<http://www.diva-portal.org>

This is the published version of a paper published in *Vård i Norden*.

Citation for the original published paper (version of record):

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(4): 38-42

Access to the published version may require subscription.

N.B. When citing this work, cite the original published paper.

Permanent link to this version:

<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:oru:diva-29709>

Barn som far illa i sin hemmiljö

– BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen

Annika Söderman, RN, MNsc, Karin Jackson, RN, RNT, PhD

CHILD ABUSE IN THE HOME ENVIRONMENT – CHILD HEALTH NURSES EXPERIENCES OF MEETING AND HELPING THE CHILDREN

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to describe child health nurses (CHN's) experiences of meeting and helping the children exposed to child abuse in the home environment.

Background: CHN's have the opportunity to come close to families and support them. This support may strengthen the parental role which can improve the child's environment and provide help to children exposed to child abuse.

Methods: A descriptive design with a qualitative approach (content analysis) was used. Six CHN's were interviewed.

Findings: The experience of to obtain an insight into the child maltreatment was described. The CHN's experienced their meeting with child abuse as a difficult task e.g. to take a decision to notify the social services and the CHN as the child's agent. The CHN's also had experiences of both providing and receiving support.

Conclusions: CHN's have a number of difficult tasks like meeting abused children. Through experience and support from colleges the CHN's can reach a higher confidence in their own capacity of helping the children. This can affect how fast the CHN take the necessary decision to report to social services when a child is abused.

KEYWORDS: Child abuse, Care failure, Child health care, Child health nurse, Failure to thrive.

Introduktion

Enligt World Health Organization (WHO) utgörs barnmisshandel av fysisk och emotionell misshandel, sexuella övergrepp, försummelse och exploatering som kan skada barnets hälsa, utveckling och värdighet. Misshandeln sker i relationen mellan en vuxen och ett barn där ansvar, tillit och makt existerar (1). Barnaga är dock förbjudet i Sverige sedan 1979 (2). Barn kan fara illa utan att visa tydliga symtom men barnets beteende kan även signalera att det behöver stöd och skydd. Sådana yttringar kan vara om barnet visar stor ängslighet, passivitet, hyperaktivitet och/eller aggressivitet (3). Missförhållanden i närmiljön kan leda till failure to thrive, innebärande påtagliga tillväxtavvikelse hos spädbarn (4). Andra kännetecken på att barn kan fara illa är utvecklingsförseningar, sömnsvårigheter, psykosomatiska symptom, medicinska hälsoproblem och svåra anknytningsproblem (3).

Omsorgssvikt innebär bristande omsorgsförmåga (5). En sårbar familjemiljö är en förutseende faktor när det gäller barns psykiska hälsa (6). Omsorgssvikt påverkar barnet långt innan yttringar visar sig i barnets beteende (7). Barn i socialt utsatta miljöer löper större risk att utsättas för omsorgssvikt (8). Familjefaktorer avgör vilka barn som får hjälp ifrån hälso- och sjukvården. Tre betydelsefulla familjefaktorer är socialt stöd, vårdnadshavarens psykiska stress och hur familjen fungerar (6).

Myndigheter har skyldighet att samverka kring barn som far illa vilket regleras i lagstiftningen för polis, förskola och skola, socialtjänst samt hälso- och sjukvård. Denna samverkan skall präglas av ett konsekvent barnperspektiv, där barns synsätt tas tillvara (3,9). All svensk hälso- och sjukvårdspersonal har ansvar att reflektera över barnperspektivet i en vårdssituation då ökad medvetenhet kan förbättra vården (10). Socialtjänstlagen (SFS 2001: 543) fastställer att den som arbetar i en myndighet rörande barn genast ska anmäla till socialnämnden om misstanke finns att ett barn far illa eller riskerar att fara illa (11). Goda rutiner kring anmälan och tillfredsställande stöd för anmälaren är betydande (10). Utebliven respons från socialtjänsten kan påverka BVC-sjuksköterskor negativt när det gäller deras vilja att anmäla i framtiden (8). Forskning behövs kring samtida familjecentrerade interventioner mot barnmisshandel och försummelse (12). Tillsammans med andra professioner har BVC-sjuksköterskor möjligheten att förebygga att barn far illa (13). Familjecentralen är en samarbetsmo-

dell omfattande mödravårdcentral (MVC), barnavårdscentral (BVC), öppen förskola och socialtjänst där barnfamiljer kan erbjudas flertalet tjänster (3).

