

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2015:13

Modet och förmågan att ta etiskt och juridiskt ansvar
– att möta barn som misstänks fara illa

Karin Bjurström
Jonna Lagrell



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Modet och förmågan att ta etiskt och juridiskt ansvar – att möta barn som misstänks fara illa

Författare: Jonna Lagrell
Karin Bjurström

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15högskolepoäng

Utbildning: Ambulanssjuksköterskeutbildning

Handledare: Birgitta Wireklint Sundström

Examinator: Anders Bremer

Sammanfattning

Det finns flera lagar och en barnkonvention som har betydelse för hur barns livsvillkor ska hanteras. Trots dessa regelverk registreras en ökning av barn som far illa. Ambulanssjuksköterskor kan i det prehospitla vårdmötet med barn vara en viktig hälsofrämjande resurs för samhället när det gäller förebyggande åtgärder och tidig upptäckt av barns behov av stöd. Det finns dock flera faktorer som kan vara avgörande för ambulanssjuksköterskans ställningstagande i att anmäla sin oro då barn misstänks fara illa. Syftet med studien är att beskriva hur sjuksköterskor inom ambulanssjukvården upplever prehospitla vårdmöten där barn misstänks fara illa. Studien är en kvalitativ intervjustudie. En fokusgruppsintervju har genomförts med sju sjuksköterskor inom en ambulansorganisation i sydvästra Sverige. Kvalitativ innehållsanalys med latent och induktiv ansats har använts. Resultatet visar en övergripande huvudkategori som handlar om modet och förmågan att ta etiskt och juridiskt ansvar. Vårdmöten där sjuksköterskan misstänker att barn far illa kan förstås som öppenhet för barnets utsatthet och ett medvetet etiskt ansvarstagande. En juridisk medvetenhet och skyldighet framkommer också samtidigt som eftertänksamhet skymtar fram, vilken kan förstås som en reflektion över att vårdandet kanske trots allt inte varit gott nog. Kunskapsbrist och osäkerhet påvisas tillsammans med egen utsatthet. Dessutom framstår det som att ett rationaliserat handlande framtvings av omständigheterna inom ambulanssjukvård. Det finns behov av hjälp och organisatoriskt stöd. Slutsatsen är att sjuksköterskor inom ambulanssjukvård upplever kunskapsbrist och osäkerhet i vårdmöten där barn misstänks fara illa, trots både etiskt och juridiskt ansvarstagande. Ett organisationsstöd behövs för att kunna ge utsatta barn det stöd och skydd som de har rätt till.

Nyckelord: *Ambulanssjuksköterskor, barn som far illa, etisk och juridiskt ansvar, anmälningsplikt, kunskap*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Barns hälsa och utveckling	1
Barnperspektivet	1
Riskfaktorer i närmiljön	2
Riskfaktorer och möjligheter	3
Definition av barn som far illa och barnmisshandel	3
Yttre våld och aktiv misshandel	4
Passivt våld och psykisk misshandel	4
Hälso- och sjukvårdspersonal – en hälsofrämjande resurs	5
Samverkan och anmälningsplikt	5
Etik och moral	6
Etiska konflikter och etisk kompetens i prehospitalt arbete	6
Ambulanssjuksköterskans ansvar	7
Orosanmälan för barnets bästa	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	9
Kvalitativ intervjustudie	9
Urval och informanter	9
Datainsamling	10
Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats	11
Forskningsetiska överväganden	12
Författarnas förförståelse	13
RESULTAT	14
Modet och förmågan att ta etiskt och juridiskt ansvar	14
Öppenhet för barnets utsatthet	15
Känna att något är fel	15
Titta lite mer vid sidan om	15
Olämplig miljö för barnet	15
Etiskt ansvarstagande	16
Hjälpa till en vändpunkt	16
Vara barnets förebild	16
Fånga in fler	16
Anmälan kan röra upp	16
De inblandade godkänner anmälan	17
Juridisk skyldighet och eftertänksamhet	17
Ha en skyldighet att anmäla	17
Borde veta mera	17

Borde ha agerat _____	18
Vara feg _____	18
Det tog lång tid innan någon frågade _____	18
Kunskapsbrist och osäkerhet _____	18
Vara okunnig om orosanmälan _____	18
Vara tveksam om man är rätt ute _____	19
Egen utsatthet och rationalisering _____	19
Vara överens med kollegan _____	19
Skydda barnet eller sig själv _____	20
Välja bort vissa saker _____	20
Behov av organisationsstöd _____	20
Det skulle finnas riktlinjer _____	20
Får vi beskydd? _____	21
Är vi anonyma? _____	21
Reflektera under handledning _____	21
Få god hjälp av polis och socialtjänst _____	21
DISKUSSION _____	22
Metoddiskussion _____	22
Urval och informanter _____	22
Datainsamling _____	23
Kvalitativ innehållsanalys _____	24
Resultatdiskussion _____	25
Etiskt och juridiskt ansvarstagande _____	25
Kunskapsbrist och osäkerhet _____	26
Organisationsstöd _____	27
SLUTSATS _____	28
KLINISKA IMPLIKATIONER _____	28
REFERENSER _____	29
Bilaga 1 _____	
Bilaga 2 _____	
Bilaga 3 _____	

INLEDNING

Barn i Sverige har i allmänhet mycket bra levnadsförhållanden, men det finns undantag. Varje år anmäls psykisk misshandel, sexuella övergrepp, försummelse och vanvård. Ambulanssjuksköterskor som möter barn i deras hemmiljö kan arbeta förebyggande genom att upptäcka och uppmärksamma barns eventuella missförhållanden. Ambulanssjuksköterskors arbete kan bidra till att barn som far illa inte förblir osynliga för socialtjänsten och samhället i övrigt.

Det är därför av stor vikt att ambulanssjuksköterskor arbetar utifrån ett medvetet förhållningssätt och intar ett barnperspektiv för att försöka förstå barnets livsvärld och kunna identifiera missförhållanden. Ambulanssjuksköterskor som anmäler barns missförhållanden till socialtjänsten vid misstanke tar ansvar för barns välbefinnande och hälsa, d.v.s. anmälan syftar till att minska barns livslidande. Detta examensarbete belyser sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av vårdmöten inom ambulanssjukvård där barn misstänks fara illa.

BAKGRUND

Barns hälsa och utveckling

Barns utveckling ses som en livslång process där barn utvecklas olika beroende på medfödda möjligheter och begränsningar. Grundläggande är att barnets utveckling styrs av relationer inom och mellan närmiljöer i olika sammanhang (Magnusson 2009, ss. 9, 33). Barn har behov av känslomässigt stöd och enligt Rostila och Toivanen (2012, ss. 11, 266, 273) har kontakt, kärlek och stimulans en stor betydelse för barnets sociala och intellektuella utveckling. Vidare beskrivs familjemiljön som grundläggande för barnets utveckling, både för att familjemedlemmar står för den största delen av mänsklig kontakt och för att familjen förmedlar barnets kontakt med en bredare omgivning. De människor som barn upplever under sin utveckling och uppväxt är avgörande för deras fortsatta hälsa och välbefinnande.

Upp till åtta års ålder betraktas alltmer som den absolut viktigaste perioden i individens livslånga utveckling. Under de första levnadsåren grundläggs barns fysiska och mentala förmåga vilket har en väsentlig betydelse för hälsan och den sociala förmågan under hela livet. Ju mer stimulerande den tidiga omgivningen är ju mer positiva samband skapas i hjärnan och desto bättre utvecklas barnet. Fysik, emotionell och social utveckling hos barnet ger en förmåga att uttrycka sig och skaffa sig kunskaper (Rostila & Toivanen 2012, ss. 268).

Barnperspektivet

Att inta ett barnperspektiv innebär att sätta barnet i fokus med utgångspunkten att respektera barnets människovärde och integritet samt att analysera vilka följder som beslut och åtgärder kan få för det enskilda barnet (Englund 2009, ss. 15-16). Det handlar om att ta reda på hur barnet själv uppfattar sin situation och låta barnet få komma till tals och få inflytande i beslut som rör barnet. Även Cederborg (2010, s. 7-8) betonar

vikten av att utveckla barnperspektivet i arbetet kring barn och beskriver barnperspektivet utifrån barnets livssituation, hur barnet själv utifrån sina förutsättningar uppfattar sin situation och omgivning. Med detta menas att i sin yrkesprofession fokusera på varje barn som en individ med en unik livssituation. I en utredningssituation är det i slutändan vuxna som ansvarar för vad som framstår som det bästa för barnet även om analysen utgår ifrån ett barnperspektiv. Som underlag för analysen är det dock viktigt att låta barnet få komma till tals och intervjuas om sina erfarenheter, uppfattningar och tankar om eventuella beslut eller åtgärder. Barnperspektivet innebär att barnets perspektiv synliggörs i förhållande till andras perspektiv.

Levinier (2014, s. 211) menar att socialtjänsten tenderar att ha ett föräldraperspektiv snarare än ett barnperspektiv och att utredningarna i allmänhet saknar fokus på barns utsatthet och att det finns begränsningar i hur barnets röst vägs in och integreras i socialtjänstens arbete. Vuxna skall också intervjuas men deras uppfattningar skall inte ensamt avgöra vad som är barnets bästa och vad som är ett barnperspektiv. Som hjälp för att inta barnperspektivet finns forskningsbaserad kunskap där det bland annat lyfts fram risk- och skyddsfaktorer (Cederborg 2010, s. 7-8).

Risikfaktorer i närmiljön

Många barn är sårbara redan från födseln menar Sundelin, Lagerberg och Hindberg (2001, s. 31) och andra barn lever i miljöer som är utsatta, vilket påverkar barnet att utveckla ohälsa. Vidare beskrivs att en riskmiljö innebär att barn stadigvarande vistas i en omgivning som uppenbart äventyrar deras hälsa, utveckling, överlevnad eller som innebär att grundläggande behov inte tillgodoses. Även Brodin (2009, s. 189) menar att familjens livsvillkor påverkar barnens situation och ekonomi, arbetslöshet, god eller mindre bra social situation är några faktorer som har betydelse för barns utsatthet. Riskfaktorer som kan kopplas till föräldrar är enligt Lagerberg och Sundelin (2010, ss. 346, 350) kriminalitet, missbruk, utvecklingsstörning och psykisk sjukdom. Barn påverkas också i sin närmiljö av familjens samlevnadsformer, sociala status, föräldrarnas relation samt livshändelser och dessa faktorer ses som viktiga för barnets framtida utveckling. Vidare beskriver Wallby, Modin och Hjern (2014, s.18) att barn som växer upp med en ensamstående förälder har en högre risk att utveckla psykisk ohälsa. Orsaken till detta tros vara att ensamstående mödrar kan ha en sämre ekonomisk status än parföräldrar. Studien menar att barn till tonårsföräldrar kan löpa större risk för att bli utsatta av både oavsiktligt och våldsamma skador i hemmet. Barn som lever och växer upp under dessa förhållanden har också en ökad risk för missbruk och på självmordsförsök också en ökad risk för tidig död jämfört med barn till äldre mödrar.

Hindberg (2001, ss. 42-59) menar att barn som har haft en svår uppväxt inte sällan själva får missbruksproblematik och begår brottshandlingar. Våld i hemmet är en riskfaktor. Barn som bevittnar våld i hemmet får en minskad tillit till vuxna, vilket kan leda till både psykiska och fysiska reaktioner. Barnet kan uppleva kroppsliga stressreaktioner, t.ex. ont i magen, astma, sömnsvårigheter och ätstörningar. Barn som upplever våld i hemmet kan också få långvariga psykiska problem så som depression, ångest och självdestruktivitet. Inte sällan ses koncentrationssvårigheter och svårigheter i kamratrelationer. Flickor och pojkar uppvisar olika reaktioner, flickor utvecklar ofta

depressiva symtom och låg självkänsla medan pojkar tenderar att bli utåtagerande och uppvisar ett aggressivt beteende, menar Hindberg (2001, ss. 42-59).

