



EXAMENSARBETE

Våren 2012

Sektionen för hälsa och samhälle
Specialistsjuksköterskeprogrammet
med inriktning mot distriktssköterska
Magisteruppsats 15 högskolepoäng
Avancerad nivå

Distriktssköterskans erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer

Författare

Helena Liljedal

Handledare

Kerstin Samarasinghe

Examinator

Ingemar Andersson

Distriktssköterskans erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer

Författare: Helena Liljedal

Handledare: Kerstin Samarasinghe

Empirisk studie

Datum 2012-03-20

Sammanfattning

Bakgrund: Vetskapen om att barn utsätts för övergrepp, kränkningar eller försummelse berör oss människor starkt. Utsatthet är när en vuxen person utsätter ett barn för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller försummar att tillgodose barnets grundläggande behov. Distriktssköterskans roll i barnhälsovården är att minska skadlig påfrestning för barnföräldrar samt att minska hälsoproblem för barnfamiljen och ge stöd och vård till barn och föräldrar. **Syftet** med studien var att undersöka distriktssköterskans erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer, samt hur distriktssköterskan stödjer och bemöter familjen. **Metod:** Åtta distriktssköterskor intervjuades och kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes för att analysera data. **Resultat:** Studien resulterade i tre huvudkategorier samt nio underkategorier. Huvudkategorierna är: *Utsatthet utifrån ett distriktssköterskeperspektiv. Distriktssköterskan värnar om familjen. Distriktssköterskans engagemang.* **Slutsats:** Distriktssköterskors intervention i arbetet med utsatta barn och deras familjer, kan underlättas genom att tydliggöra deras yrkesansvar för relationen till familjerna. Då skapas förutsättning för att familjerna kommer med barnen till BHV, vilket möjliggör att distriktssköterskan kan värna och stödja barnet och familjen.

Nyckelord: Distriktssköterska, barnhälsovård, utsatta barn, utsatta familjer, relationer, stöd, värna.

District nurses experiences in working with vulnerable children and their families

Author: Helena Liljedal

Supervisor: Kerstin Samarasinghe

Empirical study

Date 2012-03-20

Abstract

Background: The knowledge that children are exposed to child abuse or neglect affects humans strongly. Child maltreatment is when an adult exposes a child to physical or mental violence, sexual assault, abuse or neglect, and failure to meet the child's basic needs. District nurse's role in child health care is to reduce harmful stress on the families with children, and to reduce health problems for families and provide support and care to children and parents. The **Aim** of this study was to explore district nurses experiences in working with vulnerable children and their families, and how the district nurse support and treat the family. **Method:** Eight district nurses were interviewed and a qualitative content analysis with inductive approach was used to analyze data. **Results:** This study results in three main categories and nine sub-categories. The main categories are: *Vulnerability from a district nurse perspective. The district nurses protect the family. District nurse's engagement:* **Conclusion:** District nurse's interventions in daily work with vulnerable children and their families, has to be facilitated by clarifying their professional liability of the relationships with families. That will provide the families to come with their children to the child health care, and enable the district nurses to protect and support them.

Keywords: District nurse, child health care, child maltreatment, vulnerable children, vulnerable families, relationships, support, protect.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	6
SYFTE	12
Specifika frågeställningar	12
METOD	12
Design.....	13
Kontext	13
Urval.....	13
Datainsamlingsmetod.....	14
Dataanalysmetod.....	14
Etiska överväganden och studiens betydelse.....	16
RESULTAT	18
Huvudkategori 1. Utsatthet utifrån ett distriktssköterskeperspektiv.....	18
Fysisk utsatthet.....	19
Psykisk utsatthet.....	21
Omsorgssvikt.....	22
Huvudkategori 2. Distriktssköteskan värnar om familjen.....	23
Lägger grunden för en god relation.....	24
Stödjer barnen och familjen.....	26
Begränsa utsatthet genom anmälan till social myndighet.....	30
Huvudkategori 3. Distriktssköterskans engagemang.....	32
Trivs med arbetet.....	32
Känslomässigt involverad.....	33
Nödvändigt med handledning.....	33
DISKUSSION	34
Metoddiskussion	34
Resultatdiskussion.....	36
Slutsats.....	40

REFERENSER.....41

Bilaga 1 Brev till avdelningsföreståndare/chef

Bilaga 2 Brev till deltagare

Bilaga 3 Intervjuguide

BAKGRUND

Inledning

Få saker berör människor starkare än vetenskapen om att barn far illa, utsätts för övergrepp, kränkning och försummelse. Upprörda känslor över förövarens agerande och samhällets brist på agerande är inte svåra att ta till sig. Ur den vuxnes perspektiv ses barn som värlösa och har behov av omsorg, stöd och skydd och vår naturliga intuition är att hjälpa, lära och värna om barnet (Lundberg 2005). Barns utsatthet är en betydande hälso- och social fråga med tanke på förekomsten i hela befolkningen i allmänhet, och konsekvenserna det får för barnen både på kort sikt och på lång sikt. Därför är det nödvändigt för barnhälsovården, att genom sitt arbete, samarbeta med andra professioner för att identifiera, förebygga och skydda barn som lever i familjer där de löper risk för att bli utsatta (Jack 2010)

Distriktssköterskor i barnhälsovården (BHV) har ett ansvar att minska skadlig påfrestning för barnföräldrar och hon skall stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap och genom det skapa goda betingelser för en god utveckling för barn. Hon skall även minska hälsoproblem för barnfamiljen och ge stöd och vård till barn och föräldrar (Falck 2007).

Utsatthet

Det finns ingen tydlig definition av begreppet utsatthet, då det kan yttra sig på många olika sätt. Det kan vara barn som lever i riskmiljöer i hemmet, där de lever i risk för att bli utsatta. Det kan även omfattas av hela familjens fysiska, psykiska och sociala levnadsförhållanden. Enligt en rapport från Folkhälsoinstitutet Määttlä & Pia Kvillemo(2010) finns inga säkerställda uppgifter om hur många barn och ungdomar som lever i en utsatt hemsituation i Sverige. Enligt en kanadensisk studie av Jack (2010) är vanvård av barn en betydande hälso- och social fråga med tanke på prevalensen i befolkningen.

I Sverige används uttrycket utsatta barn vad gäller barn som lever i risksituationer, barn som löper risk att bli utsatta för misshandel och vanvård av föräldrar eller vårdnadshavare (Fernstedt 2011, Jansson 2010). Enligt Lundberg (2005) används följande benämningar: Utsatta barn, Barn som far illa, barn i riskzon, barn med psykosocial problematik, barn i behov av särskilt stöd, barn till riskföräldrar, barn till omsorgssviktande föräldrar, psykosocialt utsatta barn, barn från psykosociala

riskmiljöer, barn i fara, barn från utsatta barndomsförhållanden samt barn med känslomässiga svårigheter orsakade av ogynnsamma uppväxtvillkor. De konstaterar att utsatthet knappast är ett vetenskapligt begrepp, men att det i hög grad innefattar normativa föreställningar som ändras och varierar med historiska, sociala och kulturella villkor. Kommittén mot barnmisshandel arbetade på uppdrag av regeringen, och definierade år 2001 barnmisshandel enligt följande: När en vuxen person utsätter ett barn för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller försummar att tillgodose barnets grundläggande behov (Jansson 2010, Ahlqvist 2010, Lundberg 2005).

Världshälsoorganisationen WHO definierar utsatthet hos barn: ”*All forms of physical and/or emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment or commercial or other exploitation resulting in actual or potential harm to the child’s health, survival, development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust, or power.*” (WHO 2002).

Barns utsatthet indelas vanligtvis i fem olika grupper: 1. Fysiska övergrepp. 2. Sexuella övergrepp. 3. Försummelse eller vanvård. 4. Emotionell kränkning. 5. Exploatering. När barnets hälsa skadas eller dess naturliga utveckling hindras, far barnet illa. Fysisk misshandel kan vara att slå, sparka, nypa eller på andra sätt skada barnet fysiskt. Psykisk misshandel kan vara hot, hån, nedvärdering, utfrysning, orimliga bestraffningar eller att på andra sätt kränka barnet. Det kan också vara att bland annat låsa in barnet eller att det tvingas se på när en anhörig utsätts för våld. Vid sexuella övergrepp förstås alla sexuella handlingar som sker mot någons vilja. En sexuell handling med ett barn är alltid ett övergrepp. Att barnet inte får tillräckligt god omsorg innebär, att barnet inte får mat, kläder, sjukvård, utbildning, omtanke eller på annat sätt inte sköta om barnet eller lyssna till det enskilda barnets behov (Jansson 2010, Lundberg 2005, Ahlqvist 2010). Enligt Jack (2010) innefattar vanvård av barn att bli skadad av någon som barnet litar på eller är beroende av. Skadan kan ske antingen genom maktutövande vilket innefattar fysisk, känslomässig eller sexuell misshandel eller genom försummelse som innefattar fysisk försummelse, känslomässig försummelse, brist på uppfostran och att bli vittne till misshandel. Detta kan leda till fysisk, känslomässig, social och kognitiv försvagning som kan vara hela livet. I en finsk studie av Paavilainen & Tarkka (2003) med fokus på barnmisshandel beskriver författarna att våld mot barn är både fysisk och känslomässig. Fysisk misshandel syftar till handlingar som kan skada barnets fysiska funktioner både

tillfälligt och permanent. Känsломässig misshandel innefattar att barnet blir terroriserat, kritiserat, förnedrat, förlöjligat eller isolerat. Det innefattar även vårdnadshavarens brist på förståelse för barnet. Försummelse innebär att barnet inte tas om hand av vårdnadshavaren, barnets grundläggande behov både fysiskt och psykiskt försummas.

Utsatta hemsituationer definieras som sviktande stöd från föräldrar eller vårdnadshavare, vilket kan bero på flera olika saker missbruk, psykisk ohälsa, kognitiva svårigheter, kriminalitet eller våld i familjen. I många familjer spelar flera olika riskfaktorer in, detta gör det svårt att få en samlad statistik över hur många barn som lever i utsatta familjer. Med hänsyn till denna bakgrund kan barn och ungdomar behöva olika typer av insatser. Om någon i familjen har svåra problem påverkar det alla i familjen, det ökar risken för att barn och ungdomar utvecklar egna problem som kan leda till bland annat psykisk och fysisk ohälsa (Määttlä & Pia Kvillemo 2010). Vid ohälsa och sjukdom är det inte bara individen som påverkas utan alla medlemmar i familjen påverkas (Wright, Watson & Bell 2002).

När en förälder eller vårdnadshavare brister i sin förmåga att tillgodose sina barns behov innebär det dessutom störningar i familjens relationer och sätt att fungera i vardagen. Den bristande omsorg, otrygghet och oförutsägbarhet som barnet upplever i en sådan situation kan få allvarliga konsekvenser för barnets senare utveckling. Reaktionen kan variera från beteendesyntom till kroppsliga symtom och kan bestå av t.ex. koncentrationssvårigheter, trötthet, nedstämdhet, försenad utveckling av motorik och språk, aggressivitet, huvudvärk och magont, humörsvängningar, hyperaktivitet och ängslighet Määttlä & Pia Kvillemo (2010). I studien av Paavilainen & Tarkka (2003) säger distriktssköterskorna att de ser tecken i barnens beteende och uppträdande på att barnen är misshandlade, det märks även i familjens beteende. Barnet har ofta svårt för att samarbeta, det kan även visa sig i psykosomatiska åkommor som magont och huvudvärk. Det mindre barnet är ofta rastlöst och vägrar bli undersökt på BHV. Det kan synas tydligt genom märken på kroppen och att barnet är vanvårdat det vill säga smutsigt och är illa klätt. Barnet tyr sig inte till den medföljande föräldern det är känsломässigt laddat, kan vara överkänsligt och ängsligt. Vidare beskriver Paavilainen & Tarkka (2003) att distriktssköterskornas roll i att identifiera barnmisshandel delades upp i två kategorier, verktyg för att identifiera barnmisshandel och markörer som visar på övergrepp mot barn. När det gäller verktyg för att identifiera vanvård ingår förvärvad

kunskap om interaktiva färdigheter, intuition och sjuksköterskans förmåga att hantera problematiska situationer. Distriktssköterskorna identifierade barnmisshandel i barnets beteende och i familjens beteende.

