

**SJUKSKÖTERSORS ERFARENHET OCH UPPLEVELSE AV ATT  
GÖRA EN OROSANMÄLAN INOM DEN VUXENPSYKIATRISKA  
ÖPPENVÅRDEN**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 11 juni 2018

Kurs: 49

Författare: Petra Agrell

Författare: Ida Henriksson Olofsson

Handledare: Margareta Westerbotn

Examinator: Sissel Andreassen Gleissman

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund**

Trots att personal inom hälso- och sjukvård enligt lag är skyldiga att göra orosanmälan vid misstanke om att ett barn far illa görs relativt få anmälningar inom vuxenpsykiatri. Essensen inom den psykiatriska vården är vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient där kommunikation och patientens delaktighet är av stor betydelse. I sjuksköterskans professionella ansvar ingår att upprätta och behålla en god vårdrelation med sin patient samtidigt som barnperspektivet måste beaktas och skyldigheten att utföra en anmälan vid oro ska följas.

### **Syfte**

Syftet var att beskriva hur sjuksköterskor, inom vuxenpsykiatrisk öppenvård, erfar och upplever att göra orosanmälan vid misstanke om att ett barn far illa.

### **Metod**

En kvalitativ studie där åtta sjuksköterskor verksamma på psykiatriska öppenvårdsmottagningar i Stockholms län intervjuades för att besvara studiens syfte. Insamlad data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.

### **Resultat**

Resultatet presenteras utifrån kategorierna faktorer som påverkar orosanmälan och omvårdnadsperspektivet vid orosanmälan. Sjuksköterskorna i vår studie beskriver att en orosanmälan som leder till stöd för familjen hjälper patienten att fokusera på sin egen behandling. Barnperspektivet måste alltid vara i fokus samtidigt som sjuksköterskan ska sträva efter att med hjälp av kommunikation, tillit och patientens delaktighet behålla och stärka vårdrelationen. Tidigare erfarenhet och stöd från kollegor i teamet skapar trygghet i sjuksköterskans utförande av orosanmälan.

### **Slutsats**

Resultatet i vår studie tyder på att en orosanmälan i de allra flesta fall bidragit till något positivt i den fortsatta vårdrelationen mellan patient och sjuksköterska. Genom kommunikation och patientens delaktighet kan sjuksköterskan inom den vuxenpsykiatriska öppenvården bidra till att en orosanmälan inte bara leder till att utsatta barn får stöd och skydd, utan också att patienten kan fokusera på sin egen behandling och att den essentiella vårdrelationen bevaras.

**Nyckelord:** Kommunikation, Orosanmälan, Psykiatri, Sjuksköterska, Vårdrelation,

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
<b>Psykisk ohälsa och omvårdnad</b> .....	1
<b>Sjuksköterskans ansvar och anmälningsskyldighet</b> .....	4
<b>Problemformulering</b> .....	6
<b>SYFTE</b> .....	6
<b>METOD</b> .....	6
<b>Val av Metod</b> .....	6
<b>Urval</b> .....	7
<b>Datainsamling</b> .....	7
<b>Databearbetning</b> .....	9
<b>Dataanalys</b> .....	9
<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	10
<b>RESULTAT</b> .....	11
<b>Faktorer som påverkar orosanmälan</b> .....	11
<b>Omvårdnadsperspektivet vid orosanmälan</b> .....	14
<b>DISKUSSION</b> .....	16
<b>Resultatdiskussion</b> .....	16
<b>Metoddiskussion</b> .....	18
<b>Slutsats</b> .....	20
<b>REFERENSER</b> .....	22

## **BILAGA A-E**

## INLEDNING

Barn anses på grund av sin beroendeställning gentemot vuxna som en utsatt grupp i samhället. Det är av allra största vikt att barnperspektivet stöds av lagen, organisationer samt hälso- och sjukvården (Barnombudsmannen, 2012). För personal inom hälso- och sjukvården innebär barnperspektivet att skydda barn i utsatta situationer, se till deras behov och rättigheter och att respektera barnens perspektiv (Söderbäck, Coyne, & Harder, 2011). Om personal inom hälso- och sjukvård misstänker att barn far illa är de enligt lag skyldiga att upprätta en orosanmälan till socialtjänsten (SFS 2001:453, kap. 14, 1§). För att kunna bedöma om en orosanmälan skall upprättas i den vuxenpsykiatriska öppenvården måste sjuksköterskan uppmärksamma signaler hos patienten som visar på bristande föräldraförmåga eller behov av hjälp och stöd, samtidigt som de ska ha barnperspektivet i fokus och sträva efter att följa vårdplanen och behålla en god vårdrelation till patienten (Socialstyrelsen, 2014; Peplau, 1994). Med denna studie vill vi undersöka hur sjuksköterskorna på vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar upplever och erfar att göra orosanmälningar när barn misstänks fara illa.

## BAKGRUND

### Psykisk ohälsa och omvårdnad

Psykisk ohälsa kännetecknas av olika psykiska besvär som påverkar välbefinnandet och det dagliga livet hos en person (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Idag räknas psykisk ohälsa som ett folkhälsoproblem vilket kan orsakas av biopsykosociala faktorer såsom exempelvis genetik, beteende, kognitiv mognad, genus och socialt nätverk (Wiklund Gustin, 2015). Även den globala och lokala maktstrukturen i samhället har inverkan på människans psykiska hälsa och ohälsa (Campbell & Cornish, 2014). Psykisk ohälsa omfattar både psykiatriska sjukdomar såsom exempelvis schizofreni och bipolaritet samt tillstånd med lättare symtom med varierande varaktighet och intensitet (Levander, Adler, Gefert & Tuninger, 2017). Ångest och depressionstillstånd är de vanligaste diagnoserna inom psykisk ohälsa och drabbar cirka 16 procent av befolkningen i Sverige varje år. Psykisk ohälsa är mer förekommande bland kvinnor än män. Förutom kön påverkar även faktorer som utbildningsnivå, ålder och vilken del av landet personen bor i upplevelsen av hälsan (Folkhälsomyndigheten, 2018). Ansvar för att vårda personer med psykisk ohälsa där inte slutenvård är nödvändig ligger idag hos primärvården och psykiatriska öppenvårdsmottagningar (Levander et al., 2017). Sjuksköterskan på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen vårdar och stödjer patienter genom samtal och rådgivning samt organiserar arbetet mellan det interprofessionella teamet på mottagningen (Chamberlain-Salaun, Mills & Park, 2011).

### Vårdrelationens betydelse i psykiatrivården

Peplau (1994) beskriver i sin omvårdnadsteori som framförallt tillämpas inom psykiatrisk omvårdnad och psykosocial hälsovård att interaktionen mellan sjuksköterska och patient är central i all omvårdnad. Relationen mellan sjuksköterska och patient beskrivs som en terapeutisk interpersonell process där sjuksköterskan har ett undervisande syfte. Patienten vägleds att använda och utveckla sina resurser för att förstå sina hälsoproblem. Peplaus omvårdnadsteori med den interpersonella relationen i fokus har inflytande och betydelse i den psykiatriska vården både historiskt sätt och i nutid (Antonio, Beeber, Sills & Naegled, 2014; Fernandes & Nunes de Miranda, 2016).

Även Dahlberg, Fagerberg, Nyström, Segesten och Suserud (2003) menar att essensen i den psykiatriska vården är relationen mellan patient och vårdare. I en vårdrelation är sjuksköterskan med sin kompetens och erfarenhet i en maktposition gentemot patienten. Auktoriteten bör användas med tillförsikt för att på bästa sätt erbjuda patienten adekvat omvårdnad (Wiklund Gustin, 2015). Griffith (2015) menar att sjuksköterskans uppgift är att göra patienten medveten om sin sjukdom och behandling. Vårdrelationen ska bygga på ett partnerskap där patienten är delaktig i sin egen vårdplanering och sjuksköterskan ska under hela vårdrelationen värna om patientens autonomi. En god vårdrelation innebär lyhördhet, samarbete och fördelning av makt och kunskap (Tarlier, 2004). McCloughen, Gillies och O'brien (2011) beskriver att en fungerande vårdrelation bygger på regelbundna och återkommande möten och patientens delaktighet. Peplau (1994) menar att hur väl en interpersonell relation utvecklas beror på hur självständig och delaktig patienten har varit under vårdrelationen med sjuksköterskan. Sjuksköterskan behöver vara medveten om patientens tidigare upplevelser av möten i vården samt klargöra sina egna förutfattade meningar och förväntningar i mötet med patienten.

Enligt Dahlberg et al. (2003) karaktäriseras en vårdrelation av sjuksköterskans professionella engagemang. Sjuksköterskans tidsbrist eller oro för att bli för involverad i patienten kan innebära svårigheter med att upprätta en professionell relation. Maddocks, Johnson, Wright och Stickley (2010) beskriver komplexiteten i sjuksköterskans ansvar att behålla en god vårdrelation till patienten samtidigt som barnperspektivet ska prioriteras. Sjuksköterskor verksamma inom psykiatri bör beakta eventuella tveksamheter som patienten kan känna inför en relation. Jones et al. (2016) menar att patienter med en psykisk sjukdom upplever rädsla för att dela information kring sin hälsa med andra än sin närmaste familj och vänner då det kan skapa reaktioner i omgivningen. Sjuksköterskans personliga egenskaper som att visa trovärdighet, ödmjukhet samt att kunna visa förståelse för patientens lidande bidrar till att patienten kan känna tillit i vårdrelationen (Dinc & Gastmans, 2013; Holopainen, Kasén & Nyström, 2014). Patientens förtroende och tillit för sjuksköterskan bygger på kemin som uppstår dem emellan (Schröder et al., 2006). För att främja hälsa och stärka vårdrelationen i ett möte med en person med psykisk ohälsa är det viktigt att sjuksköterskan med kärnkompetens inom omvårdnad har förståelse för hur bemötandet kan påverka den fortsatta omvårdnaden (Wiklund Gustin, 2015). Peplau (1994) menar att god kommunikation är en förutsättning för att kunna stärka relationen mellan sjuksköterska och patient.

#### Kommunikation som verktyg i omvårdnaden

Förmågan att kunna kommunicera med patienten är en stor del i sjuksköterskans profession (Anderson et al., 2018). Inom psykiatri är kommunikation ett viktigt verktyg för sjuksköterskan och kommunikationen gentemot patienten kan vara både terapeutisk och stödjande. Sjuksköterskan bör ta sig tid att lyssna och ge patienten utrymme att klä sina känslor i ord (Schröder et al., 2006). Kommunikation är av betydelse för att bibehålla en bra patient-sjuksköterska relation och för att patienten ska känna tillfredsställelse (Sethi & Rani 2017). Myklebust, Bjørkly och Råheim (2018) finner att sjuksköterskan inom psykiatri ofta anpassar sitt bemötande efter patientens mående. De uppmuntrar patienten att berätta om sitt mående istället för att ställa frågor. Price-Dowd (2018) menar att kommunikationen mellan patient och sjuksköterska inte alltid måste vara av ord utan ibland kan den tysta kommunikationen vara lika viktig. Även Goyette Pounds (2017) beskriver vikten av att sjuksköterskan bör uppmärksamma patientens verbala och icke-verbala uttryck då de ofta har en koppling.