Enligt Almqvist och Jansson (2000, ss.4095, 4096) får barn mer omfattande psykiska problem om våldet begås av någon där barnet söker kärlek och omsorg. Dessa barn kan utveckla aggressivitet och förakt gentemot svaghet, vilket sänker den empatiska förmågan och risken för en avvikande social utveckling ökar. Studien belyser även att barn till misshandlade kvinnor löper upp till femton gånger större risk att själva bli misshandlade.

Risikfaktorer och möjligheter

Det finns samhällsfaktorer som påverkar att vissa barn löper större risk än andra barn att bli utsatta för misshandel och försummelse, vilket kan medföra att barnet inte kan ta tillvara sina egna inneboende resurser utan begränsas i sina utvecklingsmöjligheter. Denna utsatthet behöver dock inte vara permanent utan kan finnas under viss tid i barnets liv. Vidare beskrivs att barn som lever under ogynnsamma hemförhållanden har ett större behov än andra barn av att det satsas resurser på skolan och dess miljö, på grund av att det är i skolan som dessa barn får möjlighet till utveckling och stimulans (Magnusson2009, s. 15). Sundelin och Lagerberg (2010, ss. 346, 347) beskriver att barn som lever i socioekonomiskt missgynnande områden har sämre hälsa än andra barn. Orsaker till barns varierade hälsa beskrivs som komplex, men den dominerande förklaringen är att det ofta finns en obalans mellan riskfaktorer och skyddande faktorer i uppväxtmiljön. Invandrabarn tillhör gruppen utsatta barn och har ofta ett större behov av extra resurser i skola och preventiv sjukvård fordras för att dessa barn inte ska utveckla ohälsa.

Definition av barn som far illa och barnmisshandel

Enligt Socialstyrelsen (2007, s. 9) är det varje förälder eller vårdnadshavares ansvar att se till att barnets grundläggande behov blir tillgodosedda. Barnet ska skyddas mot kränkningar, våld och försummelse. Den förälder eller vårdnadshavare som själv utsätter sitt barn för någon form av kränkning, våld eller försummelse har brutit i sin uppgift och visar på omsorgssvikt.

Enligt Världshälsoorganisationen WHO (2006, s. 9) innefattar barn som far illa;”*ett barn som utsätts för fysiska övergrepp, sexuella övergrepp, emotionell kränkning, exploatering eller försumlig behandling*”.Barn som far illa är dock enligt Magnusson (2009, s. 189) ett svårdefinierat begrepp, eftersom vårdpersonal som träffar barn har olika synsätt på definitionen och är inte samstämmiga i sin bedömning av vilka barn de känner oro för. De aspekter som betonas är barnmisshandel, utsatta barnoch förhållningssätt eller beteende som skadar barnet. Vidare beskrivs omsorgssvikt eller en potentiellt skadlig miljö där barnet kanske inte far illa men riskerar att göra det.

Det finns flera lagar och en barnkonvention som har betydelse för hur våld mot barn ska hanteras. Våld mot barn är ett av vuxenvärldens största svek och en av de grövsta kränkningarna av barns rättigheter. Barnkonventionen är ett rättsligt bindande avtal som innebär att barn är individer och inte kan betraktas som vuxnas ägodelar. Konventionen gäller för alla barn som befinner sig i ett land som har godkänt den. Vidare beskrivs att

alla barn har samma rättigheter och lika värde, det är barnets bästa som ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder(Barnkonventionen,2013).

Yttre våld och aktiv misshandel

Enligt Glaser (2008, ss. 295, 296) beskrivs barnmisshandel som en ganska vanlig upplevelse i barndomen, som i värsta fall kan leda till döden. Fysisk barnmisshandel ger upphov till en mängd skadliga effekter hos barnet, varav de flesta utvecklar psykologiskt avvikande beteenden med låg självkänsla och aggressivitet.

Skador som förorsakats barn genom yttre våld av en vuxen eller eventuellt ett annat barn kan enligt Sundelin, Lagerberg och Hindberg (2001, ss. 33, 48) vara av mycket varierande svårighetsgrad beroende på våldets art. Vuxna personers våld eller bristande omsorg kan rikta sig mot barnets kroppsliga eller själsliga hälsa. Det aktiva våldet beskrivs som fysisk kroppslig misshandel genom att någon riktar en handling mot barnet, d.v.s. ett våld som utövas i uppfostrings syfte eller som mer okontrollerad misshandel. Denna misshandel kan utgöras av knuffar, skakningar med eller utan tillhygge. Varje form av kroppslig bestraffning är att betrakta som en fysisk misshandel. Swerdlin, Berkowitz och Craft (2007, s. 391) menar att barns fysiska ärr kan läka, men att barnets känslomässiga följder av barnmisshandel kan vara outhärdliga, vilket kan vara förödande för barnet. Beteendestörningar ses idag ofta som resultatet av misshandel under barndomen. Barn och ungdomar som upplevt dessa trauman har inte sällan symtom på huden, barnet biter sig själv i destruktivt avseende medan de större barnen rispar sig med något vasst.

Vidare menar Magnusson (2009, s. 198) att det ofta kan dröja innan föräldrarna söker vård för barnet och oftast då i sällskap med den oskyldige föräldern. Inte sällan söker de för andra bekymmer fast det i själva verket är skadan som barnet har fått vid misshandeln som de är orolig för. Det förekommer också att förklaringen till skadans uppkomst inte är rimlig utifrån skadans typ. Föräldrar som utövar misshandel som skakningar, knuffar, hugger tag i eller ruskar ett barn har blivit dubbelt så vanligt. Den ökande barnmisshandeln kopplas samman med ökad stress och trötthet hos föräldrarna.

Passivt våld och psykisk misshandel

Barnet som utsätts för en emotionell försummelse i uppväxten ses inte sällan utveckla ett trotsigt beteende, svårigheter i kamratrelationer och senare otillräckliga studieresultat, skriver Glaser (2008, ss. 295, 296).

Bristande omsorg och passivtvåld beskrivs som psykisk misshandel. Föräldrar som ses utföra passivt våld, undanhåller eller är likgiltiga inför det som är viktigt för barnets hälsa och utveckling. Detta kan ge sig i uttryck att barnet inte får näringsrik kost, ändamålsenliga kläder, vila eller utevistelser. Bristar i barnets miljö kan bero på att föräldrarna har missbruksproblem, psykisk sjukdom eller lider av intellektuella begränsningar (Magnusson 2009, ss. 15, 190). Vidare menar Lagerberg (2002, ss. 14, 27) att ett barn som behandlas med likgiltighet, blir varken bekräftat eller sett och utsätts därför för ett långvarigt lidande. Försummelse är ett uttryck för att inte sörja för barnets utveckling i hälsa, utbildning, känslomässiga utveckling och säkra

levnadsförhållanden, inom ramen för de resurser som finns för familjen. Detta innefattar att ignorera att övervaka barnet på ett lämpligt sätt för att skydda barnet från skada.

Hälso- och sjukvårdspersonal – en hälsofrämjande resurs

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763, 2 §) skall vården ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Målet är en god hälsa och en god vård. Enligt Socialstyrelsen (2013) är kompetent, effektiv och adekvat hälso- och sjukvårdspersonal en viktig hälsofrämjande resurs för samhället när det gäller förebyggande åtgärder och tidig upptäckt av barns behov av stöd och andra åtgärder. Förutom betydelsen för de enskilda barnen kan tidiga förebyggande insatser på sikt minska vård och sociala stödkostnader (Socialstyrelsen, 2013).

Enligt (SOU, 2001:72) är det sällsynt att barn själva får beskriva vad de menar med skadlig behandling, vilket är beklagligt med tanke på att barn kan ha en helt annan uppfattning än vuxna. Vidare beskriver Söderbäck (2010, ss. 19, 55) att barns delaktighet inom hälso- och sjukvården ska främjas och de ska få komma till tals och visas respekt. För att tillgodose barns behov behöver all vårdpersonal bred kompetens i sina möten med barn och deras familjer. Vårdpersonal som möter barn i olika åldrar bör inta ett förhållningssätt som innebär lyhördhet och uppmärksamhet för att förstå barn och unga i allmänhet, observation och uppfattningsförmåga för att förstå och ta till vara barnets utmärkande erfarenheter och motivation i en vårdssituation.

Samverkan och anmälningsplikt

Breda satsningar på alla samhällsnivåer behövs för att barn skall ha möjlighet att utvecklas så gynnsamt som deras förmåga medger och kunna hantera kriser och livsproblem (SOU 2001:72). Januari 2013 introducerades en ändring i socialtjänstlagen (14 kap 1 §), vilken innebär att anmälningskyldiga omedelbart ska anmäla om de får vetskap om eller misstänker att ett barn far illa (Socialstyrelsen, 2013). Anmälaren kan utgå från observationer och egen bedömning och anmälan ska vara både muntlig och skriftlig.

Anmälningsplikt avser dem som arbetar med barn och unga, inom hälso- och sjukvård eller inom socialtjänstens område och inträder vid misstanke om att barn far illa. Vid osäkerhet kan socialtjänsten rådfrågas utan att barnets identitet avslöjas. Om barnets familj sedan tidigare har kontakt med socialtjänsten görs anmälan direkt till den socialinspektören som redan är involverad i ärendet. För att möjliggöra en bättre samverkan presenterades nya bestämmelser om återkoppling till den som anmält om anmälaren så önskar. Det är socialtjänsten som aktivt ska arbeta för att samverkan ska komma till stånd (Socialstyrelsen, 2013). Samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal, polis och socialtjänst kan bidra till att barn som far illa upptäcks tidigare, vilket ökar möjligheterna att få stöd och förkortar utredningsprocessen (Socialstyrelsen, 2007).

Etik och moral

Etik och moral handlar enligt Jean Piaget om system och regler, där små barn agerar av plikt och själva är oförmögna att skapa sociala regler. Barns etik och moral speglas först och främst av vanor och regler som vuxna påtvingat dem och barnen väljer att följa dessa regler, där motivet är att undvika straff. Det är först när barnet blir större och frigör sig från vuxnas inflytande, som deras egen etik och moral blir mer självständig (Johansson 2001, ss. 162-165).

Etik handlar om hur vi lever och bör leva våra liv och förknippas med vårt sätt att handla och förhålla oss i olika situationer. Det finns normer eller handlingsregler som är förknippade med olika situationer. Etik innebär att medvetet reflektera över vilka värden som kommer till uttryck i tankar, ord och gärningar. Moral är vårt faktiska handlande i olika situationer. I vården har vi som mål att göra det som är gott för andra människor och vi ställs ständigt inför val där olika etiska värden och normer står på spel (Kjellström & Sandman 2013, ss. 21-34).

Etiskakonflikter och etisk kompetens i prehospitalt arbete

Att arbeta med människor som är sjuka eller i behov av hjälp och stöd ställer ofta stora krav på etiskt omdöme. Etik har således alltid varit en viktig del av hälso- och sjukvårdspersonalens arbete. Enligt Bremer, Jiménez Herrera, Axelsson, BurjalésMartí, Sandman och Casali (2014, ss. 1-15) befinner sig inte sällan ambulanspersonal i kaotiska eller farliga situationer vilka inte kan förutses. Den komplexa prehospitala vårdmiljön är unik vilket vårdpersonal som arbetar på sjukhus inte utsätts för. Dessa utmaningar kan inte förutses eller planeras vilket kan innebära plötsliga förändringar i vårdrelationen. Beslutsfattande i nödsituationer skapar stress och oro för ambulanspersonal, speciellt när etiska konflikter måste behandlas. Även Sandman och Nordmark (2006, s. 592) beskriver att den prehospitala vårdarens etiska konflikter är unika då arbetet sker på offentlig plats, vilket i sig skapar en utsatthet. Vidare framkommer att prioriteringar och svåra beslut ingår i det prehospitala vårdarbetet. Att hamna på en brottsplats och vara utan extra resurser bidrar till att vårdaren ställs inför prioriteringar och eventuellt motstridiga värderingar vilka kan få långtgående konsekvenser. Enligt Källemark, Höglund, Hansson, Westerholm och Arnetz (2004, s. 1076) har förändringar i gortvården mer komplex och etik har allt mer blivit ett obligatoriskt inslag i klinisk praxis. Kravet på sjuksköterskor att fatta beslut om prioriteringar i sitt dagliga arbete har medfört att de inte bara måste tänka på vad som är bäst för den aktuella patienten, utan också överväga den framtida patientens behov.

