelse. BVC-sjuksköterskan har uppdraget att samarbeta med andra myndigheter som socialtjänst och skola samt vara samordnare av resurserna kring barn på BVC. Informanterna berättar beskrivande i intervjuerna om denna funktion. Nätverket fungerar för de flesta men ger inte automatiskt en känsla av tillhörighet eller stöd för BVC-sjuksköterskan. Geografisk närhet och personkännedom gör att stödet känns närmre och mer lättillgängligt. Mer informella kontakter där BVC-sjuksköterskan upplever att hon ingår i en arbetsgemenskap med andra, är det som informanterna beskriver som ett meningsfullt arbetssätt. Detta bekräftas av en rapport till statens folkhälsoinstitut som belyser att informella kontakter betyder mycket för BVC-arbetet och dessa ökar vid arbete på familjecentral (Engman, Fängström, Sarkadi, Smeds, Wallby, Wells, & Åhman 2009/2010). Ytterligare stöd hittas i Rowse (2009) som kommer fram till att information och stöd mellan inblandade parter är av betydelse för att hjälpa barn som är utsatta för omsorgssvikt.

Samtliga som inte ingår i ett teamarbete, till exempel på en familjecentral, uttrycker att de saknar det. Teamarbetet i sig kräver tydliga former och förutsättningar för att fungera, såsom lokaler och tid för samarbete. Det fungerar inte automatiskt utan kräver

engagemang och är en utmaning för ledningen, som i en familjecentral delas mellan kommun och lansting/region. Olika avdelningar inom kommun och landsting kan dessutom vara inblandade vilket kan innebära att flera olika ansvariga chefer måste samordna sig. Koordination och konsultation är samverkansformer som underlättas för personal som arbetar på familjecentral (Socialstyrelsen 2008, s. 48). Forskning kring förhållandet mellan typ av teamarbete, effektivitet och arbetsklimat, visar att det finns ett samband mellan nära samarbete, ömsesidigt beroende mellan medlemmarna i teamet, ökad effektivitet och bättre arbetsklimat (Thylefors, Persson & Hellström 2005).

BVC-sjuksköterskorna beskriver att den egna erfarenheten ger kunskap som ökar känslan av trygghet i beslutssituationer. Detta stärker fynden i Söderman och Jacksons studie (2011). Flera sjuksköterskor uttrycker säkerhet och kunskap, vilket står i kontrast till Lagerbergs studier om BVC-sjuksköterskors medvetenhet om övergrepp och försummelse. Där finner hon att sjuksköterskorna har lite kunskap om ämnet och att de värderar sin egen oro lågt (Lagerberg 2001, 2004). Informanterna talar om att de har en magkänsla, en intuitiv känsla av att något inte står rätt till. De litar på sin egen känsla, de har inget annat att ta på, och känner sig trygga med den. Ling och Luker (2000) visar att intuitiv medvetenhet är det viktigaste arbetsredskapet för att hitta utsatta barn. Intuitionen är inte beroende av erfarenhet, men erfarenhet gör sjuksköterskan känsligare för intuitionen. Senare forskning bekräftar att erfarna sjuksköterskor värdesätter sin intuition högre än mindre erfarna (Pretz & Folse 2011).

Trots ovan beskrivna kunskap och intuitiva känsla visar resultatet att beslutsprocessen kring barn som misstänks vara utsatta för omsorgssvikt, föregås av mycket vånda. BVC-sjuksköterskan väger ihop olika tecken på omsorgssvikt. Hennes sinnen är på helspänn, processen tar mycket energi. Informanterna beskriver hur de ”bär barnet med sig” eller ”har det under sina vingar”. BVC-sjuksköterskorna beskriver flera olika tecken på omsorgssvikt så som smutsiga kläder eller dålig viktuppgång vilket bekräftar en annan studie som finner att Distriktssköterskor med motsvarande funktion i Finland har god kunskap om tecken på övergrepp hos barn (Paavilainen & Tarkka 2003). Svårigheten ligger i hur tecknen ska tolkas och hur BVC-sjuksköterskan ska gå vidare. BVC-sjuksköterskan har kunskapen, ändå känner hon rädsla för att göra fel bedömning angående barns omsorg.