Att se till en patients kroppsspråk och kunna tyda förändringar i måendet ger sjuksköterskan en chans att lära känna patienten. Vidare belyses även vikten av att använda ord som patienten förstår och inte använda för många medicinska termer för att skapa delaktighet i samtalet. Även Peplau (1994) menar att kommunikationen kan vara både verbal och icke-verbal. Den icke-verbala kommunikationen kan ibland motsäga det verbala ordet och det är viktigt att sjuksköterskan är observant på vilka gester, kroppshållning och mönster som förmedlas. Hur kommunikationen påverkas av patientens sjukdom och psykiska välmående är något sjuksköterskan måste ta i beaktning (Tay, Ang & Hegney, 2012). Sjuksköterskan kan genom samtal med patienten och patientens barn använda kommunikation som ett verktyg för att hjälpa familjen att få ökad förståelse för föräldrarnas psykiska ohälsa (Afzelius, Plantin & Östman, 2018).

#### Att vara förälder och lida av psykisk ohälsa

I en studie gjord av Ende, Busschbach, Nicholson, Korevaar och Weeghel (2016) där föräldrar med psykisk ohälsa intervjuades finner författarna i studien att föräldrarna känner sig otillräckliga och utifrån barnets behov misslyckas med att strukturera sin vardag. På grund av utmattningssymtom och minskad livslust känner de skuld över att inte lyckas leva upp till en förväntad föräldraroll. Alla mammor som intervjuas i studien uttrycker att deras psykiska ohälsa orsakar problem med att räkna till som förälder. Även Afzelius et al. (2018) finner att föräldrar känner skuld över att inte kunna delta i barnens aktiviteter eller hantera omsorgen om sina barn på grund av sin psykiska ohälsa. Thomas och Kalucy (2003) beskriver att personer med psykisk ohälsa ofta har liten insikt i hur barn i familjen påverkas av föräldrarnas hälsotillstånd och att barnen saknar kunskap om föräldrarnas sjukdom då psykisk ohälsa inte diskuteras i hemmet. Att vara förälder och lida av psykisk ohälsa kan motivera till att vilja förbättra sin hälsa, men också ge en ökad belastning som förvärrar det psykiska måendet (Maddocks et al., 2010). När patienter med psykisk ohälsa har minderåriga barn bör sjuksköterskan uppmärksamma familjens socioekonomiska situation och familjerelationer. Genom att göra detta kan sjuksköterskan hjälpa patienten och familjen att skapa ett kontaktnät som kan stödja patienten i föräldrarollen (Korhonen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä, 2008). Keogh et al. (2017) beskriver att sjuksköterskor inom psykiatrin måste vara medvetna om och ha en förståelse för hur psykisk ohälsa påverkar hela familjen.

#### Att vara barn till en förälder med psykisk ohälsa

Yamamoto och Keogh (2017) finner att barn till vuxna med psykisk ohälsa saknar information om föräldrarnas sjukdom. Barnen upplever brister i kommunikationen med ansvariga inom den psykiatriska vården vilket får dem att känna sig exkluderade och icke delaktiga i föräldrarnas vårdplan. I en studie av Dam, Joensen och Hall (2018) berättar barn som vuxit upp med föräldrar som lider av psykisk ohälsa att de ofta känner sig ensamma, ledsna och utanför. De får ofta stanna hemma från skolan och ta hand om sin förälder. Barnen upplever att psykisk ohälsa är något som det inte pratas öppet om då det anses tabubelagt.

## Sjuksköterskans ansvar och anmälningsskyldighet

### Barn som misstänks fara illa

Barn som far illa är ett brett begrepp och omfattar det som kan leda till eller har lett till en skada på barnets hälsa, utveckling eller risk för barnets överlevnad (Socialstyrelsen, 2014). Regeringskansliet definierar barnmisshandel i sin utredning Barnmisshandel - Att förebygga och åtgärda på följande sätt "Barnmisshandel är när en vuxen person utsätter ett barn för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller försummar att tillgodose barnets grundläggande behov" (SOU 2001:72 s.120).

### Försummelse

Fysisk försummelse innebär att en vuxen person riskerar ett barns fysiska utveckling eller hälsa genom att visa oförmåga att tillfredsställa barnets fysiska omsorgsbehov. Det innebär exempelvis brister i kost och hygien. Ett barn har rätt till hälsofrämjande och medicinsk vård, tandvård, kläder för alla årstider, möjlighet till sömn och återhämtning, tak över huvudet och en trygg miljö. Om dessa behov inte tillgodoses av den vuxna personen räknas det som fysisk försummelse. Psykisk försummelse innebär att en vuxen person, oftast under en lång period, inte ser till barnets behov av vägledning, stimulans, tillhörighet, uppmärksamhet, undervisning och vägledning vilket kan leda till att barnets psykiska hälsa och utveckling skadas eller äventyras (SOU 2001:72).

### Psykisk barnmisshandel

När ett barn utsätts för avsiktligt känslomässigt lidande orsakat av systematiskt kränkande behandling och nedvärderande kritik räknas det som psykisk misshandel. Det kan handla om att den vuxne fryser ut barnet, har orimliga krav och förväntningar, hånar, isolerar barnet från aktiviteter och sociala kontakter eller negligerar barnets egna synpunkter. En miljö där barn tvingas bevittna hot och våld skall också ses som psykisk misshandel (SOU 2001:72).

### Fysisk barnmisshandel

Fysisk misshandel innebär att en vuxen person orsakar ett barn smärta, sjukdom eller kroppsskada eller sätter barnet i vanmakt. Exempel på fysiskt våld kan vara att en vuxen person sparkar, luggar, river, nyper, trampar på barnet eller slår barnet med eller utan tillhygge. Till fysiskt våld räknas också att den vuxna personen bränner, skållar, förgiftar eller försöka dränka eller kväva barnet (SOU 2001:72).

### Sexuella övergrepp

Sexuella övergrepp mot barn kan vara både fysiska och icke-fysiska och kännetecknas av att en vuxen person kränker ett barns integritet genom att utnyttja barnets beroendeställning och utsätter barnet för sexuella handlingar som barnet på grund av sin omognad inte kan förstå och ge samtycke till (SOU 2001:72).

### Kränkningar

Att kränka ett barn innebär att en vuxen person genom nedlåtande handlingar eller ord under en längre tid skadar eller riskerar att skada barnets psykiska hälsa (SOU 2001:72).

### Anmälningsskyldighet

Vid misstanke om att ett barn far illa är personal inom hälso- och sjukvård skyldig att enligt lag upprätta en orosanmälan till socialtjänsten (SFS 2001:453, kap. 14, 1§). Den som upprättar en orosanmälan behöver inte vara säker på att barnet far illa utan det räcker med en oroskänsla. En orosanmälan hindras inte av offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400, kap 1, 1§) utan ska utföras även om det redan pågår en utredning eller om tidigare anmälningar gjorts. Efter en orosanmälan är det socialtjänstens ansvar att utreda och bedöma om barnet har det stöd och skydd som det behöver (Socialstyrelsen, 2014). I Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659 kap 6, 5§) står det uttryckt "...Hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med: har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller är missbrukare av alkohol eller något annat beroendeframkallande medel...". Om en person misstänks vara utsatt för övergrepp eller våld av en närstående så bör personal enligt 9§, kap.8, i SOFS 214:4 ta reda om det finns barn i familjen och då göra en orosanmälan. Med syfte att hjälpa och stötta en patient och dess närstående samt för att underlätta en fortsatt vårdrelation med en patient är det en fördel om vårdpersonal informerar om den anmälningsskyldighet som hälso- och sjukvården har gentemot socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2014). Socialstyrelsen rekommenderar vårdpersonalen att informera patienten då en orosanmälan har utförts även om det inte föreligger någon skyldighet att informera. Vid anmälan där misstanke om brott såsom övergrepp eller misshandel föreligger bör vårdpersonalen kontakta socialtjänsten innan vårdnadshavaren informeras om orosanmälan. Anledning till detta kan vara att barnet riskerar att utsättas för ytterligare fara eller att barnets egna historia påverkas av vårdnadshavaren eller att det kan påverka utredningen på annat sätt (Socialstyrelsen, 2014 ; VKV, 2015).

### Anmälningsbenägenhet

Under 2016 gjordes totalt 22 219 orosanmälningar i Sverige och antalet orosanmälningar från hälso- och sjukvården ökade under 2016 från tidigare år. Trots ökat antal orosanmälningar är antalet orosanmälningar från hälso- och sjukvården få i förhållande till polisen och skolan som står för flest antal orosanmälningar (Socialförvaltningen, 2017). Eisbach och Driessnack (2010) finner att barnsjuksköterskor som ser tydliga tecken på barn utsatta för fysisk misshandel känner sig trygga i att göra en orosanmälan. Då barnet saknar fysiska skador och misstanke om försummelse eller psykisk misshandel förekommer är situationen svårare och sjuksköterskorna känner sig osäkra om en anmälan är berättigad. Vidare framkommer i studien att de sjuksköterskor som känner sig trygga i sin yrkesroll och har erfarenhet av att göra orosanmälningar inte ifrågasätter sin egen kompetens i lika hög grad som de oerfarna sjuksköterskorna. Enligt Fraser, Mathews, Walsh, Chen och Dunne's (2010) är sjuksköterskor bättre på att identifiera och anmäla fysiskt och sexuellt våld mot barn än psykiskt våld och försummelse. Talsma, Bengtsson Boström och Östberg (2015) skriver att vårdpersonal verksamma inom primärvården i Sverige gör få orosanmälningar trots att det i vissa situationer finns en misstanke om att barn far illa. Brist på utbildning, lågt förtroende för socialtjänstens fortsatta agerande i ärendet och stöd från experter är några av anledningarna till det låga antalet orosanmälningar. Sjukvårdspersonal som tvekar att orosmäla på grund av brist på utbildning finner Lazenbatt och Freeman (2006) i sin studie från Irland och även Tingberg, Breidlöv och Ygge (2008) i sin studie från Sverige.



Enligt Sanders Jordan och Hatfield Steelman (2015) behövs arbetsrutiner för att kunna uppmärksamma tecken då ett barn misstänks fara illa vilket kan leda till ökat antal anmälningar. Flaherty et al. (2006) styrker detta och beskriver att en grundläggande orsak till att sjuksköterskorna känner sig säkra i att uppmärksamma och anmäla barnmisshandel är att de nyligen genomgått utbildning inom ämnet. Den vanligaste orsaken till att sjuksköterskorna i studien väljer att inte anmäla sin oro är upplevelsen av att de kan lösa familjens problem utan att behöva blanda in myndigheterna. Andra orsaker till att de inte anmäler eller tvekar i anmälningsprocessen är att de tidigare upplevt att barn hamnat i en mer våldsam och utsatt situation då myndigheterna inte på ett tillfredsställande sätt följde upp sjuksköterskornas anmälan eller att familjer valde att avsluta den pågående behandlingen.

