



**SAHLGRENKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **ATT ANMÄLA ELLER INTE ANMÄLA NÄR ETT BARN FAR ILLA**

En litteraturöversikt

**Linnéa Tallvik & Moa Ekeröth**

---

Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2020
Handledare:	Louise Freytag & Katja Laakso
Examinator:	Lena Johansson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## **Förord**

Vi tackar varandra för ett gott samarbete.

Vi vill även tacka personalen på enheten för akademiskt språk, Göteborgs universitet, för korrekturläsning.

Titel (svensk)	Att anmäla eller inte anmäla när ett barn far illa
Titel (engelsk)	To report or not to report when a child is maltreated
Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2020
Författare	Linnéa Tallvik & Moa Ekeröth
Handledare:	Louise Freytag & Katja Laakso
Examinator:	Lena Johansson

---

## Sammanfattning:

**Bakgrund:** Alla barn har rätt till liv, överlevnad och att få växa upp under trygga förhållanden. Dessvärre lever inte alla barn efter dessa villkor. Vissa barn far illa och utsätts för hot, missförhållanden och försummelse, vilket orsakar ett stort lidande. För dessa barn kan en orosanmälan vara livsavgörande, men trots det anmäls inte alla misstankar om övergrepp mot barn. Sjuksköterskan är en av de yrkeskategorier som faller under Socialtjänstlagens anmälningsplikt och har en viktig roll i att kunna upptäcka och hjälpa barn som far illa. **Syfte:** Att belysa faktorer som påverkade sjuksköterskans beslut kring orosanmälan vid misstanke om att ett barn far illa. **Metod:** Vald metod var en strukturerad litteraturöversikt baserad på totalt 12 artiklar. Nio av artiklarna var av kvantitativ design och tre av kvalitativ design. Analysmetoden utgick från Fribergs analysmodell för kvalitativa och kvantitativa artiklar. **Resultat:** De faktorer som påverkade sjuksköterskans beslut delades in i två huvudkategorier: *Inre faktorer* och *Yttre faktorer*. *Inre faktorer* belyste hur sjuksköterskans tidigare erfarenheter och personliga värderingar, rädslor samt uppfattning av socialtjänsten påverkade beslutet om en orosanmälan gjordes. *Yttre faktorer* beskrev att sjuksköterskans kunskap och utbildning, upplevda kollegiala stöd samt vilka bevis hen erhöll var avgörande inför beslutet om en orosanmälan skulle göras. **Slutsatser:** Sjuksköterskor saknar tillräcklig kunskap och utbildning inom området. Tidigare erfarenhet, både arbetserfarenhet och privat erfarenhet av att möta barn som far illa och orosanmäla, var av vikt i beslutsprocessen. Rädsla och brist på bevis påverkade också beslutet att orosanmäla eller inte. Mer utbildning behövs om aktuella lagar som sjuksköterskor ska förhålla sig till samt anmälningsplikten för att öka möjligheten till fler orosanmälningar.

Nyckelord: Orosanmäla, sjuksköterska, anmälningsplikt, barnmisshandel, faktorer

# Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund .....	1
2.1. Barn som far illa.....	1
2.2. Tecken på att barn far illa .....	2
2.3. Påverkan på barnets framtid.....	2
2.4. Mänskliga rättigheter .....	3
2.5. Barnkonventionen .....	3
2.6. Anmälningsplikten.....	4
2.7. Teoretisk referensram .....	4
2.7.1. Lindra lidande .....	4
2.7.2. Säker vård .....	5
2.8. Befintlig forskning.....	5
2.9. Problemformulering.....	6
3. Syfte.....	6
4. Metod.....	6
4.1. Studiedesign.....	6
4.2. Datainsamling.....	6
4.3. Urval .....	7
4.4. Artikelgranskning .....	8
4.5. Dataanalys.....	8
4.6. Etiska resonemang .....	8
5. Resultat .....	8
5.1. Inre faktorer .....	9
5.1.1. Erfarenheter och värderingar .....	9
5.1.2. Relation till myndigheter .....	10
5.1.3. Rädsla och oro.....	10
5.2. Yttre faktorer.....	11
5.2.1. Kunskap och utbildning .....	11
5.2.2. Brist på bevis.....	11
5.2.3. Stöd från arbetsplats.....	12
6. Diskussion .....	12
6.1. Metoddiskussion .....	12
6.1.1. Studiedesign.....	12
6.1.2. Datainsamling.....	13

6.1.3.	Urval .....	13
6.1.4.	Artikelgranskning .....	14
6.1.5.	Dataanalys.....	14
6.1.6.	Etiska resonemang .....	15
6.2.	Resultatdiskussion .....	15
6.2.1.	Inre faktorer .....	15
6.2.1.1.	Erfarenheter och värderingar .....	15
6.2.1.2.	Relation till myndigheter .....	16
6.2.1.3.	Rädsla och oro.....	16
6.2.2.	Yttre faktorer.....	17
6.2.2.1.	Utbildning och kunskap .....	17
6.2.2.2.	Brist på bevis.....	18
6.2.2.3.	Stöd från arbetsplats.....	18
6.3.	Teoretisk referensram .....	18
6.4.	Implikationer för praxis inom professionen.....	19
6.5.	Förslag till fortsatt forskning .....	19
7.	Slutsatser.....	19
	Referenslista.....	21
	Bilagor.....	25
	Bilaga 1 .....	25
	Bilaga 2 .....	27

# 1. Inledning

Den legitimerade sjuksköterskan möter barn i olika situationer, både som patienter och när barnets förälder, vårdnadshavare eller annan anhörig vårdas. Orosanmälan av barn som far illa är därför högst aktuell för sjuksköterskan. I sin tjänst har sjuksköterskan olika stöd för att göra en orosanmälan, bland annat anmälningsplikten och barnkonventionen.

Under utbildningen till sjuksköterska har vi haft verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Under VFU:n har sjuksköterskans dilemma kring att göra en orosanmälan diskuterats. Sjuksköterskan var osäker på om hen skulle anmäla eller inte, om barnet verkligen far illa och vad som skulle hända med barnet efteråt. Även medstudenter har delat med sig om sina erfarenheter kring orosanmälan av barn. Beslutet att göra en orosanmälan bedöms vara svårt att ta och många faktorer spelar in. Utifrån detta väcktes ett intresse runt processen och vad som påverkar sjuksköterskans beslut kring orosanmälan.

## 2. Bakgrund

Socialstyrelsen rapporterar att under 2018 gjordes ca 331 000 orosanmälningar, gällande 180 000 barn. Det är en siffra som motsvarar 8,3 procent av Sveriges barn (Socialstyrelsen, 2019). Hälso-, sjuk- och tandvården stod för 17 procent av dessa orosanmälningar, vilket gjorde dem till den tredje största anmälaren i landet. Flera olika anmälningar kan gälla ett och samma barn, varför antalet inkomna anmälningar är större än antal berörda barn (Socialstyrelsen, 2019). Med barn avses, enligt svensk lag, personer under 18 år (SFS 2001:453).

För barn som far illa kan en orosanmälan vara livsavgörande, men trots detta anmäls inte alla misstankar om övergrepp mot barn. Kunskapsbrist hos hälso- och sjukvårdspersonal om vad som händer efter orosanmälan och hur barnets livssituation kommer att påverkas kan vara möjliga faktorer som inverkar på beslutet att inte orosanmäla (Tingberg, 2016). Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2017) menar att det våldsförebyggande arbetet måste tas på större allvar om antalet barn som utsätts för misshandel, omsorgssvikt och övergrepp ska minska. Sjuksköterskan är en resurs i arbetet att kunna identifiera tecken på att ett barn far illa. Utefter vad sjuksköterskan kommer i kontakt med ska hen också våga agera därefter och göra en orosanmälan när det behövs.

### 2.1. Barn som far illa

År 1979 blev Sverige första landet i världen att förbjuda barnaga enligt lag (Sveriges riksdag, 2018). Detta lagstiftades i föräldrabalken (SFS 1949:381), som beskriver barns rätt till omvårdnad, trygghet och god uppfostran. Barn får inte heller utsättas för kroppslig eller kränkande bestraffning. Barnets vårdnadshavare har ett ansvar för att barnets behov och omsorg tillgodoses. Vid beslut om barn ska barnets bästa alltid vara avgörande (SFS 1949:381). Att bryta mot detta kan innebära lagbrott enligt Brottsbalken (SFS 1962:700).

Barn som far illa är ett paraplybegrepp och kan innebära många olika saker. Rikshandboken i barnhälsovård (2020a) beskriver att det kan gälla allt från att barn utsätts för eller ser fysisk misshandel eller sexuella övergrepp till psykisk misshandel, försummelse och omsorgssvikt. Fysisk misshandel inkluderar alla former av kroppslig bestraffning och oönskad beröring.

Sexuella handlingar mot barn räknas alltid som övergrepp och inkluderar allt från våldtäkt till blottning och att tvinga barnet att kolla på pornografi eller exponera sig via internet. Psykisk misshandel innefattar bland annat nedvärdering, orimlig bestraffning, förlöjligande, kränkning, hot, hån, diskriminering eller isolering av barn. Försummelse och omsorgssvikt handlar om att en förälder eller vårdnadshavare brister i sin förmåga att tillfredsställa barnets behov. Det kan vara att barnet inte får den uppmärksamhet och bekräftelse som behövs, men också att behovet av nutrition, skydd, kläder, undervisning, omsorg och sjukvård inte tillgodoses (Rikshandboken i barnhälsovård, 2020a).

Ett barn kan fara illa av att en förälder eller vårdnadshavare missbrukar, har en psykisk störning eller funktionsnedsättning alternativt har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada. Ett barn vars förälder eller vårdnadshavare avlider kan också vara i riskzonen för att fara illa, vilket måste uppmärksammas (SFS 2010:659).

## **2.2. Tecken på att barn far illa**

Rikshandboken i barnhälsovård (2020b) förklarar att barn som far illa kan uppvisa olika typer av avvikande beteende. Barn som far illa kan få kroppsliga besvär, till exempel smärtor i mage och huvud, ångest, sömnsvårigheter och ingen eller kraftig viktförändring. Beteenden som bristande ögonkontakt, passivitet, oro, nedstämdhet, aggression eller känslomässig instabilitet ska alltid tas på allvar. Skador på kroppen, som inte bedöms normala utifrån barnets ålder och aktivitet, som blåmärken, svullnader och brännskador, är andra varningssignaler. Om barnet visar en onormal sexuell fixering kan det härledas till att barnet varit med om sexuella övergrepp. Även skador i eller runt underlivet och ändtarmsöppningen samt greppmärken på lår eller skinkor är tecken på sexuella övergrepp. Andra tecken på att barnet far illa är hög frånvaro i skolan, självskadebeteende, brottsutövande, droganvändning eller att barnet drar sig undan. Vidare är dålig tandstatus, bristande hygien och olämpliga kläder efter årstiden tecken på försummelse och omsorgssvikt (Rikshandboken i barnhälsovård, 2020b).

Oavsett kulturell bakgrund, religiös tillhörighet och socioekonomisk bakgrund kan ett barn fara illa. Det är inte ovanligt att hälso- och sjukvårdspersonal förbiser familjer där föräldrarna är välutbildade och socialt välanpassade (Tingberg, 2016).