Sveriges barnhälsovård är en verksamhet med uteslutande barn som vårdtagare, familjeanslutningen till BVC är nära 100 % vilket anses unikt i internationell jämförelse (2). Barnhälsovårdens målsättning är att bedriva en familjecentrerad vård och att se till hela familjens behov (14). BVC har goda möjligheter att bygga upp en förtroendefull relation till familjen och att uppmärksamma mindre tydliga fall av barnmisshandel (9,15). Hembesök kan förebygga samt öka chansen att upptäcka barn som far illa (16). En studie (17) visade att rapporter om barnmisshandel minskade med 48 % hos familjer som fått hembesök av sjuksköterskor. Enligt Ferguson (18) finns det något i atmosfären i hemmen där barn far illa vilket gör att tilliten till den egna intuitionen bör finnas när fysiska tecken på misshandel saknas.

BVC medverkar ofta i ett stödteam där man utgår ifrån en helhetsyn och där specialpedagogisk, social, psykologisk och medicinsk kompetens samverkar (19). Forskning visar att en sjuksköterskas stöd värderas högt. Det kan medverka till att föräldrarollen förstärks både genom ett känslomässigt stöd och genom råd och information (17,20,21). Förändrade attityder, känslor och uppfostringsmetoder kan bidra till att barnmisshandel förebyggs (16,22). Eftersom familjen utgör den största delen av barnets miljö är det viktigt att stödja dem i att leva hälsosamt (17,23).

Engagemanget i att skydda barn inverkar djupt på BVC-sjuksköterskan, därför är behovet av stöd ifrån kollegor centralt. BVC-sjuksköterskorna kan uppleva chock, trauman, ledsamhet samt skrämmande känslor (8,13,17,18). Lundéns studie (7) visade att BVC-sjuksköterskor anser att sju till tio procent av förskolebarnen far illa. BVC-personalen kan uppleva en smärta när de blir medvetna om sin oro för ett barn. Detta menade Lundén kan leda till att barnets situation bagatelliserar med en risk för underrapportering till socialtjänsten. Hanterandet av de egna känslorna är därmed betydande för att inte tappa fokus på barnet (13,18). Vissa BVC-sjuksköterskor har inte självförtroendet eller förmågan att agera för de utsatta barnen (8). Följaktligen är BVC-sjuksköterskor utsatta för en sårbar situation i mötet med barn som far illa och därför är det viktigt att fråga om deras upplevelser inom detta område.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barn som far illa i sin hemmiljö.

Metod

Som metod användes en kvalitativ ansats med en deskriptiv design (innehållsanalys) utifrån intervjuer.

Urval

Urvalet bestod av sex kvinnliga BVC-sjuksköterskor i åldrarna 45-64 år där medelåldern var 56 år. I genomsnitt hade de arbetat på BVC i 22,7 år. En av BVC-sjuksköterskorna arbetade både som BVC-sjuksköterska och distriktssköterska, övriga arbetade på renodlade BVC-mottagningar. Inom det aktuella länet i Sverige kontaktades sex av de 30 vårdcentraler som fanns att tillgå. För att få variation i studien valdes BVC-sjuksköterskor från olika bostadsområden för att få ett brett material där allmänna slutsatser lättare kunde dras. Två BVC-sjuksköterskor arbetade i storstadsmiljö, två i mindre städer, och två på mindre orter. Urvalet skedde strategiskt vilket innebar att de som intervjuades valdes utifrån särskilda kriterier (24). Inklusionskriterier var att BVC-sjuksköterskan skulle arbeta inom det aktuella länet, ha arbetat med barn mellan 0-6 år på BVC i minst tre år, samt ha mött barn som far illa. Alla tillfrågade uppfyllde urvalskriterierna. Urvalet begränsades till sex BVC-sjuksköterskor då studien utgjorde en pilotstudie. Författaren nådde BVC-sjuksköterskorna per telefon under juli 2008 för att få bekräftelse om intresse. Till BVC-sjuksköterskorna skickades i augusti samma år ett informationsbrev angående studiens syfte, deltagarens anonymitet och materialets konfidentialitet, samt att möjligheten att avbryta studien fanns om så önskades. Brevet innehöll en blankett om informerat samtycke där BVC-sjuksköter-

Tidslängden för intervjuerna var 20-30 minuter där samtalet spelades in genom en diktafon så att intervjumaterialet sedan kunde transkriberas och bearbetas. Intervjun fokuserade på teman exempelvis: Upplevelsen av att möta barn som far illa i sin hemmiljö, upplevelsen av att möta barnens föräldrar och upplevelsen av att kunna hjälpa de utsatta barnen. Inledningsvis ställdes frågor såsom exempelvis – Vad innebär mötet med ett barn som far illa för dig?