Här finns behov av handledning. Ingen av informanterna har tillgång till handledning. För att arbeta professionellt med utsatta barn är handledning viktig (Tingberg, Bredlöv & Ygge 2008), men också för att kunna se och tolka tecken på omsorgssvikt i möten med familjer (Ferguson 2009). Lister och Crisp (2005) har undersökt distriktssköterskor och chefers erfarenhet av handledning i förhållande till skydd av barn. Resultatet visar brist på samstämmighet i definitionen av handledning och att erfarenhet av handledning varierar bland distriktssköterskor. De betonar betydelsen av regelbunden handledning i arbetet med utsatta barn (Lister & Crisp, 2005). För att öka kvaliteten i mötet med utsatta familjer är handledning för BVC-sjuksköterskor central.

Det finns en rädsla hos BVC-sjuksköterskorna att förlora förtroendet hos familjen. En organisation där alla har rätt att välja vilken BVC de önskar tillhöra, kan vara en anledning till att BVC-sjuksköterskan känner osäkerhet. BVC-sjuksköterskan önskar i första hand hjälpa barnet, men är rädd att barnet inte får hjälp om hon mister



föräldrarnas förtroende och familjen byter BVC. Organisation med vårdval innebär att varje person, som väljer en vårdcentral med tillhörande BVC, genererar pengar. Enligt verksamhetsberättelser från BVC-sjuksköterskor anser de att vårdval innebär mer fokus på ekonomi än tidigare (Barnhälsovårdsrapport 2011).

BVC-sjuksköterskorna i studien upplever sig som viktiga för de familjer de möter vilket också Fägerskiöld och Ek kommer fram till i sina studier av förväntningar på BVC-sjuksköterskan (Fägerskiöld & Ek 2000, 2003). Utmaningen beskrivs vara att möta familjerna på rätt nivå och att formulera sig bra i svåra samtal. Strävan efter ett bra möte är grundläggande för att skapa en jämlikare relation mellan vårdare och patient/förälder, vilket beskrivs av Mårtenson, Fägerskiöld och Berterö (2009).

## **KLINISKA IMPLIKATIONER**

Följande föreslås utifrån studien:

- Fler BVC organiseras i familjecentraler för att öka kompetensen i arbetet med barn som kan vara utsatta för omsorgssvikt
- Handledning för BVC-sjuksköterskor
- Fortbildning i samtalsmetodik
- Förbättra samverkansformer mellan BVC och socialtjänst

## **VIDARE FORSKNING**

I framtida forskning är det intressant att undersöka hur familjerna upplever BVC:s stödresurser på familjecentral kontra BVC utan familjecentral.

Ett annat område där det behövs mer kunskap, är BVC-sjuksköterskans utsatthet i arbetet med barn och hur det påverkar hennes bedömning av omsorgssvikt.

## **SLUTSATS**

BVC-sjuksköterskans arbetsredskap är möten med barn och familjer. Hon arbetar i en utsatt position vad gäller mötet med barn som misstänks vara utsatta för omsorgssvikt. Beslut kring eventuella åtgärder, som till exempel anmälan till socialtjänsten, är i hög grad BVC-sjuksköterskans eget. BVC-sjuksköterskan använder sin kunskap eller intuition i sitt beslut kring barnen. Brister upplevs i stöd från ledning och från läkare. Samarbetet med socialtjänsten ses inte som stödande. Ingen av BVC-sjuksköterskorna som intervjuats hade handledning. De som arbetar i team av typen familjecentral är mest nöjda med sitt stöd och de som inte arbetar i något team uttrycker att de saknar det. Geografisk närhet mellan olika samarbetspartners och personlig kännedom om dessa är viktigt.

Slutsatsen är att teamarbete av typen familjecentral, samt handledning leder till bättre förutsättningar för BVC-sjuksköterskan, där hon kan hjälpa barn som är utsatta för omsorgssvikt.

## REFERENSER

Annerbäck, E-M., Wingren, G., Swedin, C-G. & Gustafsson, P-A. (2010). Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden-findings from a population-based youth survey. *Acta paediatrica*, vol. 99, ss. 1229-1236.