## **2.3. Påverkan på barnets framtid**

Att ett barn far illa kan göra skada direkt men även påverka barnet i framtiden. Om en förälder, vårdnadshavare eller annan närstående person som ska representera trygghet, istället utsätter barnet för fara skadas ofta barnets förtroende för vuxna (Socialstyrelsen, 2010). John Bowlby, grundare av anknytningsteorin, menar att barns tidiga relationer fungerar som en mall för relationer senare i livet. Otrygga relationer leder till otrygga barn som i sin tur leder till otrygga vuxna med sämre självkänsla och social kompetens samt känslan av att inte vara älskvärd (Broberg, 2016).

Gilbert m.fl. (2009) visar att övergrepp och misshandel av barn kan ge långsiktig påverkan på den fysiska och psykiska hälsan samt resultera i sämre prestation i skolan. Vidare beskrivs att barn som far illa inte alltid slutför grundskolan, vilket resulterar i lägre utbildning och på sikt högre arbetslöshet. Utveckling av psykiska besvär som posttraumatiskt stressyndrom, ångest,

depression, ätstörning, övervikt, självskadebeteende och suicidförsök är stor. Risken finns också att de som vuxit upp med våld själva tillämpar våldsutövande, kriminalitet, begår brott eller får alkohol- och drogproblematik senare i livet (Gilbert m.fl., 2009).

Dubowitz (2013) redogör för att även försummelse och vanvård kan ge framtida fysiska och psykiska men. En konsekvens kan vara nedsatt utveckling av hjärnan, men också sämre akademiska prestationer och nedsatt emotionellt beteende liksom depression och suicid kan förekomma decennier senare.

## 2.4. Mänskliga rättigheter

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor ska de mänskliga rättigheterna respekteras (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). En av de mest centrala förordningarna som redogör för de mänskliga rättigheterna är Förenta nationernas (FN) allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (FN, 2008). Förklaringen antogs av FN år 1948 och innehåller 30 artiklar som beskriver vad de mänskliga rättigheterna innebär för varje enskild individ. I artikel 5 beskrivs att *”ingen får utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning”* (FN, 2008). Förutom de mänskliga rättigheterna, har FN en agenda med 17 globala mål för hållbar utveckling, även kallad Agenda 2030. I mål 16, *fredliga och inkluderande samhällen*, beskrivs barns skydd mot övergrepp, utnyttjande, människohandel och våld (UNDP, 2015).

## 2.5. Barnkonventionen

Sedan 1 januari 2020 är FN:s konvention om barns rättigheter, barnkonventionen, lag i Sverige. Barnkonventionen (SFS 2018:1197) är rättsligt bindande och innehåller 54 artiklar om barns mänskliga rättigheter, som alla är lika viktiga. Tre av dessa artiklar berör särskilt barns rättigheter vid utsatthet:

- Artikel 6: *”Konventionsstaterna erkänner varje barns inneboende rätt till livet. Konventionsstaterna ska till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling.”*
- Artikel 19: *”Konventionsstaterna ska [...] skydda barnet mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, inklusive sexuella övergrepp, medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavares eller annan persons vård [...]”*
- Artikel 34: *”Konventionsstaterna åtar sig att skydda barnet mot alla former av sexuellt utnyttjande och sexuella övergrepp. [...]”* (SFS 2018:1197).

Enligt barnkonventionen ska alla lämpliga åtgärder vidtas för att skydda barn mot all form av fysiskt eller psykiskt våld, skada, övergrepp, vanvård, försummelse, misshandel eller utnyttjande (SFS 2018:1197). Totalt 95 länder, inklusive Sverige, har numera barnkonventionen som nationell lag. I Norge har konventionen varit lag sedan 2003. En utredning av norsk lag som gjordes 2009 visade att lagstiftandet har höjt både barnkonventionens juridiska status och barns rättsliga ställning. Dessutom tas barnkonventionen på större allvar och kan användas som rättskälla (Unicef, 2018).



## **2.6. Anmälningssplikten**

Enligt Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) är myndigheter inom hälso- och sjukvården, rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten, Kriminalvården, Polismyndigheten och Säkerhetspolisen samt verksamheter som gäller barn och unga skyldiga att orosanmäla till socialnämnden om ett barn far illa. Anmälan ska ske redan vid misstanke om att ett barn far illa, och skyldigheten gäller även om ovanstående myndigheters yrkesutövande inte riktar sig till barn (SFS 2001:453). Den legitimerade sjuksköterskan faller därmed in under denna lag.

En orosanmälan ska alltid göras efter barnets, och inte föräldrarnas, behov och anmälningssplikten är personlig och får inte överlåtas. Anmälan får inte heller dröja eller utebli med hänsyn till föräldrarna (Rikshandboken i barnhälsovård, 2019). Socialstyrelsen (2019) förtydligar att orosanmälan är bindande och ska göras genast av den anmälningsskyldiga, oberoende av om det redan finns en befintlig anmälan eller pågående utredning. Oron för barnet kan ha uppstått både i mötet med barnet, vårdnadshavaren eller föräldern. En orosanmälan ska göras skriftligt. Vid brådskande fall kan den dock först göras muntligt för att sedan kompletteras skriftligt. Finns det några tveksamheter inför orosanmälan kan de som faller under anmälningssplikten anonymt rådgöra med socialtjänsten om huruvida en orosanmälan bör göras eller inte. Varje verksamhet som faller under Socialtjänstlagen bör ha rutiner för hur en orosanmälan går till och hanteras (Socialstyrelsen, 2019).

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) beskriver hur hälso- och sjukvårdspersonal vid ärenden gällande barn som far illa eller riskerar att fara illa ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra involverade. Patientens sekretess gäller inte vid orosanmälningar, utan anmälaren är skyldig att överlämna alla uppgifter som kan vara av betydelse till socialnämnden vid utredning (SFS 2010:659). Den som omfattas av anmälningssplikten men som ändå väljer att inte orosanmäla trots att kännedom eller misstanke om att ett barn far illa finns, begär tjänstefel och kan dömas till böter eller högst två års fängelse (SFS 1962:700).

Socialnämnden mottar orosanmälningar om allt från vaga anmälningar med lite information där misstanken om att barnet far illa är oklar, till anmälningar med mycket och allvarlig information om att barnet omgående är i behov av skydd från sin familj (Socialstyrelsen, 2019). Det är bättre att göra en orosanmälan som betraktas ha en lägre allvarlighetsgrad, än att inte göra en orosanmälan alls. Orosanmälningar som var för sig inte motiverar till att starta en utredning kan tillsammans skapa en tydligare bild av barnets situation, vilket i sin tur kan vara anledning till att en utredning påbörjas (Socialstyrelsen, 2019). Den som gjort anmälan ska bli informerad om handläggningen av ärendet (SFS 2001:453).

## **2.7. Teoretisk referensram**

### **2.7.1. Lindra lidande**

Ett av sjuksköterskans främsta ansvarsområde är att lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Eriksson (1994) förklarar att inom hälso- och sjukvården talar man om tre sorters lidande: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Barn som far illa med en vardag kantad av hot, missförhållanden eller försummelse drabbas av det tredje lidandet, livslidande, via upplevelser från det egna livet. Det finns många medel för sjuksköterskan att lindra lidande. Även ett komplicerat lidande, som när vuxna misshandlar

barn, kan lindras för en stund genom att sjuksköterskan uppmärksammar barnet med en vänlig blick, ett ord eller beröring. En lidande människa behöver uppleva återupprepade kärlekshandlingar (Eriksson, 1994), i synnerhet i situationer där barnets förtroende för vuxna har brutit. Om sjuksköterskan som barnet möter inte anmäler kan det dessutom skapa ytterligare lidande, då barnet fortsätter att fara illa.

Allt lidande kan inte botas, men sjuksköterskan bör göra allt i sin makt för att lindra utsatta barns lidande genom att respektfullt uppmärksamma patienten och ge den omvårdnad som behövs (Eriksson, 1994). Förutsättningar för detta är bland annat att arbeta evidensbaserat. Evidensbaserad vård innebär att sjuksköterskan ska arbeta efter vetenskap och beprövade erfarenheter. Ett evidensbaserat arbetssätt tillämpas genom att hålla sig uppdaterad om sitt yrkes kunskapsutveckling, till exempel att barnkonventionen blivit lag (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

### **2.7.2. Säker vård**

I kompetensbeskrivningen för den legitimerade sjuksköterskan av Svensk sjuksköterskeförening (2017b) beskrivs de sex kärnkompetenserna: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik. Dessa ska fungera som en bas i sjuksköterskans arbete inom hälso- och sjukvård. Att inte orosanmäla när misstanke att ett barn far illa finns påverkar barnet negativt och kan därmed utgöra en osäker vård. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) definierar patientsäkerhet som skydd mot vårdskada. Lagen beskriver att en vårdskada bland annat avser skada som, om adekvata ingripanden gjorts vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården, hade kunnat undvikas. Skadan kan vara fysisk eller psykisk, men även lidande, sjukdom och dödsfall innefattas. Att fara illa kan orsaka stort psykiskt lidande för barnet (Socialstyrelsen, 2010) och att inte vidta åtgärder när ett barn far illa bör därför ses som en vårdskada.

## **2.8. Befintlig forskning**

Piltz och Wachtel (2009) har sammanställt 17 originalartiklar i en litteraturöversikt med syftet att identifiera vad som hindrar sjuksköterskor från att orosanmäla misstänkta fall av övergrepp och försummelse av barn. Originalartiklarna är publicerade mellan 1996 och 2005. Litteraturöversikten visar att det främsta hindret för en orosanmälan är att den nuvarande sjuksköterskeutbildningen är otillräcklig vad gäller undervisning kring barnmisshandel och försummelse. Mer utbildning inom området behövs, vilket bekräftas av att de sjuksköterskor som har en tillfredsställande utbildning samt erfarenhet av att hantera misshandel och försummelse av barn i större utsträckning upptäcker och anmäler när ett barn far illa (Piltz & Wachtel, 2009).

Litteraturöversikten visar även att det finns faktorer som påverkar identifieringsprocessen av fall där barn far illa. Sjuksköterskan upplever svårigheter att skilja avsiktlig försummelse från ett misslyckande att uppfylla samhällets normer, exempelvis genom att inte kunna tillgodose barnet med rena kläder. Utifrån detta är sjuksköterskan motvillig att orosanmäla personer i lägre socioekonomiska områden (Piltz & Wachtel, 2009).

Det finns också en osäkerhet kring vad sjuksköterskans professionella ansvar är. En del anser att det är mer fördelaktigt att själv hjälpa och stötta familjen, istället för att anmäla dem till

socialtjänsten. Andra känner sig tveksamma inför vad som ska anmälas och upplever en osäkerhet om endast sådant som upptäcks vid rutinmässiga hälsokontroller ska anmälas, eller om det handlar om att aktivt söka efter tecken på att barn far illa (Piltz & Wachtel, 2009).

Sjuksköterskan upplever osäkerhet angående att genomföra en orosanmälan när det finns bristfälligt med bevis. Svårast är det att upptäcka att barn far illa när det handlar om försummelse och benägenheten att orosanmäla är större när det finns tydliga fysiska tecken på misshandel (Piltz & Wachtel, 2009).