Dataanalys

För att beskriva den narrativa texten från de sex intervjuerna användes induktiv innehållsanalys. På detta sätt identifierades mönster i olika teman och subteman. Till grund för analysen låg Graneheim och Lundmans metod (25).

Intervjuteexterna lästes flera gånger för att få ett helhetsintryck. Sedan delades texten från de sex intervjuerna upp var för sig i meningsenheter där författaren och dennes medbedömare sökte efter framträdande beskrivningar om BVC-sjuksköterskors upplevelser av barn som far illa i hemmiljö. Meningsenheter är en konstellation av ord som relaterar till samma centrala mening. Textens meningsenheter urskiljdes i olika subteman innehållande röda trådar i den koncentrerade texten. Vidare reflektion resulterade i relevanta rubriker för att sammanföra subteman till teman. Detta innebar att samband och mönster kunde formuleras till beskrivande begrepp. Temana beskrev textens innehåll och upplevelseaspekten. Slutligen studerades meningsenheterna återigen för att ta reda på om någonting motsade sig de teman som funnits i intervjuteexterna (25).

Resultat

Analysen resulterade i tre övergripande teman samt tillhörande subteman.

Tabell 1: BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barn som far illa i sin hemmiljö.

Teman	Subteman
Upplevelsen av att få insikt i att ett barn far illa	Tydliga tecken på att ett barn far illa En känsla hos BVC-sjuksköterskan att ett barn far illa BVC-sjuksköterskans tillit till sin förmåga
Upplevelsen av en svår arbetsuppgift	Att ta ett beslut att anmäla till socialtjänsten Ett emotionellt möte med familjen som väcker starka känslor BVC-sjuksköterskans upplevelse av otillräcklighet BVC-sjuksköterskan som barnets ombud i mötet med familjen
Upplevelsen av stöd	Att skapa kontakt med familjen Att skapa kontakt med andra nätverk och professioner Att få stöd

skorna fick godkänna sin medverkan. Ingen tackade nej till deltagande men en BVC-sjuksköterska fick av personliga skäl avbryta studien, vilket gjorde att ytterligare en BVC-sjuksköterska tillfrågades från ytterligare en vårdcentral. De som tackade ja till deltagande kontaktades under hösten för en intervju. Eftersom studien genomfördes 2008 utfördes ingen etikprövning då det vid den tidpunkten inte fordrades en sådan, om deltagarna var personal. Studiens genomförande godkändes av primärvårdschefen i det föreliggande länet.

Tillvägagångssätt

Datainsamlingen genomfördes i anslutning till vårdcentralerna. Personliga intervjuer ansågs vara bästa metod för att erhålla kunskap om BVC-sjuksköterskors upplevelser av barn som far illa i hemmiljö. Intervjufrågorna var fokuserade med en låg grad av strukturering. Öppna frågor medförde att deltagarna kunde tolka frågorna fritt samt ta fram viktiga dimensioner inom det fokuserade området beroende på egna erfarenheter och värderingar (24).

Upplevelsen av att få insikt i att ett barn far illa

Tydliga tecken på att ett barn far illa

BVC-sjuksköterskorna beskrev liknande erfarenheter av tydliga tecken som de upplevt lett till insikten i att ett barn far illa. De beskrev synliga skador som bortförklarats på obegripliga sätt, blåmärken och brännmärken, barn som varit frånvarande eller sorgsna, utåtagerande eller hämmade, bekymrade eller tryckta i hotfulla situationer. BVC-sjuksköterskorna beskrev också barn som inte verkat trivas hemma, samt uteblivna BVC-besök med irrelevanta ursäkter. En BVC-sjuksköterska:

«[...] Sedan kan det vara försumelse, barnen får inte mat, de får inte rena blöjor, de blir röda i stjärten, orena kläder [...]» (Intervju 4).

Om socialtjänsten önskat få en redogörelse om barnet så upplevde BVC-sjuksköterskan sig vara mer observant på tecken.

En känsla hos BVC-sjuksköterskan att ett barn far illa

Alla BVC-sjuksköterskor med undantag för en, beskrev en upplevelse av en specifik känsla då de misstänkt att ett barn farit illa. En BVC-sjuksköterska beskrev istället en förståelse för att familjen inte hade det bra vilket gjorde henne mer uppmärksam i mötet med familjen. BVC-sjuksköterskorna kunde även få beskrivet vad andra sett vilket övertygade dem om att deras upplevda känsla stämde. En BVC-sjuksköterska:

« Ja, magkänsla, många gånger, kvinnlig intuition. Man ser ofta i uppträdandet om det klickar eller inte, om det är okej alltså. Inte alltid naturligtvis men vi går på intuition [...]. » (Intervju 3).