Stödinsatser

Enligt socialtjänstlagen skall samverkan ske mellan mödra-, barn- och skolhälsovård, förskole- och skolpersonal, vad gäller samarbete kring att barn växer upp under trygga och goda förhållanden (SoL 2001). Regeringen gav 2009 Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att kartlägga kommunernas insats beträffande barn och ungdomar i risksituationer. Samspelet mellan riskfaktorer och skyddsfaktorer har avgörande betydelse. Skyddsfaktorer som nämns rör ofta individen, familjen och samhället. I sina bedömningar skall de som arbetar professionellt med barn i utsatta situationer, utgå från barnets bästa när hjälp och stödinsatser planeras (Määttlä & Pia Kvillemo 2010). Samarbete kring barns utsatthet bör ske mellan hälsovården och socialtjänsten och de har ansvar att utveckla förebyggande insatser och program. Ett program har visat sig ha god effekt i det förebyggande arbetet. Det är ett sjuksköterske - familj samarbete (NFP Nurses - Families Partnership), där sjuksköterskorna gör täta hembesök de första två åren efter barnets födelse. Genom hembesöken stödjer distriktssköterskan föräldrarna i föräldraskapet och stödjer familjen till en förändrad inställning till barn och barnuppfostran (Jack 2010).

Under de senaste åren har flera kartläggningar av insatser för utsatta barn och ungdomar genomförts (Määttlä & Pia Kvillemo 2010, Lundberg 2005). Det finns olika typer av insatser bland annat gruppverksamhet för barn, stödsamtal, krissamtal, stöd i hemmet, riktade föräldrastödsprogram, insatser som involverar hela eller delar av familjen inklusive barnet, verksamhet för att stödja föräldrar/vårdnadshavare, familj eller familjens nätverk. Verksamheten utförs av bland andra barnhälsovård, skolhälsovård, socialtjänsten och barn och ungdomspsykiatrin. Insatserna för barn och deras föräldrar bör grundas på utförliga utredningar av föräldrarnas förmåga och barnens möjligheter att utvecklas. Familjerna behöver resurser och stöd. Dessutom bör föräldrarna få utbildning och återkommande träning. I Kartläggningen av Määttlä & Pia Kvillemo (2010) framkom att god kunskap fanns om socialtjänstens identifiering och stöd till utsatta barn och deras familjer. Det framkommer mindre kunskap om barnhälsovårdens

arbete vad gäller identifiering och stöd till barnen och familjerna. Det visade sig att insatserna fanns inom fler områden bland annat inom distriktssköterskans verksamhetsområde i barnhälsovården samt i de kommuner som har familjecentraler.

Distriktssköterskans arbete i barnhälsovården

Enligt distriktssköterskans Kompetensbeskrivning (Gunnarsson et al. 2008) skall distriktssköterskan praktisera en helhetssyn som innefattar miljön individen lever i. Distriktssköterskan möter och vårdar människor i alla åldrar och utvecklingsstadier, hennes roll är att skapa relationer som är till stöd för patientens autonomi, integritet och delaktighet. Mötet med individen och dennes familj måste ske med närvaro, lyhördhet, ärlighet och bekräftelse. Tillsammans med individen och eller familjen skall distriktssköterskan undersöka, analysera och bedöma hela familjens hälsosituation, med hänsyn till närmiljö och samhällliga aspekter. Vidare bör distriktssköterskan undersöka, analysera och bedöma familjens behov av vård i såväl grundläggande som avancerad omvårdnad i komplexa situationer, både vad gäller sjukdomsbild och vad gäller sociala sammanhang.

Barnhälsovård erbjuds till alla barn i Sverige i åldern 0-6 år (Reboia 2009). Genom den verksamhet som finns på BHV har distriktssköterskan goda möjligheter att vara ett stöd för barnfamiljer. Enligt nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården Falck (2007) beskrivs att distriktssköterskor på BHV spelar en betydande roll vad gäller arbetet som utförs på BHV eftersom det är hon som utför det mesta av barnhälsovårdens arbete. BHV sjuksköterskan arbetar utifrån en hälsopedagogisk helhetssyn, hon stödjer föräldrarna aktivt och stärker deras tilltro till sin egen kunskap och förmåga att lösa problem. På BHV erbjuds barnfamiljerna ett generellt basprogram med hälsoövervakning. Det är viktigt med individuella kontakter med BHV- sjuksköterskan där familjerna kan få stöd och rådgivning utifrån deras behov. Hembesök erbjuds till familjerna så snart som möjligt efter hemkomsten från BB (Falck 2007). Utbildning av distriktssköterskor gällande barns utsatthet kunde utvecklas mer, genom att införliva mer tillämpad kunskap rörande insatser till familjer som upplever vanvård av barn. Utveckling bör ske både i omvårdnaden och genom praxis i arbetet med högriskfamiljer (Paavilainen & Tarkka 2003).

Familjefokuserad omvårdnad

Familjefokuserad omvårdnad omfattar hur familjen och sjuksköterskan upplever, uppfattar och hanterar omvårdnadsrelationen mellan dem. Det vill säga att när en bedömning ska göras av en familjs upplevelse av sjukdom/ohälsa blir den bristfällig om den inte omfattar en djupgående förståelse av de föreställningar de enskilda familjemedlemmarna har.

Sjuksköterskans egen förståelse av dennes kliniska strategi, blir på samma sätt ofullständig utan en ingående kunskap om vederbörandes syn på familjer, ohälsa/sjukdom, förändring och sin egen roll. De personliga föreställningarna familjen och individen har, blir aldrig så bekräftade, så ifrågasatta eller så hotade som när ohälsa/sjukdom uppstår. Familjers sätt att anpassa sig, kontrollera och hantera ohälsa/sjukdom kommer ur deras föreställningar om det särskilda problemet. Att se familjer som resurser i stället för att se på det sjuka är viktigt i det behandlande arbetet. Familjer har resurser och färdigheter för att lösa sina problem (Wright, Watson & Bell 2002).

Synen på vad en familj är har också betydelse för hur vi bemöter utsatta familjer på BHV. Wright, Watsson & Bells (2006) synsätt vad gäller familjefokuserad omvårdnad är att familjen består av dem som säger sig tillhöra den. Det är viktigt som vårdpersonal att överge att kalla familjer för dysfunktionella och i stället fokusera på familjen som resursstark. De menar att det hindrar personalen från att få en tydlig bild av problemet, genom att sätta samma etikett på en mångfald av svårigheter.

Då syftet med denna studie är att undersöka distriktssköterskans erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och dess familj, läggs fokus både på barnet och på familjen. Fokus ligger även på hur distriktssköterskan stödjer barnen och familjerna och hur hon bemöter dem. På grundval av kartläggning kring barns utsatthet och de studier som gjorts kring barns utsatthet och vilka konsekvenser det får för barnen, familjen och samhället är det viktigt att det finns kunskap om distriktssköterskornas erfarenhet av att arbeta med dessa barn och deras familjer. Kartläggningen gällande identifiering av utsatta barn och deras familjer i Sverige är främst gjord av sociala myndigheter. Även riktlinjer för barnhälsovården vad gäller arbete med barnen och familjerna grundar sig på kartläggningar från sociala myndigheter. Därför är det av yttersta vikt att undersöka distriktssköterskans egna erfarenheter av området, dels för att belysa deras syn på

fenomenet, hur hon bemöter och stödjer familjerna och dels som blivande distriktssköterska att bättre kunna införliva kunskapen i praktiken.

SYFTE

Syftet var att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer.

Specifika frågeställningar

Hur bemöter distriktssköterskan barnen och familjerna?

Hur stödjer distriktssköterskan barnen och familjerna?

METOD

Design

Då författaren önskade fördjupa sina kunskaper och få en bättre förståelse för distriktssköterskans erfarenhet av arbetet med utsatta barn och deras familjer valdes en empirisk studie med kvalitativ ansats. Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på beskrivning av fenomen, tolkning av texter och identifiera skillnader och likheter i texter. Vid kvalitativa undersökningar skall forskaren utföra ett stort antal uppgifter allt från att intervjua till intensiv reflektion och självakttagelse (Polit & Beck 2008).

Kontext

Studien genomfördes på fyra vårdcentraler i västra Blekinge och en vårdcentral i Kronoberg samt två familjecentraler i Kronoberg. Vårdcentralerna i västra Blekinge ligger i medelstora städer och upptagningsområdet kunde vara från hela staden. Med hälsovalet kunde det dock även finnas familjer som besökte barnhälsovården som bodde på landet. Familjecentralerna låg en i storstad och en i mindre stad. På familjecentralerna fanns BHV, MHV, socialsekreterare, barnhälsovårdspedagog, läkare och öppen förskola. Familjecentraler har flera professioner som har ett nära samarbete med varandra, dessa är barnhälsovård som är bemannad av distriktssköterskor, mödrahälsovård, barnhälsovårdspedagog, socialsekreterare och öppen förskola. När BHV sköterskan behövde kontakta de andra yrkeskategorierna kunde hon gå direkt till dem. Två av vårdcentralerna hade samma professioner under samma tak som familjecentralerna. Övriga vårdcentraler hade tillgång till MHV mödrahälsovården,

socialsekreterare, barnhälsovårdspedagog och läkare. Vårdcentralerna hade också samarbete med de andra yrkeskategorierna, men eftersom de fanns i andra lokaler i kommunen var de inte lika tillgängliga som på familjecentralerna.

Urval

Kontakt togs med sju vårdcentraler i Blekinge, tre familjecentraler i Kronoberg samt tre familjecentraler i Skåne, genom att skicka mejl till verksamhetscheferna (Bil.1). Därefter togs telefonkontakt med verksamhetscheferna efter uteblivna mejlsvår. Cheferna var tillmötesgående men tyckte inte det var deras sak att bestämma, de menade att det var bättre att ringa direkt till distriktssköterskorna för en inbjudan. Därför kontaktades eventuella deltagare direkt genom telefonkontakt. Deltagare som samtyckte att medverka i studien fick därefter inbjudan genom mejl (Bil.2).

Distriktssköterskan som ingick i pilotstudien, arbetade i skolhälsovården men hade arbetat sex år på BHV och hade erfarenhet av att arbeta inom området som skulle studeras. Sju distriktssköterskor från barnvårdcentraler och familjecentraler i Blekinge och Kronoberg gav sitt medgivande om att delta i studien. Sammanlagt blev det åtta deltagare. Fem deltagare arbetade på barnvårdcentraler och två på familjecentraler. Eftersom denna studie har fokus på hela familjen vad gäller utsatta barn, var det av interesse att intervjua distriktssköterskor som arbetar på familjecentraler som är mer familjecentrerade detta för att få en större bredd i intervjuerna.

Distriktssköterskorna från östra Blekinge som bjöds in önskade inte delta på grund av tidsbrist, en av de inbjudna hade precis börjat i tjänsten och tyckte att hon hade för liten erfarenhet. Distriktssköterskorna från Blekinge som önskade delta, kommer därför samtliga från västra delen. Bland inbjudna från tre familjecentraler i Skåne var det ingen som önskade att delta i studien, eftersom BHV under tiden datainsamlingen ägde rum höll på att införa nytt datajournalssystem.