Den etiska kompetensen handlar om förmågan att kunna agera på det sätt som krävs i olika vårdmöten (Kjellström & Sandman 2013, ss. 37-56). Moralisk känslighet är en aspekt för att upptäcka, uppmärksamma och identifiera en situation. Moraliskt omdöme innefattar ett ställningstagande för att fatta ett väl övervägt beslut och den moraliska motivationen tillsammans med karaktär leder till att beslut tas på ett bra sätt. Kompetensen är kopplad till frågan om hur etisk kompetens utvecklas, därför är förmågan kring rättvisa och omsorg inom vårdandet betydelsefullt. Etisk kompetens är en del i att vara professionell, och våra känslor påverkar oss speciellt när vi har ett personligt engagemang i en fråga.

När ett moraliskt problem identifieras blir nästa steg att bedöma vad som är rätt och fel för att kunna hantera och handla rätt i situationen. Hälso- och sjukvårdspersonals moraliska omdöme innebär att vara medveten om olika handlingsalternativ samt kunna avgöra vad som är ett gott val ur ett etiskt perspektiv (Kjellström & Sandman 2013, ss. 37-56).

Ambulanssjuksköterskans ansvar

Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor inom ambulanssjukvård riktas till specialistutbildade ambulanssjuksköterskor. Enligt Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2012, s. 6) består kompetensen av fyra grundläggande ansvarsområden. Det prehospitaled omvårdnadsarbete ska präglas av ett etiskt förhållningssätt i att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra individens lidande. Ambulanssjuksköterskor ska tillämpa ett systematiskt, stödjande och reflekterande omhändertagande. Kompetensen innefattar ett ansvarstagande i identifiering av symtom och tecken hos individer som misstänks alternativ utsätts för övergrepp eller våld och rapportering till socialtjänsten ska göras enligt lagstiftningen. Specialistutbildade ambulanssjuksköterskor ska utifrån individers berättelser, främja deras välbefinnande och förebygga lidande och utsatthet.

Ambulanssjuksköterskor ansvarar för att omvårdnad och behandling dokumenteras, utvärderas och överrapporteras på ett för individen säkert sätt. Ambulanssjuksköterskor ska i vårdmötet visa omsorg och respekt för individers integritet och värdighet. Vården ska organiseras för att främja välbefinnande, vilket innebär att ambulanssjuksköterskor aktivt ska arbeta för att samverka med socialtjänsten och andra professioner där välbefinnande är målet genom att avlasta individens lidande. Mötet med individer baseras på närhet och ambulanssjuksköterskor bör anstränga sig i den komplexa situationen till att förstå vad individen har varit med om och hur det påverkar individers liv. Ambulanssjuksköterskor ska inneha ett etiskt förhållningssätt vilket skapar förutsättningar till ett personligt ansvar och förmåga att åsidosätta ett rutinmässigt omhändertagande (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening 2012, ss. 6-8).

Öberg, Vicente och Wahlberg (2015, ss. 133-134) belyser ambulanspersonalens ansvar i att vårda barn som en utsatthet och en rädsla i en bristande förmåga att ta hand om ett barn, vård av ett barn i ambulans kräver ett mångfasetterat förhållningssätt som framkallar stress och rädsla hos ambulanspersonal. Samspelet mellan barnet och föräldern är känsligt och har en känsligmässig påverkan på ambulanspersonalen. Svårigheter i att kommunicera med barn som ännu inte har utvecklade språkkunskaper och barn som är oroliga skapar stress hos ambulanspersonalen. Andra stressfaktorer som ses är föräldrar som kan vara både stressade och upprörda och inte vill skiljas från barnet under transporten. Det anses viktigt att hålla barnen lugna för att kunna tillgodose en god vård och vara professionell i sitt vårdande.

Orosanmälan för barnets bästa

Samtliga som arbetar med barn och ungdomar eller på ett annat sätt får kännedom om att barn och ungdomar far illa är skyldiga enligt Socialtjänstlagen att göra en anmälan

till socialnämnden. De som arbetar professionellt med barn i utsatta situationer ska i sina bedömningar utgå från barnets bästa när hjälp och stödinsatser planeras (Christensen & Hildingsson Boqvist, 2009, s. 10).

Att anmäla sin oro för ett barn är ett sätt att ta ansvar för barnet och uppmärksamma socialtjänsten på situationen, skriver Socialstyrelsen (2014, ss.13-25). Vid misstanke om att barn far illa görs en anmälan. Det finns inga krav på hur anmälan ska utformas, men den bör göras skriftligt. I brådskande fall kan anmälan göras muntligt och bekräftas skriftligt i efterhand. Socialtjänsten utreder barnets situation och bedömer om barnet behöver det skydd eller stöd som de förfogar över. Att diskutera eller rådgöra med en chef eller en kollega kan underlätta vid osäkerhet. Det är viktigt att arbetsledningen är observant på om personalen behöver handledning och stöd i en anmälningssituation. Varje arbetsplats kan därför behöva utarbeta rutiner för det stöd som behövs i samband med att en anmälan har gjorts. En anmälan är ofta en förutsättning för att socialtjänsten ska kunna agera. Om hälso- och sjukvårdspersonal misstänker att ett barn har utsatts för ett brott är det även viktigt att en polisanmälan görs. Det finns inget hinder i lagstiftningen för att den som inte är anmälningsskyldig att göra en anonym anmälan, vilket kan vara viktig information att delge eventuella vittnen eller anhöriga som misstänker att ett barn far illa (Socialstyrelsen 2014, ss.13-25).

PROBLEMFORMULERING

Ambulanssjuksköterskor kan i det prehospitala vårdmötet med barn vara en viktig hälsofrämjande resurs för samhället när det gäller förebyggande åtgärder och tidig upptäckt av barns behov av stöd. Barns hälsa är vårdandets övergripande mål och syftet med vårdandet är att stärka och stödja barns hälsoprocesser. I detta sammanhang kan samverkan mellan olika professioner bidra till att förebygga och motverka att barn far illa, trots detta förblir barn som lever under missförhållanden ofta osynliga för vårdpersonal. En möjlig förklaring till bristerna kan vara att vårdpersonal som träffar barn har olika synsätt på hur barn som far illa ska definieras och inte är samstämmiga i sin bedömning av vilka barn de känner oro för. Det övergripande syftet med en anmälan är att minska och förebygga barns lidande genom att stödinsatser kan sättas in i ett tidigt skede. All hälso- och sjukvårdspersonal har anmälningsskyldighet och ska göra en orosanmälan om misstanke finns om att ett barn far illa. Trots detta är ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att möta barn som misstänks fara illa ett outforskat område.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva hur sjuksköterskor inom ambulanssjukvården upplever prehospitala vårdmöten där barn misstänks fara illa.

METOD

Kvalitativ intervjustudie

Studien är en kvalitativ intervjustudie med en fokusgruppsintervju. Genom att tillämpa kvalitativa metoder skapas strategier för en bredare förståelse av den kliniska verkligheten. Ingen forskningsmetod kommer dock någonsin att kunna beskriva människors liv, sinnen och realiteter helt och hållet, menar Malterud (2001, ss. 486, 487).

Kvale och Brinkmann (2009, ss. 44-46) skriver att kvalitativ metod syftar till att förstå världen utifrån de intervjuade personernas synvinkel för att få en djupare förståelse och kunskap om ett fenomen. Informanterna i en fokusgrupp får möjlighet att ta del av varandras erfarenheter vilket också kan skapa reflektion och tankar. Det fenomen som studeras i föreliggande studie är det prehospitala vårdmötet där barn misstänks fara illa, så som det upplevs av sjuksköterskor inom ambulanssjukvård. Med vårdmöte avses mötet mellan vårdare och patient i vid bemärkelse där målet är att skapa ett förtroende samt en säker och trygg miljö för patienten (Hagiwara & Wireklint Sundström 2009, s.121).

En fördel med fokusgruppsintervjun är att deltagarna kan dra nytta av interaktionen som sker i samtalet. Denna metod är lämplig för dem som vill studera människors, i det här fallet ambulanssjuksköterskors, upplevelser och värderingar. Fokusgruppsintervjuer lyfts även fram som en lämplig metod för att diskutera känsliga ämnen och kan underlätta öppenhet och information om känsliga ämnen på grund av att deltagarna själva ställer frågor till varandra, ifrågasätter och uppmuntrar varandra att berätta. Genom att någon delar med sig och berättar om något som är känsligt kan detta leda till att bryta isen och uppmuntrar andra till att göra det samma, skriver Wibeck (2007, ss. 193-212).

En semistrukturerad intervjuteknik har använts vilket innebär att samtalsledaren utgick från en på förhand sammanställda frågor som hade utgångspunkt ifrån ett antal frågeområden. Alla frågeområden relaterade till studiens syfte.

Urval och informanter

Författarna har försökt att få ett representativt urval och eftersträvat att inkludera informanter med stort intresse avseende studiens syfte. Vidare eftersträvades varierande erfarenhet av ambulanssjukvård, olika åldrar och helst en jämlik könsfördelning, då detta kan tänkas ge ett varierande dataunderlag. Ambulansorganisationer i sydvästra Sverige valdes ut där informanter tillfrågades.

Ett informationsbrev (Bilaga 1) med förfrågan om deltagande mailades ut till två verksamhetschefer. Informationsbrevet lästes sedan upp på morgonen för personal som påbörjat sitt arbete och som uppmanades att anmäla sitt intresse genom kontakt med författarna.

Inklusionskriterier var:

- legitimerad sjuksköterska och
- \geq två års erfarenhet inom ambulanssjukvård.

Totalt tackade 7 sjuksköterskor ja till att delta i fokusgruppsintervjun och representerar fyra olika ambulansstationer (A, B, C och D). Informanternas utbildningar är enligt följande: Två har specialistutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård, en specialistutbildning med inriktning mot anestesijukvård, en specialistutbildning med inriktning mot intensivsjukvård och resterande tre har grundutbildning till legitimerad sjuksköterska (Tabell 1).

Tabell 1. Sociodemografisk beskrivning över fokusgruppens informanter.

Kön	Män	4
	Kvinnor	3
Ålder (år)	30-39	1
	40-49	3
	50-59	3
Erfarenhet inom ambulanssjukvård (år)	2-10	5
	10-19	1
	20-30	1
Ambulansstationer	A	1
	B	3
	C	2
	D	1

Datainsamling

Fokusgruppsintervjun genomfördes på en av de fyra ambulansstationerna. Vid intervjun deltog båda författarna, en som samtalsledare och en förde protokoll. Samtalsledaren deltog inte i gruppintervjun utan lyssnade mestadels.

Innan intervjun påbörjades gavs information om studiens syfte, om muntligt och skriftligt samtycke och att intervjun spelades in. Vidare informerades informanterna om att de när som helst kunde avbryta intervjun (Danielsson 2007, s. 171). De fick även en kort information om upplägget av intervjun, hur lång tid som var avsatt och att öppna frågor skulle ställas utifrån studiens syfte. Inledningsfråga var: "Vad har du för erfarenheter av vårdmöten där barn misstänks far illa?". Efter inledningsfrågan ställdes följande följdfrågor: "Vilka är dina upplevelser kring misstankarna?" Upplevelserna utgår från ambulanssjuksköterskornas erfarenheter "Vad fick du för stöd?", "Vad det något som du saknade?" Och "Har det funnits tillfällen då du avstått från att anmäla och iså fall varför?"