BVC-sjuksköterskans tillit till sin förmåga

BVC-sjuksköterskorna hade arbetat länge på BVC, och hade lång erfarenhet av att möta barn. Flera angav fall där de upplevt att barn farit illa vilket medfört att de känner igen situationer, som också ger dem en upplevd tillit till sin förmåga. En BVC-sjuksköterska:

« Ja det har ju varit ganska många fall under åren som har gått, och jag har väl aldrig dragit mig för att anmäla till socialen om man misstänker att ett barn far illa. » (Intervju 1).

Upplevelsen av en svår arbetsuppgift

Att ta ett beslut att anmäla till socialtjänsten

Att ta ett beslut att anmäla till socialtjänsten upplevde BVC-sjuksköterskorna som svårt. Orsaken kunde vara att man inte upplevde sig helt säker på om barnet for illa. En BVC-sjuksköterska:

« [...] Jag tror aldrig man ska fundera så mycket om man känner att det inte är rätt [...] man måste nog koppla in socialen i alla fall. » (Intervju 1).

Flera BVC-sjuksköterskor upplevde att det kändes bra då man väl gjort en anmälan.

Ett emotionellt möte med familjen som väcker starka känslor

Mötet med familjen kunde upplevas emotionellt och svårt då ett barn farit illa. Olika känslor såsom ilska, ledsamhet, fundersamhet och sorgsenhet kunde uppkomma. Mötet kunde också kännas påfrestande, hemskt och hotfullt. En BVC-sjuksköterska skildrade mötet med föräldrarna efter en anmälan till socialtjänsten:

« [...] Jag är jätteorolig att dom ska börja anklaga och att jag inte ska orka hålla masken, och bli både ledsen och arg [...]. » (Intervju 3).

BVC-sjuksköterskans upplevelse av otillräcklighet

Flera BVC-sjuksköterskor beskrev på olika sätt hur de upplevt sig otillräckliga i mötet med ett barn som farit illa. De skulle vilja hjälpa de utsatta barnen mer. Vidare upplevde alla otillräcklighet i kontakten med socialtjänsten, som kändes svår och ibland besvärlig. Flera BVC-sjuksköterskor saknade återkoppling från socialtjänsten, vilket ledde till osäkerhet. Vetskapen om att socialtjänsten tagit tag i ärendet underlättade. En önskan om närmre samarbete kunde påvisas i flera intervjuer.

« Det är ju inte lätt det här när barn far illa inte. Det är inte lätt och bemöta det och sedan när man ska försöka och få hjälp. [...] Man får väl inte feedback heller alltid kanske då när man har gjort en anmälan. [...] Då känner man att har dom verkligen tagit tag i det här nu? (Intervju 6).

BVC-sjuksköterskan som barnets ombud i mötet med familjen

Något som framstod i intervjuerna var det tydliga motiv som BVC-sjuksköterskorna upplevde att de arbetade efter. Motivet stod för BVC-sjuksköterskans ansvar och önskan att se till barnets bästa. Motivet innebar en svår arbetsuppgift där BVC-sjuksköterskan ansåg sig vara barnets ombud. En BVC-sjuksköterska beskrev:

« [...] Då ska jag kunna se dom också i ögonen och säga att; Ja, jag gjorde det jag kunde för dig, jag ville verkligen det. Jag skulle inte vilja stå till svars för det motsatta och få frågor; Varför gjorde du inget? [...] Nu är ju jag barnets ombud. Jag sitter här för att jag ska försvara att barnet mår bra. » (Intervju 5).

Upplevelsen av stöd

Att skapa kontakt med familjen

I mötet med familjer där barn farit illa upplevde samtliga BVC-sjuksköterskor att de genom att skapa kontakt med familjerna kunde hjälpa dem och ge stöd. Något som framstod var vikten av att prata med familjen, då samtalet kunde förtydliga vad de behövde hjälp med. Flera BVC-sjuksköterskor upplevde att tidiga insatser var viktigt. En BVC-sjuksköterska beskrev hur hon upplevde att hon kunde skapa kontakt med familjen genom att stötta föräldrarna i anknytningen till barnet.

« Oj vad hon gråter, du ska nog komma lite närmare nu, du får böja dig ännu närmare, hon vill nog att du tar upp henne [...]. » (Intervju 5).

En BVC-sjuksköterska berättade om metoden, Marte meo, som innebär att familjer filmas och det positiva som föräldrarna gör förstärks. På detta sätt upplevde hon kunna stötta föräldrars bemötande av sina barn.