I de fall där sjuksköterskan var rädd för sin egen eller sin familjs säkerhet, alternativt var rädd för att den familjen som anmälan gjorts gentemot skulle byta vårdgivare, avstod hen från att göra en orosanmälan. Andra faktorer för att inte orosanmäla grundar sig i känslan att förråda barnet och familjen i tron att barnet kan få negativa följder av en orosanmälan. En förklaring till detta är att sjuksköterskan har negativa erfarenheter från socialtjänsten. Dessutom upplevs det svårare för sjuksköterskan att orosanmäla om hen arbetar och bor i ett litet samhälle, då privatlivet kolliderar med den professionella rollen (Piltz & Wachtel, 2009).

## **2.9. Problemformulering**

Alla barn har rätt till liv, överlevnad och att få växa upp under trygga förhållanden. En orosanmälan är, för vissa barn, nödvändigt för att detta ska uppfyllas. Konsekvenser av att fara illa som barn kan leda till långvarigt lidande för den drabbade individen. Sjukvården utgör en viktig roll i att upptäcka om ett barn far illa, och sjuksköterskan har i sin yrkesroll ansvar för att göra en orosanmälan till socialnämnden om det finns misstanke om missförhållanden. Trots sjuksköterskans ansvar görs dock inte alltid detta. Det är därför betydelsefullt att belysa vilka faktorer som påverkar beslutet kring att göra en orosanmälan.

## **3. Syfte**

Att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans beslut kring orosanmälan vid misstanke om att ett barn far illa.

## **4. Metod**

### **4.1. Studiedesign**

Vald metod för denna studie var strukturerad litteraturöversikt. En strukturerad litteraturöversikt gav en kunskapsöversikt inom problemområdet och använde aktuell forskning för att förstå det som studerades. Det var av vikt att välja och analysera artiklar i relation till ett syfte samt att söka efter dessa korrekt. Därefter diskuterades resultat och tillvägagångssätt kritiskt (Friberg, 2017).

### **4.2. Datainsamling**

Litteratursökningen bestod av tre faser. Den inledande sökningen gjordes i Cinahl, PubMed och PsycInfo för att få en översikt av litteraturen. Därefter utformades den egentliga sökningen med

specifika sökord och avgränsningar i databaserna Cinahl och PubMed. Avslutningsvis gjordes en kompletterande sökning i PsycInfo och Scopus (Östlundh, 2017). Databaserna Cinahl och PubMed användes för att de innehåller artiklar med specifik inriktning på omvårdnad, sjuksköterskans ämnesområde. PubMed inkluderar även publikationer som berör ämnesområdet medicin. Scopus är istället en tvärvetenskaplig databas för vårdvetenskaplig informationssökning (Östlundh, 2017), och användes då den också har hög relevans för ämnesområdet omvårdnad. PsycInfo innehåller material inom beteendevetenskap och psykologi (Karlsson, 2012). Alla dessa databaser användes för att få en bredd i litteratursökningen samt för att få svar på studiens syfte.

Litteratursökningen började med att kombinera orden *nurs\** och *child abuse*. Därefter användes Svensk MeSH (Medical Subject Headings) för att få fram *mandatory reporting*, som betyder anmälningsskyldighet eller obligatorisk rapportering (Svensk MeSH, u.å.). Samtliga sökningar utgick från samma sökord, men i databaserna Cinahl och PsycInfo användes trunkering på *report\**. I databasen PubMed gjordes en avancerad sökning med tesaurusen MeSH Terms.

Sökorden kopplades samman med ordet AND, en boolesk sök teknik. Denna teknik genererade i att artiklarna avhandlade alla sökord som användes. Vidare användes sök tekniken trunkering med en asterisk (\*) på *nurs\** och *report\**. Trunkering innebär att ordets alla olika böjningsformer inkluderas i sökningen. En sökning på ordet *nurs\** involverar därmed även *nursing* och *nurses*. I databasen Scopus användes citationstecken på ”*mandatory reporting*”, för att databasen skulle uppfatta orden som en enhet och inte två separata termer (Östlundh, 2017).

Sökningen i PsycInfo gav inget ytterligare resultat, då den enda artikeln som valdes där redan hade hittats i PubMed.

### 4.3. Urval

I denna litteraturöversikt låg fokus på när barn far illa på grund av illa behandling, alltså exkluderades artiklar som handlade om barns påverkan när en förälder misshandlas eller på annat vis blir utsatt för felbehandling. Valda artiklar berör endast när barn direkt utsätts för misshandel, försummelse, med mera. Artiklar exkluderades om de saknade tillgänglighet för Göteborgs universitetsbibliotek eller var avgiftsbelagda. Då författarna endast önskade originalartiklar för att själva skapa en litteraturöversikt, valdes översiktsartiklar bort. Andra artiklar som valdes bort berörde bland annat trafficking, sexuellt våld, våld mot partner eller besvarade inte denna litteraturöversikts syfte. Artiklar som enbart fokuserade på andra professioner än sjuksköterskans togs inte heller med. Likaså exkluderades artiklar som var på språk som inte behärskades av författarna.

Databaserna hade flera avgränsningsfunktioner som underlättade urvalet genom att sortera bort dokument som inte besvarade denna litteraturöversiktens syfte (Östlundh, 2017). Avgränsningar på samtliga databaser var artiklarnas utgivningsår (2000-2020) och att de skulle vara peer-reviewed-granskade. Då resultatet ansågs vara för brett på Scopus valdes följande avgänsningar: område (omvårdnad), språk (engelska), källtyp (tidskrift) och dokumenttyp (artikel). På PsycInfo valdes ålder (0-17 år) som en avgränsning för att avgränsa sökningen ytterligare. För att öka generaliserbarheten valdes artiklar från hela världen.

Flertal artiklar fanns på fler än en databas och valdes därför endast på första databasen. På PubMed granskades nio artiklar, varav en redan valts på Cinahl. På Scopus granskades tio artiklar, varav sex valts vid tidigare sökning i Cinahl och PubMed.

#### 4.4. Artikelgranskning

Innan artiklarna slutgiltigt valdes ut granskades de med ett kritiskt förhållningssätt enligt Fribergs (2017) granskningsfrågor för kvalitativa respektive kvantitativa studier. Artiklarna bedömdes utifrån problemformulering, bakgrund, syfte, metod, deltagare, dataanalys, resultat, diskussion och etiskt godkännande. De artiklar som endast saknade något kriterium klassades som mycket hög kvalitet. Artiklarna som delvis eller inte alls uppfyllde flera kriterier, till exempel saknade tydlig koppling till omvårdnad, bedömdes vara av medel eller hög kvalitet, beroende på hur mycket som saknades för högre kvalitet. Se bilaga 2 för artikelöversikt.

#### 4.5. Dataanalys

Datansamlingen resulterade i tolv artiklar som alla bedömdes relevanta för litteraturöversiktens syfte. Nio av artiklarna var av kvantitativ design och tre av kvalitativ design. Analysen av artiklarna utgick från Fribergs (2017) analysmodell för kvalitativa och kvantitativa artiklar. Inledningsvis analyserades data genom att författarna individuellt läste alla artiklar för att förstå deras helhet. Därefter analyserades artiklarnas resultat gemensamt för att få fram samtliga faktorer som påverkade beslutet kring en orosanmälan. Faktorerna sammanställdes i ett dokument för att skapa en överblick av artiklarnas resultat. I nästa steg sorterades artiklarnas resultat in i kategorier med liknande innehåll för att skapa en tydlig röd tråd över vilka faktorer den aktuella litteraturöversiktens resultat skulle behandla. Analysen resulterade i två huvudkategorier med tre subkategorier vardera (se figur 1).

#### 4.6. Etiska resonemang

Alla valda artiklar hade ett etiskt godkännande eller hade erhållit deltagarnas medgivande att delta. Då forskningsetik är en viktig del i det vetenskapliga arbetet som ska försvara människors grundläggande rättigheter och skydda deltagarna i en studie (Kjellström, 2012) var det önskvärt att alla valda artiklar förde ett etiskt resonemang.

### 5. Resultat

Efter att ha analyserat artiklarnas resultat sammanfattades de i två huvudkategorier med tre subkategorier vardera. Subkategorierna sorterades efter hur vanligt förekommande faktorn var (se tabell 1). Första huvudkategorin var *Inre faktorer* och syftade till sjuksköterskans subjektiva känslor och tankar inför beslutet att orosanmäla. Subkategorier var *Erfarenheter och värderingar*, *Rädsla och oro* samt *Relation till myndigheter*. Den andra huvudkategorin var *Yttre faktorer* som syftade till objektiva faktorer som sjuksköterskan till viss del inte kunde påverka. Subkategorier var *Kunskap och utbildning*, *Stöd från arbetsplatsen* och *Brist på bevis*.

De studier som inkluderas i litteraturöversikten kommer från flera olika länder. Organisations- och myndighetsansvar gällande orosanmälan skiljer sig därför åt. I resultatet används begreppet

”socialtjänsten” för att beskriva den myndighet som ansvarar för mottagandet av anmälan, även om annat begrepp används i andra länder.

Tabell 1. Översikt av framkomna kategorier.

Inre faktorer			Yttre faktorer		
Erfarenheter och värderingar	Relation till myndigheter	Rädsla och oro	Kunskap och utbildning	Brist på bevis	Stöd från arbetsplats

## 5.1. Inre faktorer

### 5.1.1. Erfarenheter och värderingar

Både yrkesmässiga och privata erfarenheter och värderingar vägde tungt i beslutet om en orosanmälan skulle göras eller inte. En viktig anledning till att sjuksköterskan anmälde var hur mycket arbetserfarenhet hen hade (Lagerberg, 2001). Sjuksköterskor med mycket erfarenhet kände sig mer bekväma i att identifiera symtom och tecken vid misstanke om att ett barn for illa. Dessa sjuksköterskor tvekade eller ifrågasatte inte sig själva när en orosanmälan var aktuell (Eisbach & Driessnack, 2010). Det spelade också roll hur länge sjuksköterskan varit färdigutbildad och hur länge hen arbetat på sin nuvarande arbetsplats (Rolim, Moreira, Gondim, Paz & Vieira, 2014). Ben Natan, Faour, Naamah, Grindberg och Klein-Kremer (2012) beskriver att sjuksköterskans syn på sitt professionella ansvar var avgörande för om en orosanmälan gjordes eller inte. Ju allvarigare en sjuksköterska tog sitt professionella ansvar för att orosmäla när barn for illa, desto vanligare var det att hen anmälde (Ben Natan m.fl., 2012).

Flera sjuksköterskor delgav att de själva försökte ingripa och hjälpa barnet och familjen innan en orosanmälan till socialtjänsten gjordes (Herendeen, Blevins, Anson & Smith, 2014; Eisbach & Driessnack, 2010; Land & Barclay, 2008). Francis m.fl. (2014) beskrev svårigheten i att endast kunna fokusera på det utsatta barnet. Kännedom om omständigheter kring familjens situation bidrog till att sjuksköterskans fokus också hamnade på övriga familjen. En sjuksköterska ansåg att barn skulle ses i kontext med hela sin familj och att hänsyn skulle tas till om det fanns syskon i familjen innan en orosanmälan gjordes (Francis m.fl., 2014).