Informanterna hade möjlighet att utifrån frågorna beskriva och berätta om det som de själv ville och uppmanades att visa respekt för varandras åsikter samt att allas

erfarenheter och tankar var viktiga. Frågornapresenterades i samband med själva intervjutillfället eftersom målet var att komma åt föreställningar som uppkom spontant under gruppintervjun (Wibeck 2007, s. 198). Fokusgruppsintervjun varade i ca 90 minuter och spelades in för att sedan transkriberas ordagrant.

Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats

Kvalitativ latentinnehållsanalys med induktiv ansats har valts som analysmetod i föreliggande studie. Den induktiva ansatsen innebär, enligt Elo och Kyngäs (2007, ss. 107-115), ett förutsättningslöst tillvägagångssätt för att förstå sjuksköterskans upplevelser av vårdmöten där barn misstänks fara illa. Tre faser representerar innehållsansalysens huvudsakliga arbete: preparering och organisation av data samt rapportering av resultat. Organisationen omfattar sin tur av öppen kodning, skapa kategorier och abstraktion. Öppen kodning innebär att anteckningar och rubriker noteras i texten i samband med genomläsningen. Malterud (2001, ss. 486, 487) menar att forskarens uppgift är att organisera, jämföra och validera alternativa tolkningar.

Analysenheten (texten) utgjordes av den transkriberade intervjun i sin helhet, som lästes igenom flera gånger av båda författarna var för sig, för att uppnå en helhetsförståelse. Därefter lästes texten åter igenom, för att identifiera meningsbärande enheter som svarade på syftet, vilket innebar att textplockades ut och bildade fristående enheter oberoende av varandra. Textens innehåll abstraherades till en något högre abstraktionsnivå genom kodning. Koderna beskrev innehållet, dock gjordes ett flertal ändringar av koderna innan analysarbetet kunde fullföljas. En jämförelse gjordes sedan utifrån skillnader och likheter mellan koderna och en gruppering kunde då göras i underkategorier med liknande innehåll. En underkategoris innehåll liknade varandra och skilde sig från innehållet i andra underkategorier. Även underkategoriernas innehåll och rubriksättning ändrades ett flertal gånger. Författarna diskuterade kodning och bildandet av underkategorier för att motverka att relevanta data exkluderas eller att irrelevanta data inkluderas.Handledning krävdes vid upprepade tillfällen.

Underkategorier med liknande innehåll delades i sin tur in i generiska kategorier som innebar ytterligare en abstraktion och ett särskiljande mellan olika generiska kategorier. Analysprocessen resulterade slutligen i bildandet av en huvudkategori, vilket ska ses som den mest abstrakta i tolkningen (Tabell 2).

Tabell 2. Utdrag ur analysprocessen.

Meningsbärande enheter	Kod	Underkategori	Generisk kategori
Här luktar det ju dålig kunskap, jag vet inte hur det funkar till hundra alltså, absolut inte. Jag vet ju att man har skyldighet men sen men nästa steg det du prata om nu det har jag ingen aning om, alltså jag kan för lite om det och det kanske man ska veta.	Brister/okunskap	Att sakna kunskap	Kunskapsbrist och osäkerhet
Jag tycker att det är jätteviktigt, det är vi vuxna som måste se det här när barn far illa det är ju vi, dom har ju ingen annan, vi vuxna är ju deras förebilder.	Barnets förebild	Att vara barnets förebild	Etiskt ansvarstagande

Forskningsetiska överväganden

De etiska övervägandena för studien följer Helsingforsdeklarationens föreskrifter. Innan studien påbörjades inhämtades både muntligt och skriftligt godkännande från två verksamhetschefer (Bilaga 2). Informanterna informerades muntligt och skriftligt (Bilaga 3) om studiens syfte och metod. Vidare informerades om att studien var frivillig, vilket innebär att informanterna hade rätt att avbryta sin medverkan när som helst. Skriftligt samtycke skrevs på innan intervjun ägde rum (Bilaga 4). Insamlingen av data genomfördes på ett konfidentiellt sätt, vilket innebär att värna om att obehöriga inte får ta del av känsliga uppgifter som leder till att det är möjligt att identifiera vem eller vilka som har medverkat. Informanterna informerades om att intervjuerna skulle spelas in och att inga obehöriga hade tillgång till det och att det efter avslutad studie skulle förstöras. Författarna ville med informationen värna om informanterna och styrka att ingen skulle

känna sig utlämnad eller att riskera att fara illa i sina tankar och åsikter. Författarna uttryckte en tydlig vilja om att informanternas berättelser var viktig för studien och att allas tankar var värdefulla. Enligt Vetenskapsrådet (2012, ss. 5-14) är forskning av stor betydelse för befolkningen och den fokuserar på det som är väsentligt för samhällets utveckling. Författarna bär ett stort ansvar i att forskningen hanteras på rätt sätt och att de som deltar i forskningsstudien inte far illa i processen. Detta har beaktats i föreliggande studie.

Författarnas förförståelse

Författarna hade sedan tidigare en önskan om att fördjupa sina kunskaper om ambulanssjuksköterskors upplevelser av vårdmöten där barn misstänks fara illa. Författarna har flera års erfarenhet av prehospitavårdmöten med barn och har själva upplevt osäkerhet i identifieringen av barn som lever under missförhållanden. Vidare har det funnits en stark personlig vilja om att kunna förbättra och tillgodose barns rättigheter i det prehospitavårdmötet. Malterud (2001, s. 485) menar att beroende på inställningar och perspektiv kan forskares tillvägagångssätt vara olika, men medför lika relevanta representationer av den situation som studeras. I kvalitativ forskning ses dessa olika sätt att närma sig samma ämne, kunna föra med sig en ökad förståelse för komplexa företeelser och inte ett misslyckande för tillförlitlighet. Forskaren går alltid in i ett forskningsområde med vissa uppfattningar om vad det handlar om.

Reflektionen startar genom att urskilja den egna föreställningen som förs in i projektet av forskaren, vilket representerar tidigare personliga intressen, engagemang och professionella erfarenheter (Malterud 2001, ss. 483, 484).

RESULTAT

I studiens resultat redovisas sjuksköterskornas upplevelser av vårdmöten där barn misstänks fara illa. Resultatet presenteras utifrån huvudkategorin, sex kategorier och tillhörande underkategorier (Tabell 3).

Tabell 3. Resultatöversikt.

Underkategorier	Generiska kategorier	Huvudkategori
<ul style="list-style-type: none"> • Känna att något är fel • Titta lite mer vid sidan om • Olämplig miljö för barnet 	Öppenhet för barnets utsatthet	Modet och förmågan att ta etiskt och juridiskt ansvar
<ul style="list-style-type: none"> • Hjälpa till en vändpunkt • Vara barnets förebild • Fånga in fler • Anmälan kan röra upp • Vara ärlig • De inblandade godkänner anmälan 	Etiskt ansvarstagande	
<ul style="list-style-type: none"> • Ha en skyldighet att anmäla • Borde veta mera • Borde ha agerat • Vara feg • Det tog lång tid innan någon frågade 	Juridisk skyldighet och eftertänksamhet	
<ul style="list-style-type: none"> • Vara okunnig om orosanmälan • Vara tveksam om man är rätt ute 	Kunskapsbrist och osäkerhet	
<ul style="list-style-type: none"> • Vara överens med kollega • Skydda barnet eller skydda sig själv • Välja bort vissa saker 	Egen utsatthet och rationalisering	
<ul style="list-style-type: none"> • Det skulle finnas riktlinjer • Får vi beskydd? • Är vi anonyma? • Reflektera under handledning • Få god hjälp av polis och socialtjänst 	Behov av organisationsstöd	

Modet och förmågan att ta etiskt och juridiskt ansvar

Övergripande handlar resultatet om *sjuksköterskans mod och förmåga att ta etiskt och juridiskt ansvar*. Vårdmöten där sjuksköterskan misstänker att barn far illa kan förstås som öppenhet för barnets utsatthet och ett medvetet etiskt ansvarstagande. En juridisk medvetenhet och skyldighet framkommer samtidigt som en känsla av osäkerhet infinner sig där bristande kunskap kan förstås som en reflektion över att vårdandet kanske trots allt inte varit gott nog. Kunskapsbrist och osäkerhet påvisas tillsammans med egen utsatthet. Dessutom framstår det som att ett rationaliserat handlande framtvings av omständigheterna inom ambulanssjukvård. Det finns ett behov av hjälp och organisationsstöd.

Öppenhet för barnets utsatthet

Vårdarens öppenhet för barnets utsatthet karaktäriseras av att använda alla sina sinnen i vårdmötet. Känslor väcks om vad som är en lämplig miljö för barnet och tankar om barnets hemmiljö blir framträdande. Det kan förstås som en lyhördhet till sammanhanget där barnet lever och vistas. Lyhördheten fångar upp nyanser som kan relateras till ett barns ohälsa och ifrågasätter om miljön är den allra bästa. Resultatet påvisar ett granskande helhetsperspektiv som går utöver uppdraget och värnar om det utsatta barnet.

Känna att något är fel

Sjuksköterskorna beskriver hur de fick en känsla i vårdmötet av att något inte var bra. Det förefaller vara en känsla som var tillräcklig för att reagera och handla vid sidan av själva ambulansuppdraget. Känslan kunde också utgå ifrån en observation av att barnet var vanvårdat eller att föräldrar uppträdde nonchalant och respektlöst gentemot barnet. En sjuksköterska säger om en sådan situation: *”Att få en känsla att det är något som inte är riktigt bra.”* En annan sjuksköterska som har egna barn relaterar till sin egen familjesituation och säger: *”Går jag till mig själv så bara från magkänslan det här är inte bra miljö för ett barn, då måste man reagera.”*

Titta lite mer vid sidan om

Det förefaller som om sjuksköterskor som har flera år i yrket arbetar mer ur ett helhetsperspektiv. Trygghet i yrkesrollen kan utgöra en bidragande faktor till att de lyfter blicken, observerar och registrerar det som finns runt om och skapar sig en helhetsbild i vårdmötet. En sjuksköterska säger att:

Som ny har man tunnelseende, ju längre man jobbar ju mer ser man vid sidan om, men man kanske inte ser tillräckligt vid sidan om, om man inte blir upplyst om att man skall faktiskt titta lite mer vid sidan om.

Olämplig miljö för barnet

Sjuksköterskor beskriver att en del barn som bor på flyktingförläggningar har dåliga levnadsförhållanden. Det kan vara flera personer som bor i samma lilla rum där det är varmt och dålig luft. Dessa barn har heller inga leksaker och sjuksköterskor beskrev detta som en ogynnsam hemmiljö. En sjuksköterska berättar om *”en soffa som stod där, och en TV, en madrass dom sov på, inga gardiner, jättestökigt i lägenheten”*. Även smutsiga och stökiga hemförhållanden väcker tankar och oro för barnet, en sjuksköterska säger: *”Där det ser förjävligt ut, nästan så man vill gå dit och städa själv.”* Att det är bråk och slagsmål på platsen beskriver sjuksköterskorna som en oro för barnets utsatthet infann sig då situationen var kaotisk, där föräldrar bråkade högljutt eller att det var fest och föräldrarna var så berusade eller narkotikapåverkade att de inte kunde ta hand om sina barn. Det fanns även tillfällen då sjuksköterskor tog med föräldern i ambulansen och ansvaret för de små barnen som var kvar i hemmet vilade på ett äldre syskon. En sjuksköterska säger: *”Det är ju en oro när det är kaos, bråk och slagsmål på ett ställe.”*

Etiskt ansvarstagande

Etiskt ansvarstagande karaktäriseras av att barn som misstänks leva under missförhållanden möter en vuxen person som tar ansvar och griper in och gör en vårdande handling, som direkt eller indirekt skyddar det drabbade barnet. Vuxna kan ses som en förebild och en orosanmälan kan i bästa fall bidra till en vändpunkt i barnets liv. Kännetecknande är att den vårdande handlingen är både aktiv och radikal med en vilja av att göra bästa för barnet. Den vuxna framstår då som barnets företrädare, vilket ur ett långt perspektiv innebär att fler barn kan hjälpas vilket kan leda till ett minskat lidande i barnet fortsatta framtid. Att vuxna förbiser det etiska ansvaret och avstår från att göra en orosanmälan bidrar till ett fortsatt lidande för barnet som inte får det hjälp och stöd som det har rätt till.