En annan verksamhet där BVC-sjuksköterskorna upplevde att de kunde hjälpa familjer, var föräldragruppen. Där kunde bland annat alternativa metoder till aga presenteras. Flera BVC-sjuksköterskor nämnde dock att familjer som verkligen behövde hjälp inte kom dit av olika anledningar. BVC-sjuksköterskorna hade också upplevt föräldrar som inte velat ha stöd och hjälp, som känt sig kränkta och ansett att BVC lägger sig i. En BVC-sjuksköterska hade däremot upplevt flera föräldrar som blivit lättade när barnet blivit omhändertaget.

Att skapa kontakt med andra nätverk och professioner

BVC-sjuksköterskornas upplevelse av att kunna hjälpa barn som far illa innebar även att ge stöd genom att skapa kontakt med andra nätverk och professioner. De gav förslag på verksamheter såsom öppna förskolor, babycaféer och dagverksamheter.

« [...] Ju fler som ser familjen, som finns och som dom känner trygghet i, ju fler kan ju också stötta när det blir jobbigt [...]. » (Intervju 5).

Att skapa kontakt med andra kunde även handla om att ta upp familjens problem i kommunens stödteam, efter tillåtelse från den berörda familjen. Ett samarbete mellan stödteam, BVC och förskola upplevde BVC-sjuksköterskorna kunde leda till ett ökat stöd åt familjen. BVC-sjuksköterskorna beskrev hur de hjälpt till att ordna med stödfamilj, utökad barnomsorg samt hur de förmedlat kontakt till barnpsykolog, familjecentral och socialtjänst. Två BVC-sjuksköterskor hade erfarenhet av att ingå i en familjecentral, vilket upplevdes underlätta arbetet och stödet till familjerna. Flertalet BVC-sjuksköterskor upplevde att en hjälp till barnet hade varit att anmäla familjen till socialtjänsten. En BVC-sjuksköterska nämnde att barnet alltid ska läkarundersökas vid misstanke om sexuella övergrepp.

Att få stöd

Flera BVC-sjuksköterskor framhöll kollegerna som ett viktigt stöd då de kände till och var insatta i problem som BVC-sjuksköterskan kan möta.

« Sedan har man ju en kollega som man ventilerar mycket med, och bollar fram och tillbaka med, hur man ska göra innan man tar nästa steg [...]. » (Intervju 2).

Barnpsykologen och läkarna upplevdes kunna ge stöd. En BVC-sjuksköterska saknade däremot handledning för personalen. Upplevelsen av att få stöd från förskolepersonal varierade, flera BVC-sjuksköterskor upplevde att den strikta sekretessen mellan de olika verksamheterna försämrade samarbetet. I intervjuerna beskrev samtliga utom en ett upplevt saknat stöd från socialtjänsten. En del framhöll att det även här berodde på den sekretess som finns mellan socialtjänsten och BVC. På en BVC visade det sig finnas riktlinjer för hur mötet ska hanteras med ett barn som far illa, och genom denna handlingsplan kunde BVC-sjuksköterskan uppleva ett stöd.

Diskussion

I föreliggande studie framkom att insikten i att ett barn far illa kan komma genom upplevelsen av tydliga tecken, en känsla hos BVC-sjuksköterskan och tilliten till den egna förmågan. BVC-sjuksköterskorna hade exempelvis upplevt tecken på försummelse och brister i anknytningen. Många tecken som beskrivits i studien överensstämmer med tecken som beskrivits i tidigare forskning (3,4). Kunskap om vilka tecken som tyder på att ett barn far illa är betydande då det kan göra BVC-sjuksköterskor mer uppmärksamma på dessa i möten med familjer. Känslan och tilliten till den egna förmågan hos BVC-sjuksköterskan är möjligen en nödvändighet för att barn som far illa ska få hjälp eftersom ett visst mått av mod kan behövas i mötet med familjerna. Tidigare forskning (26) har visat att en känsla kan vara missvisande, att lita till den innebär en ickevetenskaplig metod som kan sakna objektivitet i bedömningen om ett barn far illa. Denna begränsning gör att BVC-sjuksköterskan bör vara försiktig med att lita till sin känsla i mötet med barn som misstänks fara illa om inte också mer konkreta tecken återfinns. Rowse's (8) ansåg dessvärre att en del BVC-sjuksköterskor varken har självförtroende eller förmåga att agera för de utsatta barnen.