Vad sjuksköterskan trodde att en orosanmälan skulle ha för effekter på barnets familj påverkade också beslutet att anmäla eller inte. Eisbach och Driessnack (2010) förklarade att sjuksköterskans oro över att familjen skulle påverkas negativt av en orosanmälan var en orsak till att avstå från att orosmäla. Inom familjer där misshandel och försummelse pågick fanns en underliggande stress. Denna stress menade sjuksköterskan kunde öka genom att familjen orosmäldes till socialtjänsten (Eisbach & Driessnack, 2010). Sathiadas, Viswalingam och Vijayaratnam (2018) skildrade att sjuksköterskan befarade att en orosanmälan kunde ha skadliga effekter på barnets familj, medan Feng och Wu (2005) rapporterade att en del sjuksköterskor ansåg att en orosanmälan skulle ha en positiv inverkan på barnet och dess familj. Dessa sjuksköterskor var mer benägna att orosmäla. Sjuksköterskor med positiv attityd till att orosmäla alla former av övergrepp och försummelse var också mer benägna att känna igen omfattningen av allvaret för barnet (Fraser, Mathews, Walsh, Chen & Dunne, 2009).

Även sjuksköterskans personliga erfarenheter och värderingar vägde tungt i beslutet om en orosanmälan. Till exempel ökade sannolikheten för att orosmäla, om sjuksköterskan själv var förälder (Ben Natan m.fl., 2012; Fraser m.fl., 2009). Speciellt om det rörde sig om sexuell och emotionell misshandel (Fraser m.fl., 2009). Sjuksköterskans egen värdering av fysisk bestraffning var en mycket inflytelserik faktor som avgjorde om hen valde att orosmäla misstänkt barnmisshandel eller inte (Ben Natan m.fl., 2012; Lee & Kim, 2017). Hade sjuksköterskan en negativ syn på fysisk bestraffning ökade sannolikheten att hen orosmälde övergrepp mot barn (Ben Natan m.fl., 2012). Dessutom redogjordes att kulturella skillnader och sociala barriärer mellan sjuksköterskan och föräldrarna var en faktor som påverkade sjuksköterskan att inte orosmäla (Land & Barclay, 2008; Atencion m.fl., 2019; Ben Natan m.fl., 2012). Land och Barclay (2008) förtydligar att definitionen av övergrepp mot barn bestäms av kultur och samhällsnormer. Sjuksköterskan kan betrakta avvikande beteende hos barn som normen från den kultur barnet tillhör, snarare än en orsak till en orosanmälan.

### **5.1.2. Relation till myndigheter**

Den näst vanligaste inre faktorn som inverkade på sjuksköterskans beslut var tidigare erfarenhet av socialtjänsten (Eisbach & Driessnack, 2010; Francis m.fl., 2012). När sjuksköterskor kände tillit till socialtjänsten gjordes fler orosmälningar (Rolim m.fl., 2014). De sjuksköterskor som trodde att en orosanmälan skulle leda till något bra för barnet och familjen anmälde i större utsträckning (Francis m.fl., 2012). Även regelbunden kontakt med socialtjänsten hade en positiv inverkan på beslutet att orosmäla och ökade antalet orosmälningar (Lagerberg, 2001).

Bristfällig återkoppling från socialtjänsten skapade däremot ett tvivel inför att anmäla (Eisbach & Driessnack, 2010; Land & Barclay, 2008). Det påvisades bristande förtroende gentemot myndigheten som hanterade orosmälningarna (Ben Natan m.fl., 2012; Atencion m.fl., 2019). Vissa sjuksköterskor upplevde inte heller att deras oro togs på allvar av socialtjänsten i samband med att en orosanmälan gjordes (Francis m.fl., 2012). Land och Barclay (2008) liksom Francis m.fl. (2012) redovisade att sjuksköterskan upplevde att kontakten med socialtjänsten var en envägskommunikation där sjuksköterskan inte visste om den utförda orosanmälan resulterade i någonting. Land och Barclay (2008) beskrev att sjuksköterskorna uttryckte frustration över bristen på kommunikation mellan olika instanser inom hälso- och sjukvården.

En annan faktor som inverkade på beslutet att inte göra en orosanmälan trots att misstanke fanns om att ett barn för illa var om barnet redan hade ett pågående ärende hos socialtjänsten (Herendeen m.fl., 2014).

### **5.1.3. Rädsla och oro**

Den tredje inre faktorn framkom genom att flera artiklar beskrev hur sjuksköterskans rädsla, ångest och oro hindrade hen från att orosmäla fall där det fanns misstanke om att barnet för illa. En tydlig faktor var fruktan inför juridiska konsekvenser för sjuksköterskan själv (Rolim m.fl., 2014; Sathiadass m.fl., 2018; Ben Natan m.fl., 2012; Atencion m.fl., 2019; Land & Barclay, 2008). Exempelvis att sjuksköterskan skulle behöva vittna i en rättsvist (Atencion m.fl., 2019; Land & Barclay, 2008).

Sjuksköterskan upplevde också en otrygghet relaterat till den egna säkerheten till följd av aggressiva, hotfulla eller hämndlystna föräldrar (Ben Natan m.fl., 2012; Atencion m.fl., 2019;

Land & Barclay, 2008; Eisbach & Driessnack, 2010; Sathiadas m.fl., 2018). Vidare skildrades ängslan för att familjen skulle bryta kontakten med vårdgivaren och inte komma tillbaka till sjuksköterskan (Eisbach & Driessnack, 2010; Herendeen m.fl., 2014). En risk med att familjen bröt kontakten med vårdgivaren efter en orosanmälan var att barnet hamnade i en ännu mer utsatt position. Chansen att någon skulle upptäcka att barnet for illa minskade avsevärt eftersom ingen längre följde barnet kontinuerligt (Eisbach & Driessnack, 2010). Eisbach och Driessnack (2010) kom fram till att beslutet att skjuta upp en orosanmälan kunde kopplas till sjuksköterskans oro för barnets säkerhet där hot om misshandel av barnet skulle kunna aktualiseras baserat på sjuksköterskans handling. En annan rädsla var kopplad till att föräldrarna skulle förlora vårdnaden om sitt barn om en orosanmälan gjordes (Eisbach & Driessnack, 2010). Även möjliga negativa effekter på sjuksköterskans karriär var ett avskräckande problem (Sathiadas m.fl., 2018).

Francis m.fl. (2012) genomförde sin studie i ett litet samhälle, vilket var en faktor som påverkade beslutet att orosanmäla vid incidenter av misstänkt misshandel eller försummelse av barn. Sjuksköterskan menade att det var svårt att distansera sig från invånarna i samhället och upplevde det som jobbigt om de råkade stöta ihop med en förälder vars barn de gjort en orosanmälan på.

## **5.2. Yttre faktorer**

### **5.2.1. Kunskap och utbildning**

Den vanligaste yttre faktorn som beskrevs var avsaknaden av kunskap och utbildning. De sjuksköterskor som hade genomgått någon utbildning gällande bemötande av barn som far illa anmälde i större utsträckning (Rolim m.fl., 2014; Lee & Kim, 2017; Fraser m.fl., 2009). Många ansåg dock att utbildningen kring barn som far illa var otillräcklig eller saknades helt, både under sjuksköterskeutbildningen och på arbetsplatsen (Land & Barclay, 2008; Feng & Wu, 2005).

Kunskap om lagstiftning ökade chansen att sjuksköterskan valde att anmäla (Francis m.fl., 2012; Feng & Wu, 2005; Fraser m.fl., 2009). I studien av Fraser m.fl. (2009) kände de flesta till sitt juridiska ansvar att anmäla fysisk misshandel, medan en mindre andel var medvetna om att de hade samma ansvar vid psykisk och emotionell misshandel. Sjuksköterskans kunskap om anmälningsprocessen påverkade även intentionen att anmäla. Ju större kunskap sjuksköterskan besatt, desto större var chansen att hen valde att orosanmäla vid misstanke om att ett barn for illa (Sathiadas m.fl., 2018; Rolim m.fl., 2014; Francis m.fl., 2012; Lee & Kim, 2017).

### **5.2.2. Brist på bevis**

Brist på bevis eller osäkerhet kring bevis var en vanlig orsak till att sjuksköterskan valde att avstå från att orosanmäla. I många fall valde sjuksköterskan att avvakta med sin anmälan tills hen ansåg att hen hade tillräckligt med tydliga bevis (Sathiadas m.fl., 2018; Francis m.fl., 2012; Land & Barclay, 2008; Atencion m.fl., 2019; Feng & Wu, 2005). Flera sjuksköterskor uppgav att de orosanmälde när det fanns uppenbara tecken på fysisk misshandel. När det gällde barn som misstänktes vara utsatta för psykisk misshandel, försummelse eller sexuella övergrepp upplevdes däremot en osäkerhet inför att orosanmäla (Land & Barclay, 2008; Sathiadas m.fl., 2018; Atencion m.fl., 2019). Märkbart synliga fall bedömdes som allvarliga, och



orosanmäldes i större utsträckning, medan de fall som var svårare att identifiera inte anmäldes lika frekvent (Feng & Wu, 2005).

Något som återkommande nämndes i artiklarna var komplexiteten kring försummelse. Många sjuksköterskor ansåg att det var svårare att avgöra om barnet utsattes för försummelse, jämfört med när det gällde fysisk misshandel (Eisbach & Driessnack, 2010; Atencion m.fl., 2019; Land & Barclay, 2008). När det fanns tydliga tecken på fysisk misshandel, till exempel misstänkta blåmärken eller brännskador, kunde sjuksköterskan enklare göra en anmälan, utan att ifrågasätta eller omvärdera sina misstankar (Eisbach & Driessnack, 2010).

Vissa sjuksköterskor var medvetna om utsatta familjers behov, men kände sig begränsade i sin förmåga att lindra problemen på grund av brist på resurser, bland annat personalbrist. Dessa brister ledde till att sjuksköterskan inte hade möjlighet att träffa familjen lika ofta som de önskade och saknade därmed de bevis som behövdes (Land & Barclay, 2008).

### **5.2.3. Stöd från arbetsplats**

Slutligen påverkade stödet sjuksköterskan fick från sin arbetsplats beslutet om en orosanmälan skulle göras eller inte. Om hen fick stöttning och medhåll från kollegor upplevdes det enklare att göra en anmälan (Eisbach & Driessnack, 2010; Francis m.fl., 2012). Även relationen till chefen på arbetsplatsen och sjuksköterskans roll i organisationen var faktorer som påverkade beslutet att anmäla. Flera sjuksköterskor var tveksamma inför att anmäla innan de diskuterat ärendet med sin närmsta chef. Dessutom trodde ett flertal att de var tvungna att gå via sin chef för att kunna anmäla (Francis m.fl., 2012).

Sjuksköterskan påverkades starkt av både chefer och andra personer som ansågs vara högre upp i arbetsplatsens hierarki. Om en läkarkollega rådde att inte anmäla, lyssnade sjuksköterskan till detta och avstod (Herendeen m.fl., 2014; Land & Barclay, 2008). Om läkarkollegor, och andra personer sjuksköterskan ansåg vara inflytelserika, istället var positivt inställda till en orosanmälan var sjuksköterskan mer benägen att göra en orosanmälan (Atencion m.fl., 2019; Feng & Wu, 2005).

Avslutningsvis förklarar Herendeen m.fl. (2014) att i en del fall där sjuksköterskan valde att inte anmäla hänvisades barnet istället till en person med annan profession. Vilken annan profession samt om eller hur de hjälpte barnet angavs dock inte i artikeln.

## **6. Diskussion**

### **6.1. Metoddiskussion**

#### **6.1.1. Studiedesign**

Förhoppningen med litteraturöversikten var att kunna öka förståelsen för vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans beslut kring orosanmälan vid misstanke om att ett barn får illa. Metoden för denna strukturerade litteraturöversikt valdes med anledning av att kunskapsområdet som översikten avhandlar ansågs vara välbeforskat och därför lämpade sig vald metod väl (Friberg, 2017). Genom en sammanställning av de tolv utvalda artiklarna har syftet kunnat besvaras och kunskapsläget har kartlagts.