Hjälpa till en vändpunkt

Sjuksköterskor som har gjort en orosanmälan beskriver att de upplevde, att det hörde till deras ansvarsområde att agera och ge möjlighet till stöd för barnet och familjen. De såg då anmälan som något positivt. Det förefaller som om sjuksköterskor ser en sådan handling som sitt etiska ansvar att inta ett barnperspektiv: *”Det är det som gör att det vänder för dom, att dom får hjälp, det är många som tänker så.”*

Vara barnets förebild

Sjuksköterskor beskriver hur de gjorde barnet delaktigt genom att ställa frågor om hur de har det och visa sig intresserade av barnets egen berättelse. Ett sådant förhållningssätt beskrivs som att ta ett vuxet och moget ansvar för barnet. En sjuksköterska betonar:

Jag tycker att det är jätteviktigt. Det är vi vuxna som måste se det här... när barn far illa. Det är ju vi, dom har ju ingen annan. Vi vuxna är ju deras förebilder.

Fånga in fler

Sjuksköterskor berättar vidare om att inta ett etiskt ansvar för barn som misstänks leva under missförhållanden. Det förefaller som att en orosanmälan kan få positiva effekter utöver det aktuella barnets situation och dess familj. En sjuksköterska beskriver möjliga långsiktiga effekter på följande sätt: *”Det kanske fångar in fler om man anmäler än att man inte gör det, på så sätt är det ju en vinst.”*

Anmälan kan röra upp

Sjuksköterskor kan även uppleva ett etiskt övervägande om vad som verkligen är rätt för barnet, som gör att de tvekar i sitt beslut. Det förefaller som att en sådan övervägande kan gälla att anmälan kan förvärra barnets situation. En sjuksköterska uttrycker: *”Det inte är så lätt att ta på ändå även om man känner en viss oro, det kanske rör upp andra scenario.”*

Vara ärlig

Sjuksköterskorna upplever att de är ärliga mot patienten då de ställer direkta frågor om hur familjen har det. Det förefaller som att sjuksköterskorna visade sin oro och att de bekymrade sig för vad de såg hos familjen och barnet. En sjuksköterska uttrycker: *”Inte så farligt att vara ärlig mot patienten, visa att man är orolig. Jag tror inte det är farligt.”*

De inblandade godkänner anmälan

I samband med beslutet att anmäla förmedlade sjuksköterskor sina tankar om hur de kände oro för barnet och familjens situation. Att vara öppen mot familjen och ge information om de möjligheter som finns till stöd, beskriver sjuksköterskorna som att kunna ge föräldern en känsla av hopp. Det kan förstås som att anmälan görs i överenskommelse med de drabbade. En sjuksköterska berättar:

Jag har faktiskt anmält två tre gånger och då... men det har varit att jag inte har anmält bakom deras rygg utan dom har godkänt det, dom har behövt hjälp.

Juridisk skyldighet och eftertänksamhet

Juridisk skyldighet karakteriseras av vårdarens insikt om det juridiska ansvaret, att i vårdmötet identifiera barn som misstänks fara illa. Eftertänksamheten karaktäriseras som känsla av ångerfullhet vid avslutat ambulansuppdrag, vilket i vissa fall uppdagades först vid intervjutillfället över vårdsituationer där barnets bästa inte alltid uppmärksammats på bästa sätt. Det påtalas en medvetenhet om situationer där barn farit illa i sin hemmiljö och att det borde ha gjorts en anmälan. Kännetecknande är att medvetenheten kommit efteråt.

Ha en skyldighet att anmäla

Sjuksköterskor som var medvetna om sin juridiska skyldighet och även var inställda på att anmäla vid misstanke om missförhållande, beskriver att de enbart tänkte på barnets bästa. Fanns den känsla av oro för ett barn så tvekade de inte. Utan vidare reflektion handlade de enligt lag om anmälningsplikt. Det föreföll som om att de tog sitt ansvar utifrån sin profession att reagera och anmäla med tankar på barnets bästa. En sjuksköterska säger: *”Du har ju en skyldighet mot barn att reagera, så fort du misstänker något så skall man ju anmäla.”*

Borde veta mera

Det förefaller som att sjuksköterskor har kunskap om den juridiska anmälningsplikten, dock framkommer olika uppfattningar om vad som menas med barns missförhållanden. Beroende på sjuksköterskors individuella kunskaper görs bedömningar som kan innebära att en anmälan till socialtjänsten blir gjord eller inte blir gjord. En sjuksköterska säger:

Vet ju att man har skyldighet men sen... men nästa steg... det du pratade om nu, det har jag ingen aning om det, alltså jag kan för lite om det. Och det kanske man skall veta.

Borde ha agerat

Sjuksköterskor beskriver vårdssituationer där det funnits indikationer på att barn varit illa, trots detta blev inte anmälan gjord. De visste inte riktigt varför, bara att det borde ha gjorts något. En säger med eftertanke: *”Man tänker på massvis med situationer med framförallt yngre ungdomar, som man naturligtvis borde ha agerat i.”* En annan sjuksköterska upplevde också en känsla av eftertänksamhet:

Man har ju en skyldighet, vid minsta misstanke skall man ju anmäla och jag har ju en del på fötter, men anmäler inte.

Vara feg

Sjuksköterskor uttrycker en frustration om att ha haft konflikt med sig själva där de insåg att de skulle ha agerat genom att anmäla till socialtjänsten. I resultatet beskriver sjuksköterskor att de varit fega. En säger:

Jag har erfarenhet av några tillfällen när man tänker efteråt så att säga så skulle man ha agerat, men man är för feg, man törs inte.

Det tog lång tid innan någon frågade

Sjuksköterskor beskriver att genom att frågor ställda till barnet direkt, då det finns misstankar om missförhållanden, skulle kunna ge klarhet. Det prehospitala vårdmötet är oftast kort. Därför är det extra viktigt att sjuksköterskor är uppmärksamma på vad det är de ser och inte är rädda för att fråga barnet. Det förefaller som att det finns en vilja till att barnet själv ska ges möjlighet att få berätta om vad som hänt. En sjuksköterska berättar om en sådan situation:

Kille som bröt armar och ben ständigt, han var så rar och mysig, tog lång tid innan någon frågade. Enligt mamman bröt han armar och ben på fotbollen, han spelade inte fotboll.

Kunskapsbrist och osäkerhet

Vårdarens osäkerhet och kunskapsbrist karaktäriseras av att kunskaper saknas överlag om barns missförhållanden och specifikt kunskaper om orosanmälan. Kännetecknande är att vårdandet fokuserar på somatiska tillstånd och inget därutöver. Resultatet påvisar att frågor som efterfrågar barns hälsa och levnadsvillkor uteblir.

Vara okunnig om orosanmälan

Kunskapsbrist framkommer både beträffande vad en orosanmälan är och syftet med en sådan anmälan. Sjuksköterskor beskriver att de aldrig gjort någon anmälan. De visste inte heller att det kunde vara tillräckligt med enbart en känsla av att något var fel, och att

det sedan var socialtjänstens sak att utreda misstankarna. En sjuksköterska säger: *"Visste ju inte att man kunde göra en orosanmälan, hade inte den kunskapen."* Sjuksköterskor uttryckte en osäkerhet i vart de skulle vända sig med anmälan, om det var larmcentralen som skulle kontaktas eller socialtjänsten. Var det socialtjänsten så fanns det en osäkerhet i hur de får kontakt med dem under jourtid. En säger: *"Jag tänker såhär alltså, om det är kväll vart ringer man, socialjouren eller? 112?"*

Vara tveksam om man är rätt ute

Sjuksköterskor beskriver en osäkerhet i samband med bedömning av ett barns livssituation. Det förefaller som att det finns en medvetenhet om att barn som misstänks fara illa förblir osynliga för socialtjänsten. Sjuksköterskorna har varit i vårdmöten där de varit tveksamma över vad som är rätt åtgärd. En sjuksköterska säger:

Alltså jag har ett par situationer som jag varit med om där jag borde ha agerat, men inte ha gjort de. Varför vet jag inte, om det handlar om okunskap. Jag var tveksam om jag var rätt ute.

Sjuksköterskor som upplevde att de var nya inom sitt yrkesområde beskriver en bristande förmåga att lyfta blicken från det medicinska och en oförmåga att se ur ett bredare perspektiv. Detta beskrivs som ett tunnelseende. En sådan fokusering förefaller som en eventuell bidragande orsak till att barn som far illa inte identifieras, vilket i sig kan bidra till att anmälningar inte görs. En sjuksköterska berättar:

Det var svårt att ha ett vidgat perspektiv. Fokus är på den som är somatiskt sjuk och därför kanske inte dessa barn uppmärksammas i den utsträckning som de säkert borde göras.

Egen utsatthet och rationalisering

Den egna utsattheten karaktäriseras av att stå ensam i svåra beslut och sådan ensamhet innebär att vårdaren har ett omfattande och tungt vårdansvar. För att minska vårdarens utsatthet krävs ett kompetent vårdteam där de tillsammans genom god kommunikation kommer fram till ett gemensamt beslut. Den prehospitala vårdmiljön och speciella vårdmöten kan dessutom skapa hotfulla situationer. Rationalisering karaktäriseras då av att sjuksköterskor kan välja bort att identifiera barn som far illa, trots sitt ansvar och sin skyldighet. Att välja att inte se framkom som en orsak till att anmäla inte blir utförd i situationer som kännetecknades som belastande och känslomässigt svårt. En lojalitetskonflikt tydliggjordes i vårdarnas olika syn på vad som innefattar barn som far illa.

Vara överens med kollegan

Sjuksköterskor beskriver att de har kunnat identifiera barn som misstänks fara illa tillsammans med en kollega och att de kunnat ta ett gemensamt beslut. Det förefaller som om att vara överens med kollegan och att identifiera samma känsla av misstanke upplevs som en styrka i beslutet i att anmäla. En sjuksköterska berättar:

Jobbade med en kollega. [Pratade ni sinsemellan om att ni skulle göra en gemensam anmälan?] Ja absolut, vi var eniga och överens båda två.

Skydda barnet eller sig själv

Sjuksköterskor upplever att det finns flera svåra överväganden som vägs in i det slutliga beslutet. Det förefaller som att det görs individuella bedömningar som anpassas efter de personer som är inblandade i en eventuell anmälan och att barnets rättigheter inte alltid prioriteras högst. En sjuksköterska säger:

Inte alltid så trevliga människor man träffar på så det blir en konflikt där.
Skydda barnet eller skydda sig själv och sin familj.

Sjuksköterskor beskriver även att det kan finnas en rädsla i att anmäla sina misstankar om barn som far illa om föräldrarna är kriminella eller om situationen upplevs som hotfull. Det förefaller som att de som har dåliga erfarenheter valde att avstå från att anmäla och satte sin egen säkerhet först. En sjuksköterska uttrycker:

Människorna som du anmäler, där ingår ju kanske en eller två föräldrar det är ju inte säkert att dom är så väldigt vänligt inställd till dig, dom kan ju vara kriminella!? Du kan ju få dom på halsen sen. Det är ju det som kan få en att tänka sig för.