Trots BVC-sjuksköterskornas långa erfarenhet upplevdes deras arbetsuppgifter som svåra. I denna studie framkom upplevelsen av ett emotionellt möte med familjen, i samband med anmälan till socialtjänsten eller när det uppdragats brister i hemmet. Ferguson anser att hembesök är en utmaning och en grundläggande uppgift för dem som arbetar med att skydda barn (18). Hembesök kan verka förebyggande i familjer där barn riskerar att fara illa (16). Anmälningsplikten är som socialtjänstlagen (SFS 2001: 453) föreskriver ett gemensamt samhällsansvar där en anmälan ger socialtjänsten kunskap om missförhållanden. Anmälningsplikten är en skyldighet som BVC-sjuksköterskor har i egenskap av hälso- och sjukvårdspersonal enligt socialtjänstlagen (11) och den kan medföra att barn som far illa har en chans att få hjälp från ansvariga myndigheter som kan trygga barnens uppväxt. I BVC:s verksamhetsroll med misshandlade och försummade barn ingår det att tolka andra tecken än medicinska tecken på att barn far illa (9). Med detta som mål kan inte BVC-sjuksköterskan komma ifrån det emotionella mötet med familjerna eller plikten att anmäla. Önskvärt vore om BVC-sjuksköterskan kunde undgå att känna sig orolig i mötet med familjen. Möjligen skulle det underlätta om två BVC-sjuksköterskor följdes åt vid hembesök. Detta innebär emellertid en resursfråga.

Ett gott samarbete mellan barnhälsovård och socialtjänst för att hjälpa barn som far illa beskrivs som betydelsefullt (9). Denna studie beskriver dock upplevelsen av ett svårt samarbete mellan dessa verksamheter. Flera BVC-sjuksköterskor kunde här känna sig otillräckliga då de ofta saknade återkoppling från socialtjänsten. Även Tingberg (13) anser att den dåliga återkopplingen är besvärande. Återkoppling till BVC efter en anmälan vore önskvärt för att minska BVC-sjuksköterskans otillräcklighet. Sekretesslagen som idag finns mellan olika myndigheter kan hindra en sådan förändring. Likväl skulle en sådan utveckling underlätta för BVC-sjuksköterskan i hennes arbete med barn som far illa.

Forskning kring professioners samverkan exempelvis genom familjecentraler, och utforskande av barnperspektivet (3,9) skulle möjligen leda till ett bättre bemötande av barn som far illa i hemmiljö samt ett ökat självförtroende hos BVC-sjuksköterskan. Lundén (7) beskrev att BVC-sjuksköterskans oro för ett barn kan bagatellisera barnets situation. Det kan anses skrämmande om de egna känslorna skulle få styra och påverka handlingsförmågan. Därför är det väsentligt att BVC-sjuksköterskor inte låter upplevelsen av otillräcklighet ta över. Tyvärr finns endast ett fåtal studier som fokuserar på hur BVC-sjuksköterskors upplever dilemmat med barn som far illa (13).

Barns rättigheter i ärenden där barn far illa kan återkopplas till barnkonventionens sjätte artikel där ett barns liv och överlevnad erkänns samt säkerställandet av barnets utveckling. Även artikel nitton är betydande då den behandlar skyddandet av barn mot våld i hemmet (27). Det är alltid angeläget att hålla fokus på barnet för att kunna skydda det (18). Föreliggande studie visade att genom att arbeta som barnets ombud och för barnets bästa upplevde BVC-sjuksköterskan ett starkt

motiv som kunde hjälpa till att upprätthålla barnets rättigheter. Motivet tyder på en stolthet och drivkraft hos BVC-sjuksköterskan när det gäller att försöka hjälpa ett barn som far illa. Motivet förstärks möjligen ytterligare genom tillfredsställelsen av att ett barn har blivit hjälpt.

BVC-sjuksköterskornas upplevelse av att kunna hjälpa utsatta barn handlade om att stötta familjer främst genom samtal och genom att skapa en kontakt. Stödet som BVC-sjuksköterskan erbjuder kan resultera i ett större självförtroende hos föräldrarna och en större tilltro till den egna förmågan (20,21,28). BVC-sjuksköterskan kan anses ha en unik uppgift i att ge stöd till nyblivna föräldrar eftersom hon har möjlighet att komma familjer nära. Ökad insikt om detta skulle hjälpa BVC-sjuksköterskan att inse betydelsen av att anmäla då hon upptäcker att ett barn far illa.

BVC-sjuksköterskan upplevde att hon kunde skapa en kontakt med andra nätverk/professioner för att ge familjer stöd. Två BVC-sjuksköterskor i studien arbetade som del i en familjecentral, vilket innebar ett lättare sätt för BVC att skapa kontakt åt familjen med andra professioner. En utveckling mot fler familjecentraler skulle troligen öka stödet både till familjer och till professionerna som ingår i verksamheten. Flera BVC-sjuksköterskor angav öppna förskolan som förslag på verksamhet där familjer kan få stöd, vilket tyder på att denna verksamhet är lättillgänglig. Förskolorna har tillsammans med barnhälsovården uppgiften att förebygga och identifiera utsatta barn (9). Föreliggande studie tyder på att det finns ett bra nätverk för familjer vilket är positivt. Flera BVC-sjuksköterskor upplevde emellertid att det inte alltid är de familjer som behöver hjälp som söker sig till dessa nätverk. Frågan är hur de familjerna kan nås?