## **Problemformulering**

Trots att personal inom hälso- och sjukvården enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:453, kap 14, 1§) är skyldiga att upprätta en orosanmälan vid misstanke om att ett barn far illa så beskriver socialstyrelsen (2014) att det inom vuxenpsykiatrin görs relativt få orosanmälningar. En anledning till att få orosanmälningar görs kan enligt socialstyrelsen (2014) vara att vårdpersonal känner oro för att patienten inte vill fortsätta sin pågående behandling vilket kan påverka den fortsatta vårdrelationen. Maddocks et al. (2010) beskriver komplexiteten i sjuksköterskans ansvar att behålla en god vårdrelation till patienten samtidigt som barnperspektivet ska prioriteras. Socialstyrelsen (2014) belyser att sjuksköterskan inte behöver vara säker på att ett barn far illa för att göra orosanmälan, men vid oro eller misstanke är sjuksköterskan skyldig att anmäla. Det finns en risk att sjuksköterskan känner sig osäker i sin bedömning och genom att identifiera de faktorer som påverkar beslutsfattandet ges möjlighet att utveckla, förbättra och stärka arbetssättet vid en orosanmälan. Med detta som utgångspunkt vill vi i vår studie beskriva sjuksköterskans erfarenheter och upplevelser av att göra en orosanmälan.

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva hur sjuksköterskor, inom vuxenpsykiatrisk öppenvård, erfar och upplever att göra orosanmälan vid misstanke om att ett barn far illa.

## **METOD**

### **Val av Metod**

En kvalitativ forskningsmetod valdes för att besvara studiens syfte. En kvalitativ metod är fördelaktig för att få fram ett resonemang och en djupare kunskap kring ett fenomen. Vi valde att använda oss av semistrukturerad intervjumetod som enligt Polit och Beck (2017) lämpar sig till studiens syfte att samla in deltagarnas subjektiva upplevelser. Metoden är inte är styrd till en fast intervjuguide utan ger möjlighet att anpassa frågorna under intervjuens gång vilket ger deltagaren möjlighet att under strukturerade former tala fritt. I enlighet med vad Ryan, Coughlan och Cronin (2009) skriver är intervjuer en väl anpassad metod att använda inom kvalitativ forskningsmetod när syftet är att inhämta erfarenheter och kunskap från de som besitter den.

## Urval

Målsättningen med vår studie var att intervjua sex till åtta sjuksköterskor med erfarenhet av det fenomen som efterfrågades. Henricson och Billhult (2017) skriver att i en kvalitativ studie är det av fördel att välja en mindre urvalsgrupp med mer erfarenhet som kan ge meningsfulla beskrivningar av deras upplevelser än en större grupp som saknar samma erfarenhet. De mottagningar som vi valde att kontakta valdes utifrån ett strategiskt urval. Henricson och Billhult (2017) skriver att ett strategiskt urval är att föredra när deltagarna behöver erfarenhet av det fenomen som efterfrågas och när studien är tidsbegränsad.

### Urvalskriterier

Urvalskriteriet var legitimerade sjuksköterskor med minst sex månaders yrkeserfarenhet inom den psykiatriska öppenvården och med erfarenhet av att ha gjort minst två orosanmälningar. Enbart en utförd orosanmälan ger inte den grundläggande erfarenhet vi önskade för att kunna besvara studiens syfte. Vid två utförda anmälningar anser vi att sjuksköterskan kan jämföra upplevelsen av utförandet av orosanmälan och har därmed en större erfarenhet. Vi ser att en sjuksköterska i sin yrkesroll efter sex månader på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning givits förutsättningar för att sätta sig in i mottagningens arbetsrutiner och arbetsuppgifter, fått mer perspektiv i sin yrkesroll och grundläggande trygghet i sitt arbetssätt. För att erhålla variation av upplevelser och arbetsrutiner var urvalskriteriet att sjuksköterskorna skulle vara verksamma på olika öppenvårdsmottagningar med geografisk spridning inom Stockholm län. Enligt Kristensson (2014) bör variation av ett visst fenomen eftersträvas.

### Urvalsgrupp

Undersökningsgruppen kom att bestå av åtta legitimerade sjuksköterskor verksamma på sex olika vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar inom Stockholms län. De intervjuade sjuksköterskornas yrkeserfarenhet från den psykiatriska öppenvården varierade mellan 3 och 33 år. Antalet utförda orosanmälningar varierade från 2 till 30.

## Datainsamling

### Inhämtande av tillstånd

För att rekrytera deltagare till vår studie kontaktades 14 vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar med geografisk spridning inom Stockholms län. Den första kontakten togs per telefon med receptionen på respektive mottagning för att erhålla elektroniska postadresser (e-post) till verksamhetschefer. Tolv verksamhetschefer kontaktades därefter via e-post och två verksamhetschefer kontaktades per telefon då ingen e-postadress tillhandahölls initialt. Information och sammanfattning om studien (Bilaga A), godkännande av verksamhetschefen (Bilaga B) samt information om studien avsedd för deltagare som uppfyllde vår studies urvalskriterier (Bilaga C) bifogades till samtliga verksamhetschefer. Tre verksamhetschefer lämnade via e-post ut kontaktuppgifter till intresserade deltagare. Vid fyra tillfällen kontaktade deltagarna oss via telefon eller e-post efter erhållen information om vår studie från kontaktad verksamhetschef. En deltagare rekryterades genom en annan deltagare. Två av verksamhetscheferna mailade sitt skriftliga godkännande (Bilaga B) per e-post och fyra verksamhetschefer lämnade det skriftliga godkännandet vid intervjutillfället. En verksamhetschef tackade nej till medverkan i studien på grund av att ingen sjuksköterska på mottagningen uppfyllde urvalskriterierna. Sju verksamhetschefer återkom aldrig med något svar om intresse för deltagande i studien.

Vid den initiala kontakten som skedde per telefon med deltagarna till studien inhämtades det muntliga samtycket till deltagandet i studien.

Det skriftliga godkännandet (Bilaga D) erhöles av samtliga deltagare vid intervjutillfället efter att vi informerat om studiens syfte, konfidentialitet och intervjumetod.

### Intervjuguide

Med stöd av Polit och Beck (2017) utformades en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor samt förslag på följdfrågor. En semistrukturerad intervjumetod tillåter intervjuaren att använda intervjuguiden som ett stöd och för att få ett bra flyt i samtalet kan frågornas ordningsföljd ändras beroende på deltagarens berättelse. Huvudfokus i intervjuguiden var deltagarens upplevelse och erfarenhet av att göra en orosanmälan vid misstanke om att barn far illa (Bilaga E). För att hålla en viss struktur under intervjuerna utgick vi från öppna grundfrågor. Frågorna ska ge deltagarna möjlighet till uttömmande svar och chans att formulera sin subjektiva erfarenhet och upplevelse av frågeområden utifrån studiens syfte (Polit & Beck, 2017).

### Pilotintervju

En pilotintervju genomfördes med en legitimerad sjuksköterska i ett arbetsrum på en vuxenpsykiatrisk öppenvård i Stockholm. Enligt Polit och Beck (2017) görs en pilotintervju för att kontrollera frågornas relevans i förhållande till studiens syfte. Vid pilotintervjun informerades sjuksköterskan om studiens syfte, konfidentialitet och sin möjlighet att avbryta sitt deltagande i studien. Konfidentialiteten förklarade vi med att deltagarens namn skulle ersättas med en pseudonym i form av nummer och att citat i resultatdelen skulle justeras så att citatet inte går att härleda till en specifik deltagare eller mottagning. Vi förklarade också att den ljudupptagning som med deltagarens godkännande användes vid pilotintervjun skulle raderas direkt efter transkribering av intervjutexten. Ett informerat samtycke undertecknades av sjuksköterskan innan pilotintervjun genomfördes. Ljudupptagning från två mobiltelefoner testades både före och under pilotintervjun som pågick i 24 minuter. Danielsson (2017) menar att en pilotintervju ger möjlighet att kontrollera att den tänkta tidsdispositionen av intervjun är realistisk och att ljudupptagningen från mobiltelefonerna fungerar. Intervjuguiden som användes vid pilotintervjun inkluderades i sitt ursprung i den fortsatta studien. Pilotintervjun föll väl ut och inkluderades i resultatet. Totalt ingår åtta intervjuer i föreliggande studies resultat.

### Intervjutillfälle

Intervjuer bokades med åtta deltagare inklusive pilotintervjun efter godkännande av verksamhetschefen via e-post eller telefon. I samband med bekräftelse av medverkandet i vår studie mottog deltagarna skriftlig information om studiens syfte. Intervjuerna varade mellan 12 och 44 minuter och ägde rum utifrån deltagarnas egna önskemål i enskilda arbetsrum eller bokade konferensrum på olika mottagningar i Stockholmsområdet. Enligt Polit och Beck (2017) är det viktigt att värna om deltagarnas integritet vid valet av intervjumiljö och att platsen för intervjun inger trygghet för deltagaren. Samtliga deltagare i studien informerades vid intervjutillfället muntligen om studiens syfte, konfidentiell hantering av personlig data (se förklaring under rubriken pilotintervju) samt om deltagarens möjlighet att utan motivering avbryta sitt deltagande under studiens gång. Ett informerat samtycke undertecknades av samtliga deltagare före intervjuens start.

Vi utförde samtliga intervjuer tillsammans. En av oss ställde frågor till deltagaren med stöd av intervjuguiden och den andra tog anteckningar och ställde följdfrågor i slutet av intervjun. De olika rollerna tydliggjordes för deltagarna före intervjuns start och varvades efter varje intervju. Deltagarna uppmuntrades att svara på frågorna utifrån sin upplevelse och erfarenhet, vilket svarade mot syftet i studien.

Följdfrågorna ger möjlighet till fördjupning i sjuksköterskans berättelse (Kristensson, 2014). Intervjuerna spelades in på två mobiltelefoner, vilket godkändes av samtliga deltagare före intervjuns start. Två enheter valdes för att ha en back-up om tekniken inte skulle fungera på en av enheterna. Polit och Beck (2017) beskriver vikten av att ha en back-up av insamlad data.

## **Databearbetning**

Intervjuerna transkriberades i nära anslutning till intervjun av den av oss som intervjuat deltagaren vilket enligt Gillham (2008) underlättar en transkribering då minnet fortfarande är färskt. Varje inspelning och transkriberad text kodades med en siffra för att oidentifieras. För att intervjuerna skulle transkriberas på ett liknande sätt bestämdes olika riktlinjer vilket resulterade i att varje intervju transkriberades ordagrant. Ord som "äh" och skratt inkluderades i texten inom parentes och pauser skrevs ut som tre punkter för att inte förlora eventuella känslor eller intryck av intervjun enligt Gillham (2008). För att underlätta i läsningen av de transkriberade texterna skrev intervjuarens tal i kursiv text och sjuksköterskornas svar skrevs i vanlig text. Efter transkribering raderades ljudinspelningen.