Välja bort vissa saker

Sjuksköterskor beskriver att en medveten rationalisering kan bero på en redan tung arbetsbelastning och ett påfrestande arbetsklimat. De uttrycker att arbetet inom ambulanssjukvård kan innebära flera olika intryck och svåra upplevelser som en anledning till att välj att inte se barn som far illa. En sjuksköterska säger:

Man kanske väljer att inte se alla delar och man kanske väljer att titta bort från vissa saker för att man vet att det blir en väldig massa extrajobb.

Behov av organisationsstöd

Behov av organisationsstöd karaktäriseras av anspråk på en bred support, både från den egna verksamheten, polismyndigheten och kommunens socialtjänst. Kännetecknande för sådant behov är att vårdaren saknar hjälp och vägledning med att göra en anmälan om barn som lever under missförhållanden. Oro tydliggörs om egen integritet och säkerhet. Vidare kännetecknen är att samverkan från andra yrkesgrupper bekräftas vara ett betydelsefullt stöd vid anmälan.

Det skulle finnas riktlinjer

Sjuksköterskor efterlyser tydligare riktlinjer i organisationens redan befintliga behandlingsanvisningar, samt gav förslag på att lägga till frågor som relaterade till barn som far illa i redan befintligt utbildningsprogram. Sjuksköterskor uttrycker:

Det skulle nog finnas en riktlinje om hur man går tillväga när man skall göra en anmälan, kanske Tildafrågor. Det finns ju inte.

Får vi beskydd?

Sjuksköterskor känner obehag i att stå ensam i samband med en anmälan och beskriver oro för sin egen säkerhet. Det förefaller som att det finns en osäkerhetskänsla om vilket skydd som ges. En sjuksköterska säger:

Önskar väl att rättsväsendet fungerar, att vi får beskydd. Så tänker jag. Jag kanske är lite dum som tänker så.

Är vi anonyma?

Sjuksköterskor beskriver att de vill vara anonyma vid en anmälan eftersom anmälan lätt kan härledas till den besättningen som varit på plats. Vidare framkommer önskemål om att verksamhetschefen ska stå bakom anmälan, vilket skulle kunna leda till ökat antal anmälningar där sjuksköterskan förblir anonym. En sjuksköterska säger:

Att vara anonym... det har varit en ambulans på plats och efteråt kommer det in en anmälan, är man anonym då?

Reflektera under handledning

Sjuksköterskor beskriver handledning i grupp som ett verktyg för att kunna ta del av varandras erfarenheter om barns missförhållande, som en möjlighet att öka medvetenheten om barn som misstänks fara illa. I handledning ges också tillfälle att bearbeta känslomässigt svåra händelser där barn varit inblandade. Sjuksköterskor säger:

Handledning i grupp... vilket kan vara ett verktyg att diskutera detta ämne tillsammans, då kommer det upp på bordet. Detta skulle kunna ge tid för reflektion så man har möjlighet att fundera på detta.

Få god hjälp av polis och socialtjänst

Sjuksköterskor beskriver att ett bra samarbete med polis och socialtjänst var en styrka vid anmälan. Kommunikation och samverkan upplevdes som ett bra stöd. En ambulanssjuksköterska säger: *"Polis som jag pratade med var rar och socialen med, dom ringde upp mig och jag fick god hjälp."*

DISKUSSION

Metoddiskussion

Urval och informanter

Det visade sig vara svårt att få informanter till studien. Anledningarna skulle kunna vara att de inte fick någon ersättning eller att de inte fann något intresse i fenomenet. Det krävdes en påtryckning till verksamhetscheferna som förtydligade syftet med fokusgruppsintervjun och uppmanade ambulanssjuusköterskor till att delta. Trots påtryckning av verksamhetscheferna var intresset svagt, vilket medförde att författarna fick ta personlig kontakt med sjuusköterskor för att få tillräckligt många informanter till studien. Författarna är medvetna om att tillvägagångssättet i att få informanter möjligtvis inte var det mest lämpade med tanke på att författarna inte kan utgå ifrån att de informanterna som deltog var där av eget intresse eller enbart där för att ställa upp för författarna. Detta kan ifrågasätta studiens tillförlitlighet. Vidare finns det en risk att informanterna skulle kunna uppleva det som svårt att sitta i grupp och delge sina tankar. Kanske hade ett annat resultat framträtt om studien hade genomförts som enskilda intervjuer. Jämfört med tidigare studier i samma ämne där enskilda intervjuer har använts har dock liknande resultat framkommit, vilket kan stärka tillförlitligheten i föreliggande studie.

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012, ss. 198,199) beskrivs överförbarhet i vilken utsträckning som resultatet kan överföras till andra grupper och situationer. Överförbarheten och giltigheten kan vara försvagad i föreliggande studie då det endast har genomförts en fokusgruppsintervju.

Informanterna arbetade inom ambulanssjukvård och representerade olika områden av regionen. Det var kvinnor och män som representerade olika åldrar, olika arbetslivserfarenheter och olika vidare utbildningar. Kanske hade resultaten blivit något annat om gruppen endast bestod av vidareutbildade ambulanssjuusköterskor. Wibeck (2007, s. 251) beskriver att homogena fokusgrupper är att rekommendera eftersom informanter som delar vissa erfarenheter och synpunkter är troligtvis mer villiga att utbyta idéer och tankar. Författarna till studien upplevde att sju informanter var ett lagom antal och alla deltagare fick, som författarna upplevde, komma till tals genom att visa varandra respekt. Enligt Wibeck (2009, s.201) är fokusgrupper med runt åtta personer att rekommendera. I den mindre gruppen har varje deltagare en viktig roll och mer talutrymme, medan det i den större gruppen kan begränsas där dominant deltagare tenderar att ta över diskussionen.

Före intervjun genomförande hade författarna en farhåga beträffande att datamaterialet skulle bli för tunt och att det eventuellt skulle behövas ytterligare en intervju, för att få tillräckligt underlag till studien. En provintervju hade kunnat skapa trygghet i hur frågorna bäst skulle formuleras för att se om de svarade upp till studiens syfte. Enligt Danielsson (2009, s. 169) kan upplägget provas i en provintervju, som kan ge forskaren en möjlighet att se om den planerade tiden som är avsatt är tillräcklig och om frågorna är adekvata. I föreliggande studie visade det sig att farhågorna var obefogade och att provintervju inte behövdes.

Datainsamling

Insamlingen av data gjordes utifrån en fokusgruppsintervju, interaktion i fokusgruppen upplevdes som god då alla informanterna var delaktiga i diskussionen och delgav sina erfarenheter vilket gav mycket material, vilket kan styrka studiens tillförlitlighet. Kanske materialet hade kunnat bli ännu rikare på nyanser med hjälp av att inledningsvis stimulera reflektionen genom bilder, film eller en kortare text om fenomenet. Enligt Wibeck (2007, s. 251) kan sådana hjälpmedel vara till fördel vilket kan stimulera informanterna till ett större engagemang i själva intervjun.

Författarna började intervjun med en inledningsfråga. Inledningsfrågans syfte var att informanterna skulle delge sina tankar och erfarenheter som uppkom spontant vilket skapade en innehållsrik diskussion. Efter inledningsfrågan ställdes följdfrågor för att utveckla diskussionen för att svara upp till studiens syfte (Wibeck 2013, s. 198). Författarna upplevde att de hade ett bra stöd av frågorna för att hålla sig till fenomenet särskilt då informanterna kom ifrån fenomenet.

Fokusgruppsintervjun genomfördes i en öppen atmosfär och miljön för intervjun var avskild och utan störningsmoment. En informant var i tjänst vilket skulle kunna ha lett till ett avbrott i intervjun om informanten hade fått ett larm. Författarna upplevde att det var ett bra flöde i diskussionen, att informanterna delade med sig av sina tankar och erfarenheter samt var mycket engagerade. Informanterna fick inte ta del av inledningsfrågan innan intervjun men hade vetskap om studiens syfte. Den bakomliggande tanken med datainsamlingens tillvägagångssätt, var en önskan att komma åt föreställningar som uppkom spontant under intervjun. Det fanns en strävan efter att informanterna inte skulle kunna förbereda sig på frågorna innan intervjun, vilket upplevdes som en styrka i studien.

Under intervjun fick frågan kring orosanmälan förtydligas och upprepas. Författarna upplevde att frågan skapade funderingar och en osäkerhet. Anledningen till detta kan vara att frågan var ottydligt formulerad eller kanske för lång. Vidare hade informanterna i gruppen olika erfarenheter. De som inte hade erfarenhet av att göra orosanmälan upplevde att intervjun var lärorik och skapade reflektion. Enligt Wibeck (2007, s. 252) kan fördelarna med en fokusgrupp vara att diskussionen både stimulerar och tvingar deltagarna att uttrycka sig i ord, genom detta identifieras deltagarnas behov av förkunskaper, vilket skapar förståelse för fenomenet. Vidare beskrivs att fokusgruppsintervjun också kan ses som ett tillfälle till att utveckla ny kunskap.

Författarna var inte delaktiga i diskussionen under fokusgruppsintervjun. Däremot hade författarna olika roller vid intervjun, där en förde protokoll om vilken informant som pratade och tids registrerade, medan den andra ställde frågor till gruppen och förtydligade dessa vid behov eller om gruppen kom ifrån fenomenet. Vidare informerade samtalsledaren att det är gruppen som ska diskutera fenomenet och så långt som möjligt har moderatören en tillbakadragen roll. Informanterna satt runt ett större fyrkantigt bord mitt emot varandra, där vi författare placerade oss i gruppen. Vidare beskriver Wibeck (2009, s. 202) att det är viktigt att samtalsledaren inte placerar sig vid kortsidan för att undvika en ordförandeplats, för att framhäva att det inte är till moderatören deltagarna ska vända sig.

Vid intervjun deltog inga chefer vilket författarna upplevde som bra då informanterna skulle eventuellt ha blivit hämmade i sina berättelser. Enligt Wibeck (2009, s. 201) beskrivs att de deltagare som medverkar i en fokusgrupp tillsammans med en person som han eller hon står i en beroendeställning till exempelvis en chef, kan resultera i att deltagaren inte vågar säga emot denna person.

Kvalitativinnehållsanalys

Analysarbetet har genomförts och tolkats gemensamt av författarna utifrån en induktiv latent ansats. Mycket handledning krävdes för att nå optimal nivå. Analysen inspirerades av Elo och Kyngäs, (2007, ss. 107-115). Författarna har bearbetat materialet, tolkat och tagit ut meningsbärande enheter som svarar upp mot studiens syfte. Under analysprocessen upptäcktes likheter hos vissa underkategorier, författarna upplevde att de gick in i varandra (för mycket) vilket till slut medförde att två utgick. De underkategorier som utgick var: "Inte chefen vet om anmälan" och "Gå en utbildning", "dom var kriminella", "ha fokus på den som är somatisk sjuk" samt "det är bråk och slagsmål". Dessa föll alla in under redan formulerade kategorier.

In till sista läsning av resultatet ändrades några underkategoriers tillhörighet på kategorinivå. Två sådana exempel var "Vara feg" och "Det tog lång tid innan någon frågade". Den förstnämnda tillhörde först kategorin "Egen utsatthet och rationalisering" men blev till sist kategorin "Juridisk skyldighet och eftertänksamhet". Den andra underkategorin flyttades från "Kunskapsbrist och osäkerhet" till "Juridisk skyldighet och eftertänksamhet". Båda dessa exempel illustrerar den kvalitativa analysens svårigheter och samtidigt påvisas behovet av reflexivitet. Följaktligen, vill författarna hävda att studiens trovärdighet kunnat styrkas genom ett idogt utfrågande av datan/utsagornas innehåll. Författarna bedömer även att studien har uppnått syftet genom att beskrivasjuksköterskornas upplevelser av vårdmöten där barn misstänktes fara illa.