### 6.1.2. Datainsamling

Under litteratursökningen uppstod flera hinder. Första hindret var att många av de sökta artiklarna var otillgängliga, dels då de inte var tillgängliga via Göteborgs universitetsbibliotek, dels då de var avgiftsbelagda. Otillgängliga artiklar vars abstract passade litteraturöversiktens syfte valdes därmed bort och av den anledningen exkluderades eventuellt relevanta artiklar.

Litteratursökningen har emellertid flera styrkor. En styrka i datainsamlingen var att sökningar gjordes på fyra olika databaser. De valda databaserna är på ett eller annat sätt kopplade till omvårdnad vilket ökar chansen att finna relevanta artiklar. Förutom databaser som inkluderade medicinska och omvårdnadsvetenskapliga publikationer användes en tvärvetenskaplig databas. Tvärvetenskapen ansågs vara relevant därför att sjuksköterskan arbetar tvärvetenskapligt gentemot andra professioner. Relevanta artiklar ökar validiteten och stärker arbetet i sin helhet (Henricson, 2012).

För att få fram den korrekta engelska översättningen av ordet *anmälnings skyldighet* användes Svensk MeSH och i PubMed användes databasens ämnesordlista. Båda dessa tillvägagångssätt togs till för att kontrollera att rätt sökord användes för att kunna besvara syftet (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). För att öka antalet möjliga träffar och inkludera eventuella böjningar användes trunkering på *nurs\** på samtliga sökningar och på *report\** i Cinahl och PsycInfo (Östlundh, 2017). Att samma artiklar hittades i olika databaser tyder på att de valda sökorden täcker det undersökta området.

### 6.1.3. Urval

Urvalet av artiklar gjordes noggrant genom att författarna läste både rubriker och abstract gemensamt. Samtliga artiklar som valdes är peer-reviewed-granskade, det vill säga att de har granskats av utbildade specialister inom området (Willman m.fl., 2016). Vid sökning av artiklar har flertal begränsningar använts för att få den mest aktuella informationen eftersom synen på barn som far illa är föränderlig och inte är densamma nu som den tidigare varit. På grund av detta har urvalet avgränsats till att enbart inkludera artiklar från år 2000 och framåt. Trots att aktuella artiklar användes återfanns referenser från 80- och 90-talet i Lagerberg (2001) som såväl Feng och Wu (2005). Beslutet togs att ändå inkludera dessa artiklar då de svarade väl på litteraturöversiktens syfte.

Resultatet av sökningen på Scopus gav för många artiklar för denna litteraturöversikts tidsutrymme, därför antogs fler avgränsningar, bland annat språk och dokumenttyp. Även i PsycInfo avgränsades sökningen ytterligare. Här valdes en avgränsning gällande ålder på barnet (0-17 år), då litteraturöversikten endast syftar till barn. Önskvärt hade varit att välja ålder 0-18 år, men då detta alternativ inte fanns lämpade sig 0-17 år. Dessa begränsningar användes inte i andra databaser, där sökresultatet var tillräckligt avgränsat.

Artiklar av både kvalitativ och kvantitativ design inkluderades i litteraturöversikten. Artiklar med kvalitativ design samlar in data via intervjuer och det sagda ordet tolkas och analyseras av artikelförfattaren. Kvalitativ design kan på detta vis ge en ökad förståelse då det ger en fördjupning av ämnet som studeras (Henricson & Billhult, 2012). Billhult och Gunnarsson (2012) förklarar att med kvantitativ design kodas resultatet och framställs därefter med hjälp av siffror. Siffrorna är inte tolkningsbara, utan förklarar till exempel att antingen tycker

sjuksköterskan att hen behöver mer utbildning, eller så tycker hen inte det. Lämpligheten i att inkludera både kvalitativa och kvantitativa studier kunde diskuteras, men en styrka i detta fall var att oberoende av undersökningsdesign kom samtliga studier fram till liknande resultat. Detta gav ett bredare resultat med en nyanserad bild av vilka faktorer som påverkade sjuksköterskans beslut kring orosanmälan vid misstanke om att ett barn för illa.

De inkluderade artiklarna kom från nio olika länder med varierande kultur. Styrkan i att använda geografiskt spridda artiklar var att resultatet inte specificerar sig enbart på ett land eller en kultur. Det kan dock vara en svaghet att kunskapen får en lägre överförbarhet till Sverige (Henricsson, 2012). Endast en av de inkluderade artiklarna var från Europa, vilket var studien av Lagerberg (2001). Övriga artiklar var från Australien, Brasilien, Filippinerna, Israel, Sydkorea, Sri Lanka, Taiwan och USA. Dessa länder bedömdes ha en relativt olik kultur och lagstiftning jämfört med Sverige, och därför minskade överförbarheten till svensk hälso- och sjukvård.

Förutom Socialtjänstlagen finns bland annat barnkonventionen, som numera är lag i Sverige, för att säkerställa barns rättigheter. Barnkonventionen är en del av FN och har skrivits under av 196 stater. Elva av de tolv artiklar som inkluderats i denna litteraturöversikt kommer från länder som är medlemmar i FN och har antagit barnkonventionen. Taiwan är inte internationellt erkända som en självständig stat och kan därför inte bli medlem. Även Sydkorea saknar medlemskap i FN. USA är däremot medlem i FN, men står som enda landet som ännu inte antagit konventionen (Unicef, 2018). Lagar och författningar skiljer sig länder emellan, vilket är något som bör tas hänsyn till eftersom det kan påverka forskningsresultatet. Faktorn att USA inte har antagit barnkonventionen kan påverka deras anmälningsfrekvens och även deras syn på i vilka fall en orosanmälan bör göras. Detsamma gäller Taiwan och Sydkorea, som inte är medlemmar i FN och har därför inte heller antagit barnkonventionen.

#### **6.1.4. Artikelgranskning**

Artiklarna kvalitetsgranskades gemensamt utifrån granskningsfrågor för kvalitativa respektive kvantitativa studier av Friberg (2017). Denna granskningsmetod valdes för att den konkret beskrev vilka kriterier en artikel bör uppfylla. Samma granskningsmetod användes på samtliga artiklar, vilket ses som en styrka. Alla valda artiklar uppfyllde de utsatta kvalitetskraven, det vill säga minst kvalitetsnivå medel. Se bilaga 2 för artikelöversikt. Då majoriteten av valda artiklar var av hög eller mycket hög kvalitet anses litteraturöversiktens resultat vara tillförlitligt.

#### **6.1.5. Dataanalys**

Litteraturöversiktens reliabilitet stärks genom att författarna först analyserade samtliga artiklar enskilt, i syfte att minimera risk för subjektivitet. Därefter jämfördes analyserna tillsammans (Henricson, 2012). Resultatet från jämförelsen sammanfattades i ett dokument, vilket utgjorde ett stöd i analysarbetet. Utifrån detta dokument analyserades likheter i artiklarnas resultat. Ett nytt resultat, för denna översikten, skapades med sex faktorer som påverkar beslutet kring en orosanmälan (Friberg, 2017). Hela processen har grundligt diskuterats och dokumenterats av författarna, vilket stärker validiteten (Henricson, 2012).

Eftersom denna litteraturöversikt består av både kvalitativa och kvantitativa artiklar önskades en analysmodell som kunde användas för samtliga artiklar, ett kriterium som Fribergs (2017) analysmodell för kvalitativa och kvantitativa artiklar uppfyllde.

### **6.1.6. Etiska resonemang**

Av de tolv valda artiklarna fanns det uttryckligt skrivet i elva av dem att de var etiskt godkända eller hade fått deltagarnas medgivande. Eftersom forskningsetik var en viktig del i det vetenskapliga arbetet för att stärka tillförlitligheten samt deltagarnas säkerhet valdes att manuellt söka fram information om den studie som inte diskuterade forskningsetik (Kjellström, 2012). Herendeen m.fl. (2014), som saknade både ett etiskt godkännande och deltagarnas medgivande, genomförde sin studie via en inbjudan till en webbsida där frågorna inte berörde deltagarnas personliga information. Denna inbjudan tolkade deltagandet som frivilligt och att deltagarna, genom att klicka sig vidare till webbsidan, givit sitt medgivande till att delta. Vidare undersöktes tidskriften där artikeln publicerades, vilken krävde etiskt godkännande när patienter eller frivilliga deltar i en studie. Enligt det, och övrig information som nämnts, bedöms artikeln vara etiskt godkänd.

## **6.2. Resultatdiskussion**

### **6.2.1. Inre faktorer**

#### **6.2.1.1. Erfarenheter och värderingar**

Sjuksköterskans yrkesmässiga upplevelser och synsätt samt personliga åsikter visades i kategorin *Erfarenheter och värderingar*. Mer erfarenhet inom området innebar att sjuksköterskan hade mer kunskap kring att identifiera symtom och tecken på att ett barn far illa (Eisbach & Driessnack, 2010). Ett positivt förhållningssätt där sjuksköterskan tog seriöst på sitt professionella ansvar ökade antalet orosanmälningar (Ben Natan m.fl., 2012). Detta gick i linje med tidigare forskning, då Piltz och Wachtel (2009) redovisade att om sjuksköterskan var osäker på sitt professionella ansvar gjordes färre orosanmälningar. Vad som påverkade sjuksköterskans uppfattning om sitt ansvar kartlades inte i denna litteraturöversikt. En möjlig förklaring var hur mycket erfarenhet och kunskap sjuksköterskan hade avseende sina skyldigheter samt hur säker hen kände sig i sin yrkesroll. All svensk hälso- och sjukvårdspersonal inkluderas i anmälningsplikten som beskrivs i Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) vilket betyder att vid misstanke om att ett barn far illa ska vårdpersonal göra en orosanmälan. Om sjuksköterskan avsiktligt väljer att inte orosmäla begär hen tjänstefel och kan dömas enligt brottsbalken (SFS 1962:700).

Trots att en orosanmälan inte får dröja eller utebli (Rikshandboken i barnhälsovård, 2019) delgav flera sjuksköterskor att de i första hand själva försökte hjälpa barnet och familjen innan de gjorde en orosanmälan. En orosanmälan gjordes därför, i vissa fall, först efter att sjuksköterskan gjort andra åtgärder (Herendeen m.fl., 2014; Eisbach & Driessnack, 2010; Land & Barclay, 2008). Vilket studien av Piltz och Wachtel (2009) också kom fram till.

En förklaring till att inte orosmäla direkt kunde vara att familjen påverkades negativt (Sathiadas m.fl., 2018; Eisbach och Driessnack, 2010), vilket också framkommit i tidigare studier (Piltz & Wachtel, 2009). Mer kunskap och utbildning i ämnet kan minska sjuksköterskans rädsla.

En av de personliga erfarenheterna som lyftes var att de sjuksköterskor som var föräldrar gjorde orosanmälningar i större utsträckning (Ben Natan m.fl., 2012; Fraser m.fl., 2009). En möjlig

förklaring kan vara att personer som hade barn hade större kunskap om vilka skador ett barn normalt fick och vilka skador som kunde ha vållats av någon annan samt hur välmående barn betedde sig. En bred erfarenhet var följaktligen en väsentlig faktor för om sjuksköterskan valde att göra en orosanmälan, vilket även Piltz och Wachtel (2009) kom fram till. I vissa fall hade sjuksköterskan och föräldrarna olika normer och värderingar, vilket kunde påverka sjuksköterskans beslut att inte orosanmäla (Land & Barclay, 2008; Atencion m.fl., 2019; Ben Natan m.fl., 2012). Varför sjuksköterskan agerade på detta vis var oklart. Dock visar det att kulturella variationer mellan sjuksköterskan och familjer hen möter kan skapa ett mörkertal av barn som far illa men inte orosanmäls.