## **Dataanalys**

För att besvara studiens syfte valdes en kvalitativ innehållsanalys. Analysen arbetar både på djupet och ytan och ger forskaren möjlighet att hitta ett mönster i intervjutexterna (Kristensson, 2014). Varje transkriberad intervjutext lästes självständigt flertalet gånger och meningar i texten som var relevanta för studiens syfte markerades med olika färgpennor. De färgmarkerade meningarna diskuterades och jämfördes gemensamt för att finna mönster, skillnader och likheter i texten. Kristensson (2014) menar att då flera personer ingår i analysarbetet minskar risken för subjektiva tolkningar. För att identifiera de meningsbärande enheterna som svarade på studiens syfte lyftes alla färgmarkerade meningar ur texten in i en tabell (se tabell 1) för att diskuteras igen utan sitt sammanhang. Nästa steg i dataanalysen var att kondensera texten vilket innebär att korta ner de meningsbärande enheterna med hjälp av koder som sammanfattar meningens enheternas innebörd (Kristensson (2014). Koderna jämfördes, diskuterades, justerades och sorterades därefter i kategorier som beskriver den övergripande innebörden av de samlade koderna med samma tema. Kristensson (2014) beskriver att det är viktigt att jämföra kategorierna och hitta likheter för att undvika att det inte blir för många kategorier med liknande innebörd. I kategorier med liknande innehåll skapades underkategorier för att ytterligare nyansera de kategorier som diskuterades. Innan fastställandet av kategorier och underkategorier lästes den transkriberade texten ytterligare en gång för att fastställa att det mönster vi funnit upplevdes relevant av oss båda. Vi diskuterade innebörden i texten tillsammans och därefter fastställdes två huvudkategorier och sex underkategorier som svarade på studiens syfte.

**Tabell 1.** Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Jag märker att patienten mår väldigt dåligt... och att det finns barn där hemma och att patienten inte riktigt, mår så pass dåligt så att de inte kan fokusera på barnen eller tänka på deras behov utan tänker bara på sitt egna behov och sitt eget boende. Det väcker ju såklart stark oro.	Oroskänsla	Sjuksköterskans ansvar och skyldighet att anmäla	Faktorer som påverkar orosanmälan
Hon blev väldigt arg och upprörd och det slutade faktiskt med att hon bytte mottagning. Hon ville inte gå kvar här.	Ilska	Att bemöta patientens känslor	Omvårdnadsperspektivet vid orosanmälan

### **Forskningsetiska överväganden**

Med Helsingforsdeklarationen som utgångspunkt tog vi under studien hänsyn till forskningsetiska överväganden och alla deltagare har lämnat ett informerat samtycke. Vid all forskning som utförs på människor är det forskarens plikt att skydda deltagarna gällande deras autonomi, konfidentialitet, värdighet, integritet och personuppgifter (World Medical Association, 2013).

#### Informerat samtycke

Deltagarna informerades om syftet och upplägget med studien skriftligen innan intervjuens start och muntligen vid intervjutillfället för att kunna ge ett frivilligt informerat samtycke. Deltagandet i studien var frivilligt och en överenskommelse tecknades vid intervjutillfället. Deltagarna kunde när som helst under projektets gång välja att lämna studien utan att behöva ge någon förklaring. Deltagarna informerades om att ljudupptagare skulle användas under intervjun. Vi värnade därmed om respondenternas autonomi och tog hänsyn till ”göra-gott principen” (Helgesson, 2015).

#### Konfidentialitet

Konfidentialitet i forskning syftar till att värna om deltagarnas integritet och inte avslöja personliga data. I den kvalitativa forskningsintervjun använde vi oss inte av deltagarnas riktiga namn utan valde att använda oss av pseudonymer i form av nummer. Ljudinspelningarna raderades direkt efter transkribering av data (Vetenskapsrådet, 2017). För att inte citat skulle kunna härledas till en specifik deltagare justerades citaten till skriftspråk (Trost, 2010).

## RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån studiens syfte. I den kvalitativa innehållsanalysen framkom två huvudkategorier med sex underkategorier (tabell 2). Utifrån identifierade kategorier och underkategorier presenteras resultatet i löpande text som tolkar innebörden av det som sagts under intervjuerna samt med illustrerande citat vilket enligt Kristensson (2014) stärker innehållet och resultatets trovärdighet.

**Tabell 2.** Kategorier och underkategorier framkomna ur analysprocessen.

Kategori	Underkategori
Faktorer som påverkar orosanmälan	Sjuksköterskans ansvar och skyldighet att anmäla Samarbetets betydelse vid orosanmälan Hinder och tveksamheter vid orosanmälan
Omvårdnadsperspektivet vid orosanmälan	Kommunikationen har betydelse vid orosanmälan Att se till vårdrelationen Att bemöta patientens känslor

### Faktorer som påverkar orosanmälan

#### Sjuksköterskans ansvar och skyldighet att anmäla

Sjuksköterskorna i studien var verksamma på vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar där patienter över 18 år med psykisk ohälsa behandlades. Vid de situationer patienten hade minderåriga barn hemma betonade sjuksköterskorna att det var av betydelse att beakta barnperspektivet. Samtliga sjuksköterskor i vår studie var väl medvetna om de lagar som reglerar orosanmälningar och kände trygghet i dessa. Alla sjuksköterskor belyste vikten av att utföra orosanmälningar och att alltid ta hänsyn till barnperspektivet vilket betydde att barnens bästa gick före de vuxnas behov även om det var de vuxna som var deras patienter.

*“Barnen är annars så oskyddade, och det är allas vårt ansvar att se till att barnen inte far illa på något sätt.” (Intervju 5)*

På mottagningen träffade sjuksköterskorna patienter för stödjande samtal och det var under dessa samtal som eventuella signaler och tecken som kunde leda till oro gällande patientens bristande föräldraförmåga uppmärksammades. Sjuksköterskorna beskrev att det i vissa fall kunde vara svårt att upptäcka dessa tecken. Sjuksköterskorna berättade om patienter med psykotiska inslag, långvariga depressioner och utmattningssyndrom där en känsla av oro för bristande föräldraförmåga kunde uppstå. Svårigheten var att veta hur situationen för barnen såg ut när det bara var den vuxna patienten som sjuksköterskorna träffade på mottagningen. När patienter med minderåriga barn hade ett beroende av alkohol, läkemedel eller droger, misshandlade eller utsatte barnen för sexuella övergrepp upplevde sjuksköterskorna det lättare att utan tveksamhet anmäla sin oro till polisen eller socialtjänsten.

Sjuksköterskorna upplevde att samtalet med patienten om en kommande orosanmälan var ett kritiskt moment då det ofta framkallade oro och starka känslor hos patienten. Sjuksköterskorna talade om vikten att se till patientens sårbarhet och att hitta en gemensam väg framåt där patienten blev medveten om den problematik som fanns i familjen och att patienten gjordes delaktig i den orosanmälan som skulle utföras. Sjuksköterskorna i studien betonade att det inte fanns en skriven mall för hur en orosanmälan skulle upprättas på bästa sätt. Vid information och kommunikation med en patient om att en orosanmälan skulle upprättas förordades ett personcentrerat förhållningssätt.

*”Varje fall är individuellt och varje familj är unik och varje patient är unik... det går inte att säga. Det är nog bara någon slags känsla för hur man ska ta sig fram liksom. Man får hela tiden improvisera och se vad som är bäst utifrån varje enskilt fall..” (intervju 8)*

Sjuksköterskorna i studien beskrev betydelsen av att uttrycka sig på ett sätt så att en orosanmälan presenterades som ett stöd och hjälp för patienten och inte ett hot.

#### Samarbetets betydelse vid orosanmälan

Sjuksköterskorna i studien har erhållit varierande mängd utbildning och vägledning i att göra en orosanmälan. Somliga hade fått utbildning lokalt på enheten de arbetade på, vissa hade erfarenhet från tidigare inriktningar inom sjukvården medan andra hade skaffat sig kunskap genom samtal med mer erfarna kollegor. Flera sjuksköterskor lyfte kuratorn i det interprofessionella teamet som en värdefull resurs att konsultera i samband med upprättandet av en orosanmälan.

*“Man hjälper varandra. Stoppa inte upp näsan i vädret och tro att ni kan. Utan be om hjälp och sen så kanske när man ska ha samtal och känner sig osäker eller rädd ta med en erfaren kollega.” (Intervju 6)*

Majoriteten av sjuksköterskorna upprättade sina orosanmälningar självständigt men pekade på fördelarna med att konsultera kollegor i det interprofessionella teamet. Sjuksköterskorna menade att det kunde vara av betydelse att hela teamet som var delaktiga kring patienten informerades om anmälan för att på bästa sätt stötta patienten i den sårbara situationen.

Sjuksköterskorna nämnde att samarbetet med socialtjänsten och andra instanser som exempelvis skolan påverkade anmälningsbenägenheten. De sjuksköterskor som upplevde ett gott samarbete med socialtjänsten såg nytta med att anmäla sin oro. De berättade att de genom dialog med socialtjänsten samarbetade för att hitta stödinsatser till familjen. I vissa fall bjöds socialtjänsten in till gemensamma samtal med sjuksköterskan och patienten för att diskutera de behov som fanns i familjen och vilka resurser socialtjänsten kunde erbjuda. Några sjuksköterskor berättade om fördelen för patienten att i ett tidigt skede få möta ansvarig socialsekreterare då det kunde leda till att patienten kände trygghet inför samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Sjuksköterskorna påpekade att även skolan, barnavårdscentralen, mödravårdscentralen och andra instanser som hade kontakt med patientens familj borde samarbeta. Sjuksköterskorna i studien upplevde att om fler instanser upprättade orosanmälningar fick socialtjänsten mer information om ärendet vilket kunde leda till en mer adekvat bedömning över familjens situation.

### Hinder och tveksamheter vid orosanmälan

Några sjuksköterskor upplevde en frustration över att en orosanmälan i vissa kommuner inte ledde till någon nytta för patienten. Efter att ha övertalat patienten om att en orosanmälan skulle göra skillnad och att familjen skulle få stöd för att klara av sin situation på ett bättre sätt, kände sjuksköterskorna hopplöshet då ingenting hände trots att flera orosanmälningar fanns samlade kring en familj. Sjuksköterskorna upplevde att det tog tid att skriva en korrekt och välgrundad orosanmälan och att skriva en eller flera orosanmälningar som inte ledde till förändring för familjen gjorde att sjuksköterskorna kände uppgivenhet. För vissa sjuksköterskor var erfarenheten att socialtjänstens stöd och engagemang vid en orosanmälan var beroende av vart i Stockholms län familjen bodde. En sjuksköterska berättade om samarbetet med socialtjänsten i en kommun inom Stockholms län där flertalet resurser erbjöds för att hjälpa familjer med behov av stöd men när sjuksköterskan bytte arbetsplats till en annan kommun inom samma län fanns inte samma resurser för familjer med liknande problematik. Några sjuksköterskor påpekade också att socioekonomiska faktorer påverkade hur orosanmälan hanterades av socialtjänsten och en sjuksköterskas erfarenhet var att det var lättare för socialtjänsten att utreda familjer med lägre socioekonomisk status än familjer med högre socioekonomisk status.