Båda författarna har arbetat med att tolka texten var och en för sig och sedan tillsammans, vilket ökar tillförlitligheten. Genom att ha medvetandegjort författarnas förförståelse innan fokusgruppsintervjun och analysen minskades risken för att färga resultatet. Malterud (2001, s.486) menar att forskaren som är väl förberedd och har en väl dokumenterad analys, är det som skiljer ettvetenskapligt förhållningssätt från ytliga gissningar. Forskarens uppgift är att organisera, jämföra och validera alternativa tolkningar. Det är först när forskaren kan identifiera det systematiska förfarande som har följts i analysprocessen som den kan delas med andra. Författarna upplevde analysprocessen som svår och mycket tidskrävande, men med gott stöd från handledaren bearbetades materialet strukturerat och genom återkommande reflexivitetbildades generiska kategorier. För att styrka författarnas tolkning bevarades meningsbärande enheter som citat för att tydliggöra texten. Det är viktigt att ha avsatt ordentligt med tid för att analysera och transkribera materialet samt att vara medveten om att analys processen är en viktig del i tillförlitligheten (Wibeck 2009, ss. 204, 211).

Resultatdiskussion

Etiskt och juridiskt ansvarstagande

Föreliggande resultatet genomsyras av sjuksköterskans blandade känslor i etiska värderingaroch juridiska krav i vårdmöten där barn misstänks fara illa. Sjuksköterskor inom ambulanssjukvård som möter dessa barn står inte sällan i konflikt med sig själva; mellan viljan av att göra det bästa för barnet eller skydda sig själv. Sjuksköterskor i studien var medvetna om sitt juridiska ansvar mentrots det förbiser sjuksköterskor ansvaretp.g.a. tidigare dåliga erfarenheter i mötet med barn som misstänks fara illa.

I resultatet framkom att sjuksköterskor inom ambulanssjukvården saknade stöd från den egna organisationen samt att tidigare erfarenheter av att hamna i konflikt med barnets föräldrar. Dessa faktorer påverkade sjuksköterskorna vilket bidrog till att det vid nästa vårdmöte saknade mod och var medvetna om de svåra känslor som kunde uppstå och valde därför aktivt bort att fullfölja sitt juridiska ansvarstagande. Vidare framkom det att olika uppfattningar om vad som infattades i ett barn som far illa. För att tillgodose barns behov av skydd krävs en samsyn och ett förtydligt barnperspektiv hos ambulanssjuksköterskor för att skydda utsatta barn.

I resultatet framkomatt sjuksköterskor är medvetna om sin juridiska skyldighet men att de inte anmäler i den utsträckning som de själva ansåg att de borde. Liknande resultat tydliggörs även av Fraser, Mathews, Walsh, Chen och Dunne (2010, s. 103) som skriver att även om sjuksköterskor har skyldighet att rapportera till socialtjänsten vid misstankar, så uteblir anmälan på grund av en rad individuella och kontextuella faktorer. Gilbert, Kemp, Thoburn, Sidebotham, Radford, Glaser och MacMillan(2009, ss. 167-168) menar att situationer där barn som misstänks fara illa är underrapporterade och att alla yrkesverksamma som arbetar med barn måste ta sitt ansvar och arbeta förebyggande.

Studiens resultat påvisar att sjuksköterskor inom ambulanssjukvård som möter barnen i deras hemmiljö tidig identifierar missförhållanden, men upplever en osäkerhet i vad som är tillräckligt för att en anmälan är befogad. Den osäkerhet som upplevs leder ibland till att anmälan uteblir. I studien av Brodin (2009, s. 187) beskrivs samma osäkerhet som hos sjuksköterskorna i föreliggande studie, dvs. att vuxna undviker att anmäla eftersom de upplever en osäkerhet över om de ser eller tolkar en situation rätt och att det kan var lätt att identifiera sig med föräldrarna. Detta överensstämmer även med Gilbert et al. (2009, s. 167-168), som beskriver tveksamhet och svårighet att kunna tyda signaler på eventuella missförhållanden till en av de orsaker som är avgörande för om yrkesverksamma väljer att gå vidare i anmälningsprocessen eller inte.

Resultatet påvisar vidare att för att barn som far illa ska få det stöd och hjälp som de är i behov av, beror på vilken sjuksköterska som de möter. Vidare framkom att sjuksköterskans vilja av att hjälpa barnet begränsades av egnaetiska värderingar och tidigare erfarenheter. Tidigare känslor av osäkerhet i sin bedömning och dålig samverkan bidrog att sjuksköterskor saknade trygghet och mod vilket medförde att de tvivlade i sitt handlande. För att undvika etiska konflikter är ambulanssjuksköterskor i behov av utbildning om barns utsatthet och vilka riskfaktorer som finns i deras närmiljö. Detta förtydligas även i studien av Francis, Chapman, Sellick, James, Miles, Jones och

Grant (2012, s. 59), det vill säga yrkesverksamma som trots sin anmälningsplikt inte anmäler påverkas av etiska dilemman vilket bidrar till att anmälan uteblir och barnets bästaförsummas. Dessa etiska dilemman beskrivs som en osäkerhet i balanseringen av den subjektiva bedömningen och den juridiska skyldigheten. Vidare beskrivs vägledningmaterial som ett stöd för de yrkesverksamma grupper som arbetar med barn.

I resultatet framkom att sjuksköterskor inom ambulanssjukvård inte sällan står i konflikt med sig själva i situationer som de upplever hotfulla, vilket innebär att stå i en etisk konflikt där de ibland är rädda för att anmälan ska äventyra deras egen säkerhet och anmälan uteblir. Detta resultat överensstämmer med Land och Barclay (2008, ss.18-20), som i sin studie beskriver rädslan för att bli utsatt för hot är hinder för anmälan. Även Söderman och Jackson (2011, s. 45) menar att svåra känslor medvetet kan bagatelliseras med en risk för underrapportering till socialtjänsten. Hanterandet av de egna känslorna är därmed betydande för att inte tappa fokus på barnet. Vidare beskrivs att en del sjuksköterskor inte har självförtroendet eller förmågan att agera för det utsatta barnet.

Föreliggande resultatet tydliggör även att det finns rädslor hos sjuksköterskor inom ambulanssjukvård för att göra en felbedömning som skulle kunna förvärra situationen för familjen. Det framkom ett behov av att bereda möjlighet att kunna hantera svåra känslor som uppstår i vårdmötet där barn misstänks fara illa, eftersom sådana känslor kan få negativa inverknings på förmågan att handla enligt vad som är deras skyldighet. Lucas och Jernbro (2014, s. 2) styrker precis som i denna studie att det kan finnas en oro hos den som anmäler att förlora kontakten med familjen samt rädsla för att anmälan ska leda till att barnet omhändertas. Detta överensstämmer med Plitz och Wachtel (2009, ss. 93-99), som framhåller att rädsla för de konsekvenser en anmälan kan innebära är ett av de största hinder som finns när det gäller beslut att anmäla. Plitz och Wachtel menar vidare att sjuksköterskor behöver stöd i att rapportera och ett stöd med den känslomässiga upplevelsen, för att i framtiden vara villiga att fortsätta att rapportera.

Kunskapsbrist och osäkerhet

I resultatet framkommer att sjuksköterskor med längre erfarenhet av sjuksköterskearbete tillsammans med kunskap om fenomenet tog sitt ansvar och antydde att de anmälde i större utsträckning än sjuksköterskorna som hade färre yrkesverksamma år. Sjuksköterskors tidigare erfarenheter av positiv samverkan i att göra det rätta för barnet bidrog till ökade anmälningar. Markenson, Foltin, Tunik, Cooper, Matza-Haughton, Olson och Treiber, (2002, s. 89-91) klarlägger i sin studie betydelsen av kunskap och att en anmälan kan bidra till att stödinsatser sätts in i ett tidigt skede och att barns lidande därigenom minskas.

Resultatet belyser att ambulanssjuksköterskor måste ges förutsättningar, genom utbildning, samverkan och tydliga riktlinjer, i att omsätta välviljan i konstruktiva och vårdande handlingar för att kunna påverka barnets framtid. Resultatet påvisar behov av utökad kunskap hos sjuksköterskor inom ambulanssjukvård i att identifiera barn som misstänks fara illa samt information om syftet med orosanmälan. Detta överensstämmer med Markenson et al. (2002, ss. 89-91) som skriver att prehospital vårdpersonals kunskap i att identifiera och bedöma barn som misstänks fara illa.

Studien belyser utbildning i tidiga tecken på barn som misstänks fara illa och ett riktat frågeformulär som viktiga åtgärder vid tidig identifiering. Vidare beskrivs liknande fenomen av Chihak (2009, s. 211) med att sjuksköterskor ofta är den första kontakten för patienter och familjer i sjukvårdssystemet och kan vara de första yrkesverksamma att misstänka att ett barn har misshandlats eller lider av omsorgssvikt. Vårt resultat visar att sjuksköterskor inom ambulanssjukvård som hade utbildning om barn och lång erfarenhet inte upplevde någon osäkerhet i vare sig identifieringen eller rapporteringen till socialtjänsten.

Organisationsstöd

Resultatet tydliggör att sjuksköterskor inom ambulanssjukvård ofta känner sig sårbara och saknar stöd i den egna organisationen i samband med en anmälan. Vidare framkom en önskan att chefen skulle stå ensam för anmälan som en rutin vilket hade underlättat för ambulanssjuksköterskor i svåra etiska konflikter där anmälningsplikten försummas. Genom att tydliggöra riktlinjer och rutiner i förfarandet där barn misstänks fara illa, skulle detta eventuellt leda till ett ökat stöd hos ambulanssjuksköterskor. I resultatet framkom också ett behov av att utöka frågorna i ett redan befintligt utbildningsprogram om barn som misstänks fara illa.

Vidare framkom i föreliggande resultat att sjuksköterskor som var nya i yrket hade svårt att se hela vårdssituationen där fokus hamnade enbart på den som var sjuk. Sjuksköterskor beskriver att problematiken med barn som far illa skulle kunna lyftas och på så sätt uppmärksamma dessa barn och stödja ett mer vidgat perspektiv i vårdmötet. Det framkom att sjuksköterskor inte visste vart de skulle vända sig när misstankarna fanns och de saknade kunskap om vad en orosanmälan var. Vidare visade det sig att sjuksköterskorna inte hade kännedom om att det fanns lokala behandlingsriktlinjer som beskriver tillvägagångssättet vid en anmälan. Detta bekräftar Land och Barclay (2008, ss. 22-24), och skriver att dåligt samarbete med socialtjänst och bristande utbildning om barn ses som ett hinder i anmälan.

Brodin (2009, s. 187), Gilbert et al. (2009, s.167-170), Markenson et al. (2002, ss.89-91) samt Piltz och Wachtel (2009, ss. 93-99) betonar alla vikten av kunskap men också behovet av utbildning och tydliga riktlinjer. Resultatet belyser att ambulanssjuksköterskor måste ges förutsättningar, genom utbildning, samverkan och tydliga riktlinjer, i att omsätta välviljan i konstruktiva och vårdande handlingar för att kunna påverka barnets framtid. I resultatet framkommer även förslag om att handledning i grupp skulle kunna vara ett utbildningstillfälle för att öka sin medvetenhet och kunskap, genom att få ta del av varandras erfarenheter. De som har gjort en anmälan och som har tidigare erfarenheter av barn som misstänks fara illa delger sina kunskaper till mindre erfarna kollegor, vilket kan leda till utveckling i den egna yrkesgruppen. Paavilainen, Merikanto, Åstedt-Kurki, Laippala, Tammentie och Paunonen-Ilmonen (202, s. 292) styrker att det är viktigt att diskutera sina misstankor med en kollega för att få sina tankar bekräftade. Bekräftelse hos en kollega verkar enligt sjuksköterskorna i föreliggande studie vara en avgörande anledning för beslutet att gå vidare med en anmälan.