#### **6.2.1.2. Relation till myndigheter**

Den kategori där sjuksköterskan uttryckte att tidigare erfarenheter av socialtjänsten påverkade beslutet att göra en orosanmälan namngavs *Relation till myndigheter*. Valet att inkludera *Relation till myndighet* i *Inre faktorer* grundades i att relationer är ett subjektivt förhållande mellan människor, eller i detta fall verksamheter. I studien av Piltz och Wachtel (2009) diskuterades att sjuksköterskan kunde ha negativa erfarenheter av socialtjänsten, vilket även denna litteraturöversikt visade. Flera studier diskuterade att socialtjänsten inte hanterade orosanmälningar på ett tillfredsställande sätt (Ben Natan m.fl., 2012; Atencion m.fl., 2019). Till exempel beskrevs socialtjänstens återkoppling som bristfällig (Eisbach & Driessnack, 2010; Land & Barclay, 2008). Sjuksköterskorna önskade mer återkoppling kring den orosanmälan som gjorts (Land & Barclays, 2008; Francis m.fl., 2012). Socialtjänstlagen beskriver dock att den som gjort en orosanmälan ska bli informerad om handläggningen av ärendet (SFS 2001:453). Huruvida samma återkoppling av ärendet gällde i samtliga länder för litteraturöversikten beskrevs inte i artiklarna.

En amerikansk studie visade att en del sjuksköterskor valde att inte orosanmäla om det redan fanns ett pågående ärende hos socialtjänsten, trots att barnet misstänktes fara illa (Herendeen m.fl., 2014). Socialstyrelsen (2019) förtydligar dock att en orosanmälan ska göras omgående av den som är anmälningsskyldig, oberoende av om det redan finns en befintlig anmälan eller pågående utredning. Dessutom poängterades det att flera orosanmälningar på ett barn kan hjälpa socialtjänsten att få en tydligare bild av situationen och utifrån den påbörja en utredning. Socialstyrelsen är dock en svensk myndighet, vilket gör att deras direktiv inte går att applicera på USA. Ingående information gavs inte om rådande lagar och föreskrifter i studien av Herendeen m.fl. (2014). Av den anledningen är det svårt att föra något resonemang huruvida sjuksköterskorna i USA gör fel när de väljer att inte orosanmäla barn med befintlig eller pågående utredning hos socialtjänsten, men i Sverige är det däremot ett brott mot gällande lagar (SFS 1962:700).

#### **6.2.1.3. Rädsla och oro**

Fruktan och ångest inför vilka konsekvenser en orosanmälan kan föra med sig, fördes i kategorin *Rädsla och oro*. Den vanligaste anledningen som gjorde att sjuksköterskan tvekade att orosanmäla var på grund av rädsla för juridiska konsekvenser (Rolim m.fl., 2014; Sathiadass m.fl., 2018; Ben Natan m.fl., 2012; Atencion m.fl., 2019; Land & Barclay, 2008). Vilka de juridiska konsekvenserna var diskuterades inte mer ingående än att sjuksköterskan var rädd för att tvingas delta i domstol (Atencion m.fl., 2019; Land & Barclay, 2008). Ursprunget på de studier som diskuterade juridiska konsekvenser varierade, men de upplevdes ha fler fall av

orosanmälningar som togs till domstol där sjuksköterskan tvingades vittna, jämfört med Sverige. Rädslan för den rättsliga processen bedöms därför inte vara lika stor i Sverige.

En annan anledning till att sjuksköterskan valde att inte orosanmäla var rädsla och oro för den egna säkerheten relaterat till aggressiva, hotfulla eller hämndlystna föräldrar (Ben Natan m.fl., 2012; Atencion m.fl., 2019; Land & Barclay, 2008; Eisbach & Driessnack, 2010; Sathiadas m.fl., 2018). Liknande upplevelser beskrevs av Piltz och Wachtel (2009). Andra faktorer som beskrevs under denna kategori var bävan inför att barnets familj skulle bryta kontakten med vårdgivaren (Eisbach & Driessnack, 2010; Herendeen m.fl., 2014). Det bekräftar tidigare forskning av Piltz och Wachtel (2009).

Var sjuksköterskan arbetade påverkade också beslutet att anmäla eller inte anmäla när barn far illa. Små samhällen innebar en ökad risk för att stöta ihop med de familjer sjuksköterskan orosanmält, vilket beskrevs vara påfrestande och gjorde att sjuksköterskan drog sig för att orosanmäla (Francis m.fl., 2012). Piltz och Wachtel (2009) beskriver också att sjuksköterskan upplevde att det var svårare att orosanmäla om hen bodde och arbetade i ett litet samhälle. Samma påfrestning beskrevs inte i de artiklar där sjuksköterskan arbetade i storstäder. Vilken typ av samhälle sjuksköterskan bor och arbetar i bör inte påverka beslutet att göra en orosanmälan, men det finns en förståelse för att sjuksköterskan känner ängslan inför att orosanmäla barn vars familjer hen riskerar att träffa utanför arbetet. Sjuksköterskan utsätts för ett etiskt dilemma där hen måste värdera sin egen komfort eller säkerhet gentemot, i värsta fall, barnets överlevnad. Instinktivt kan tyckas att om en orosanmälan är befogad bör det professionella ansvaret för barnet överstiga rädsla och oro att stöta ihop med familjen. Situationer där barn far illa är tyvärr inte alltid enkel, och varje fall är individuellt. Socialstyrelsen (2019) beskriver hur alla verksamheter som är förpliktigade att orosanmäla bör ha rutiner för hur en orosanmälan hanteras. Kanske skulle det också underlätta om en rutin för hur fall bör hanteras där rädsla förhindrar orosanmälan.

## **6.2.2. Yttre faktorer**

### **6.2.2.1. Utbildning och kunskap**

Sjuksköterskans nuvarande kunskap och den utbildning hen hade genomgått var en återkommande faktor som påverkade beslutet om en orosanmälan skulle göras. Denna kunskap innefattade bland annat kännedom om gällande lagar (Francis m.fl., 2012; Feng & Wu, 2005; Fraser m.fl., 2009) och kännedom om hur anmälningsprocessen gick till (Sathiadas m.fl., 2018; Rolim m.fl., 2014; Francis m.fl., 2012; Lee & Kim, 2017). Detta stöds av Tingberg (2016), som menade att hälso- och sjukvårdspersonalens kunskapsbrist om socialtjänsten och orosanmälningar skulle kunna vara en möjlig faktor som inverkar på beslutet att inte orosanmäla.

Liksom den aktuella litteraturöversikten betonade även Piltz och Wachtel (2009) att sjuksköterskan ansåg sig ha en begränsad kunskap om barn som far illa, och att den som besatt denna kunskap anmälde i större utsträckning. Vidare bekräftade Piltz och Wachtel (2009) också att sjuksköterskan upplever större svårigheter kring att anmäla när ett barn utsattes för försummelse än när fysisk misshandel hade skett.

#### **6.2.2.2. Brist på bevis**

Vilka bevis som sjuksköterskan erhöll var också en faktor som påverkade beslutet att orosanmäla eller inte. Sjuksköterskan valde ofta att avvakta med sin anmälan tills hen ansåg att hen hade tillräckligt med tydliga bevis (Sathiadas m.fl., 2018; Francis m.fl., 2012; Land & Barclay, 2008; Atencion m.fl., 2019; Feng & Wu, 2005). Detta fann även Piltz och Wachtel (2009) i sin studie. Att avvakta med en anmälan på grund av detta strider dock mot Socialtjänstlagen (SFS 2001:453), som säger att en anmälan ska ske redan vid misstanke att ett barn far illa. Alltså behövs inga konkreta bevis, utan endast misstanken att ett barn far illa är tillräckligt för att fullfölja en anmälan. Om sjuksköterskan väljer att inte anmäla begår hen tjänstefel och kan, enligt brottsbalken, dömas för detta (SFS 1962:700). Socialstyrelsen (2019) förtydligar också att det är bättre att en orosanmälan görs för något som anses vara mindre allvarligt, än att ingen orosanmälan görs alls.

#### **6.2.2.3. Stöd från arbetsplats**

I den avslutande kategorin beskrevs vilket kollegialt stöd som sjuksköterskan fick. Om sjuksköterskan fick stöttning och medhåll från kollegor upplevdes det enklare att göra en anmälan (Eisbach & Driessnack, 2010; Francis m.fl., 2012). Ofta var det en kollega med en högre position som hade stort inflytande på sjuksköterskans beslut (Herendeen m.fl., 2014; Land & Barclay, 2008; Atencion m.fl., 2019; Feng & Wu, 2005). Sjuksköterskans behov att få bekräftelse av en högre uppsatt kollega kan kopplas till en osäkerhet hos sjuksköterskan, dels gällande vad sjuksköterskans roll och ansvar är, dels kring vilka lagar och riktlinjer hen ska förhålla sig till. I de fall där sjuksköterskan har god kunskap om sitt ansvarsområde och gällande lagar, men ändå väljer att rådfråga en kollega, grundar sig troligtvis osäkerheten i att sjuksköterskan inte litar på sitt eget omdöme.

### **6.3. Teoretisk referensram**

Barn som far illa befinner sig i en utsatt situation, där de sällan har någon att vända sig till. Sjuksköterskan möter dessa barn inom hälso- och sjukvården vid olika tillfällen och är därför en resurs i arbetet att kunna identifiera tecken på att barn far illa. När sjuksköterskan agerar på det hen ser i mötet med de barn som far illa och gör en orosanmälan kan hen bidra till ett minskat lidande hos barnet. En orosanmälan kan innebära att barn som far illa får den hjälp och vård de behöver genom exempelvis stöd eller skydd (Socialstyrelsen, 2019). Denna hjälp kan leda till att barnets utsatthet avtar och lidandet minskar. Dessutom kan en orosanmälan också leda till att barnets framtid inte påverkas i den utsträckning som den kunde gjort, utan en orosanmälan. Enligt Bowlbys anknytningsteori påverkas en människa av sina tidiga relationer genom hela livet (Broberg, 2016). Gilbert m.fl. (2009) liksom Dubowitz (2013) påvisar att barn som blir utsatta för övergrepp, misshandel, försummelse eller vanvård kan få långsiktig påverkan på den fysiska och psykiska hälsan senare i livet. Möjligtvis kan detta undvikas om sjuksköterskan gör en orosanmälan i tid och skonar barnet från den utsatthet hen lever i.

Om sjuksköterskan däremot väljer att inte orosanmäla står det i konflikt med ansvarsområdet att lindra lidande. De barn som far illa fortsätter utsättas för det livslidande Eriksson (1994) beskriver på grund av sjuksköterskans brist på agerande. Konsekvenserna blir mer omfattande för de barn som inte uppmärksammas. De kan få problem med sin skolgång, vilket kan resultera i lägre utbildningsnivå och på sikt arbetslöshet (Gilbert m.fl., 2009; Dubowitz, 2013). Risken finns också att de barn som vuxit upp med våld själva tillämpar våldsutövande, begår brott eller

får alkohol- och drogproblematik senare i livet (Gilbert m.fl., 2009). Detta beteende kan ge negativa konsekvenser för samhället.