Distriktssköterskorna som gav sitt medgivande om att delta i studien fick frågan om erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer. Samtliga uppgav att de hade erfarenhet av området, att de mötte det nästan dagligen i sitt arbete och inkluderades därför. Distriktssköterskorna var i åldern trettiofem till sextio och hade arbetat med barnhälsovård mellan sex och trettio år.

Datainsamlingsmetod

Som datainsamlingsmetod användes intervjuer med deltagarna. De åtta intervjuerna ägde rum på deltagarnas arbetsplatser i lugn och för deltagarna känd miljö. Samtliga intervjuer spelades in på Mp3 spelare. Varje intervju var mellan 50 till 70 minuter lång och ägde rum under september till november 2011.

Enligt Polit & Beck (2008) är den mest lämpliga metoden för att samla in material till undersökningar är genom personliga intervjuer ansikte mot ansikte. Personliga intervjuer betraktas som den bästa metoden för datainsamling på grund av den kvalitet av information det ger. Forskaren förbereder sig för intervjuer genom att sätta sig in i området som skall studeras och genom att utveckla de breda frågorna som behöver ställas (Polit & Beck 2008).

En pilotstudie genomfördes som vägledning för övriga intervjuer. Distriktssköterskan fick berätta fritt om sina erfarenheter, genom att endast syfte och frågeställningarna användes. Pilotstudien skickades för granskning av handledare som bedömde kvaliteten tillräckligt god för att ingå i studien. Efter pilotstudien gjordes en intervjuguide för att om möjligt få ut än mer bredd i intervjuerna (Bil. 3). Intervjuguiden användes endast som stöd, många av frågorna besvarades under deltagarnas berättelse. Dock fick samtliga svara på de inledande frågorna och avslutningsfrågorna.

Dataanalysmetod

Analysen av intervjumaterialet genomfördes som en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Enligt Lundman & Graneheim (2010) används kvalitativ innehållsanalys för att undersöka och tolka texter, såsom utskrifter och bandade intervjuer och är utvecklad för att hantera stora mängder data. Induktiv ansats är en förutsättningslös analys av texter vilken baseras på människors berättelser om deras upplevelser.

Intervjuerna skrevs ut ordagrant och lästes noggrant igenom flera gånger. Därefter analyserades varje intervju var för sig enligt manifest analys. Meningsbärande enheter som motsvarade syftet och frågeställningarna i studien identifierades, för att därefter kortas ned i

kondenserad meningsenhet (Lundman & Graneheim 2010). För att inte missa innehållet lästes de kondenserade meningsenheterna igenom noggrant, för att abstraheras och kodas.

Därefter studerades koderna noggrant igenom för att finna likheter och skillnader. För att få mer tydlighet över vilka koder som hörde ihop användes olika överstrykningsfärger. Författaren reflekterade ytterligare över koderna innan de parades ihop och bildade underkategorier. Underkategorierna kondenserades ytterligare för att få fram än mer tydlighet och bildade huvudkategorier. Tabell 1. ger en tydligare bild av hur analysarbetet har gått till.

Manifest analys har att göra med innehållet i texten, det som sägs, det uppenbara.

Meningsenhet är ord och meningar som har med syftet och frågeställningen att göra.

Kondenserad meningsenhet är en process där meningsenheten förkortas samtidigt som kärnan i meningarna behålls. Att abstrahera betonar beskrivningar och tolkningar på en högre logisk nivå. Latent analys har att göra med analysen av vad texten handlar om, en vidare tolkning av vilken innebörd den underliggande texten har (Graneheim & Lundman 2003).

Tabell 1.

Illustration över meningsenheter, kondenserade meningsenheter och koder.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Jag hade en mamma som kom med sitt barn och sa att pappan har slagit mitt barn Men det här var uppenbart hon talade om och flickan hade blåmärken i ansiktet.	En mamma berättade att pappan slagit dottern hon hade blåmärken i ansiktet	Tydliga tecken på misshandel	Fysisk utsatthet	Utsatthet utifrån ett distriktssköterskeperspektiv
Min viktigaste roll är att försöka se bakom fasaden att man ger föräldrarna chansen att vara föräldrar och att jag kan inge det förtroende så att dom vågar berätta om och när dom har problem att dom vågar att säga hur det faktiskt är. Det är tilliten att dom vågar säga att ”det här tycker jag är jättesvårt”. (d6)	Viktig roll att ge föräldrarna förtroende så de vågar berätta om de har problem, att de har tillit och vågar säga till när de har det svårt	Ge föräldrar förtroende så de vågar be om hjälp. Att de har tillit till dsk.	Att lägga grunden för en god relation	Distriktssköterskan värnar om familjen.
Vi har ett nätverk, ett väldigt bra nätverk för riskfamiljer, med familjepedagoger, är det	Distriktssköterskan erbjuder familjen kontakt med nätverk i kommunen för riskfamiljer. Det finns	Distriktssköterskan erbjuder familjen kontakt med familjepedagog	Samordnat stöd	Distriktssköterskan värnar om familjen.

någon familj där man känner att de behöver någon stöttning, så föreslår ju vi, att familjen själv tar kontakt med familjepedagogen eller barnhälsovårdspsykologen som finns här på BVC.(d3)	både familjepedagoger och barnhälsovårdspsykologer som finns på BVC	eller barnhälsovårdspsykiolog		
Målet är att föräldrarna skall känna sig tryggare i sin föräldraroll, och att jag kan stödja dem att lita till sin egen kompetens. Jag får dem att tro att dom är bra föräldrar på sitt sätt och att man kan få ge dem det där lite extra liksom....(d 2)	Målet är att få föräldrarna att känna sig trygga i sin föräldraroll och att stödja dem att lita på sin egen kompetens	Stödja föräldrarna att tro på sin egen förmåga	Att ge emotionellt stöd	Distriktssköterskan värnar om familjen.
Det blir lättare, det har varit svårt, det är ett obehag och man är lite orolig hur man skall säga saker och ting och vad jag ser..jag tycker det är det svåraste nästan...men ändå kan jag känna...jag tycker om att jobba med detta och möta dem här familjerna och jag känner att jag kan vara någon för dem här familjerna. (d 2)	Även om det är svårt och jag känner obehag att möta föräldrarna och säga rätt saker, så tycker jag om att jobba med familjerna och hjälpa och stötta dem,	Svårt och kan känna obehag men trivs med att jobba med familjerna och ge dem hjälp och stöd.	Känslomässigt involverad	Distriktssköterskans engagemang

Etiska överväganden

Hänsyn togs till att en del av deltagarna tyckte ämnet var känsligt. De var oroliga för att bli avslöjade när de berättade om konkreta fall, samt särskilda områden vissa distriktssköterskor arbetade med. Genom brevet som skickades till deltagarna (Bil 1), samt på plats före intervjun betonades, att inga berättelser återges så att identitet, personer eller plats kan röjas och att deltagandet var frivilligt. Lundman & Graneheim (2010) beskriver att deltagandet måste vara frivilligt och att deltagarna närsomhelst har rätt att avbryta eller be att få utgå ur studien. Polit & Beck (2008) betonar att då antalet deltagare vid kvalitativa studier är få, måste betydande hänsyn tas till deltagarnas identitet, samt skydda informationen som ges från möjligheten att identifiera personer genom innehållet.

Information från deltagarna har behandlats konfidentiellt. Intervjuerna ägde rum i lokaler föreslagna av deltagarna, de inspelade intervjuerna kommer inte innehålla någon information som avslöjar deras identitet. Utskriften av intervjuerna avslöjar inte heller deltagarens identitet. Språkbruk såsom namn på städer och verksamhet har tagits bort. Känsliga frågor ställdes senare i intervjuerna. Enligt (Polit & Beck 2008) är det viktigt att ställa känsliga frågor sent i intervjun när relation har uppstått. Tillstånd att genomföra studien söktes genom etisk ansökan till högskolan i Kristianstad tillsammans med studiens projektplan.

Studiens betydelse

Som beskrivits ovan enligt distriktssköterskans Kompetensbeskrivning Gunnarsson et al (2008) skall distriktssköterskan undersöka, analysera och bedöma hela familjens hälsosituation både i grundläggande som i avancerad omvårdnad i komplexa situationer. Området som skall studeras i denna studie är komplext, men viktigt att belysa med tanke på distriktssköterskans verksamhetsområde som är både relationsskapande, förebyggande och hälsofrämjande.

RESULTAT

Analysen av det insamlade materialet resulterade i tre huvudkategorier och nio underkategorier, vilket redovisas i Tabell 2. För att levandegöra deltagarnas erfarenheter stärks resultatet genom citat från deltagarna.

Tabell 2. Översikt över huvudkategorier och underkategorier

Huvudkategorier	Underkategorier
Utsatthet utifrån ett distriktssköterskeperspektiv	Fysisk utsatthet Psykisk utsatthet Omsorgssvikt
Distriktssköterskan värnar om familjen	Lägger grunden för en god relation Stödjer barnen och familjen Begränsa utsatthet genom anmälan till social myndighet
Distriktssköterskans engagemang	Trivs med arbetet Känslomässigt involverad Nödvändigt med handledning

Utsatthet utifrån ett distriktssköterskeperspektiv

Distriktssköterskorna identifierade utsatthet genom sitt arbete inom BHV. Enligt distriktssköterskorna kunde utsatthet yttra sig på många olika sätt och omfattades enligt dessa av fysisk utsatthet, psykisk utsatthet och omsorgssvikt. Familjer som kunde komma ifråga vad gäller utsatthet var föräldrar med svag begåvning, föräldrar med missbruk, föräldrar med psykisk sjukdom, familjer som var social utsatta, flyktingfamiljer, familjer där det förekom sexuellt missbruk, familjer med förälder i fängelse. Utsatthet kunde vara begränsat till att familjen enbart behövde lite stöd och uppmuntran från distriktssköterskan för att familjen skulle fungera. Utsatthet kunde också vara omfattande och krävde då stora insatser av distriktssköterskan. Samtliga distriktssköterskor i studien menade, att flera olika faktorer samverkar vid utsatthet och påverkar hela familjen på många olika plan. Om föräldrarna till

exempel har missbruksproblem var det vanligt förekommande med omsorgssvikt tillsammans med social och ekonomisk utsatthet. Distriktssköterskorna menade att det var kännetecknande för många av dessa familjer att de hade svårt att komma till avtalad tid till BHV. Ett stort problem var också, att familjerna flyttade ofta, vilket medförde att barnen blev utsatta då det ibland kunde gå år emellan utan att BHV visste om att familjen fanns på orten. När familjerna fick problem med myndigheterna på en ort flyttade de till en annan ort, vilket många gånger resulterade i att de ”föll mellan stolarna”. Distriktssköterskornas erfarenhet var att det märktes på barnens beteende och mående, att barnen visade utåt hur familjen mådde.

Distriktssköterskorna upplevde att det krävdes erfarenhet för att våga se och våga fråga föräldrarna när de såg att barnen och familjen var utsatta.

Fysisk utsatthet

Distriktssköterskorna såg ibland fysisk utsatthet vad gällde både barn och mammor. De flesta av dem hade sett flera mammor som hade blivit misshandlade av papporna. Det var inte alltid att de hade sett det själva, men mammorna hade berättat det, oftast på EPDS samtalen.

Edinburgh Postnatal Depression Scale som är särskilda samtal som BHV erbjuder alla mammor två månader efter förlossning för att upptäcka post partum depression. De upplevde också att barnen for illa när mamman blev slagen även om barnen inte blev slagna.