Barnens rätt i samhället, BRIS (2011). *BRIS rapporten 2011* [Elektronisk]. Tillgänglig: [http://www.bris.se/upload/Articles/BRIS-rapport\\_2012\\_webb.pdf](http://www.bris.se/upload/Articles/BRIS-rapport_2012_webb.pdf) [2012-09-05]

Barnhälsovårdsenheterna i Västra Götaland (uppdaterad 2012-06-14). *Verksamhetsbeskrivning Barnhälsovården Västra Götalands regionen*. Tillgänglig: <http://www.vgregion.se/sv/Primarvarden--Sodra-Alvsborg/Barnhalsovar-d-en-i-Sodra-Alvsborg/Verksamhetsbeskrivning/> [2012-09-05]

Bernler, G. & Johansson, L. (2010). *Handledning i psykosocialt arbete* [Elektronisk]. Stockholm: Natur och kultur. Tillgänglig: Västragötalandsregionen kultur i väst [2012-12-09]

Centrala Barnhälsovården Södra Älvsborg (2012) *Barnhälsovårdsrapport för år 2011 Södra Älvsborg*.

Codex regler och riktlinjer för forskning (2012). Tillgänglig: <http://www.codex.vr.se/manniska5.shtml> [2012-02-12]

Cooklin, A.R., Giallo, R & Rose, N. (2011). Parental fatigue and parenting practices during early childhood: an Australian community survey. *Child: care, health and development*, Vol. 38, 5, ss. 654-664.

Dahlberg, H., Dahlberg, K. & Nyström, M. (2011). *Reflective lifeworld research*. Malmö: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Fagerberg, I., Nyström, M., Segesten, K. & Suserud, B-O. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

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

Dallaire, D.H. & Weinraub, M. (2007). Infant-mother attachment security and children's anxiety and aggression at first grade. *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 28, ss. 477-492.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige och Svensk sjuksköterskeförening (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen Distriktssköterska*. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf> [2012-10-11]

Ekebergh, M. (2012). Tillämpning av vårdvetenskapliga begrepp i vårdandet. Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Poland: Studentlitteratur.

Engman, J., Fängström, K., Sarkadi, A., Smeds, L., Wallby, T., Wells, M. & Åhman, A. (2009/2010). BVC- Den viktigaste livlinan under barnets första levnadsår. [elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.familjecentraler.se/default.aspx?id=14474> [2012-11-26]

Ferguson, H. (2009). Performing child protection: home visiting, movement and the struggle to reach the abused child. *Child and family social work*, vol. 14, ss. 471-480.

Fägerskiöld, A.M., Wahlberg, V. & Ek, A-C. (2000). What child health nurses believe mothers with infants expect of them. *Nursing and Health Sciences*, vol. 2, ss. 83-91.

Fägerskiöld, A. & Ek, A-C. (2003). Expectations of the child health nurse in Sweden: to perspectives. *International Nursing review*, vol. 50, ss. 119-128.

Guajardo, N.R., Snyder, G. & Petersen, R. (2009). Relationships among parenting practices, parental stress, child behavior, and children`s social-cognitive development. *Infant and Child Development*, vol. 18, ss. 37-60.

Hagelin, E., Magnusson, M. & Sundelin, C. (2000). *Barnhälsovård*. Stockholm: Liber AB.

Hallberg, A-C., Håkansson, A., Lindbladh, E., Petersson, K. & Råstam, L. (2005). Swedish child health care in a changing society. *Scandinavian Journal of Science*, vol. 19, ss. 196-203.

Helsingforsdeklarationen (2008). Tillgänglig: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf> [2012-10-12]

Hudson, P., Aranda, S., Kristjanson, L. & Quinn, K. (2005). Minimising gate-keeping in palliative care research. *European journal of palliative care*, vol. 12, 4, ss. 165-169.

Hwang, P. & Nilsson, B. (2003). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.

Häggman-Laitila, A. & Euramaa, K-I. (2003). Finnish families´ need for special support as evaluated by public health nurses working in maternity and child welfare clinics. *Public health nursing*, vol. 4, ss. 328-338.

Jansson, S., Jernbro, C., Långberg, B. (2011). *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige -en nationell kartläggning 2011*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Jones, R., Flaherty, E., Binns, H.J., Prince, L.L., Slora, E., Abney, D., Harris, D.L., Kauffer-Chistoffel, K. & Sege, R.D. (2008). Clinicians description of Factors influencing Their Reporting of Suspected Child Abuse: Report of the child abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics*, vol. 2, ss. 259-266.