*”Jobbar de som advokater och läkare då kommer det aldrig hända någonting / ... / Jag anser att många barn far illa för att dom har knäppa föräldrar som bara råkar vara fungerande inom arbetslivet och har en bra inkomst. De barnen hamnar utanför radarn.” (Intervju 4)*

Även om flera sjuksköterskor kände uppgivenhet över uteblivna insatser från socialtjänsten till familjer i behov av stöd ansåg de att det var viktigt att fortsätta anmäla sin oro kring en familj. Sjuksköterskorna ansåg att i varje möte med en patient där oro fanns skulle en anmälan göras för att få socialtjänsten att agera.

Trots att sjuksköterskorna i vår studie väl kände till lagar och regler kring anmälningsskyldigheten vid misstanken om att barn far illa, var det flera sjuksköterskor som ansåg att det görs för få orosanmälningar inom hälso- och sjukvården. Risken att äventyra den pågående vården för en patient kunde enligt sjuksköterskorna upplevas som ett hinder för en orosanmälan. Även rädslan att förlora alliansen med patienten var enligt sjuksköterskorna en faktor som bidrog till tveksamhet inför en orosanmälan. En sjuksköterska berättade också om att hon hade mött motstånd av andra kollegor inför en orosanmälan för att vårdrelationen kunde äventyras.

*“Och då vill du ju inte lägga några grus i maskineriet utan du vill så att säga lyckas med det som är din vårdplan.” (Intervju 7)*

Sjuksköterskorna i vår studie beskrev att patienter med psykisk ohälsa ibland saknade sjukdomsinsikt och förståelse för hur sjukdomen påverkade övriga familjen. Sjuksköterskorna ansåg att det var av stor betydelse att uppmuntra patienten till fortsatt behandling samt att tillsammans med patienten sätta upp mål för att uppnå bättre hälsa.



## Omvårdnadsperspektivet vid orosanmälan

### Kommunikationen har betydelse vid orosanmälan

Sjuksköterskorna beskrev att de med sitt professionella ansvar måste våga vara ärliga och öppna i sitt bemötande och i sin kommunikation med patienten. De beskrev att kommunikationen var ett verktyg för att uppmärksamma eventuell problematik i familjesituationen. När sjuksköterskorna i det stödjande samtalet uppmärksammade signaler eller tecken i patientens berättelse som ledde till oro gällande bristande föräldraförmåga, lyfte sjuksköterskorna orsakerna till oro och sammanfattade problematiken genom att använda patientens egna ord. Patienten gavs möjlighet att reflektera över sin egen situation och kunde tillsammans med sjuksköterskorna identifiera vilka områden som var utmanande och vilket stöd som behövdes. För att samtalet om orosanmälan skulle landa bra hos patienten berättade sjuksköterskorna om vikten att förklara för patienten att socialtjänsten fanns som hjälp och stöd för familjen. Några sjuksköterskor bjöd in socialtjänsten för gemensamma samtal med patienten. Inför dessa samtal var det enligt sjuksköterskorna viktigt att vara ärlig med patienten och tydliggöra den problematik som fanns i familjen så att patienten inte upplevde att sjuksköterskan hade en egen agenda och gick bakom patientens rygg.

*”Jag tycker att relationen blir bättre, alltså för du måste alltid spela med öppna kort. Om jag tassar runt het gröt och inte talar om deras brister som omvårdnad om minderåriga, om alkoholproblem eller andra destruktiva saker, då sviker jag ju patienten...” (intervju 4)*

Sjuksköterskorna beskrev att kommunikation även var ett verktyg för att stötta och hjälpa patienten och behövde anpassas efter patientens nivå och stämningsläge. Sjuksköterskorna nämnde att det borde vara lika naturligt att föra barn på tal som att fråga om patientens eget mående. Om sjuksköterskorna inte frågade om barnen och familjesituationen kunde det uppfattas av patienten som ett tabubelagt samtalsämne. Genom kommunikation ansåg sjuksköterskorna att de skapade en vårdrelation med patienten.

### Att se till vårdrelationen

En vårdrelation inom den vuxenpsykiatriska öppenvården var enligt sjuksköterskorna oftast en långvarig, ibland livslång relation mellan patient och sjuksköterska. Relationen byggde på förtroende, tillit och sjuksköterskans förmåga att se sårbarheten i patientens situation.

*”En allians handlar om att den här personen som jag har framför mig delvis kan känna ett visst förtroende för mig, att jag inte är ett hot, så att fortsättningen för att vår fortsatta relation ska vara bra”. (Intervju 7)*

Sjuksköterskorna berättade att patienter inom vuxenpsykiatri kunde ha fullt upp med att hantera sin egen sjukdom och svårt att få tillvaron och familjesituationen att fungera. De beskrev också att en vårdrelation lätt kunde raseras om patienten inte gjordes delaktig i upprättandet av en orosanmälan. Sjuksköterskorna strävade efter patientens delaktighet vid en orosanmälan.

I några fall berättade sjuksköterskorna i studien om tillfällen då patienten reagerat starkt efter en orosanmälan och känt sig kränkta eller förbisedda. I dessa fall påverkades vårdrelationen negativt och patienterna valde att avsluta sin pågående behandling på mottagningen.

*“Hon blev väldigt arg och upprörd och det slutade faktiskt med att hon bytte mottagning. Hon ville inte gå kvar här”. (intervju 8)*

Erfarenheten av en förstörd vårdrelation till patienten efter en orosanmälan varierade bland sjuksköterskorna i studien. Några få hade upplevt situationer där vårdrelationen raserades och avslutades medan majoriteten av sjuksköterskorna upplevde att orosanmälningar stärkt vårdrelationen till patienten. Flera sjuksköterskor berättade att de hittat metoder och verktyg för att behålla en fortsatt god vårdrelation till patienten vid orosanmälan, men att de ändå ofta känt en oro för att relationen skulle kunna påverkas. Oron för att relationen skulle påverkas var dock enligt sjuksköterskorna inte något som stoppade dem från att upprätta en anmälan, utan de återkom till att barnperspektivet prioriterades högre.

Sjuksköterskorna förklarade att patienternas reaktioner kring en orosanmälan och hur vårdrelationen påverkades kunde vara beroende av vilken form av psykisk ohälsa eller vilken diagnos patienten led av. Vissa patienter var mer misstänksamma som en del av sin sjukdom vilket kunde påverka vårdrelationen när sjuksköterskan gjorde en orosanmälan. I andra fall som till exempel vid nyinsjuknade i psykosjukdom förklarade en sjuksköterska att de rutinmässigt skickade en orosanmälan till socialtjänsten och anmälan blev då en naturlig del i behandlingen och påverkade oftast inte vårdrelationen.

#### Att bemöta patientens känslor

Flera sjuksköterskor beskrev vikten av ett professionellt bemötande av patienten som essentiell vid hanteringen av en orosanmälan. De förklarade att många patienter kände sig ledsna över sin situation med psykiska ohälsa och upplevde oförmåga att räkna till för barnen. Sjuksköterskorna ansåg att det var av stor betydelse att bemöta patienten med respekt och att förmedla att en orosanmälan var ett erbjudande om stöd för familjen i den utsatta situationen. De förklarade också att bemötandet av patientens tillkortakommande om att vara otillräcklig i sin föräldraroll borde ske genom att sjuksköterskorna var raka och ärliga i sitt agerande. Genom att förklara att anmälningsskyldigheten var för både barnets och familjens bästa upplevde patienten i vissa flera fall en lättnad och sjuksköterskorna berättade att patienter i många fall även kände tacksamhet över att en orosanmälan hade utförts.

*“Hon började gråta, kramade om mig / ... / och det märkliga är faktiskt att vår kontakt inte blev sämre”. (intervju 2)*

Sjuksköterskorna berättade om andra situationer där en orosanmälan lett till att patienter känt sig kränkta och utlämnade. Sjuksköterskorna förklarade att patienter kunde uttrycka rädsla för att socialtjänsten skulle placera barnen i ett annat hem och känt sig hotade i situationen. Att hantera den typen av känslor hos patienten upplevde flera sjuksköterskor som tufft och utmanande. En sjuksköterska i studien beskrev att den vuxenpsykiatriska vården kunde vara ett slitigt arbete men att barnperspektivet gav kraft och ork att fortsätta inom psykiatrin.

Sjuksköterskorna förklarade också att erfarenheten av att en orosanmälan bidragit till att barnen fått en bättre situation triumferade det faktum att patienter blivit upprörda eller valt att avsluta vårdkontakten på mottagningen.

Sjuksköterskorna ansåg att det var deras professionella ansvar att se förbi risken att förlora alliansen med patienten och se till barnets bästa. Erfarenheten från de flesta sjuksköterskorna var att efter en orosanmälan med insatta stödinsatser för familjen kunde patienten fokusera på sin egen behandling och upplevde att tillvaron blev bättre för alla i familjen.

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

I vår studie ville vi beskriva sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av att göra en orosanmälan. Huvudfynden som vi valde att diskutera är de faktorer som påverkar anmälningsbenägenheten, utbildningsbehovet, samverkan med socialtjänsten och kommunikationens betydelse för vårdrelationen.

Resultatet visar att alla sjuksköterskor i studien är väl medvetna om anmälningsplikten enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:453, kap. 14, 1§) och att barnperspektivet är den grundläggande faktorn för en orosanmälan. Vikten av att se till barnperspektivet styrks även av Söderbäck et al. (2011) som beskriver att personal inom hälso- och sjukvården genom beaktande av barnperspektivet skyddar barn i utsatta situationer och ser till barnets rättigheter och behov. Enligt resultatet i vår studie anser flera sjuksköterskor att det trots anmälningsplikten och barnperspektivet görs för få anmälningar inom hälso- och sjukvården. En anledning till att inte fler anmälningar görs inom vuxenpsykiatri skulle kunna vara att sjuksköterskorna inte träffar barnen på mottagningen utan enbart den vuxna patienten vilket överensstämmer med Eisbach och Driessnack (2010). De skriver att det är lättare att uppmärksamma tecken till oro i de fall där sjuksköterskan träffar barnet och observerar synliga tecken från exempelvis fysisk misshandel än i de fall barn utsätts för psykisk misshandel eller försummelse.