”Ja några har berättat att dom blir misshandlade till exempel och då far ju barnen illa. Sedan ringde hon en dag till mig och sa att han hade slagit henne hon var misshandlad. Hon fick inte ha någon kontakt med sina föräldrar, och hon fick inte ha någon annan kontakt med nån annan överhuvudtaget (d2)”.

”Jag hade en härförleden som jag misstänkte att hon var slagen och jag frågade henne, men hon ville inte berätta det först, men sen så kom det fram, men hon intygade att han aldrig hade slagit barnet (d8)”.

När mamman blev misshandlad kunde distriktssköterskan se olika varningstecken som att pappan följde med till BVC varje gång och aldrig lät mamman få komma till tals.

”Pappan var med varje gång och jag upptäckte att det var ett kontrollbehov hos pappan hela tiden, han vågade aldrig låta mamman själv berätta. Där var det ett fall där hon blev riktigt misshandlad...(d3)”

Några av distriktssköterskorna hade sett tydliga tecken på fysisk misshandel av barn såsom brännmärken efter cigaretter och tydliga märken efter slag. De upplevde också att barnen löpte risk att bli slagna om mamman blev slagen.

” Sen blev det så att han knuffade henne så hårt att hon höll på att tappa barnet. Så hon tog barnet med sig mitt i vintern och rusade till en granne (d5)”

”Jag hade en mamma som kom med sitt barn och sa att pappan har slagit mitt barn, men det här var uppenbart hon talade om och flickan hade blåmärken i ansiktet. Jag hade en mamma där han slog både mamman och barnet det var så uppenbart (d7).”

Flera av distriktssköterskorna betonade även kulturella skillnader i synen på att slå barn. Många invandrarfamiljer kunde råka illa ut på grund av att de var vana vid, att barn kunde få en örfil eller ett slag i rumpan i deras hemländer utan att någon reagerar, för att det var vanligt i samband med barnuppfostran i deras hemländer.

”Pappan gav sitt barn en örfil utanför dagis Han blev så anmäld, polisanmäld och mamman var ju helt förtvivlad hon förstod ju ingenting (d7)”

Fysisk utsatthet innebar även sexuellt missbruk av barn, dock inte enbart fysisk utsatthet utan även kränkning och psykisk utsatthet. Det var inga av distriktssköterskorna som hade sett eller upptäckt det själva. Men någon av dem hade haft barn som var utredda genom socialen.

”Men sexuellt missbruk har jag inte sett själv. Det var på dagis barnet hade berättat och jag kände dem också och dagis ringde och det var ju så hemskt (d2)”

Distriktssköterskorna tyckte att det är viktigt att klä av barnen när de var på BH, för att om möjligt upptäcka och se fysisk utsatthet.

Psykisk utsatthet

Nästan alla de intervjuade distriktssköterskorna hade erfarenhet av barn eller familjer som var psykiskt utsatta. Bland dessa familjer menade samtliga distriktssköterskor att flyktingfamiljer var utsatta, genom att de i väntan på besked om asyl, inte visste vad som skulle hända, vilket hade till följd att föräldrarna mårde dåligt psykiskt och hade svårt att ta hand om sina barn. Föräldrarnas oron överfördes till barnen, som då kände sig oroliga och otrygga.

”Mycket är ju dom här invandrarfamiljerna. Mamman och pappan är oroliga för vad som skall hända och det avspeglas på barnen också så klart. Det kan vara pappan mår jättedåligt blir psykiskt sjuk det har jag sett, på grund av att man inte vet om man får stanna i Sverige då blir hela familjen ju väldigt utsatt. (d4).

I familjer där hot och mycket bråk förekom upplevde distriktssköterskorna att barnen mårde dåligt, och var rädda och otrygga. Några av distriktssköterskorna hade erfarenhet av föräldrar som var hotfulla och bråkade även vid besök på BHV.

”Föräldrarna märkte inte barnen i det skedet när dom var här och bråkade ingen av dom märkte det. Barnen var rädda och på det sättet var dom utsatta. Det var två små barn inblandade i det hela också som skrek hela tiden..dom blev ju livrädda (d6)”.

Flera distriktssköterskor hade erfarenhet av familjer där föräldrarna hade diagnoser och psykisk sjukdom, vilket ledde till att föräldrarna hade svårt att ta hand om barnen som för väldigt illa.

”Jag gjorde hembesök hos en nyinflyttad familj, föräldrarna hade båda ganska stark psykisk ohälsa och kommer till ett totalt kaos...alla som hade sett barnen såg hur illa dom för(d5)”.

Omsorgssvikt

Distriktssköterskornas erfarenhet av omsorgssvikt var, att det var vanligt förekommande hos föräldrar med missbruksproblem, hos psykiskt sjuka föräldrar och hos föräldrar med svag begåvning. Det syntes på barnen, att de var smutsiga, kläderna kunde vara smutsiga, de fick

ofta inte tillräckligt med mat och de fick inte den kärlek och omsorg de behövde. Distriktssköterskorna såg även brist på anknytning mellan mamman och barnet som omsorgssvikt. De betonade att en god anknytning mellan föräldrar och barn var nödvändig för barnets utveckling, samt hur mamman tog hand om barnet i fortsättningen.

”Där tittar jag mycket på anknytning och att barnet är helt och rent, att det inte är någon omsorgssvikt. Det är det jag ser och tittar på. Att dom tar hand om sitt barn bra och att det fungerar i vardagen, att det finns rutiner, att det grundläggande fungerar med mat och blöjbyten (d4)”.

Omsorgssvikt var enligt distriktssköterskorna också vanligt hos föräldrar som själva hade haft en trasslig barndom, som själva hade lidit brist på kärlek och omsorg. Distriktssköterskornas erfarenhet var att det många gånger var ensamstående mammor bland dessa föräldrar.

”När jag kom på första hembesöket var det ganska så risigt hemma och det liksom luktade förfärligt illa hemma hos familjen, och jag hittade ingenstans där jag kunde sätta mig och mamman nästan ryggade när jag kom för hon hade själv så fruktansvärt dålig erfarenhet av vuxna och myndighetspersoner..jättetrasslig uppväxt fick jag reda på sen. För hon hade aldrig i princip hållit i ett barn och så hade hon en egen plötsligt. Hon hade inte ens sett hur man håller ett barn på ett kärleksfullt sätt så hon hade ingen modell för det (d6)”.

Föräldrar som var svagt begåvade hade svårt att tillgodose barnets behov och tolka deras signaler, vilket distriktssköterskorna såg som ett bekymmer. Föräldrarna kunde ha svårt att tillgodose barnets grundläggande behov. Distriktssköterskornas erfarenhet var att det kunde gå bra första tiden, men när barnet växte och ställde större krav brukade föräldrarna ha svårt att tillgodose behoven, vilket ofta ledde till att barnen blev fosterhemsplacerade.

”Det kan vara att föräldrarna är lite svagt begåvade, det kan vara det vanliga med maten och sömnen, har man svårt att tolka barnets signaler så har man ofta svårt att tolka alla signaler .. så då blir barnen utsatta (d7)”.

Samtliga intervjuade distriktssköterskor såg ett tydligt samband mellan omsorgssvikt, social utsatthet och dålig ekonomi. Många av föräldrarna saknade jobb och familjerna hade det ofta torftigt på grund av den dåliga ekonomin.

”Den sociala och ekonomiska utsattheten är också jobbig för många. Då brukar jag prata extra mycket med dom och frågar hur det går, dom är ofta utan jobb (d4)”.

Familjerna blev även socialt utsatta på grund av att många saknade socialt nätverk. En del familjer hade klippt banden till släkt och vänner.

”Har du några vänner, eller bekantskap som du träffar” så då hade hon sagt ”Ja jag har en och det är BVC sköterskan” eh då blev jag alldeles så där ja du vet här i hjärtat. Då är det torftigt om man inte har någon annan (d6)”.

Familjer där föräldrarna hade eller hade haft missbruksproblem var utsatta och kunde oftast inte ta hand om sig själva eller sina barn. Distriktssköterskorna upplevde att en del föräldrar erkände sitt missbruk och önskade hjälp medan andra förnekade det.

”det var både alkohol och narkotika inblandat i familjen. Ja det man märkte var att den dagliga omsorgen var inte bra, barnen var inte särskilt rena, kläderna var skitiga. Barnen var olika någon av dom var väldigt pigg och tog hand om dom andra syskonen och nåt barn var väldigt svårt att prata med och tyst. (d8)”.

Distriktssköterskan värnar om familjen

För att värna om familjen såg distriktssköterskorna som sin främsta målsättning att skapa en god relation till familjerna och att stödja familjerna utifrån deras behov av stöd. Erfarenheten visade att arbetet med utsatta barn och deras familjer inte handlade om att enbart följa basprogrammet. Det handlade lika mycket om att familjerna skulle få ett sådant förtroende för BHV att de kände att de alltid kunde komma dit, att distriktssköterskorna brydde sig om dem, att skingra deras oro, att de kunde berätta allt och fråga om allt och få svar på sina frågor. Det var viktigt att föräldrarna inte kände sig utpekade eller dömda, de skulle känna att distriktssköterskan fanns där för att hjälpa och stödja dem i föräldraskapet. De upplevde också att många av föräldrarna erkände sina tillkortakommanden och verkligen ville och önskade få

den hjälp och det stöd som erbjöds. Det fanns en rad olika stödinsatser som distriktssköterskorna kunde erbjuda familjerna. Distriktssköterskorna försökte lägga fram erbjudandet om hjälp och stöd på ett naturligt sätt, så att föräldrarna förstod att de olika professionerna var en del av vad BHV hade att erbjuda. De ansåg att tidig upptäckt av utsatthet var nödvändig för att kunna etablera en relation till familjen så tidigt som möjligt.

Lägger grunden för en god relation.

Att lägga grunden för en god relation innebar att distriktssköterskorna bemötte familjerna med respekt eftersom deras erfarenhet var att föräldrarna redan var sårbara och hade många gånger bristande tillit och förtroende för hälsovården, sociala myndigheter och andra instanser. Relationen skapades genom att vara lyhörd och bemöta dem på ett ödmjukt sätt och inte vara fördömande och reagera negativt, även om föräldrarna berättade svåra saker för dem. Att skapa en relation ansågs vara en process som tog tid genom att långsamt bygga upp en tillit och ett förtroende. De menade att i de flesta fall av utsatthet blev det sällan bättre för barnen om de skyndade för mycket, eftersom de då riskerade att förlora familjerna helt.

”Ja man bygger upp en relation det blir inte bara pang bom, även om man har nåt att säga som kanske inte föräldrarna tycker är så trevligt egentligen, utan att man hela tiden har respekten för dom, att man kanske säger det på ett bra sätt, att man framför det på ett ärligt sätt utan att såra. Det är en process kan man säga (d7).”

Distriktssköterskorna ville att föräldrarna skulle få ett sådant förtroende och tillit till distriktssköterskan, så att de kunde känna, att de alltid kunde komma till BHV och våga be om hjälp. Det var viktigt att bemöta föräldrarna på ett lugnt och ärligt sätt utifrån var de befann sig.

”Jag är inte arg på henne för att hon inte kom först utan nu så har jag sagt att ”vad roligt att ni kommer..och hur har ni haft det och hur går det för er..” Så att dom litar på en. Det är inga pekpinnar, så försöker jag bygga upp ett förtroende, annars kan man inte hjälpa dom (d8)”

I flera fall fick distriktssköterskorna träffa familjen, på mödrahälsovården redan före förlossningen. Detta tyckte samtliga distriktssköterskor var mycket viktigt eftersom det var

avgörande för barnen och familjen med så tidig kontakt som möjligt, eftersom en relation då kunde byggas redan innan barnet var fött.