Genom att inte orosanmäla bidrar även sjuksköterskan till en osäker vård. Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning är säker vård en av baserna i sjuksköterskans arbete. Kompetensbeskrivningen säger även att sjuksköterskan ska arbeta patientsäkert och följa regelverk (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Detta bryter sjuksköterskan mot genom att inte anmäla enligt Socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Att inte orosanmäla när ett barn misstänks fara illa strider inte bara mot lagstiftning, utan bidrar också till vårdskada. Skydd mot vårdskada ingår i patientsäkerhet (SFS 2010:659) och då missförhållanden kan orsaka ett stort psykiskt lidande hos barnet (Socialstyrelsen, 2010) utgörs en osäker vård.

#### **6.4. Implikationer för praxis inom professionen**

I resultatet framkommer flera faktorer som bidrar till sjuksköterskans val att anmäla eller inte anmäla när barn far illa. Kunskap om dessa faktorer kan hjälpa sjuksköterskan i hur hen ska agera i situationer där en orosanmälan kan behöva utfärdas. Ett tydligt problem är sjuksköterskans brist på kunskap och utbildning kring rådande lagar, sitt ansvarsområde och vilka fall som ska orosannälas. En lag som sjuksköterskan måste arbeta efter är Socialtjänstlagen, men sedan 1 januari 2020 är även barnkonventionen lag. I och med lagstiftandet av barnkonventionen, som ska säkerställa barns rättigheter, behöver också universitet, högskolor och arbetsplatser ta sitt ansvar och undervisa om ämnet. Mer utbildning inom området skulle kunna skapa en ökad kunskap hos blivande samt arbetande hälso- och sjukvårdspersonal. Detsamma gäller andra länder som antagit barnkonventionen. För att de ska kunna följa konventionen bör utbildningen kring barn som far illa utökas, då resultatet av den aktuella litteraturöversikten indikerar på en kunskapsbrist, inte bara i Sverige.

Fortsatt kunskapsbrist kan förhindras genom att ta reda på vilka faktorer som påverkar sjuksköterskan att orosanmäla och utefter det ge nödvändig utbildning. Det är viktigt för sjuksköterskan att ha kunskap om sina skyldigheter samt vilka lagar hen ska förhålla sig till. En bra kunskapsgrund med förståelse för hur och när en orosanmälan ska göras samt hur den kan hjälpa barn som far illa kan stötta sjuksköterskan i sitt arbete.

#### **6.5. Förslag till fortsatt forskning**

Fortsatt forskning inom området behövs. De artiklar som inkluderats i denna litteraturöversikt kommer från Australien, Brasilien, Filippinerna, Israel, Sydkorea, Sri Lanka, Sverige, Taiwan och USA. Lagstiftningen, sjuksköterskans ansvar och synen på uppfostran är varierande i dessa länder. För att kunna fördjupa sig i lagstiftningen samt vilka skyldigheter sjuksköterskan har underlättas det om fokus enbart ligger på ett land. Då kan ett tydligare mönster skildras och svaren blir mer korrekta för respektive land.

### **7. Slutsatser**

Utifrån litteraturöversiktens resultat dras flera slutsatser. En framstående slutsats är att sjuksköterskan saknar tillräcklig kunskap och utbildning inom området. Den kunskap sjuksköterskan besitter och vilken utbildning hen har genomgått har stor påverkan på beslutet



att orosanmäla eller inte. Samtliga artiklar har understrukt att större kunskap behövs, både hos sjuksköterskan och arbetsplatsen. Den nuvarande kunskapsbristen visar sig bland annat genom att sjuksköterskan, och annan vårdpersonal, inte vet vilka fall de är skyldiga att orosanmäla enligt anmälningsplikten. Större kunskap kan leda till att fler fall där barn far illa uppmärksammas och anmäls och lidandet som barnet utsätts för minskar.

Dessutom dras slutsatsen att större arbetslivserfarenhet ökar chansen att sjuksköterskan orosänmäler. Även värderingar, både privata och professionella, såsom föräldraskap och synen på sitt professionella ansvar, är avgörande för om en orosänmälan görs eller inte. Tidigare erfarenheter från att orosänmäla samt sjuksköterskans rädsla för vilka konsekvenser en orosänmälan kan få för barnet, den berörda familjen samt hen själv är avgörande. Sjuksköterskans kännedom om att identifiera bevis avgör också hur hen agerar.

För att öka antalet befogade anmälningar behöver sjuksköterskan mer kunskap, dels om aktuella lagar som hen ska förhålla sig till och anmälningsprocessen, dels om vilka fall som ska anmälas. Mer kunskap kan bidra till att de faktorer som nämns i denna litteraturöversikt inte längre ses som hinder och att sjuksköterskan lättare kan upptäcka de barn som far illa samt vidta de rätta åtgärderna.

## Referenslista

- Atencion, B., Alingalan, A., Oducado, R., Cordova, J., Dumaguing, C., & Suaboksan, M. (2019). Factors Associated With Intention to Report Child Abuse among District Hospital Nurses in Iloilo, Philippines. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 210-217. doi: 10.13140/rg.2.2.32366.05443/1
- Ben Natan, M., Faour, C., Naamah, S., Grinberg, K., & Klein-Kremer, A. (2012). Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. *International Nursing Review*, 59(3), 331-337. doi:10.1111/j.1466-7657.2012.00988.x
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 116-126). Lund: Studentlitteratur.
- Broberg, M. (2016). Utvecklingspsykologiska teorier. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (s. 65-71). Stockholm: Liber AB.
- Dubowitz H. (2013). Neglect in children. *Pediatric annals*, 42(4), 73-77. doi:10.3928/00904481-20130326-11
- Eisbach, S. S., & Driessnack, M. (2010). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(4), 317-323. doi:10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber Utbildning.
- Feng, J.-Y., & Wu, Y.-W. B. (2005). Nurses intention to report child abuse in Taiwan: A test of the theory of planned behavior. *Research in Nursing & Health*, 28(4), 337-347. doi:10.1002/nur.20087
- FN. (2008). *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*. Hämtad 2020-03-09 från <https://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>
- Francis, F., Chapman, Y., Sellick, K., James A., Miles, M., Jones J. & Grant, J. (2012). The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Contemporary Nurse*, 41(1), 58-69. doi:10.5172/conu.2012.41.1.58
- Fraser, J., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., & Dunne, M. (2009). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 146-153. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.141-152). Lund: Studentlitteratur.

- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68-81. doi:10.1016/s0140-6736(08)61706-7
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-478). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.
- Herendeen, P. A., Blevins, R., Anson, E., & Smith, J. (2014). Barriers to and Consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse Practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1). doi:10.1016/j.pedhc.2013.06.004
- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Lagerberg, D. (2001). A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. I. Characteristics of the nurses. *Child Abuse & Neglect*, 25(12), 1583-1601. doi:10.1016/s0145-2134(01)00300-3
- Land, M. & Barclay, L. (2008). Nurses' contribution to child protection. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing* 11(1), 18-24. Hämtad från <http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105740309&site=ehost-live>
- Lee, H.-M., & Kim, J.-S. (2018). Predictors of Intention of Reporting Child Abuse among Emergency Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 38(2018). 47-52. doi:10.1016/j.pedn.2017.10.007
- Piltz, A. & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 93–100. Hämtad från [https://www.researchgate.net/publication/234027952\\_Barriers\\_that\\_inhibit\\_nurses\\_reporting\\_suspected\\_cases\\_of\\_child\\_abuse\\_and\\_neglect](https://www.researchgate.net/publication/234027952_Barriers_that_inhibit_nurses_reporting_suspected_cases_of_child_abuse_and_neglect)
- Rikshandboken i barnhälsovård. (2019). *Orosanmälan till socialtjänsten*. Hämtad 2020-03-03 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/barn-som-riskerar-att-fara-illa/orosanmalan-till-socialtjansten/>
- Rikshandboken i barnhälsovård. (2020a). *När barn far illa*. Hämtad 2020-03-06 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/barn-som-riskerar-att-fara-illa/nar-barn-far-illa/>

- Rikshandboken i barnhälsovård. (2020b). *Tecken på att barn far illa*. Hämtad 2020-03-06 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor/barn-som-riskerar-att-fara-illa/tecken-pa-att-barn-far-illa/>
- Rolim, A. C., Moreira, G. A., Gondim, S. M., Paz, S., & Vieira, L. J. (2014). Factors associated with reporting of abuse against children and adolescents by nurses within Primary Health Care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 1048-1055. doi:10.1590/0104-1169.0050.2515
- Sathiadas, M. G., Viswalingam, A., & Vijayaratnam, K. (2018). Child abuse and neglect in the Jaffna district of Sri Lanka – a study on knowledge attitude practices and behavior of health care professionals. *BMC Pediatrics*, 18(1). doi:10.1186/s12887-018-1138-3
- SFS 1962:700. *Brottsbalk*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1949:381. *Föräldrabalk*. Stockholm: Justitiedepartementet L2.
- SFS 2018:1197. *Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2019). *Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa - Nationell kartläggning 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). Barn som utsätts för fysiska övergrepp. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2010-3-10.pdf>
- Stiftelsen Allmänna Barnhuset. (2017). *Våld löser inget! Sammanfattning av en nationell kartläggning om våld mot barn*. Hämtad från Stiftelsen Allmänna Barnhuset: [http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2018/01/V%C3%A5ld\\_l%C3%B6ser\\_inget.pdf](http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2018/01/V%C3%A5ld_l%C3%B6ser_inget.pdf)
- Svensk MeSH. (u.å.) *Mandatory Reporting*. Hämtad 2020-03-20 från <https://mesh.kib.ki.se/term/D019221/mandatory-reporting>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Sveriges riksdag. (2018). *Demokratins historia*. Hämtad 2020-03-09 från <https://www.riksdagen.se/sv/valet-2018/riksdagsvalet-i-undervisningen/demokratins-historia/>

- Tingberg, B. (2016). Barn som far illa. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (s. 350-354). Stockholm: Liber AB.
- UNDP. (2015). 16. *Fredliga och inkluderande samhällen*. Hämtad 2020-03-06 från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-16-fredliga-och-inkluderande-samhallen/>
- Unicef. (2018). *Barnkonventionens ställning i Sverige*. Hämtad 2020-03-06 från <https://unicef.se/projekt/barnkonventionens-stallning-i-sverige>
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

# Bilagor

## Bilaga 1

### Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2020-03-04	nurs* AND child abuse AND report*	Published Date: 20000101 - 20171231 Peer-reviewed	90	17	5	3

### PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2020-03-04	((child abuse[MeSH Terms]) AND (nurs*[MeSH Terms])) AND (mandatory reporting[MeSH Terms])	Published Date: 20000101 - 20200225	101	29	9	7

**PsycInfo**

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2020-03-10	nurs* AND child abuse AND mandatory report*	Published Date: 20000101 - 20200310 Peer-reviewed Age: birth - 17 years	12	4	4	0

**Scopus**

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2020-03-10	nurs* AND "child abuse" AND "mandatory reporting"	Published Date: 20000101 - 20200310 Subject area: Nursing Language: English Source type: Journal Document type: Article	92	24	10	2