När det gällde BVC-sjuksköterskornas möjlighet att få eget stöd var närmaste kollegan viktigast. I tidigare forskning framkom vikten av eget stöd (8,17). Upplevelsen av att få stöd från andra professioner varierade. Detta kan tolkas som att BVC-sjuksköterskorna kände sig ensamma/utsatta i arbetsrollen. Med tanke på att BVC-sjuksköterskorna upplevde mötet med vissa familjer påfrestande, kan stödet från omgivningen upplevas tunt. Eget stöd möjliggör reflektion vilket kan utveckla nya sätt att hjälpa utsatta barn (17,18). BVC-sjuksköterskans situation skulle underlättas genom handledningstillfällen med en psykolog vilket överensstämmer med tidigare forskning (13,18). Att studien visade att BVC-sjuksköterskorna inte upplevde något stöd från socialtjänsten/blandat stöd från förskolan var överraskande. Möjligen behöver deras samarbete granskas och förändras. En BVC-sjuksköterska framhöll att hennes vårdcentral hade en handlingsplan som kändes som ett stöd. Genom att utforma handlingsplaner i syfte att använda inför möten med barn som far illa i hemmiljö kan upplevelsen av stöd öka och möjligen påskynda remittering till en barnklinik. Tyvärr kan avsaknaden av handlingsplaner idag riskera en utebliven rapportering till socialtjänsten (13).

Metoddiskussion

Metoden motiveras utifrån att studien fokuserade på upplevelser hos BVC-sjuksköterskor. Därmed krävdes en kvalitativ metod, eftersom man vid en kvantitativ metod inte når samma djup eller kärna i beskrivna upplevelser. En nackdel kan vara att metoden är tidskrävande och att antalet deltagare möjligtvis begränsas mer än vid en kvantitativ metod.

Trovärdighet innebär att det finns ett förtroende för studiens resultat (29). Trovärdigheten i denna studie uppnåddes dels via en noggrann information om studiens syfte till intervjudeltagarna både skriftligt och muntligt, dels via intervjuer med öppna frågor, som ledde till en beskrivning av BVC-sjuksköterskors upplevelser. Genom frågorna fanns det en frihet att ta fram viktiga dimensioner ur egna erfarenheter och värderingar. Ingen tackade nej till en intervju på grund av ämnet, vilket kan betyda att BVC-sjuksköterskorna gärna berättade om sina upplevelser inom detta område. Bra förhållanden säkerställdes så långt som möjligt under datainsamlingen. Detta innebar en miljö med få störningar och väl tilltagen tid för intervjuerna. Dataanalysen skedde systematiskt efter Graneheim och Lundmans metod och författaren hade här en medbedömare vilket höjde resultatets trovärdighet (25).

Tillförlitlighet innebär att resultaten är konsekventa och kan upprepas. Tillförlitlighet stärktes i och med att en frågeguide användes vid intervjuerna. Studiens pålitlighet ökar med en noggrann beskrivning av trovärdigheten (24,29).

Överförbarhet innebär att resultatet kan appliceras i andra sammanhang. Studiens resultat kan möjligen jämföras med en liknande undersökningsgrupp i ett liknande län, vilket medför en viss överförbarhet. Då urvalet utgjorts av en liten grupp kan inte resultatet generaliseras till hela populationen. Att citat användes för att tydliggöra resultatet höjde studiens värde. Inga citat förvängdes (29).

Förslag på vidare forskning skulle kunna innebära att ett större antal intervjuer genomförs med BVC-sjuksköterskor, samt med familjer om deras upplevelser om stöd från BVC. Ytterligare forskning kan belysa behovet av familjecentraler och handlingsplaner samt utveckla förståendet av barnets perspektiv.

Konklusion

BVC-sjuksköterskor arbetar i en komplex verksamhet inkluderande många svåra arbetsuppgifter. Möten med barn som far illa i sin hemmiljö kan upplevas som en sådan. Genom många möten med barn som far illa skapar BVC-sjuksköterskor en erfarenhet som ger en tillit till den egna förmågan att hantera denna svåra arbetsuppgift. Detta ger bättre förutsättningar för att utsatta barn ska få hjälp. Det viktigaste stödet för BVC-sjuksköterskan i denna situation är kollegorna som gör den egna självtilliten starkare, så att nödvändiga beslut om anmälan till socialtjänsten tidigare kan tas. För att underlätta för BVC-sjuksköterskor och minska deras känsla av otillräcklighet, trots lång erfarenhet och kunskap, skulle ett bättre samarbete med andra professioner behöva utarbetas. Familjecentraler skulle kunna betyda mycket för denna samverkan och gemensamma handlingsplaner skulle underlätta arbetet med barn som far illa.