”Då var jag inbjuden av mödrahälsovården att etablera en kontakt. Så gör vi ofta här när det är familjer som lever i riskmiljöer att vi kan ha en kontakt innan barnet föds, det blir alltid ett bra möte (d3)”

Då många av föräldrarna själva kom från trassliga uppväxtförhållanden hade de ofta väldigt låg självkänsla och dåligt självförtroende. Därför var det av stor betydelse att distriktssköterskan bemötte dem på ett sådant sätt, så att de kände att de växte i sin föräldraroll. Det var många gånger att mammorna berättade om sin egen trassliga barndom under EPDS samtalen, vilket distriktssköterskorna tyckte var ett bra verktyg för att bygga upp en fortsatt relation.

”Jag tar det lugnt och hellre skapa förtroende och jag frågar lite lugnt ”Jag är lite orolig för dig, hur har du det egentligen?”. Så brukar dom berätta, och ofta är det så med dom här utsatta att dom kanske varken har familj eller vänner dom kan berätta för och då så blir det att dom berättar det för mig (d8)”

Tre av distriktssköterskorna berättade om erfarenhet av att arbeta med barn som var fosterhemsplacerade och deras fosterhemsfamilj. Då träffade de inte den biologiska familjen. Distriktssköterskorna kände att barnens utsatthet fortsatte även om de var fosterhemsplacerade. De fick god relation till fosterfamiljen, men upplevde att det var svårt att bemöta deras oro för barnen när de träffade sina biologiska föräldrar.

”Dom berättar ibland om när barnen till exempel får vara hos dom biologiska föräldrarna, att det tar flera dagar innan barnen är sig själva igen efter att ha varit där. Så visst är det jobbigt...jag kan ju bara lyssna in vad fostermamman berättar(d3)”

Ibland kunde distriktssköterskan känna att relationen till föräldrarna blev alltför nära. Hon kunde bli som en mamma för föräldrarna och kände att det ibland kunde vara svårt att sätta gränser.

”Hon fortsatte att komma till mig och jag kände att det blev jättemycket..det blev nästan privat, alltså jag blev så ja nästan som en mamma (d3)”.

När distriktssköterskorna väl hade byggt upp en god relation till familjen, var den för det mesta så stark, att trots att distriktssköterskorna kontaktade den socialtjänsten flera gånger och ibland även fick genomföra en anmälan, så fortsatte familjerna trots detta att komma till BHV. Även i de fall där föräldrarna först blev arga på distriktssköterskan, kom föräldrarna för det mesta tillbaka till BHV.

”Men att upprätthålla, att man skall ha en god relation efteråt också....ja man får verkligen väga orden på en guldvåg känns det som, beroende då naturligtvis också på vem man har framför sig...inte döma utan bara ha det framför sig att jag vill hjälpa och stödja”(d1).

Det var ytterst sällan att familjerna valde någon annan distriktssköterska eller annan vårdcentral, vilket medförde att distriktssköterskorna kände att de kunde arbeta vidare med familjerna. När ett grundförtroende var lagt kunde distriktssköterskan och familjen fortsätta att ha en god relation.

Stödjer barnen och familjen

Distriktssköterskornas erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer var att de kunde stödja barnet och familjen. När distriktssköterskorna hade utsatta barn och familjer frågade de sig hur de kunde stödja barnet och familjen på bästa sätt. Samtliga distriktssköterskor gjorde hembesök samt genomförde EPDS samtal. De upplevde förstahembesöket efter förlossning och EPDS samtalen som mycket betydelsefulla för det fortsatta arbetet med familjen. Det var viktigt att anpassa stödet efter varje familjs behov. Några familjer behövde kanske endast lite extra stöd i början för att komma rätt i livet. Medan det i andra familjer krävdes stora insatser från flera olika professioner. Stödet distriktssköterskorna erbjöd familjen, var att de fick komma oftare till BHV och hade tätare telefonkontakt med familjen.

”Det handlar om att ge dom stöd att dom får komma hit oftare så jag kan fråga hur det går, ringa hem oftare (d7)”.

Några av distriktssköterskorna hade möjlighet att göra tätare hembesök, vilket de ansåg vara mycket värdefullt eftersom de för det mesta där såg samspelet mellan barn och föräldrar och hur föräldrarna hanterade barnen och om det skedde någon förändring. Medan alla distriktssköterskorna inte hade den möjligheten, eller tyckte det var svårt att motivera.

”Hembesöken där ser man mycket det är jätteviktigt för det är ofta där man hittar dom här familjerna vid det första hembesöket som det inte fungerar för (d4)”.

Distriktssköterskorna stöttade föräldrarna i föräldraskapet genom att i ord och handling visa hur de skulle ta hand om barnet. De gav också viktig information till föräldrarna om barnets utveckling och nödvändigheten att tillgodose barnets behov efterhand som de växte, för att de kunde utvecklas.

”Ja jag ser och försöker ”visa dom vägen”. Jag kan säga för att stödja ”Har du sett att barnet härmar” ”Har du sett att när du tittar i ögonen att du får gensvar, leendet och prata med bebisen hela tiden om vad du gör och vad den gör”. Ja så kan jag stödja dom (d4)”.

När det gäller invandrarfamiljer betonade samtliga distriktssköterskor nödvändigheten av att informera dem om vilka lagar som gäller i Sverige beträffande aga, samt synen på barn och barnuppfostran.

”Jag berättar för mina invandrarfamiljer det här med aga att det inte är lov att slå sitt barn i Sverige. Det kan dom tycka är jättekonstigt för att dom är vana vid att kunna ge dom en liten örfil det tycker dom är helt naturligt (d2)”.

Familjer som inte kom till BHV på avtalade tider kunde vara svåra att stödja. Men distriktssköterskorna var noga med att inte ge upp utan fortsätta att kontakta dem, ringa hem till dem, skicka brev och få dem att förstå att de ville stödja och hjälpa dem att de var på deras sida.

”Jag bestämde mig efter några dagar för att ringa hem för att höra hur det gick. Hon var glad att jag ringde, då sa jag bara att ”Jag blev lite orolig för barnet när ni var här sist” och nu så har hon ringt flera gånger hit för att barnen inte mådde så bra hon vill ha hjälp. Hon har kommit hit med barnen flera gånger nu och då så har hon berättat hur hon mår nu (d8)”.

Det fanns även ett samordnat stöd som BHV kunde erbjuda familjerna, då det fanns ett nätverk av olika instanser i kommunerna som familjerna kunde få hjälp och stöd ifrån. Eftersom det på familjecentralerna fanns ett nära samarbete kring barnen och familjen, blev kontakterna till de olika professionerna mer naturligt. Distriktssköterskorna kunde gå med föräldrarna, direkt till de andra professionerna när de behövde hjälp, av till exempel barnpsykologen eller socionomen. För distriktssköterskorna på vårdcentralerna blev det inte lika naturligt som på familjecentralerna eftersom de fanns på andra ställen i kommunen. Socialen hade även familjepedagoger som kunde komma hem till familjerna för att stödja dem i deras vardag. Distriktssköterskorna ansåg det vara ett bra komplement till deras hembesök, eftersom det ingick i familjepedagogernas arbete att arbeta i hemmet och tyckte var en viktig resurs för familjerna. Distriktssköterskorna var väl insatta i vilka stödinsatser som fanns och var ofta de som samordnade stödet och stödde, hjälpte, hänvisade eller tipsade föräldrarna om olika alternativ.

”Vi har ett nätverk, ett väldigt bra nätverk för riskfamiljer är det någon familj där man känner att de behöver nån stöttning, så föreslår ju vi, att familjen själv tar kontakt med familjepedagogen eller barnhälsovårdspsykologen(d3)”.

Samtliga distriktssköterskor berättade om olika föräldrastödsgrupper som fanns för utsatta familjer. Familjerna passade oftast inte in i de föräldragrupper som fanns på BHV. Det fanns en skillnad mellan distriktssköterskorna på vårdcentralerna och familjecentralerna vad gäller erfarenhet av utsatta familjer och föräldragrupper. När distriktssköterskorna på vårdcentralerna någon gång lyckades övertala någon av dessa föräldrar att gå på föräldragrupp hamnade de utanför gruppen. Där fanns det särskilda föräldragrupper som socialen hade som distriktssköterskorna tipsade dem att gå till. Distriktssköterskorna som arbetade på familjecentralerna upplevde att även dessa familjer kom på deras föräldragrupper, de såg en tydlig skillnad mot när de bara arbetade med BHV. Det fanns även särskilda stödgrupper för

barn i utsatta familjer, som de kunde komma till och prata av sig, där det fanns vuxna som lyssnade till dem.

”Jag har ibland efter mycket övertalning fått med några av dessa föräldrar till våra föräldragrupper och så kommer dom, men sitter där som en främmande fågel (d2)”.

Det fanns även särskilda föräldrastödsutbildningar i aktivt föräldraskap som föräldrarna kunde gå på. Dessa handlade om anknytning till barnet, bemötande av barnet, samt hur föräldrarna kunde tillgodose barnets behov. Distriktssköterskornas erfarenhet av träffarna var att de var värdefulla och gav föräldrarna en chans att förändra sig och bli mer medvetna om barnets behov.

Flera av distriktssköterskorna hade också god kontakt med förskolan barnen gick på, för att kunna samordna stödet. Med föräldrarnas medgivande kunde de ringa förskolan och vice versa. De kunde också göra besök på förskolan för att se barnen i den miljön.

” Under tiden har jag ju också haft mycket samarbete med dagis förskolan, jag kontaktade dom och dom kontaktade mig för att höra med varandra hur barnen mår och sådär. Föräldrarna var helt med på det och visste om det (d8)”.

Samtliga distriktssköterskor hade invandrarfamiljer som de upplevde behövde mycket stöd eftersom de var utsatta och sårbara. Distriktssköterskorna fick lägga ned mycket tid och arbete åt att stödja både barnen och familjen på olika sätt. Stödet kunde vara, att hjälpa barnen till asylsökande familjer så de kunde få en plats på förskolan, även om de inte hade rätt till det. Det var många gånger nödvändigt på grund av att föräldrarna kunde må så dåligt att de inte orkade ta hand om barnen.

”Vi har jobbat jättemycket med den här familjen...och jag har jobbat jätte mycket med familjen, jag hjälpte dom bland annat att barnet skulle få komma till förskolan, då hjälpte jag dom så barnet fick det. Jag la ned mycket tid på att ringa till förskolan och höra med rektorn så dom tog emot barnet. Jag har lagt ned jättemycket tid och det tycker jag också att dom har gjort på BUP (d8)”.

En distriktssköterska berättade att de hade tillgång till hälsokommunikatör. De var specialutbildade tolkar som även hade fått utbildning i hälsa och kultur. När hon skulle hem till invandrarfamiljer var hälsokommunikatören med. Då var det mycket lättare att kommunicera och sätta in rätt stödinsatser, eftersom familjerna hade lättare för att öppna sig och berätta hur de hade det, när hon var med.

”Det är många som... alltså som mår dåligt psykiskt..det kommer inte alltid fram om jag..ja som inte kan språket. Ja då kommer det kanske inte fram.. Och med hälsokommunikatören kommer det mycket bättre fram (d2)”.

Samtliga distriktssköterskor upplevde att allt stöd de kunde erbjuda familjerna verkligen bar frukt. De hade upplevt flera familjer där det hade gått riktigt bra. I vissa familjer blev det en stor förvandling, där föräldrarna genom olika stödåtgärder, kunde ta hand om barnen på alla plan, både fysiskt, psykiskt och omsorgsmässigt. Deras erfarenhet var att det i de flesta fallen gick bra.