Ett annat fynd i vårt resultat är att ingen av sjuksköterskorna har en grundläggande utbildning som berör hela anmälningsprocessen vid en orosanmälan. Bristen på utbildning kan påverka anmälningsbenägenheten (Lazenbatt & Freeman, 2006; Tingberg et al., 2008). För att öka kompetensen i arbetssättet kring en orosanmälan har sjuksköterskorna i vår studie konsulterat kollegor eller genomgått kortare internutbildningar. Sjuksköterskorna reflekterade kring utbildningsfrågan under intervjun och konstaterade att mer utbildning hade resulterat i trygghet tidigare i yrkesrollen vilket överensstämmer med Flaherty et al. (2006) som finner att en grundläggande orsak till sjuksköterskans trygghet i anmälningsprocessen är utbildning. Resultatet visar att sjuksköterskorna i vår studie anser att det kollegiala stödet är viktigt i anmälningsprocessen och påverkar anmälningsbenägenheten vilket också Talsma et al. (2015) styrker. Resultatet visar också att anmälningsbenägenheten påverkas av sjuksköterskornas erfarenhet av att göra orosanmälningar vilket överensstämmer med Eisbach och Driessnack (2010) som skriver att erfarenhet ger trygghet och kompetens åt sjuksköterskan vid orosanmälan. Vi anser att en utbildning inom området orosanmälan redan på sjuksköterskeprogrammets grundnivå skulle kunna leda till trygghet tidigare i yrkeslivet och till en större självständighet för sjuksköterskan i anmälningsprocessen.

I resultatet framkommer att sjuksköterskornas upplevelser av återkoppling från och samarbetet med socialtjänsten eller kommunen varierade stort. Flera sjuksköterskor har positiva erfarenheter av socialtjänsten och uppmärksammade vikten av ett nära samarbete för att patienten inte skulle uppleva socialtjänsten som ett hot. Några sjuksköterskor talade om att bristen på uppföljning av en anmälan kunde leda till frustration för både patienten och sjuksköterskan. Även om sjuksköterskan fortsatte skicka in orosanmälningar kändes arbetsuppgiften som onödig då anmälan inte resulterade i en förändring för familjen. Misstro till myndigheter och brist på uppföljning av utförda anmälningar beskrivs även i tidigare studier (Talsma et al., 2015; Tingberg et al., 2008). Antalet inkomna anmälningar till socialstyrelsen år 2016 var 22 219 och antalet inledda utredningar var 12 143 (Socialförvaltningen, 2017). Möjligtvis kan bristen på respons och återkoppling från myndigheterna relateras till resursbrist vilket visas i en kartläggning från Socialstyrelsen (2016) där det framkommer att i 22 kommuner i Sverige blir ärenden ofta liggande på grund av personalbrist bland handläggarna. Resursernas olika fördelning i kommunerna var något som framkom i resultatet. En sjuksköterska som arbetat i två olika kommuner kände ledsamhet över det faktum att vissa patienter inte fick de det stöd som familjen behövde på grund av att resurserna inte fanns tillgängliga i den kommunen.

Ett annat fynd från resultatet var att kommunikationen är av största betydelse för hur en orosanmälan ska tas emot av patienten och för hur den fortsatta vårdrelationen kommer att se ut. Sethi och Rani (2017) bekräftar att kommunikation är en av grunderna för att patienten ska känna sig tillfreds i vårdrelationen med sjuksköterskan. Även Peplau (1994) beskriver att kommunikation är en förutsättning för en god vårdrelation. I resultatet framkommer att sjuksköterskorna förordar en rak och ärlig kommunikation och att det är viktigt att våga föra barn på tal på ett lika naturligt sätt som sjuksköterskan pratar om patientens mående. Även Keogh et al. (2017) beskriver att sjuksköterskor inom psykiatri måste ha en förståelse för hur psykisk ohälsa påverkar hela familjen. Sjuksköterskorna i vår studie träffar inte patientens barn eller partner i så stor utsträckning vilket vi tror kan påverka sjuksköterskans förståelse för patientens familjesituation. Vi reflekterade över om förståelsen för familjesituationen skulle öka om sjuksköterskorna i stödjande samtal bjöd in patientens familj, något som bekräftas av Afzelius et al. (2018) studie där patienter med psykisk ohälsa gick tillsammans med sin familj på samtal hos en sjuksköterska vilket upplevdes mycket positivt av alla parter. När sjuksköterskan träffar patientens barn och familj får sjuksköterskan även möjlighet att prata med barnet och kan då i samtalet uppmärksamma tecken som kan leda till en orosanmälan.

Resultatet visar att upplevda hinder inte stoppar sjuksköterskorna i vår studie från att göra en orosanmälan vid behov. De flesta sjuksköterskor reflekterade dock självmant över vårdrelationens betydelse vid den inledande öppna frågan under intervjun. Detta visar att vårdrelationen är en grundläggande faktor inom psykiatri och något som sjuksköterskorna värderar högt i enighet med vad Peplau (1994) beskriver i sin omvårdnadsteori. Det framkommer i resultatet att sjuksköterskorna är medvetna om att en orosanmälan kan påverka vårdrelationen vilket bekräftas av Maddocks et al. (2010) som uppmärksammar komplexiteten av att behålla en god vårdrelation till patienten samtidigt som barnperspektivet ska prioriteras. Sammanfattningsvis ser vi att även om sjuksköterskorna i vår studie alltid strävar efter att behålla vårdrelationen prioriteras alltid barnen i enlighet med socialtjänstlagen (SFS 2001:453, kap. 14, 1§) och Barnombudsmannen (2012).

## Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte valdes en kvalitativ intervjustudie vilket enligt Kristensson (2014) är en lämplig metod då syftet är att beskriva deltagarnas upplevelser och erfarenheter. Metoden innebär att resultatet inte styrs av en teori eller förförståelse utan att det är empirin som ger utfallet. Henricson och Billhult (2017) menar att det ofta finns en förförståelse hos forskaren i en kvalitativ intervjustudie och att det kan vara svårt att förhålla sig neutral i ämnet. Förförståelsen inkluderar både tidigare erfarenhet och kunskap kring ett ämne och kan i viss mån påverka resultatet (Kristensson, 2014). Vi har reflekterat flertalet gånger över hur vår egen förförståelse kan ha påverkat resultatet. Vi saknar både teoretisk och praktisk kunskap och erfarenhet i området och anser att vi med vårt beskrivna arbetssätt strävade efter ett neutralt förhållningssätt under datainsamling och dataanalys. Hade istället en enkätstudie valts som metod hade det medfört ett större urval av deltagare och ett generaliserbart resultat, men inte det djup i resultatet som vi eftersökte (Kristensson, 2014). En litteraturstudie hade kunnat användas men då vi önskade forska i sjuksköterskans subjektiva upplevelse och erfarenhet valdes en kvalitativ intervjustudie.

Det första urvalet gjordes genom att kontakta 14 vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Stockholms län. Urvalet motiveras av studiens syfte och att vi planerade att göra personliga intervjuer. På grund av studiens tidsbegränsning hade vi inte möjlighet att resa längre än inom Stockholms län. Ett urval med deltagare verksamma både i storstad och landsbygd hade eventuellt givit en vidare variation av upplevelser och erfarenheter av att göra en orosanmälan. Det andra urvalet var valet av deltagare som har en betydande roll för studien då deltagarna genom sina erfarenheter och berättelser svarar på studiens syfte. Vi valde att använda oss av ett strategiskt urval vilket förstärker studiens giltighet. Giltigheten i ett resultat påvisar till vilken grad de slutsatser som redovisas i resultatet är välgrundade och korrekta (Polit & Beck, 2017). Det strategiska urvalet medför dock en risk att variationen av upplevelser och erfarenheter minskar då deltagarna rekryteras ur samma sammanhang (Kristensson, 2014). Vår urvalsgrupp bestod av åtta legitimerade sjuksköterskor med erfarenhet av att göra orosanmälan inom vuxenpsykiatriska öppenvården. De åtta deltagarna var verksamma på sex olika mottagningar vilket gav en viss variation i vårt urval gällande arbetsrutiner och erfarenhet av möten med patienter med olika geografiska, socioekonomiska och kulturella skillnader. Antalet verksamma yrkesår inom psykiatrin varierade mellan 3 och 33 år hos deltagarna och antalet utförda orosanmälningar skiljde sig också åt. En spridning av erfarenhet och olika perspektiv av forskningsfrågan stärker studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Deltagarna i studien rekryterades via verksamhetschefen och anmälde sig frivilligt till studien då de upplevde forskningsfrågan intressant och ville dela med sig av sin erfarenhet och upplevelse. Under dataanalysen reflekterade vi över det faktum att de som valde att delta i studien är sjuksköterskor som på grund av sin tidigare erfarenhet känner trygghet i utförandet av orosanmälan. Många av sjuksköterskorna i studien berättar att de ofta erbjuder sig att hjälpa mindre erfarna kollegor att göra en orosanmälan vid tveksamhet eller oro inför anmälningsprocessen.

De deltagare som valdes ut till studien informerades både skriftligen och muntligen om studiens innehåll och syfte. Den skriftliga informationen erhöll deltagarna som en bilaga med e-post. Den muntliga informationen fick deltagarna vid intervjutillfället då även det skriftliga samtycket inhämtades. Polit och Beck (2017) menar att deltagaren ska ges

möjlighet att läsa studiens syfte och information om studien innan ett informerat samtycke lämnas. Vår upplevelse var att hälften av deltagarna hade läst den skriftliga informationen om studien, men att samtliga kände till studiens syfte. Om vi hade lagt informationen om studiens innehåll direkt i mailtexten istället för att bifoga det som en bilaga hade kanske fler sjuksköterskor läst informationen. Om alla deltagare läst informationen om studiens innehåll i god tid innan intervjutillfället hade de haft mer tid till att reflektera över sina erfarenheter och upplevelser vilket hade kunnat leda till ett annat resultat. Med insikten att inte alla deltagarna läst den skriftliga informationen om studiens innehåll kändes det relevant att ge muntlig information innan det skriftliga samtycket inhämtades.

En pilotintervju genomfördes för att kontrollera frågornas relevans i förhållande till studiens syfte och för att pröva inspelningstekniken och estimerad tidsåtgång av intervjuerna. Då vi är två författare till studien hade det varit bra med varsin pilotintervju för att öka möjligheten att öva på intervjuteknik. Enligt Kristensson (2014) är det fördelaktigt att öva på intervjurollen. Då frågorna kändes relevanta i förhållande till syftet och att vi gemensamt deltog under intervjun ansåg vi att det var tillräckligt med en pilotintervju.

Intervjuerna ägde rum under april månad. Vid två tillfällen intervjuade vi två deltagare samma dag. För att ha tid att reflektera över och utföra eventuella justeringar inför nästa intervju är en intervju per dag att föredra (Kristensson, 2014). Vi använde oss av semistrukturerade intervjuer med en intervjuguide. En semistrukturerad intervju lämpar sig till studiens syfte att beskriva deltagarnas egna upplevelser och erfarenheter kring forskningsfrågan (Polit & Beck, 2017). Intervjuguiden användes vid samtliga intervjuer och hjälpte oss att hålla en röd tråd genom hela intervjun. Vid de tillfällen där deltagaren blev tyst upplevde vi det tryggt att kunna falla tillbaka till intervjuguiden. Frågorna i intervjuguiden var av öppen karaktär och uppmuntrade deltagaren att fritt berätta om sin upplevelse eller erfarenhet vilket styrker trovärdigheten i en studie (Polit & Beck, 2017). Vi diskuterade både före studiens start och efter genomförda intervjuer om resultatet hade påverkats om vi valt att sända intervjuguiden till deltagarna i förväg. Deltagarna hade då haft mer tid att fundera över frågorna vilket eventuellt kunnat ge mer utförliga svar. Samtidigt hade detta kunnat leda till att deltagarna försökt ge svar på det som de antog att vi eftersökte och vi hade inte fångat den spontana tanken som dyker upp i en situation då du inte har läst frågorna i förväg. Det framkom också att bara hälften av deltagarna tagit sig tid att läsa den information som i förväg sändes om studien innehåll vilket kan betyda att alla inte hade läst intervjuguiden i det fall den sänts i förväg.