## Bilaga 2

<b>Författare</b> <b>Årtal</b> <b>Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Urval</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b> <b>*Enligt</b> <b>Friberg</b>
Atencion, Alingalan, Oducado, Cordova, Dumaguing & Suaboksan  2019  Filippinerna	Factors associated with intention to report child abuse among district hospital nurses in Iloilo, Philippines	Att undersöka faktorer relaterade till sjuksköterskans avsikt att anmäla övergrepp mot barn.	Kvantitativ metod med en beskrivande tvärsnittsstudie utifrån CARIS.	Sjuksköterskor (n=146) från akutmottagningar och pediatrika enheter på offentliga sjukhus.	Osäkerhet kring bevisen var främsta anledningen till varför sjuksköterskor inte anmälde. Attityd, subjektiv norm och upplevd beteendekontroll relaterades även till avsikten att anmäla barn som för illa. Sjuksköterskornas avsikt att anmäla påverkades starkt av åsikter från kollegor.	Mycket hög



Ben Natan, Faour, Naamhah, Grinberg & Klein- Kremer  2012  Israel	Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse	Att undersöka faktorer som påverkar avsikten att rapportera och faktiska rapportering av barn som far illa bland läkare och sjuksköterskor som arbetar på barnavdelningar, baserat på teorin om planerat beteende (TPB).	Kvantitativ studie med frågeformulär baserade på frågeformuläret CARIS.	Läkare (n=42) och sjuksköterskor (n=143) som regelbundet behandlade barn samt som hade arbetat på sjukhuset i minst 6 månader.	Synen på det professionella ansvaret, subjektiva åsikter och antalet egna barn påverkade avsikten att anmäla. Läkare anmälde i större utsträckning och judisk personal anmälde oftare än arabisk.	Hög  - Mer information om dataanalys och metod- diskussion önskas
Eisbach & Driessnack  2010  USA	Am I sure I want to go down this road? Hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses	Att beskriva processen för rapportering av barn som far illa ur barnsjuksköterskans perspektiv samt att öka insikten av att medla och/eller vad som påverkar i rapporterings- processen.	Kvalitativ undersökningsstudie med beskrivande design.	Sjuksköterskor (n=23) från olika inrättningar som arbetade kliniskt, kunde kommunicera på engelska och hade erfarenhet av att anmäla barn som far illa.	Resultatet delades in i tre punkter; (a) bli medveten om att ett barn eventuellt far illa, (b) ingripa å barnets eller familjens vägnar, (c) anmäla till socialtjänst. Om sjuksköterskor tvekade under första punkten blev beslutsfattandet komplex och	Hög  - Saknade tydlig koppling till omvårdnad  - Otydligt etiskt resonemang  - Ingen tydlig återkoppling

					anmälningsprocessen försenades, detta gav upphov till två teman; ”Enkla anmälningsbeslut” samt ”Komplexa anmälningsbeslut”.	till teoretiska antaganden
Feng & Wu 2005 Taiwan	Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: a test of the theory of planned behaviour (TPB)	Att identifiera faktorer förknippade med sjuksköterskors avsikt att anmäla misstänkta övergrepp mot barn på akutmottagningar, psykiatriska enheter och pediatrika enheter och att fastställa den empiriska tillräckligheten för TPB.	Tvärsnittsstudie genomförd i tre faser. Denna studie bygger på den tredje, kvantitativa fasen där data från frågeformuläret Child Abuse Report Intention Scale (CARIS) användes på TPB-modellen.	Sjuksköterskor (n=1362) från norra, centrala, södra och östra Taiwan, som arbetade på akutmottagningar, psykiatriska enheter och pediatrika enheter.	Inställningen till orosanmälningar, den upplevda beteendekontrollen, subjektiva normer samt kunskapen om orosanmälan och barn som far illa förklarade 85-91% av variationen i avsikten att anmäla. Resultatet stödjer användningen av TPB för att identifiera faktorer förknippade med avsikten att rapportera.	Medel  - Ingen tydlig avgränsad problemformulering  - Saknar tydlig koppling till omvårdnad

Francis, Chapman, Sellick, James, Miles, Jones & Grant 2014 Australien	The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected	Att förstå och belysa beslutsprocessen kring orosanmälan för fyra professioner: läkare, sjuksköterskor, poliser och lärare	Kvalitativ, beskrivande intervjustudie med metoden grundläggande teori.	Läkare (n=1), sjuksköterskor (n=7), poliser (n=3) och lärare (n=6) som alla var eller hade varit anställda på samma landsbygd i Victoria, Australien. Män (n=2) och kvinnor (n=15).	Resultatet sammanfattades i fyra steg; 1) bli medveten att ett barn eventuellt far illa, 2) en tid av väntan och insamling av bevis, 3) ta ett beslut att anmäla eller inte, 4) bearbeta resultatet av åtgärden.	Hög - Saknar tydlig koppling till omvårdnad  - Ingen tydlig metod-diskussion
Fraser, Mathews, Walsh, Chen & Dunne 2009 Australien	Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis	Att undersöka sambandet mellan egenskaper, utbildning, kunskap om anmälningsplikten, samt attitydsfaktorer för sjuksköterskor som anmäler olika typer av misshandel och försummelse av barn	Kvantitativ tvärsnittundersökning med frågeformuläret CANNQ (som utgick från mätinstrumentet CARIS)	Sjuksköterskor (n=930) som arbetade kliniskt med barn och familjer.	Sjuksköterskorna var medvetna om och självsäkra i sin skyldighet att anmäla fysisk och sexuell misshandel, men var inte lika medvetna om sin skyldighet gällande emotionell misshandel och försummelse. Positiva attityder till anmälningsplikten gav bättre identifiering av alla typer av våld mot	Mycket hög

					barn och gjorde sjuksköterskor mer benägna att anmäla.	
Herendeen, Blevins, Anson & Smith 2014 USA	Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners	Att undersöka barnsjuksköterskors erfarenheter av att identifiera och hantera fall där barn får illa samt att jämföra resultatet med vad läkare rapporterat i samma fråga.	Kvantitativ metod med självadministrerad online undersökning utifrån frågeformuläret CARES.	Sjuksköterskor (n=604) som var medlemmar i "the National Association of Pediatric Nurse Practitioners" samt arbetade i primärvården och mötte patienter varje dag inkluderades i studien.	Sjuksköterskor och läkare stötte på liknande hinder i anmälningsprocessen och använde samma metoder för att hantera dessa. Utbildad personal upplevde ett större självförtroende och var mer benägna att anmäla.	Hög - Etiskt resonemang saknas  - Låg svarsfrekvens från deltagarna

<p>Lagerberg 2001 Sverige</p>	<p>A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. I. Characteristics of the nurses</p>	<p>1. Att bedöma barnsjuksköterskans identifiering av misshandel och försummelse av förskolebarn 2. Att få övergripande prevalens av misshandel och försummelse av förskolebarn enligt sjuksköterskor 3. Att ta reda på avgörande faktorer för: - sjuksköterskans identifiering av misshandel och försummelse - anmälningar av sjuksköterskor i olika distrikt - anmälan till socialnämnden.</p>	<p>Kvantitativ studie med frågeformulär.</p>	<p>Sjuksköterskor (n=1601) som arbetade på BVC.</p>	<p>22% identifierade inget fall och 33% identifierade minst ett. Faktorer som påverkade identifieringen var hur bekanta sjuksköterskorna var med distriktet och hur stor populationen i distriktet var. Faktorer för prevalens var små distriktspopulationer och regelbunden kontakt med socialtjänsten. Med stora populationer ökade identifieringen, medan prevalensen minskade. Personligt intresse var en avgörande faktor för beslutet att anmäla.</p>	<p>Mycket hög</p>
---------------------------------------	--	--	--	---	---	-------------------

<p>Land &amp; Barclay 2008 Australien</p>	<p>Nurses' contribution to child protection</p>	<p>1. Att undersöka barn- och skolsjuksköterskors kunskap och förståelse kring övergrepp och försummelse av barn. 2. Identifiera sjuksköterskors uppfattning om sin roll och deltagande i att skydda barn. 3. Identifiera eventuella upplevda hinder för sjuksköterskan i sin roll att skydda barn</p>	<p>Kvalitativ forskningsmetod med semistrukturerade, öppna frågor. Intervjuerna ägde rum på deltagarnas arbeten och varade mellan 30-60 minuter.</p>	<p>Sjuksköterskor (n=10) med mer än två års yrkeserfarenhet med barn och familjer.</p>	<p>Sjuksköterskor hade god insikt i sitt juridiska ansvar att skydda barn som för illa. Det framkom dock hinder som begränsade sjuksköterskornas arbete, t.ex. rädsla, brist på bevis och brist på utbildning.</p>	<p>Medel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Svag beskrivning av syfte och dataanalys</li> <li>- Diskussionen tar upp tidigare studier mer än sin egen studie</li> <li>- Metod-diskussion saknas</li> <li>- Ingen återkoppling till teoretiska utgångspunkter eller omvårdnadsvetenskapliga analyser</li> </ul>
---	---	--	--	--	--	--

Lee & Kim 2017 Sydkorea	Predictors of intention of reporting child abuse among emergency nurses	Att identifiera faktorer som spelar in vid anmälan när barn far illa, bland akutsjuksköterskor.	Kvantitativ studie med beskrivande design.	Sjuksköterskor (n=200), som hade mer än ett års yrkeserfarenhet samt erfarenhet av att vårda barn, som arbetade på 8 sjukhus med 500 eller fler vårdplatser.	Den största faktorn till om en orosanmälan gjordes eller inte var sjuksköterskornas attityd gällande våld mot barn. Kunskap och upplevd beteendekontroll påverkade också beslutet.	Hög  - Syftet formuleras tre gånger på tre olika sätt
Rolim, Moriera, Gondim, Paz & Vieira 2014 Brasilien	Factors associated with reporting of abuse against children and adolescents by nurses within Primary Health Care	Att analysera de faktorer som är förknippade med sjuksköterskors rapportering av barn som far illa i primärvården.	Kvantitativ tvärsnitts-analys	Sjuksköterskor (n=616) inkluderades baserat på data från "the primary care department".	Yrkeserfarenheten, kunskapen om anmälningsprocessen och känslan kring vad en anmälan skulle leda till var faktorer som påverkade om sjuksköterskan anmälde.	Medel  - Vag bakgrund  - Saknar tydlig koppling till omvårdnad

<p>Sathiadas, Viswalingam &amp; Vijayaratnam 2018 Sri Lanka</p>	<p>Child abuse and neglect in the Jaffna district of Sri Lanka - a study on knowledge attitude practices and behavior of health care professionals</p>	<p>Att beskriva kunskaper, attityder och erfarenheter hos läkare, sjuksköterskor och socialarbetare angående barn som far illa samt att bedöma eventuella samband med sociodemografiska faktorer och erfarenhet inom pediatrik och rättsmedicin.</p>	<p>Kvantitativ beskrivande analytisk studie</p>	<p>Läkare (n=156) och sjuksköterskor (n=59) från fyra olika sjukhus som arbetar med barn samt socialarbetare (n=31) i samhället.</p>	<p>Alla yrkesgrupperna kunde identifiera fall där barn för illa. Majoriteten hade en positiv attityd mot att orosanmäla. Kunskap och attityd var bättre hos personer med erfarenhet. 93% ansåg att de behövde ytterligare utbildning inom området.</p>	<p>Mycket hög</p>
---	--	--	---	--	--	-------------------