Begränsa utsatthet genom anmälan till social myndighet

Distriktssköterskorna begränsade barnets utsatthet genom att göra en anmälan till den sociala myndigheten. Trots stora stödinsatser blev det inte alltid bra för barnet och dess familj. Ibland ledde det till, att en anmälan fick göras och barnen fosterhemsplacerades. Alla distriktssköterskorna hade inte gjort någon anmälan. Två av distriktssköterskorna tyckte att ”anmälan” var ett för starkt ord och hade önskat ett annat ord för detta. Det grundade sig på att på vårdcentralerna hade distriktssköterskorna inte samma tillgång till hjälp från socialen som de hade på familjecentralerna. Socionomerna på familjecentralerna samt de vårdcentraler som hade socionomer, hade en stödjande funktion, det blev inte automatiskt en anmälan när hjälp och stöd behövdes av dem. På några av vårdcentralerna ledde det ofta till en anmälan när socialen kontaktades, för att de skulle kunna sätta in stödinsatser till familjer.

Distriktssköterskornas erfarenhet var att föräldrarna såg socialtjänsten som myndighetsutövare och hade svårt att lita på dem, då var det mer naturligt med distriktssköterskan. Föräldrarna var rädda för, att när socialen kontaktades så skulle de komma och ta barnen ifrån dem. Distriktssköterskorna upplevde att de hade en viktig och stödjande funktion, att få med föräldrarna och få dem till att förstå att de behövde hjälp och

stöd och att socialtjänsten ofta kunde hjälpa dem med det. De berättade för föräldrarna när de var tvungna att göra anmälan.

”Om jag gör en anmälan..det är en STOR sak att göra en anmälan det gör jag inte i första taget...men det kan jag inte tänka att föräldrarna blir arga för jag måste tänka på barnet i första hand (d2)”.

Samtliga deltagare var överens om att anmälan måste göras vid uppenbara saker som misshandel och vid sexuella övergrepp, då var det viktigt att agera snabbt och inte vänta eller få föräldrarnas medgivande. I de fallen ansåg de att det var deras skyldighet att göra en anmälan, för att ha barnets bästa i fokus och skydda det.

”Men med större saker misshandel eller incest eller vad det kan vara sen, måste man ju göra anmälan om det är uppenbara saker (d7)”.

Distriktssköterskor som hade gjort anmälan tyckte det hade varit svårt i början, men upplevde att det blev lättare ju längre de hade arbetat. De var inte rädda för att göra anmälan när de såg att barnen for illa och det inte blev någon förbättring i familjen. Anmälan innebar inte automatiskt att barnen blev fosterhemsplacerade, men ledde oftast till stödåtgärder. Flera av distriktssköterskorna uttryckte att det skulle mycket till innan barnen blev fosterhemsplacerade och att deras erfarenhet var att barnen i de flesta fallen hade det bättre om de fick stanna i sin familj.

”För att man i dagsläget skall placera ett barn i ett annat hem, det skall väldigt mycket till. Så ofta är barnen kvar i familjen, så då måste föräldrarna få hjälp med barnen, få hjälp med att kunna vara bra föräldrar. Det är målet (d4)”.

Distriktssköterskans engagemang

Distriktssköterskornas upplevde att arbetet med utsatta barn och deras familjer krävde att de var engagerade och att de fick uppåda krafter att agera. De kände att de fick lägga ner mycket tid och arbete på att hjälpa och stötta familjerna. De menade att det var viktigt att de fick både tid och resurser för att kunna stödja och hjälpa familjerna.

Trivs med arbetet

Samtliga distriktssköterskor trivdes med sina arbeten och tyckte att det var givande att arbeta med utsatta barn och deras familjer. Trots att arbetet många gånger var tufft och jobbigt och tog mycket tid, men de kände sig trygga i arbetet med utsatta familjer och tyckte det var ett stimulerande arbete. De kände att de kunde vara till nytta för barnen och familjerna.

”Det kräver enormt mycket tid också av en och man.. man vill ju göra rätt saker man vill ju hjälpa barnen (d1) ”.

”jag tycker det är det svåraste nästan...men ändå kan jag känna...jag tycker om att jobba med detta och möta dom här familjerna (d2) ”.

Trots att distriktssköterskorna trivdes, kände de distriktssköterskor som arbetade på vårdcentralerna, att det fanns brist på förståelse bland kollegor som inte arbetade med BHV, för deras arbete med utsatta familjer. Förståelsen var ibland också dålig från ledningen. De upplevde att det fanns bristande förståelse i hur tidskrävande och tufft arbetet kunde vara med utsatta barn och deras familjer. Denna brist på förståelse förekom dock inte hos de distriktssköterskor som arbetade på familjecentraler.

”Alltså det som många kollegor ser är ”Åh vad roligt för dig att bara gulla med barnen..och då kan jag bli galen när jag hör sånt..för det första så är det inte ofta jag gullar med dom det vill jag att föräldrarna gör. Utan om jag nu pratar och försöker få ett leende så är det för att jag vill undersöka om allt är normalt, det är inte för min skull. På en del låter det som att jag skall få allt mysigt bara. Men då har man inte riktigt förstått vad det hela går ut på för att det är ganska mycket (d6) ”.

Känslomässigt involverad

Arbetet med barnen och familjerna på BVC engagerade distriktssköterskorna och de blev känslomässigt involverade, då de ville hjälpa och stödja familjerna för barnens bästa. De upplevde att arbetet ibland kunde ta på krafterna och att de kunde vara svårt att släppa vissa fall efter avslutad arbetsdag. Ibland tog de arbetet med sig hem och hade svårt att sluta tänka på barnen och familjen. När det gick bra för familjer där de hade lagt ner mycket tid och arbete, kände de sig tillfreds, blev glada och kände att det var värt all möda.

”I början var hon väldigt monoton och så lite så där nästan apatisk. Medan nu så kommer hon och är så glad och berättar ”Vet du vad, NU skall jag berätta nåt roligt, NU skall jag berätta vad hon kan!” Så det är så roligt det är som en annan människa. Hon ser alla framsteg hos barnet och där känner jag att det var ett av fallen där det har gått riktigt bra. Det var knackigt i början och det har vart ganska massiva insatser från omgivningen men det har verkligen varit det värt (d6)”.

Flera av distriktssköterskorna kände att de mårde dåligt när de hade lagt ned mycket arbete och tid på familjer och det ändå inte gick bra. Bland dessa familjer fanns särskilt invandrarfamiljer som hade bott i Sverige i många år och ändå blev utvisade.

”Det kan jag må så dåligt av, det är bland det värsta tycker jag, dom här invandrarfamiljerna man tycker man har fått en bra kontakt man ser hur dom blomstrar upp här i Sverige. Men så är det utvisning, det känns så hemskt när man har lärt känna dom. Då undrar man hur det gick? Det känns inte bra att dom bara slänger ut barnfamiljer som har varit här så länge. Ja då undrar man över det här med barnkonventionen. För de har inget kvar att komma till i dom här länderna. Då gäller inte barnkonventionen. Inte för dom här barnen i alla fall (d4)”

Nödvändigt med handledning

Då arbetet med utsatta barn och deras familjer krävde stort engagemang av distriktssköterskorna upplevde de att det var nödvändigt med handledning. Samtliga distriktssköterskor hade regelbunden handledning med barnhälsovårdspedagog, vilket de upplevde som mycket viktigt, särskilt med tanke på de svåra fall de många gånger hade i arbetet på BHV. Under handledningstillfällena kunde distriktssköterskorna bearbeta, samtala och få rådgivning i arbetet med familjerna.

”Barnhälsovårdspedagogen, som vi också har handledning med en gång i månaden. I handledningen kan vi också ta upp sådana här saker. Ibland känner hon till det och har redan kontakt. Handledningen är fantastisk, hon som har det är en klippa, jag vet inte vad vi skulle gjort utan henne (d3)”.

Sammanfattning

Distriktssköterskorna hade gedigen erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer. Samtliga distriktssköterskor hade familjer som kom med sina barn till BHV, som på något sätt var utsatta. Utsattheten delades in i kategorierna fysisk och psykisk utsatthet samt omsorgssvikt. Deras erfarenhet var att utsatthet kunde vara av olika omfattning, det vill säga att några familjer behövde endast små insatser från distriktssköterskan för att familjen skulle fungera. Andra familjer krävde stora insatser både från distriktssköterskan och från flera andra professioner. Distriktssköterskornas erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer var att relationen till familjerna var en grund i arbetet för att familjerna skulle känna trygghet och tillit till BHV. För att bygga en god relation till familjen krävdes att distriktssköterskorna bemötte familjerna med lyhördhet, ärlighet och inte var fördömande. Föräldrarna hade ofta själva en trasslig barndom och hade därför ofta dåligt förtroende för sjukvården, social myndighet och andra instanser, vilket ledde till att många av familjerna hade svårt att komma till BHV med sina barn för nödvändiga hälsoundersökningar och uppföljningar. Därför ansåg distriktssköterskorna att när grunden var lagd för en god och hållbar relation, hade familjerna lättare för att komma till BHV och på så sätt var det lättare att värna och stödja barnen och familjerna. Distriktssköterskorna hade god erfarenhet av att samarbeta med andra yrkeskategorier och ansåg att det samordnade stöd som fanns för familjerna för det mesta fungerade bra.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Den valda metoden för studiens syfte var intervjustudie för att deltagarna skulle få möjlighet att beskriva sina erfarenheter med egna ord (Lundman & Graneheim 2010, Polit & Beck 2008). För att bearbeta data valdes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, för att förutsättningslöst analysera distriktssköterskornas beskrivningar av deras erfarenheter av att arbeta med utsatta barn och deras familjer. Vid kvalitativ studie, baseras data på berättelser och tolkning av texter och fokuserar på människors berättelser av deras upplevelser (Lundman & Graneheim 2010).

Då distriktssköterskornas erfarenheter undersöktes i denna studie var kvalitativ metod lämplig. Lundman & Graneheim (2010) beskriver att när intervjustudie väljs som

datainsamlingsmetod får deltagarna möjlighet att beskriva sina erfarenheter och uppfattningar med egna ord. Fördelen var att deltagarna fritt kunde berätta om deras unika erfarenhet. Nackdelen var att författaren inte var så förtrogen med intervjumetodik eller tolkning av texter. Vidare menar Lundman & Graneheim (2010) att det vid kvalitativa studier skapas närhet till deltagarna och är mer subjektiv, vilket gör att resultatet kan påverkas medvetet eller omedvetet. För författaren var det nödvändigt att vara medveten om detta under hela studiens gång. Kvantitativa studier fokuserar mer på objektivitet och att vara så neutral som möjligt.

När intervjuerna till studien genomfördes användes intervjuguide. Syftet med studien lades framför deltagarna för att hålla sig till ämnet. Intervjuguiden var endast vägledande, frågor som av författaren ansågs besvarade under intervjuprocessen ställdes inte. För att försäkra sig om att studien verkligen omfattas av det syfte som skall studeras kan det enligt Polit & Beck (2008) vara nödvändigt att använda intervjuguide för att få svar på särskilda frågor eller områden som skall besvaras. Intervjuarens uppgift är att uppmuntra deltagaren att berätta fritt utan att styra frågorna efter ens egna förväntningar och förförståelse. Metoden ger all den information som önskas och resulterar i detaljer, exempel och illustrationer. Denna studie resulterade i rikligt med detaljer och exempel från distriktssköterskorna.

För författaren av studien tydliggjordes förförståelsen inom området distriktssköterskans erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer. Författaren hade personlig erfarenhet av barns utsatthet och sjukvårdens agerande, vilket hade resulterat i en förutfattad mening att BHV hade mer fokus på att hitta fall av utsatta barn och göra anmälan. Författaren hade mycket liten kunskap om vilket stöd och vilka insatser som finns för barnen och familjerna. Studien visade att distriktssköterskorna såg som sin främsta målsättning att bygga en god relation till föräldrarna för att kunna stödja dem i föräldraskapet, för att på så sätt värna om barnen.