Godkjent for publisering 4.11.2011

Annika Söderman; Distriktssköterska RN, MNSc, Hälsoakademin, Örebro universitet, SE - 701 82 Örebro.

Karin Jackson, Universitetslektor RN, RNT, PhD, Hälsoakademin, Örebro universitet, SE - 701 82 Örebro.

Korrespondans till: Annika Söderman Tel +46 73 6387620,
E-post: annikaer80@hotmail.com

Referenser

- World Health Organization, *World report on violence and health*, World Health Organization, Geneva, 2002.
- Magnusson M, Hagelin E, Sundelin C, Blennov M. Barnhälsovård. Stockholm: Liber; 2009.
- Statens folkhälsoinstitut, *Kartläggning av insatser för barn och ungdomar i risksituationer 2010*, Statens folkhälsoinstitut, Östersund, 2010.
- Fullenkamp Oomens P. Severe failure to thrive in infancy: A case study. *Support line*. 2004; 26 (4): 22-28.
- Killén Heap K. Omsorgssvikt och barnemishandling. En kasusstudie og etterundersøkelse av barn i omsorgssviktsituasjoner. Oslo: Kommune-forlaget; 1988.
- Thompson R, Lindsey M, English D, Hawley K, Lambert S, Browne D. The influence of family environment on mental health need and service use among vulnerable children. *Child welfare*. 2007 September/October; 86 (5): 57-74.
- Lundén K. Förskolebarn som far illa. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, Göteborg; 2000.
- Rowse V. Support needs of children's nurses involved in child protection cases. *Journal of Nursing Management*. 2009; 17: 659-666.
- Statens Offentliga Utredningar, *Barnmisshandel: Att förebygga och åtgärda (SOU 2001: 72)*, Slutbetänkande från kommittén mot barnmisshandel, Stockholm, 2001.
- Söderbäck M. Barns och ungas rätt i vården. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2010.
- Socialtjänstlagen, *SFS 2001: 453*, Riksdagen, Stockholm, 2001.
- O'Reilly R, Wilkes L, Luck L, Jackson D. The efficacy of family support and family preservation services on reducing child abuse and neglect: what the literature reveals. *Journal of Child Health Care*. 2010; 14 (1): 82-94.
- Tingberg B, Bredlöv B, Ygge B-M. Nurses experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17: 2718-2724.
- Bischofberger E, Dahlquist G, Edwinston Månsson M, Tingberg B, Ygge B-M. Barnet i vården. Stockholm: Liber; 2004.
- Kellogg N. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005; 116 (2): 206-210.
- Howard K, Brooks-Gunn J. The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *The future of children*. 2009; 19 (2): 119-142.
- Dawley K, Loch J, Bindrich I. The Nurse- Family Partnership. *American Journal of Nursing*. 2007; 107 (11): 60-67.
- Ferguson, H. Performing child protection: Home visiting, movement and the struggle to reach the abused child. *Child and Family Social Work*. 2009; 14: 471-480.
- Utbildningsdepartementet, *Regeringens proposition 2001/02:14 Hälsa, lärande och trygghet*, Regeringskansliet, Stockholm, 2001.
- Fägerskiöld A. Support of mothers and their infants by the child health nurse: expectations and experiences. Doktorsavhandling, Linköpings University, Linköping 2002.
- Pickering D, Busse M. Disabled children's services: how do we measure family-centred care? *Journal of Child Health Care*. 2010 April 23; 14 (2): 200-207.
- Lundahl B, Nimer J, Parsons B. Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice*. 2006; 16 (3): 251-262.
- Golsäter M, Enskär K, Lingfors H, Sidenvall B. Health counselling: parental-oriented health dialogue, an innovation for child health nurses. *Journal of Child Health Care*. 2009; 13 (1): 75-88.
- Kvale S, Brinkmann S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 2009.
- Graneheim U. H., Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2003; 24: 105-112.
- Ling M.S., Luker K.A. Protecting children: intuition and awareness in the work of health visitors. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 32 (3): 572-579.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human rights. *Convention on the Rights of the Child*, United Nation, Geneva, 1989.
- Mercer R.M. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (A WHONN)*. 2006; 35 (5): 568-582.
- Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. London: Sage publications; 1985.