Inför studien estimerades intervjuernas tidsåtgång till mellan 20 och 30 minuter och resultatet visar att intervjuerna varade mellan 12 och 44 minuter. Den intervju som varade i 12 minuter var en av de första som utfördes i studien. Vår erfarenhet och trygghet i intervjuteknik ökade för varje intervju som utfördes och vi hade med mer erfarenhet kunnat fylla ut den intervjun med fler följdfrågor och eventuellt fått mer intressant data till vårt insamlade material. Kristensson (2014) menar att en person som har erfarenhet av att intervjua blir bekväm i sin roll vilket leder till ett bra samspel med deltagaren och en bra intervju. Under pilotintervjun och övriga sju intervjuer använde vi efter godkännande av deltagaren två mobiltelefoner för ljudupptagning.

Fungerande ljudupptagning är essentiell då datainnehållet är det som analyseras och genereras i ett resultat (Kristensson, 2014). Några deltagare upplevdes nervösa inför ljudupptagningen som placerades mellan intervjuaren och deltagaren. Eventuellt kunde mobiltelefonen ha placerats mer dolt för deltagaren för att skapa en mer avslappnad

atmosfär och på så sätt fått deltagaren att vara mer öppen i sina svar vilket kunnat ge ett djupare resonemang i resultatet.

För att verifiera resultatet har alla intervjutexter transkriberats ordagrant av den person som utfört intervjun. Verifierbarheten i en studie visar hur väl resultatet speglar data och tolkningar från insamlat material (Kristensson, 2014). Transkriberingarna skedde i direkt anslutning till intervjun förutom vid ett tillfälle då transkriberingen skedde två dagar efter utförd intervju. Att transkribera en intervjutext i direkt anslutning till intervjun är att föredra då minnet av intervjun lättare kan kopplas till den skrivna texten. För att stärka tillförlitligheten i resultatet och undvika individuella tolkningar av insamlad data lästes och diskuterades de transkriberade texterna av oss båda. Dataanalysen blev på detta sätt tidskrävande, men det var viktigt att under innehållsanalysen i största möjliga mån undvika vår egen förförståelse för forskningsfrågan. De gemensamma diskussionerna gav oss en övergripande blick av innehållet i de transkriberade intervjutexterna och vi kunde tillsammans börja sortera meningsbärande enheter i färgkoder efter innebörd som ledde till koder, kategorier och till de underkategorier som presenterats i resultatdelen. Vissa meningsbärande enheter fick ändra färgkod då vi hade olika uppfattningar om innehållet i de meningsbärande enheterna och hamnade i vissa fall i en annan kategori än ursprungligen. Genom att tydliggöra resultatet försökte vi stärka överförbarheten och genom att använda citat påvisa resultatets verifierbarhet. Hur ett resultat från en kvalitativ studie kan överföras till ett annat sammanhang eller grupp visar på överförbarheten i en studie (Polit & Beck, 2017). Citaten justerades i några fall för att inte deltagarna skulle kunna identifieras och för att undvika talspråk. Citatens innebörd förblev dock oförändrade.

## **Slutsats**

Resultatet i vår studie tyder på att en orosanmälan i de allra flesta fall bidragit till något positivt i den fortsatta vårdrelationen mellan patient och sjuksköterska. Genom kommunikation och patientens delaktighet kan sjuksköterskan inom den vuxenpsykiatriska öppenvården bidra till att en orosanmälan inte bara leder till att utsatta barn får stöd och skydd utan också att patienten kan fokusera på sin egen behandling och att den essentiella vårdrelationen mellan patient och sjuksköterska bevaras.

### Fortsatta studier

Vidare vore det intressant att studera hur sjuksköterskor inom den somatiska vården upplever och erfar att göra en orosanmälan och jämföra med det resultat som vi har funnit från den vuxenpsykiatriska öppenvården. Inom den somatiska vården kan vårdrelationerna vara kortare än inom den psykiatriska vården och det vore intressant att studera om det påverkar anmälningsbenägenheten. Det vore också intressant att studera hur sjuksköterskor inom barn och ungdomspsykiatri upplever och erfar att göra en orosanmälan då de har barnet som patient i motsats till sjuksköterskorna i vår studie som möter den vuxna patienten. För fortsatta studier vore det även intressant att undersöka hur barnen som lever i en familj med en förälder som lider av psykisk ohälsa upplever mötet med sjuksköterskan i vården och hur barnets situation i hemmet påverkas av en orosanmälan.

### Klinisk tillämpbarhet

I resultatet i vår studie framkom faktorer som påverkar utförandet av en orosanmälan. Vår förhoppning är att denna studie ska ge sjuksköterskor inom psykiatrisk vård stöd och trygghet i anmälningsprocessen samt öka möjligheten för sjuksköterskan att behålla vårdrelationen till patienten vid en orosanmälan.





## REFERENSER

- Afzelius, M., Plantin, L., & Östman, M. (2018). Families living with parental mental illness and their experiences of family interventions. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing, 25*(2), 69-77. doi: 10.1111/jpm.12433
- Anderson Head, B., Mi-Kyung, S., Wiencek, C., Nevidjon, B., Fraser, D., & Mazanec, P. (2018). Palliative nursing summit: Nurses leading change and transforming care: The nurse's role in communication and advance care planning. *Journal Of Hospice & Palliative Nursing, 20*(1), 23-29. doi: 10.1097/NJH.0000000000000406
- Antonio, P. D., Beeber, L., Sillsc, G., & Naegled, M. (2014). The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nursing Inquiry 2014, 21*(4), 311–317. doi: 10.1111/nin.12056
- Barnombudsmannen. (2012). *Rollen för oberoende nationella institutioner för mänskliga rättigheter i arbetet med att främja och skydda barnets rättigheter*. Hämtad från <https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/allmanna-kommentarer/ak-02-rollen-for-oberoende-nationella-institutioner.pdf>
- Campbell, C. & Cornish, F. (2014). Reimagining community health psychology: Maps, journeys and new terrains. *Journal of Health Psychology, 19*(1), 3-15. doi: 10.1177/1359105313500263
- Chamberlain-Salaun, J., Mills, J., & Park, T. (2011). Mental health nurses employed in Australian general practice: Dimensions of time and space. *International Journal Of Mental Health Nursing, 20*(2), 112-118. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00723.x
- Dahlberg, K. Fagerberg, I., Nyström, M., Segesten, K., Suserud, B. O. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dam, K., Joensen, D. G., & Hall, E. C. (2018). Experiences of adults who as children lived with a parent experiencing mental illness in a small-scale society : A Qualitative study. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing, 25*(2), 78-87. doi: 10.1111/jpm.12446
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 143-154). Lund: Studentlitteratur.
- Dinc, L., & Gastmans, C. (2013). Trust in nurse-patient relationship: A literature review. *Nursing Ethics, 20*(5), 501–516. doi: 10.1177/0969733012468463
- Eisbach, 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
- Ende, P. C., Busschbach, J. T., Nicholson, J., Korevaar, E. L., & Weeghel, J. (2016). Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing, 23*(2), 86-97. doi: 10.1111/jpm.12283

Fernandes, R. L., & Nunes de Miranda, F. A. (2016). Analysis of the theory of interpersonal relationships: Nursing care in psychosocial care centers. *Journal Of Nursing*, 880-886. doi: 10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201624

Flaherty, E., Sege, R., Price, L., Christoffel, K., Norton, D., & O'Connor, K. (2006). Pediatrician characteristics associated with child abuse identification and reporting: Results from a national survey of pediatricians. *Child Maltreatment*, 11(4), 361-369.

Folkhälsomyndigheten. (2018). Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>

Fraser, J., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., & Dunne, M. (2010). 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

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: Tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur

Goyette Pounds, K. (2017). A theoretical and clinical perspective on social relatedness and the patient with serious mental illness. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*, 23(3), 193-199. doi: 10.1177/1078390317690233

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Griffith, R. (2015). Understanding the code: working in partnerships. *British Journal of Community Nursing*, 20(5), 250-252. doi: 10.12968/bjcn.2015.20.5.250

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 111-119). Lund: Studentlitteratur.

Holopainen, G., Kasén, A., & Nyström, L. (2014). The space of togetherness - a caring encounter. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 28(1), 186-192. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01090.x

Jones, M., Pietilä, I., Joronen, K., Simpson, W., Gray, S., & Kaunonen, M. (2016). Parents with mental illness - a qualitative study of identities and experiences with support services. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 23(8), 471-478. doi: 10.1111/jpm.12321

Keogh, B., Skärsäter, I., Doyle, L., Ellilä, H., Jomfeldt, H., Lahti, M., & Kilkku, N. (2017). Working with families affected by mental distress: Stakeholders perceptions of mental health nurses educational needs. *Issues In Mental Health Nursing*, 38(10), 822-828. doi: 10.1080/01612840.2017.1341587

Korhonen, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A. (2008). Do nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, 767–776. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01309.x

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lazenbatt, A., & Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary. *Journal of Advanced Nursing* 56(3), 227–236. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x

Levander, S., Adler, H., Gefert, O. & Tuninger, E. (2017). *Psykiatri en orienterande översikt*. Lund: Studentlitteratur.

Maddocks, S., Johnson, S., Wright, N., & Stickley, T. (2010). A phenomenological exploration of the lived experience of mental health nurses who care for clients with enduring mental health problems who are parents. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17(8), 674-682. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01582.x

McCloughen, A., Gillies, D., & O'Brien, L. (2011). Collaboration between mental health consumers and nurses: shared understandings, dissimilar experiences. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 20(1), 47-55. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00708.x

Myklebust, K. K., Bjørkly, S., & Råheim, M. (2018). Nursing documentation in inpatient psychiatry: The relevance of nurse–patient interactions in progress notes—A focus group study with mental health staff. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(3/4), 611-622. doi: 10.1111/jocn.14108

Peplau, H. E. (1994). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. London: The Macmillan Press LTD.

Polit, D. F., & Beck C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*(10<sup>th</sup>intern. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Price-Dowd, C. (2018). Communication is a two-way street. *British Journal Of Nursing*, 27(3), 171. doi: 10.12968/bjon.2018.27.3.171

Ryan, F., Coughlan, M., & Cronin, P. (2009). Interviewing in qualitative research: the one-to-one interview. *International Journal Of Therapy & Rehabilitation*, 16(6), 309-314.