- Killén, K. (2009) Barndomen varar I generationer. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lagerberg, D. (2001). A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. I. Characteristics of the nurses. *Child Abuse & Neglect*, vol. 25, ss. 1583-1601.
- Lagerberg, D. (2004). A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. II. Characteristics of the children. *Acta paediatrica*, vol. 93, ss. 692-701.
- Ling, S.M., & Luker, A.K. (2000). Protecting Children intuition and awareness in the work of health visitors. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32(3), ss. 572-579.
- Lister, P.G. & Crisp, B.R. (2005). Clinical supervision in child protection for community nurses. *Child Abuse Review*, vol. 14, ss. 57-72.
- Lundén, K. (2010). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Stiftelsen Allmänna barnhuset.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Kvalitativ innehållsanalys*. (s.159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E. & Sundelin, C. (2009). *Barnhälsovård-att främja barns hälsa*. Stockholm: Liber.
- Magnusson, M., Lagerberg, D. & Sundelin, C. (2012). Organizational differences in early child health care – mothers' and nurses' experiences of the services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 26, ss. 161-168.
- Mårtenson, E.K., Fägerskiöld, A.M. & Berterö, C.M. (2009). Observations of health-care professionals sharing and contributing responsibility in pediatric caring situations. *International Journal of Nursing Practice*, vol. 15, ss. 185-190.
- Nationella nätverk för Vårdutvecklare/Barnhälsovårdssamordnare. (2007). *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården*. Tillgänglig: [http://www.webbhotell.sll.se/Global/Bhv/Dokument/Rapporter/BVC-ssk\\_2007.pdf](http://www.webbhotell.sll.se/Global/Bhv/Dokument/Rapporter/BVC-ssk_2007.pdf) [2012-09-14]
- Paavilainen, E. & Tarkka, M-T. (2003). Definition and identification of child abuse by Finnish public health nurses. *Public Health Nursing*, vol. 20, No1, ss. 49-55.
- Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. (2003). Functioning of child maltreating families: lack of resources for caring within the family. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 17, ss. 139-147.

Pretz, J.E. & Folse, V.N. (2011). Nursing experience and preference for intuition in decision making. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 20, ss. 2878-2889.

Regeringskansliet. (1989). *FN:s konvention om barnets rättigheter*. Tillgänglig: [http://www.manskligarattigheter.se/dm3/file\\_archive/020521/a2fe55424340e999aed047eb281537d7/fn\\_891120.pdf](http://www.manskligarattigheter.se/dm3/file_archive/020521/a2fe55424340e999aed047eb281537d7/fn_891120.pdf) [2012-10-08]

Regeringskansliet (SOU 2000: 91, s. 92) *Hälsa på lika villkor-nationella mål för folkhälsan*. <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/2822> [2012-11-26]

Riksföreningen för barnsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialist sjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/kompetensbeskrivn%20bar n.pdf> [2012-10-11]

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

Rutter, M. & O´Connor, T.G. (2004). Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Developmental Psychology*, vol. 40, No. 1, ss. 81-94.

Smittskyddsinstitutet. (2011). *Vaccinationsstatistik från barnvårdscentralerna 2011, gällande barn födda 2008*. Tillgänglig: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/5216/vaccrapport-11-bvc-sverige.pdf> [2012-09-20]

Socialstyrelsen. (2003). *Socialstyrelsens allmänna råd om anmälan om missförhållanden enligt 14 kap.1 § socialtjänstlagen (2001:453)* (SOSFS 2003:16). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2004). *Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-101-1> Stockholm: Socialstyrelsen. [2012-11-26]

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1> [2012-10-28]

Socialstyrelsen (2007). *Strategi för samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-123-31> [2012-11-26]

Socialstyrelsen. (2008). *Familjecentraler Kartläggning och kunskapsöversikt*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-131-16> [2012-11-29]

Socialstyrelsen. (2011). *Att mäta kvalitet i barnhälsovården*. Tillgänglig:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18325/2011-5-8.pdf>  
[2012-10-07]

Söderman, A. & Jackson, K. (2011). Child abuse in the home environment-Child nurses experiences of meeting and helping the children. *Vård i Norden*, vol. 31, ss. 38-42.

Thylefors, I., Persson, O. & Hellström, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of interprofessional Care*, vol.19, ss. 102-114.