SLUTSATS

Studiens resultat påvisar att sjuksköterskor inom ambulanssjukvård upplever kunskapsbrist och osäkerhet i vårdmöten där barn misstänks fara illa, trots både etiskt och juridiskt ansvarstagande. För att kunna ge det utsatta barn det stöd och skydd som de har rätt till är ambulanssjuksköterskor i behov av organisationsstöd.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Mot bakgrund av föreliggande resultat kan följande kliniska implikationer av betydelse för ambulanssjuksköterskans professionsutövning vara av värde:

- Utbildning om hur barn som misstänks fara illa kan identifieras i det prehospitala vårdandet.
- Yrkesmässig handledning med fokus på vård situationer där barn misstänks fara illa.
- Tydliga riktlinjer i hantering av barn som misstänks fara illa.
- Stöd från närmaste chef i samband med orosanmälan.
- Samverkan med socialtjänsten utvecklas och tydliggörs.

REFERENSER

- Bremer, A., Jiménez Herrera, M., Axelsson, C., Burjalés Martí, D., Sandman, L. & Casali, G-L. (2014). Ethical values in emergency medical services: A pilot study. *Nursing Ethics*, ss.1–15. DOI: 10.1177/0969733014551597
- Brodin, J. (2009). Barn i utsatta miljöer och livssituationer. *Socialmedicinsk tidskrift*, 86(2), ss. 185-191.
- Cederborg, A-C. (2014). *Barnperspektiv i socialtjänstens arbete*. Stockholm. Liber.
- Chihak, A. (2009). The nurse's role in suspected child abuse. *Paediatrics and Child Health*, 19(2), ss. 211-213. DOI: 10.1016/j.paed.2009.08.005.
- Christensen, R. & Hildingsson-Boqvist, A.K. (2009). *Att leva i en utsatt situation – med barnet i fokus*. Lund. Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2013). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund. Studentlitteratur, ss. 165-173.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss. 107-115. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Englund, E. (2009). *Barnets bästa i främsta rummet - En pedagogisk utmaning?* Stockholm. Liber.
- Fraser, 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.
- Francis, K., Chapman, Y., Sellick., James, A., Miles, M., Jones, J. & Gant, J. (2012). The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Contemporary Nurse*, 41(1), ss.58-69. DOI: 10.5172/conu.2012.41.1.58.
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D. & MacMillan, H-L. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, 373(9658), ss. 167-180.
- Glaser, D. (2008). Child maltreatment. *Psychiatry*, 7(7), ss. 295-298.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), ss.105-112.

Hagiwara M. & Wireklint Sundström B. (2009). Vård och bedömning. I B-O. Suserud & L. Svenssons (red.) *Prehospital Akutsjukvård*, Stockholm. Liber.

Hindberg, B. (2006). *Sårbara barn. Att vara liten, misshandlad och försummad*. Stockholm: Gothia.

Jansson, S. & Almqvist, K. (2000). Barn som bevittnat våld. En utsatt grupp som är alltför lite uppmärksam. *Läkartidningen*, 97(38), ss. 4094-4099.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kälvemark, S., Höglund, AT., Hansson, MG., Westerholm, P & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts: ethical dilemmas and moral distress in the healthcare system. *Social Science and Medicine*, 58(6), ss. 1075–1084.

Lagerberg, D. & Sundelin, S. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn: Forskningsmetoder och resultat*. Göteborg: Förlagshuset Gothia.

Land, M. & Barclay, L. (2008). Nurses' contribution to child protection. *Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing*, 11(1), ss. 18-20, 22-24.

Leviner, P. (2014). Child protection under Swedish law-legal duality and uncertainty. Barnskydd i Sverige – rättsliga dilemman. *European Journal of Social Work*, 17(2), ss. 206-220. DOI: 10.1080/13691457.2013.791249.

Lucas, S. & Jernbro, C. (2014). Försummelse av barn - ett försummat problem. *Läkartidningen*, 111;CYIA.

Magnusson, M. (2009). Barnhälsovård – uppdrag, tankeverktyg och perspektiv. I M. Magnusson, M. Blennow, E. Hagelin och C. Sundelin (red.), *Barnhälsovård – att främja barns hälsa*, ss. 7-32. Stockholm. Liber.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), ss. 483-488.

Markenson, D., Tunik, M., Cooper, A., Olson, L., Cook, L., Matza-Haughton, H., Treiber, M., Brown, W., Dickinson, P. & Foltin, G. (2007). A national assessment of knowledge, attitudes, and confidence of prehospital providers in the assessment and management of child maltreatment. *Pediatrics*, 119(1), ss. 103-108.

Paavilainen, E., Merikanto, J., Åstedt-Kurki, P., Laippala, P., Tammenti, T. & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 39(3) ss. 287-294.

Piltz, A. & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(3), ss. 93-100.

Riksföreningen för ambulanssjusköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2012). *Kompetensbeskrivning – Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Rostila, M. & Toivanen, S. (2012). *Den orättvisa hälsan*. Stockholm: Liber.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Sandman, L. & Nordmark, A. (2006). Ethical conflicts in prehospital emergency care. *Nursing Ethics*, 13(6), ss. 592-607. DOI: 10.1177/0969733006069694.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen (2007). *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013). *Barn som far illa eller riskerar att fara illa. En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningskyldighet och ansvar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014). *Anmäla oro för barn*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2001:72 Barnmisshandel - Att förebygga och åtgärda. Stockholm: Socialdepartementet. <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2001/08/sou-200172/> [2015-04-15]

Sundelin, C. & Lagerberg, D. (2010). Ragnar Berfenstam – socialpediatriska pionjärinsatser och forskningens senare utveckling. *Socialmedicinsk tidskrift*, 87(5-6), ss. 343-355.

Svensk sjuksköterskeförening (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf [2015-04-15]

Swerdlin, M., Berkowitz, C. & Craft, N. (2007). Cutaneous signs of child abuse. *Journal of American Academy of Dermatology*, 57(3), 371-392. DOI: 10.1016/j.jaad.2007.06.001.

Söderman, A. & Jackson, K. (2011). Barn som far illa i sin hemmiljö. BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen. *Vård i Norden*, 31(1), ss. 38-42.

Tinberg, Y. & Otterman, G. (2014). Skador av våld hos små barn - tecken handledning och diagnostik. *Läkartidningen*, 111:CZYR.

UNICEF (u.å). *Barnkonventionen*. <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full> [2015-04-15]

Wallby, T., Modin, B. & Hjern, A. (2013). Child healthcare utilisation in families with young or single mothers in a Swedish country. *Journal of Child Health Care*, 17(1), ss. 17-29.

Vetenskapsrådet (2012). *Forskningsetiska principer inom humanistiskt-samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2015-04-15]

Wibeck, V., Abrandt Dahlgren, M. & Öberg, G. (2007). Learning in focus groups. An analytical dimension for enhancing focus group research. *Qualitative Research*, 7(2), ss. 249-267. DOI: 10.1177/1468794107076023.

World Health Organization (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Genève: World Health Organization.

Öberg, M., Vicente, V. & Wahlberg, C. (2015). The Emergency Medical Service personnel's perception of the transporting of young children. *International Emergency Nursing*, 23(2), ss. 133-135.



Till verksamhetscheferna på [REDACTED]

Vi är två sjuksköterskor som studerar på Specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot ambulanssjukvård, vid Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Vi är nu intresserade av att fördjupa kunskapen om ambulanssjuksköterskans erfarenheter i vårdmöten där barn misstänks fara illa. Syftet med vårt examensarbete är därför att beskriva ambulanssjuksköterskans erfarenheter av vårdmöten där barn misstänks fara illa. Detta är av intresse för att längre fram kunna vidareutveckla ambulanssjuksköterskans prehospitla arbete av tidig identifiering.

Vi önskar härmed er hjälp med att sända ut förfrågningar om deltagande till ambulanssjuksköterskor via era förmän på morgon mötet. Vi ser gärna att de som deltar i intervjun både är kvinnor och män i olika åldrar med mer än 3 års erfarenhet av arbetet.

Som deltagare kommer ni även få muntlig information och tillfrågas om informerat samtycke innan intervjun genomförs. Alla de uppgifter som kommer att erhållas kommer att behandlas i enlighet med de etiska grundreglerna i Helsingforsdeklarationen. De behandlas konfidentiellt och kommer att aidentifieras. Informanten har när som helst rätt att avbryta sin medverkan utan att ange skäl. Deltagandet i studien bygger på frivillighet. Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet.

Vi planerar att göra intervjun v 6 eller 7. Intervjun kommer att ta ca 90 minuter och kommer att spelas in på band.

Med vänliga hälsningar
Jonna & Karin

För ytterligare upplysningar eller frågor vänligen kontakta oss via nedan angivna adresser eller telefonnummer.

Jonna Lagrell (student)
jonna_lagrell@hotmail.com Tel: 0734-058470
Karin Bjurström (student)

Verksamhetschefens godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Karin Bjurströmoch
Jonna Lagrellgenomför datainsamling för studien ”Ambulanssjuksköterskors
erfarenheter av vårdmöte där barn misstänks fara illa” inom ramen för vad som
ovan beskrivits.

Mitt samtycke till att delta skrivs under och lämnas till Karin Bjurström eller
Jonna Lagrell.

Ort och datum

Namnteckning/namnförtydligande

Titel/Verksamhet



Förfrågan om medverkan i en intervjustudie

Vi är två sjuksköterskor som studerar på Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot Ambulanssjuksköterska, vid Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Syfte med vårt examensarbete är att beskriva Ambulanssjuksköterskors erfarenheter av vårdmöte där barn misstänks fara illa. Vår önskan är därför att komma i kontakt med dig som har arbetat inom ambulanssjukvården mer än 3 år.

Dina tankar och erfarenheter är värdefull information, för att ambulanssjuksköterskans vårdmöte med dessa barn ska utvecklas och på sikt ska kunna utvecklas och förbättras. När du som kontaktade oss om ditt deltagande gav du ditt samtycke att hon fick skicka denna information till dig. Om du samtycker till intervjun var vänlig och skriv under svarsbrevet och skicka det till oss inom en vecka. Enligt detta tillvägagångssätt är din identitet okänd för personalen på din ambulansstation. Om du inte samtycker till att delta i studien kan du bortse från detta brev och din identitet förblir då okänd för oss.

Intervjun beräknas ta cirka 90 minuter och den kommer att spelas in på band. Intervjun avidentifieras och kommer att behandlas konfidentiellt. Ditt deltagande i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att ange skäl. Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet. Studiens resultat kommer att presenteras på ett sådant sätt att varken din identitet eller din medverkan kan avslöjas.

Om du samtycker till att delta i fokusgruppsintervjun kommer vi att kontakta dig via telefon, tid och plats för intervjun bestäms då gemensamt.

Vänliga hälsningar

Karin Bjurström och Jonna Lagrell

Karin Bjurström

E-post: k.bjurstom@hotmail.com

Jonna Lagrell

E-post: jonna_lagrell@hotmail.com

Vi handleds i examensarbetet av:

Birgitta Wireklint Sundström, Universitetslektor

Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås



Samtycke till att delta i fokusgruppsintervju

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i ett examensarbete med syfte att, delge mina tankar/erfarenheter av vårdmötet där barn misstänks fara illa. Författarna till den här studien har min tillåtelse att kontakta mig för överenskommelse om tid och plats för intervjun.

Intervjun kommer att spelas in på band. Bandet kommer efter avslutad studie att förstöras enligt gällande regler.

Jag har fått skriftlig information om studien och är medveten om att mitt deltagande är frivilligt.

Samtycke till att medverka i intervjun finns i två exemplar. Ett exemplar behålls av mig, det andra exemplaret skickas med min namnteckning till författarna Jonna Lagrell och Karin Bjurström.

Mitt telefonnummer/mobilnummer

Tider då jag säkrast är anträffbar

Namnteckning och datum