Sanders Jordan, K., & Hatfield Steelman, S. (2015). Child Maltreatment: Interventions to improve recognition and reporting. *Journal Of Forensic Nursing*, 11(2), 107-113. doi: 10.1097/JFN.0000000000000068

Schröder, A., Ahlström, G., & Larsson, B. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(1), 93-102. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01241.x

- Sethi, D., & Rani, M. K. (2017). Communication barrier in health care setting as perceived by nurses and patient. *International Journal Of Nursing Education*, 9(4), 30-35. doi: 10.5958/0974-9357.2017.00092.7
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Hämtad 27 november, 2017, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400\\_sfs-2009-400](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400)
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 27 november, 2017, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Hämtad 27 november, 2017, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453)
- Socialförvaltningen. (2017). *Socialtjänstrappport 2016. En beskrivning av socialtjänsten i Stockholms stad*. Hämtad från <https://insynsverige.se/documentHandler.ashx?did=1893748>
- Socialstyrelsen. (2014). *Barn som far illa eller riskerar att fara illa, En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar* [Broshyr]. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19528/2014-10-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016). *Lägesbild av socialtjänstens arbete – februari 2016*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/lagesbild-av-socialtjanstens-arbete-februari-2016.pdf>
- SOSFS 2014:4. *Våld i nära relationer*. Hämtad 16 april, 2016 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19441/2014-5-7.pdf>
- SOU 2001:72. *Barnmisshandel - Att förebygga och åtgärda*. Hämtad från <http://www.regeringen.se/49b6bf/contentassets/e715b8a3f3de45358a87d59d2591cd3d/del-1-t.o.m.-kap.-7-barnmisshandel>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Hälsofrämjande omvårdnad vid psykisk ohälsa*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/Levnadsvanor/Halsoframjande-omvardnad/om-psykisk-ohalsa/>
- Söderbäck, M., Coyne, I., & Harder, M. (2011). The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *Journal of Child Health Care*, 15(2), 99-106. doi: 10.1177/1367493510397624
- Talsma, M., Bengtsson Boström, K., & Östberg, A-L. (2015) Facing suspected child abuse – what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(1), 21-26. doi: 10.3109/02813432.2015.1001941

Tarlier, D. S. (2004). Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse–patient relationships. *Nursing Philosophy*, 5(3), 230–241. doi: 10.1111/j.1466-769X.2004.00182.x

Tay, L. H., Ang, E., & Hegney, D. (2012). Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(17/18), 2647–2658. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03977.x

Thomas, L., & Kalucy, R. (2003). Parents with mental illness: Lacking motivation to parent. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 153–157. doi: 10.1046/j.1440-0979.2003.00282.x

Tingberg, B., Bredlöv, B., & Ygge, B-M. (2008). Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2718–2724. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur

Yamamoto, R., & Keogh, B. (2017). Children's experiences of living with a parent with mental illness: A systematic review of qualitative studies using thematic analysis *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25, 131–141. doi: 10.1111/jpm.12415

Vetenskapsrådet, (2017). *God forskningsed*. Hämtad från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer [VKV]. (2015). *Barn som far illa / riskerar att fara illa. Handläggning för hälso- och sjukvården och tandvården*. Hämtad 16 april, 2018, från [http://www.valdinararelationer.se/upload/Väld%20i%20nära%20relationer.se/Christina/Christina-handläggning\\_A4\\_2015.pdf](http://www.valdinararelationer.se/upload/Väld%20i%20nära%20relationer.se/Christina/Christina-handläggning_A4_2015.pdf)

Wiklund Gustin, L. (2015). *Psykologi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association [WMA]. (2013). WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 10 april 2018 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>



Stockholm xxxx-xx-xx

Till verksamhetschef

Namn Efternamn

Namn på mottagning

Hej,

Vi heter Ida Olofsson och Petra Agrell och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola termin 5 och kommer att under vårterminen genomföra ett examensarbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som vi ska studera berör sjuksköterskans erfarenheter och upplevelser av att göra en orosanmälan då ett barn misstänks fara illa samt om det påverkar den fortsatta vårdrelationen med patienten. Mer information om studien finner du i bilaga 1.

Om Du godkänner att studien genomförs vid xxxx mottagningen, är vi tacksamma för Din underskrift för godkännande i medföljande underlag (bilaga 2) som med fördel kan scannas och returneras till undertecknad med e-post eller på annat överenskommet sätt.

Vi är också mycket tacksamma om Du kan tänka dig att hjälpa oss genom att kontakta sjuksköterskor Du tror kan vara aktuella för vår intervjustudie. Önskar Du ha mer information om vårt självständiga arbete, tveka inte att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

Ida Olofsson & Petra Agrell

Petra Agrell

Mobilnummer

xxxx@stud.shh.se

Ida Olofsson

Mobilnummer

xxxx@stud.shh.se

**Handledare**

Margareta Westerbotn

Lektor vid Sophiahemmet Högskola

xxxx@shh.se

Telefonnummer

## **Sammanfattning av studie**

### **Studiens syfte: Sjuksköterskans erfarenhet och upplevelse av att göra orosanmälan inom den vuxenpsykiatriska öppenvården.**

Området som ska studeras berör sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter kring orosanmälningar inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. Vår förhoppning är att identifiera faktorer som kan påverka upplevelsen av att göra en orosanmälan.

Studien kommer att bestå av semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Därför önskar vi intervjua 6–8 legitimerade sjuksköterskor från olika vuxenpsykiatriska mottagningar inom Stockholms län. Vidare ska sjuksköterskorna varit yrkesverksamma i minst i sex månader och att de har erfarenhet av att ha gjort minst två orosanmälningar vid kliniken.

Deltagande i studien är helt frivilligt och beräknas ta cirka 20–30 minuter i anspråk och deltagarna bestämmer själva tid och plats för genomförandet. Intervjuerna kommer att transkriberas och sammanställas. Deltagarna kommer före studiens start tillfrågas om tillåtelse att intervjuerna spelas in med hjälp av ljudupptagare. Konfidentialitet utlovas, vilket betyder att ingen obehörig kommer ha tillgång till personuppgifter eller annan information som rör studien. Det självständiga arbetet är en kandidatuppsats och kommer då det är examinerats publiceras på en högskoleportal.

## BILAGA B

Jag godkänner härmed att Ida Olofsson och Petra Agrell får genomföra studien:  
Sjuksköterskans erfarenhet och upplevelse av att göra orosanmälan inom den xxxx  
mottagningen under tidsperioden april till maj år 2018.

---

Ort, datum

---

Namn-teckning, Verksamhetschef

---

Namn-förtydligande



**Information till Dig som deltagande sjuksköterska i studien**

Vi heter Ida Olofsson och Petra Agrell och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Höskola termin 5 och kommer att under vårterminen genomföra ett examensarbete omfattande 15 högskolepoäng. Syftet med vår studie är att undersöka sjuksköterskans erfarenheter och upplevelser av att göra en orosanmälan då ett barn misstänks fara illa samt om det påverkar den fortsatta vårdrelationen med patienten.

Vi vill skildra sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter kring orosanmälningar inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. Vår förhoppning är att identifiera faktorer som kan påverka upplevelsen av att göra en orosanmälan.

Studien kommer att bestå av semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Vi beräknar tiden för intervjuerna till cirka 20–30 minuter och deltagarna bestämmer själva tid och plats för intervjuerna som kommer att transkriberas och sammanställas. Deltagarna kommer att tillfrågas om tillåtelse om att vi spelar in intervjuerna med ljudupptagare. Deltagandet är frivillig och kan när som helst avbrytas under studiens gång utan angiven orsak. Konfidentialitet utlovas, vilket betyder att ingen obehörig kommer ha tillgång till intervjuvären eller annan information som rör studien. Det självständiga arbetet är en kandidatuppsats och kommer då det är examinerats publiceras på en högskoleportal.

Är du intresserad av att delta i studien gör du detta via elektronisk post till Ida Olofsson eller Petra Agrell enligt kontaktuppgifter nedanför. Ett skriftligt samtycke kommer att lämnas på plats vid intervjutillfället. Vid ytterligare frågor om studien eller ditt deltagande kan du kontakta oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning  
Petra Agrell och Ida Olofsson

Petra Agrell  
Mobilnummer  
xxxx@stud.shh.se

Ida Olofsson  
Mobilnummer  
xxxx@stud.shh.se

**Handledare**

Margareta Westerbotn  
Lektor vid Sophiahemmet Höskola  
xxxx@shh.se  
Telefonnummer

**Informerat samtycke till sjuksköterska för deltagande i studien ”Sjuksköterskans erfarenhet och upplevelse av att göra en orosanmälan inom den vuxenpsykiatriska öppenvården”**

Jag har härmed informerats om studiens syfte och utförande. Jag är införstådd med att min medverkan i studien är frivillig och att jag kan avbryta studien utan att ange orsak. Jag samtycker till deltagande i denna studie vilket innebär att bli intervjuad under ljudinspelning.

---

Ort Datum

---

Underskrift, deltagande

---

Namnförtydligande

---

Underskrift, ansvariga för studien

---

Namnförtydligande

## Inledning

Informera om studiens syfte, konfidentialitet och informantens rätt att avbryta studien om så önskas.

Syfte- Syftet med studien är att beskriva hur sjuksköterskor, inom vuxenpsykiatrisk öppenvård, erfar och upplever att göra orosanmälan vid misstanke om att ett barn far illa.

Konfidentialitet- Konfidentialitet innebär att vi värnar om din integritet. Vi kommer inte att använda ditt riktiga namn utan kommer att använda pseudonymer. Med ditt medgivande kommer vi att spela in intervjun och efter analys så raderas ljudinspelningens innehåll.

Informerat samtycke- För att kunna genomföra intervjun behöver vi ett informerat samtycke från dig och ber dig därför att underteckna dokumentet som vi har med oss.

Avbryta studien- Du kan när som helst under projektets gång välja att lämna studien utan att behöva ge någon förklaring. Deltagandet är frivilligt under hela studien.

## Bakgrundsfrågor

Hur länge har du varit verksam som sjuksköterska?

Hur länge har du varit anställd på den här avdelningen?

## Öppna frågor

Vad anser du om att göra en orosanmälan?

Hur går det till när du gör en orosanmälan?

Fick du någon utbildning i att göra en orosanmälan i din grundutbildning, eller har du fått utbildning i ämnet på annat sätt, vilket i så fall?

Vad får dig att göra en orosanmälan?

Berätta om en situation där du misstänkte att ett barn far illa.

Brukar du berätta för patienten att du har gjort/ska göra en orosanmälan?

Hur upplever du att patienterna tar emot informationen om att en orosanmälan har gjorts eller ska göras?

Berätta vad en orosanmälan kan ha för betydelse för din och patientens fortsatta vårdrelation?

Upplever du några hinder med att göra en orosanmälan?

**Hjälppågor**

Kan du berätta lite mer om?

Vad innebär...?

Kan du utveckla...?

Hur tänker du om...?

Kan du ge ett exempel?

**Avslutning**

Gör en kort sammanfattning av det som informanten har berättat för att validera uppfattningen av informantens svar. Fråga om informanten har några ytterligare frågor eller något övrigt att tillägga.