Tingberg, B., Bredlöf, B. & Ygge, B-M. (2008). Nurses experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, vol.17, ss. 2718-2724.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Tillgänglig.  
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2012-12-17]

Västragötalands regionen. (2011). *Verksamhetsbeskrivning psykologer för mödra- och barnhälsovården i västra götalandregionen*. Tillgänglig:  
<http://www.vgregion.se/upload/Prim%C3%A4rv%C3%A5rden%20G%C3%B6teborg/MBHV/BHV/Toppmeny/verksamhetsuppf%C3%B6ljn/Verksamhetsbeskrivning%20MBHV-psykologer%20VGR%20augusti%202011.pdf> [2012-12-09]

Wright, C.M., Parkinson, K.N. & Drewett, R.F. (2006). The influence of maternal socioeconomic and emotional factors on infant weight gain and weight faltering (failure to thrive): data from a prospective birth cohort: *Arch Dis Child*, vol 91, ss.312-317.

Wärnå-Furu, C. (2012). Hälsa. Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 199-212). Studentlitteratur: Poland.

# BILAGA 1



## **Information och förfrågan om deltagande i studie – till Verksamhetschef**

### **Undersökning av BVC-sjuksköterskans upplevelse då hon möter familjer där hon misstänker att barnen är utsatta för omsorgssvikt**

Vi är två BVC-sjuksköterskor som studerar vid Högskolan i Borås och genomför vårt examensarbete på avancerad nivå. Ett av de svåraste men också viktigaste uppdragen som sjuksköterska på BVC är att uppmärksamma de barn som är utsatta för omsorgssvikt. Litteraturen visar att denna insikt blir starkare för många sjuksköterskor ju längre de arbetar på BVC. Däremot är det inte självklart hur BVC-sjuksköterskan ska hantera de tankar som uppstår när hon ser eller känner att något fallerar i barnets uppväxtmiljö. Därför är vi intresserade av att höra BVC-sjuksköterskors egna upplevelser.

#### **Syftet med studien**

Syftet med examensarbetet är att beskriva BVC-sjuksköterskans upplevelse av att möta familjer där hon misstänker att barnen är utsatta för omsorgssvikt.

Med omsorgssvikt menas att föräldrarna eller de, som har omsorgen om barnet, skadar det fysiskt och/eller psykiskt eller försummar det så att barnets hälsa och utveckling är i fara.

#### **Metod**

Studien genomförs med en kvalitativ metod och datainsamling sker med hjälp av intervjuer där BVC-sjuksköterskan får berätta om sina upplevelser och erfarenheter i frågan. Intervjuerna beräknas ta ca 30 minuter och utförs, om BVC-sjuksköterskan inte har andra önskemål, på arbetsplatsen och under arbetstid.

#### **Förfrågan om deltagande**

Vi önskar Ditt medgivande för att genomföra intervjuer med BVC-sjuksköterskor på Din enhet och ber om Din hjälp att rekrytera deltagare. Vi önskar intervjua 6-8 BVC sjuksköterskor som arbetat inom barnhälsovården i minst 3 år. Informerat samtycke kommer skriftligen inhämtas från varje deltagare.

## **Hantering av materialet och sekretess**

Intervjumaterialet hanteras konfidentiellt. Inga namn eller andra personuppgifter kommer att kunna kopplas till svaren. Ingen obehörig kommer ha tillgång till insamlat datamaterial. Studien kommer att presenteras i form av en Magisteruppsats på Högskolan i Borås. Vid publicering kommer det analyserade materialet vara avidentifierat.

## **Frivillighet**

Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas.

## **Frågor och information**

Kontakta gärna oss med eventuella frågor. Ansvariga för studien är:

Katarina Andersson, Leg distriktssköterska

Stina Svenningsson, Leg Barnsjuksköterska

Handledare: Annikki Jonsson, Lektor vid Högskolan i Borås



## **BILAGA 2**



### **Information och förfrågan om deltagande i studie – till BVC-sjuksköterska**

#### **Undersökning av BVC-sjuksköterskans upplevelse då hon möter familjer där hon misstänker att barnen är utsatta för omsorgssvikt**

Vi är två BVC-sjuksköterskor som studerar vid Högskolan i Borås och genomför vårt examensarbete på avancerad nivå. Ett av de svåraste men också viktigaste uppdragen som sjuksköterska på BVC är att uppmärksamma de barn som är utsatta för omsorgssvikt. Litteraturen visar att denna insikt blir starkare för många sjuksköterskor ju längre de arbetar på BVC. Däremot är det inte självklart hur BVC-sjuksköterskan ska hantera de tankar som uppstår när hon ser eller känner att något fallerar i barnets uppväxtmiljö. Därför är vi intresserade av att höra BVC-sjuksköterskors egna upplevelser.