Vid kvalitativ innehållsanalys används begreppen giltighet, överförbarhet och tillförlitlighet, medan det vid kvantitativa studier används begreppen validitet, reliabilitet och generaliserbarhet (Lundman & Graneheim 2010). När studiens trovärdighet skall granskas är det därför nödvändigt att förvärva sig kunskap i skillnaden mellan dessa begrepp. I denna studie hade de flesta distriktssköterskorna liknande erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer vilket stärker trovärdigheten. Då samtliga distriktssköterskor betonade relationen och stödet till barnen och familjerna som sin främsta uppgift, anser författaren att

metoden stärkte resultatets kliniska överförbarhet. Distriktssköterskorna var ytterst tillmötesgående och beredda att berätta om sina erfarenheter, vilket ytterligare stärker tillförlitligheten i studien.

Eftersom kvalitativ innehållsanalys avser att beskriva variationer, har valet av deltagare betydelse för resultatets giltighet (Lundman & Graneheim 2010). I denna studie fanns det variationer bland deltagarna vad gäller ålder och år av erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer. Ändå hade många av deltagarna liknande erfarenhet vilket stärker giltigheten. En svaghet var att det saknades manliga deltagare, vilket var en svaghet då det enligt (Lundman & Graneheim 2010). innebär större möjligheter till variationer i upplevelse när både män och kvinnor inkluderas i urvalet.

Att författaren var ensam i studien kan ha varit en nackdel, då fler författare kan diskutera, tolka och reflektera olika och tillsammans i analysprocessen, som ensam författare finns endast ens egna reflektioner och tolkningar att lita till. Däremot utfördes varje intervju och analys av dessa, av en författare, vilket också kan vara en fördel, då frågorna ställdes på samma sätt med samma intention Paulsson (2010). Studien har dock under processens gång granskats av handledare, vilket enligt Lundman & Graneheim (2010) stärker trovärdigheten.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer, utifrån frågeställningarna om hur distriktssköterskan bemöter och stöder barnet och dess familj. Resultatet visade att distriktssköterskorna hade gedigen erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer. Distriktssköterskorna betonade att relationen till föräldrarna var en nödvändig förutsättning i deras arbete med familjerna, det var grunden för att kunna stödja föräldrarna i föräldraskapet.

En god relation utgjorde därmed en huvudmålsättning i distriktssköterskornas arbete som beskrivits i *distriktssköterskan värnar om familjen*. Första hembesöket var ofta början till en god relation mellan BHV och familjen. Distriktssköterskorna framhöll att tålmod krävdes, då relationen var en process som tog tid att bygga upp. Relationens betydelse i sammanhanget bekräftas ytterligare av Jack (2003) vars studie visade på vikten av att utveckla en allierad

relation mellan distriktssköterskan och den utsatta mamman. Tilliten mellan mamman och distriktssköterskan, gjorde att mammans känsla av sårbarhet minskade och det blev lättare att berätta om personliga och känsliga frågor. Enligt Tammentie, Paavilainen, Tarkka och Åstedt-Kurki (2009) framkom, att en förtroendefull och kontinuerlig relation mellan distriktssköterskan och familjen var nödvändig för att föräldrarna skulle våga öppna sig och våga berätta om sin livssituation. Relationen till patienten eller klienten, utgör grunden för allt hälso- och sjukvårdsarbete liksom för distriktssköterskan, vilket är en kunskap som distriktssköterskan skall ha enligt distriktssköterskans kompetensbeskrivning (Gunnarsson et al. 2008).

Författaren anser att distriktssköterskan har en viktig uppgift i mötet med familjer på barnhälsovården att skapa en god och hållbar relation till familjen under åren de besöker BHV med sitt barn. Särskilt viktigt är det i mötet med utsatta barn och deras familjer, då de är sårbara och många gånger har en bristande tillit till sjukvården. Barnen är särskilt utsatta då de är utelämnade åt vuxnas omsorg. Eftersom resultatet visade att familjerna ofta uteblev från BHV är det nödvändigt för distriktssköterskor som arbetar i barnhälsovården att bemöta familjerna på ett sådant sätt, att de får ett grundförtroende till distriktssköterskan, som gör att de kommer med barnen till barnhälsovården. Distriktssköterskorna kan på så vis främja barnens hälsa, trygghet och utveckling. I litteraturen beskriver Wright, Wattson & Bell (2006) betydelsen av att lägga grunden och upprätthålla en god relation till familjen, för att skapa förändring. Dahlberg et al. (2003) menar att en positiv vårdrelation är vårdarens ansvar, vilket för författaren av denna studie innebär distriktssköterskan. En studie av Crisp & Lister (2003) ser det emellertid som en brist hos distriktssköterskor, att de fokuserade mer på relationen och att vara allierad med familjen än att fokusera på att identifiera utsatta barn och deras familjer för att kunna värna om barnen. Distriktssköterskorna i denna studie menade däremot, att först när grunden var lagd för en god relation kunde de värna om barnet och familjen.

I praktiken behöver distriktssköterskor som arbetar på BVH därför nödvändig kunskap om relationer, kommunikation och interaktioner mellan människor, samt insikt om betydelsen av att införliva kunskapen i sitt sätt att arbeta. Det finns arbetssätt som kanske borde testas i arbetet med utsatta barn och deras familjer till exempel familjefokuserad omvårdnad enligt Wright, Wattson & Bell (2006) som bland annat fokuserar på familjen och att lägga grunden och upprätthålla en god relation mellan sjuksköterska och familj.

Vidare visade resultatet att arbetet med utsatta barn på BHV innebar att *distriktssköterskan stödjer barnet och familjen*. Distriktssköterskornas stöd till barnen och familjerna innebar tätare besök på BHV, hembesök och samordnat stöd. Resultatet visade även, att första hembesöket direkt efter barnets födelse var ett viktigt led i att stödja familjen, vilket stöds av Crisp & Lister (2003) som framhåller att stöd till utsatta familjer inte börjar först när problem har uppstått men att det förebyggande stödet inleds redan när barnet föds. Skillnader fanns mellan distriktssköterskorna vad gäller hembesök som stöd, en del hade möjlighet att göra fler hembesök, medan andra distriktssköterskor endast gjorde ett hembesök. Genom tätare besök till BHV hade distriktssköterskorna möjlighet att stödja föräldrarna i föräldraskapet och förebygga utsatthet. Distriktssköterskornas erfarenhet var att föräldrarna skulle få en chans att ändra sig och att det stöd de fick lönade sig i de allra flesta fallen. Andra studier stödjer detta resultat Kelleher & Johnsson (2004) beskriver att föräldrarna har en nyckelroll i barnens liv, och att även i utsatta familjer kan de flesta föräldrar lära sig att bli bra föräldrar genom rätt stöd. Hembesök var en viktig del av vad barnhälsovården borde erbjuda riskfamiljer, eftersom den fysiska, emotionella och kognitiva interaktionen mellan föräldrar och barn främst skedde i hemmet.

Även hos Hanafin (1998) framkommer att distriktssköterskornas främsta roll vad gäller barns utsatthet, var att stödja föräldrarna i föräldraskapet för att förebygga barnmisshandel och vanvård. Familjerna får i nuläget ett bra stöd från BHV genom att de får komma på tätare besök, där distriktssköterskorna har möjlighet att följa upp om det stöd de ger fungerar för familjen. Frågan är om mer tid borde läggas på hembesök som stöd till utsatta barn och deras familjer? Det är i hemmet barnet och föräldrarna är i sin naturliga miljö, därför vore det kanske lättare att vägleda och visa föräldrarna hur de skall ta hand om barnet när de finns i sin hemmiljö. Distriktssköterskorna i denna studie framhåller familjepedagogerna som särskilt viktiga i det kontinuerliga arbetet med familjerna i hemmet.

I resultatet *distriktssköterskan stödjer barnet och familjen* framkom även att distriktssköterskorna var väl insatta i det samordnade stöd som fanns att erbjuda. De ansåg det vara en tillgång i arbetet med att stödja utsatta barn och deras familjer, och betonade vikten av att dessa resurser skulle vara en naturlig del av BHV. Distriktssköterskornas erfarenhet var att samarbetet fungerade bra mellan yrkeskategorierna. Ingen kunde göra arbetet ensam utan det var ett utbyte av yrkeskategoriernas olika kompetens för att stödja och hjälpa barnen och familjerna på bästa sätt. Liknande fynd framkommer hos Jack (2010) som framhåller att

distriktssköterskor i barnhälsovården spelar en betydande roll i att förebygga barns och familjers utsatthet och att olika yrkeskategorier ansvarar för att stödja barn och familjer som löper risk att bli utsatta. Yrkeskategorierna fyller alla sina unika funktioner i att förebygga utsatthet och erbjuda stödprogram för barnet och familjerna. Johansson (2010) betonar att det förebyggande arbetet också måste bygga på förståelse av processer och sammanhang, och för att starta, driva och upprätthålla ett förändringsarbete måste kompetens finnas.

Resultatet visade ytterligare, att distriktssköterskornas erfarenheter i denna studie skilde sig åt vad gäller samordnat stöd. Skillnaden fanns bland de distriktssköterskor som arbetade på familjecentraler i jämförelse med de som arbetade på vårdcentraler. Distriktssköterskorna som arbetade på familjecentraler upplevde mer tillfredsställelse med arbetet eftersom samarbetet med de andra yrkeskategorierna var så lättillgängligt. Frågan är om familjecentralerna ger bättre stöd och skydd till utsatta barn och deras familjer? Johansson (2010) framhåller att familjecentralens funktion är att finnas tillgänglig som nära mötesplats, stärka det sociala nätverket runt barn och föräldrar, skapa arbetsformer där föräldrar och barn är delaktiga och erbjuda lättillgängligt stöd. På familjecentraler är det vanligare med riktade insatser till de barn och familjer som har identifierade problem. Vidare beskrivs nödvändigheten av en förståelse och medvetenhet för varandras yrkesutövning.

Distriktssköterskorna identifierade och hade god kunskap om vad utsatthet var, och de vågade se och identifiera utsatthet i arbetet med barnen och familjen. I huvudkategorin *utsatthet utifrån ett distriktssköterskeperspektiv* identifierades fysisk, psykisk och social utsatthet. Distriktssköterskornas erfarenhet var att det fanns ett tydligt samband mellan olika faktorer vad gäller utsatthet, som påverkade barnen. Föräldrar som hade missbruk, kunde oftast inte ge barnen den omsorg de behövde, föräldrarna var för det mesta arbetslösa vilket ledde till att familjen och barnen även blev socialt och ekonomiskt utsatta. Liknande resultat betonades av Mejdoubi et al. (2011), som beskrev att barn löpte större risk att bli utsatta för vanvård och misshandel i familjer med låg social status, föräldrarna var för det mesta arbetslösa, en del föräldrar var också missbrukare vilket ökade utsattheten. Enligt Gilbert et al. (2008) var det viktigt att identifiera barns utsatthet för att kunna förebygga vanvård och främja hälsa i arbetet med barnen och familjen.

Föregående studier Mejdoubi et al.(2011), Gilbert et al. (2008) framhåller betydelsen av att de som arbetar i barnhälsovården, primärvården, sjukvården samt andra yrkeskategorier som

arbetar med barn, måste våga se och identifiera barns och familjers utsatthet, vilket stämmer väl överens med resultatet i denna studie. Distriktssköterskor i barnhälsovården har ett ansvar och en skyldighet att identifiera riskfaktorer som påverkar barns och familjers hälsa. Det krävs mod och erfarenhet att uppmärksamma barns utsatthet, men är något som måste göras för att kunna agera och förebygga utsattheten. I arbetet på BHV är det viktigt att ha en helhetssyn vad gäller utsatthet, det vill säga att se familjen som en helhet, att varje familj är unik och att se varje individ som en helhet, att det som påverkar en familjemedlem påverkar hela familjen. Att uppmärksamma hela familjens sårbarhet är viktigt med tanke på vilka konsekvenser det kan få för barnen i framtiden.

Tidigare forskning inom området distriktssköterskans erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer har mycket fokus på att identifiera barns utsatthet samt att rapportera detta till sociala myndigheter (Gilbert et al. 2008, Paavalainen & Tarka 2003). Det finns jämförbara studier av Crisp & Lister 2003., Kelleher & Johnsson (2004) vars studier är baserade på olika typer av stöd till barnet och familjerna. Mycket liten forskning fokuserade på distriktssköterske- familjerelationen i arbetet med utsatta barn och deras familjer, vilken har visat sig i denna studie vara av största betydelse för att BHV skall kunna nå dessa barn och familjer. Det är i relationen grunden läggs för att distriktssköterskor i barnhälsovården kan främja hälsa, trygghet och barnets och familjens utveckling.

Att införliva familjefokuserad omvårdnad i arbetet med utsatta barn och deras familjer på BHV vore en stor utmaning men inte omöjlig, då det i familjefokuserad omvårdnad skapas en *”kontext som underlättar förändring av föreställningar”* (Wright, Wattson & Bell 2006). Eftersom distriktssköterskorna i denna studie ansåg att familjerna skulle få en chans att förändra sig, måste också förutsättningarna finnas i arbetssättet på BHV. Processen måste få ta tid och enligt familjefokuserad omvårdnad sker det i små steg eller mikrosteget vilka är att lägga grunden för en god relation och upprätthålla den, att urskilja problem och att undanröja eventuella hinder för förändring. Att arbeta som distriktssköterska på BHV bör även innefatta att reflektera över sina egna föreställningar om familjen vilken är en av grundpelarna i familjefokuserad omvårdnad som beskrivs i bakgrunden till studien. För att stödja och bemöta barnen och familjerna på ett bra sätt skall distriktssköterskan bekräfta, berömma och stärka familjens kompetens och föreställningar. Vilket stämmer väl överens med distriktssköterskornas erfarenheter i denna studie som beskrivs i resultatet. Enligt Wright,

Wattson & Bell (2006) skall sjuksköterskans intervention vara, att fortsätta att skapa ett sammanhang som underlättar förändring under hela processen.

Slutsats

Distriktssköterskans intervention i arbetet med utsatta barn och deras familjer i barnhälsovården, kan underlättas genom att tydliggöra hennes yrkesansvar för relationen till familjerna. Då skapas en förutsättning att familjerna kommer till BHV med sina barn vilket gör att distriktssköterskan kan stödja familjerna. Är relationen så pass god att familjerna kommer till BHV kan distriktssköterskan genom sitt arbete stödja och hjälpa familjerna i föräldraskapet så de blir bra föräldrar och därmed förebygga att barnen löper risk att bli utsatta. På så sätt får barnen och familjerna möjlighet till en fungerande vardag. I arbetet med utsatta barn och deras familjer är det viktigt att ha respekt för varandras yrkeskategorier och arbetssätt. Genom det samordnade stöd som finns fyller varje yrkeskategori sin funktion utifrån var enkelt profession, och kan på så sätt samarbeta och därmed tillsammans minska utsattheten och värna om barnet och familjen.

Eftersom det finns mycket liten forskning om distriktssköterskors erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer, finns ett stort behov av ytterligare forskning av distriktssköterskans perspektiv. Förhoppningen är att denna studie kan leda till att distriktssköterskor som arbetar i barnhälsovården kan skaffa nödvändiga redskap och nödvändig kompetens för att möta dessa barns och familjers behov. Förhoppningen är även, att barnhälsovården själva utvecklar mål och arbetssätt vad gäller arbetet med utsatta barn och deras familjer.

REFERENSER

Enligt APA

Ahlqvist, L (red) (2010). *När barn far illa*. Hämtad 2012-03-07, från <http://www.1177.se/Blekinge/Tema/Barn-och-foraldrar/Familjeliv-och-relationer/Barn-som-far-illa/Nar-ett-barn-far-illa/>

Crisp B.R, Lister P. G., (2003). Child protection and public health: nurses' responsibilities. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 47(6), 656–663.

Falck, S (red) (2007). *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården*. Malmö: Nationella nätverket för Vårdutvecklare/
Barnhälsovårdssamordnare

Fernstedt, L (2011). *Bättre stöd till utsatta barn*. SKL. Hämtad 2012-03-07 från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/prioriteringar2012/battre-stod-till-utsatta-barn

Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, MacMillan H. L (2008). Recognising and responding to child maltreatment: *Lancet* Vol. 373, 167–178

Graneheim U. H & Lundman B (2010). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M & Nielsen, B (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*.(s.159-172).
Lund: Studentlitteratur

Graneheim U. H & Lundman (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* Vol. 24, 105-112.

Gunnarsson, E., Gusdal, A., Jarl, E.M., Johansson, I., Rising, I., Strender, I., Törnvall, E & Östlinder (2008). *Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen Distriktssköterska*.
Stockholm: Distriktssköterskeföreningen i Sverige

Hanafin S (1998). Deconstructing the role of the public health nurse in child protection. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 28 (1) 178-184.

Jack. S. M., DiCenso A, Lohfeld L (2003). A theory of maternal engagement with public health nurses and family Visitors. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 49,182–190

Jack, S.M (2010). The role of public health in addressing child maltreatment in Canada. *Chronic Diseases in Canada* Vol. 31, 39-44

Jansson, S (2010). *Barn som utsätts för fysiska övergrepp*. Stockholm:Socialstyrelsen.

Kelleher L & Johnson M (2004). An Evaluation of a Volunteer-Support Program for Families At Risk. *Public Health Nursing* Vol. 21 No. 4, 297–305

Lundberg, I. (red) (2005) *Utsatta flickor och pojkar – en översikt av aktuell svensk forskning*. Stockholm: Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap.

Mejdoubi J, van den Heijkant S, Struijf E, van Leerdam F, HiraSing R, & Crijnen A (2011). Addressing risk factors for child abuse among high risk pregnant women: design of a randomised controlled trial of the nurse family partnership in Dutch preventive health care. *BMC Public Health*. Vol.11, 823.

Määttä, A & Kvillemo, P (2010). *Kartläggning av insatser för barn och ungdomar i risksituationer*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut

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

Paulsson, G (2010). Fenomenografi. I: Granskär, M & Nielsen, B (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.73-84). Lund: Studentlitteratur

Polit, D. F. & Beck C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Reboia, I. B. (2009). *Råd och fakta om BVC*. Sjukvårdsrådgivningen 1177
Hämtad 2012-03-07 från <http://www.1177.se/Blekinge/Fakta-och-rad/Undersokningar/Undersokningar-pa-barnavardscentralen/>

SFS (2001:453) *Socialtjänstlagen* . Stockholm: Socialdepartementet .

Tammentie, Paavilainen, Tarkka och Åstedt-Kurki (2009). Families' experiences of interaction with the public health nurse at the child health clinic in connection with mother's post-natal depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol.16. 716–724

WHO (2002). *Child maltreatment*. Hämtad 2012-03-07 från http://www.who.int/topics/child_abuse/en/

Wright, L. Watson, W.L. & Bell, M. J. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1.

Avdelningsföreståndare/chef.

Jag heter Helena Liljedahl och går vidareutbildning till distriktssköterska på Högskolan Kristianstad. Jag räknas vara klar med utbildningen i mars 2012.

Under utbildningen skriver jag en magisteruppsats vars syfte är att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer. Fokus i arbetet kommer att ligga både på barnet och på familjen. På BVC och genom besök i hemmen möter distriktssköterskan många olika familjer med olika bakgrund. Bland dessa finns även barn som är utsatta och deras familjer.

Med utsatta barn menar jag barn som på något vis lever i risksituationer, barn som löper risk att bli utsatta för misshandel, missbruk och vanvård av föräldrar eller vårdnadshavare.

Frågeställningarna jag har är:

Vilken erfarenhet har distriktssköterskan av att arbeta med utsatta barn och deras familjer?

Hur kan distriktssköterskan vara till stöd för barnet och familjen?

Härmed ber jag om tillstånd att intervjua någon av dina distriktssköterskor för insamling av material för studiens syfte. Intervjuerna äger rum under hösten 2011. Intervjuerna spelas in på Mp3 spelare, insamlat material kommer att förvaras så inte obehöriga får tillgång till intervjumaterialet. Deltagandet är frivilligt och alla uppgifter behandlas konfidentiellt. Inga namn kommer att nämnas, inte heller arbetsplats. Intervjuerna kommer att ta ungefär en timme.

Tacksam för svar

Mvh

Distriktssköterskestuderande

Helena Liljedahl

Mobilnr. 0761717303

hliljeda@gmail.com

Bilaga 2

Bäste deltagare

Jag heter Helena Liljedahl och går vidareutbildning till distriktssköterska på Högskolan Kristianstad. Jag räknas vara klar med utbildningen i mars 2012.

Under utbildningen skriver jag en magisteruppsats vars syfte är att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av att arbeta med utsatta barn och deras familjer. Fokus i arbetet kommer att ligga både på barnet och på familjen.

På BVC och genom besök i hemmen möter distriktssköterskan många olika familjer med olika bakgrund. Bland dessa finns även barn som är utsatta och deras familjer.

Med utsatta barn menar jag barn som på något vis lever i risksituationer, barn som löper risk att bli utsatta för misshandel, missbruk och vanvård av föräldrar eller vårdnadshavare.

Frågeställningarna jag har är:

Vilken erfarenhet har distriktssköterskan av att arbeta med utsatta barn och deras familjer?

Hur kan distriktssköterskan vara till stöd för barnet och familjen?

Du är tillsammans med några kolleger inbjuden att delta i studien. Som jag nämnde i telefonsamtalet kommer jag att intervjua dig. Intervjun kommer att ta ungefär en timme. Jag kommer att spela in intervjuerna med Mp3 spelare, insamlat material kommer att förvaras så inte obehöriga får tillgång till intervjumaterialet. Intervjuerna är helt konfidentiella, din identitet kommer inte att röjas. Det insamlade materialet kommer inte kunna användas till någon annan studie eller på något sätt användas mot dig.

Tack för att du vill delta i studien och på det sättet hjälpa mig i mitt arbete med magisteruppsatsen.

Distriktssköterskestuderande

Helena Liljedahl

Mobilnr. 0761717303

hliljeda@gmail.com

Bilaga 3.

Intervjuguide

Inledande frågor:

Hur länge har du jobbat med barnhälsovård?

Hur många fall uppskattar du att det kan vara?

Öppna frågor motsvarande syftet.

Vilken erfarenhet har du av att arbeta med familjer där du vet, upptäcker eller misstänker att barnet är utsatt?

Hur kan du vara till stöd för barnet och familjen?

Stödfrågor

Hur agerar du när du vet, upptäcker eller misstänker att ett barn är utsatt

Konfronterar du föräldrarna/vårdnadshavarna?

Hur ser du på familjen/föräldrarna där barnet löper risk att bli utsatt eller är utsatt?

Du har basprogrammet att följa, gör du något mer när det gäller dessa barn?

Gör du extra hembesök?

Hur är den fortsatta kontakten med familjen?

Får du någon feedback från socialen?

Kan du ge exempel på när det gick bra?

Kan du ge exempel på motsatsen?

Följdfrågor

Vad ser du?

Vad känner du?

Vad tänker du?

Vad gjorde du?

Avslutningsfrågor

Har du handledning?

Av allt du berättat, vad är viktigast?