#### **Syftet med studien**

Syftet med examensarbetet är att beskriva BVC-sjuksköterskans upplevelse av att möta familjer där hon misstänker att barnen är utsatta för omsorgssvikt.

Med omsorgssvikt menas att föräldrarna eller de, som har omsorgen om barnet, skadar det fysiskt och/eller psykiskt eller försummar det så att barnets hälsa och utveckling är i fara.

#### **Förfrågan om deltagande**

Vi är intresserade av Dina tankar och erfarenheter i egenskap av BVC-sjuksköterska.

#### **Metod**

Studien genomförs med en kvalitativ metod och datainsamling sker med hjälp av intervjuer där Du som sjuksköterska får berätta om Dina upplevelser och erfarenheter i frågan.

Intervjuerna beräknas ta ca 30 minuter och utförs, om Du inte har andra önskemål, på Din arbetsplats och under arbetstid.

## **Hantering av materialet**

Intervju materialet hanteras konfidentiellt. Inga namn eller andra personuppgifter kommer att kunna kopplas till svaren. Ingen obehörig kommer ha tillgång till insamlat datamaterial. Studien kommer att presenteras i form av en Magisteruppsats på Högskolan i Borås. Vid publicering kommer det analyserade materialet vara avidentifierat.

## **Frivillighet**

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas.

## **Frågor och information**

Kontakta gärna oss med eventuella frågor. Ansvariga för studien är:

Katarina Andersson, Leg distriktssköterska

Stina Svenningsson, Leg Barnsjuksköterska

Handledare: Annikki Jonsson, Lektor vid Högskolan i Borås

## BILAGA 3



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

### Informerat samtycke

**Undersökning av BVC-sjuksköterskans upplevelse då hon möter familjer där hon misstänker att barnen är utsatta för omsorgssvikt.**

#### Syftet med studien

Jag har tagit del av muntlig och skriftlig information om studien och är intresserad av att delta.

Jag har informerats om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta utan att ange något skäl.

Ingen ersättning utgår för deltagandet.

Genom min underskrift samtycker jag till att min intervju spelas in och skrivs ut och att resultatet används i vetenskapliga publikationer.

Datum: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

#### Frågor och information

Kontakta gärna oss med eventuella frågor. Ansvariga för studien är:

Katarina Andersson, Leg distriktssköterska

Stina Svenningsson, Leg Barnsjuksköterska

Handledare: Annikki Jonsson, Lektor vid Högskolan i Borås

## **BILAGA 4**

### **Intervjuguide**

Presentation av forskaren och syftet med studien. Definition av begreppet omsorgssvikt.  
Tydliggörande att intervjumaterialet kommer behandlas konfidentiellt.

### **Inledande frågor**

Hur länge har du varit sjuksköterska?

Hur gammal är du?

Hur länge har du arbetat på BVC?

Hur är BVC organiserat här? – Är ni flera BVC-sjuksköterskor? Arbetar du i familjecentral?

Arbetar du enbart med BVC? Arbetar du heltid eller deltid? (om enbart BVC).

### **Frågor om ämnet**

Har du kommit i kontakt med någon familj där du känt oro för att barn är utsatta för omsorgssvikt?

(Barn som är inskrivna hos dig eller genom en kollega?)

Kan du berätta hur du upplever att möta dessa familjer?

Hur tänker du?

Vad känner du?

Var kan du söka stöd för dina tankar?

Vilka resurser har du omkring dig för att hjälpa barnet?

Vilka av dessa resurser upplever du fungerar?

Eller: Hur upplever du att resurserna fungerar?

Frågor eller uttryck som den som intervjuar kan använda om det behövs.

Kan du utveckla detta mer...

Berätta mer om....

Hur menar du?