

Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet vård

NÄR VARNINGSKLOCKORNA RINGER

- Sjukskötarens identifiering av barn som utsätts för våld

Jenni Henriksson, Mikaela Portman



Datum för publicering: 27.05.2016
Handledare: Anette Häggblom

EXAMENSARBETE

Högskolan på Åland

Utbildningsprogram:	Vård
Författare:	Jenni Henriksson & Mikaela Portman
Arbetets namn:	När varningsklockorna ringer - Sjukskötarens identifiering av barn som utsätts för våld
Handledare:	Anette Häggblom
Uppdragsgivare:	

Abstrakt

Bakgrund: Barn som utsätts för våld är ett globalt problem som medför stora konsekvenser för både barnet och samhället. Tidigare studier visar att sjukskötaren anser sig ha bristfälliga kunskaper i att identifiera barn som utsätts för våld och att mer utbildning behövs. Enligt både åländsk, finsk och svensk lagstiftning har all vårdpersonal anmälningsskyldighet om de misstänker att ett barn utsätts för våld.

Syfte: Beskriva vad som ingår vid sjukskötarens identifiering av barn som utsätts för våld.

Metod: Metoden för arbetet var en systematisk litteraturöversikt som analyserades utifrån Fribergs (2015) modell.

Resultat: De utvalda artiklarna analyserades och resulterade i ett tema, fyra kategorier och nio underkategorier. Temat var *att ha beredskap*. Kategorierna var *attityder* med underkategorierna *en svår arbetsuppgift* och *ett svårt beslut*. *Kommunikation* med underkategorierna *att kommunicera med barnet*, *att kommunicera med familjen* och *att kommunicera med sociala myndigheter*. *Bedömning* med underkategorierna *observation som en del av identifieringen* och *att använda formulär som en del i identifieringen*. Den sista kategorin var *stöd* med underkategorierna *stöd till barnet och familjen* samt *stöd från kollegor och andra professioner*.

Slutsats: Det som ingår vid sjukskötarens identifiering av barn som utsätts för våld är attityder, kommunikation, bedömning och stöd. Det är viktigt att arbetsgivaren kan ge den utbildning som behövs för att sjukskötaren ska få en bra beredskap till att identifiera barn som utsätts för våld. Mer forskning behövs om varför sjukskötare inte anmäler våldet trots att de enligt lag skall göra det samt om screening som redskap kan användas på andra enheter än akuten.

Nyckelord (sökord)

Sjukskötare, identifiering, barn, våld

Högskolans serienummer:	ISSN:	Språk:	Sidantal:
2016:16	1458-1531	Svenska	48 sidor

Inlämningsdatum:	Presentationsdatum:	Datum för godkännande:
13.05.2016	24.05.2016	26.05.2016

DEGREE THESIS

Åland University of Applied Sciences

Study program:	Health and Caring Sciences
Author:	Jenni Henriksson & Mikaela Portman
Title:	When the Warning Bells Chime: - Nurses' Identification of Child Abuse
Academic Supervisor:	Anette Häggblom
Technical Supervisor:	

Abstract

Background: Child abuse is a global issue that's causing severe consequences for the child and the society. Earlier studies show that nurses believe that their ability to identify child maltreatment is insufficient and that they need more knowledge about the topic. According to the law in Åland, Finland and Sweden there's mandatory reporting of suspected child maltreatment for all health care staff.

Aim: Describe what has importance when the nurse identifies maltreated children.

Method: The method of this study was a systematic review. The model used for the analysis of the results was Friberg's (2015) model.

Results: The chosen articles that were analysed resulted in a theme, four categories and nine subcategories. The theme was *to have preparedness*. The four categories were *attitudes* with the subcategories *a difficult work task* and *a difficult decision*. *Communication* with the subcategories *with the child*, *with the family* and *with the social services*. *Assessment* with the subcategories *observation as a part of the identification* and *tools as a part of the identification*. The last category was *support* with the subcategories *support to the child and family* and *support from colleagues*.

Conclusion: There are four things that stand out as important in the nurses' identification of child abuse. Attitudes, communication, assessment and support. It's important that the employer can give the nurses training so that they have the preparedness they need for identifying child abuse. More studies need to focus on why nurses don't report the child abuse and if screening in other contexts than emergency departments can be used.

Key words

Nurse, identification, children, abuse

Serial number:	ISSN:	Language:	Number of pages:
2016:16	1458-1531	Swedish	48 pages

Handed in:	Date of presentation:	Approved on:
13.05.2016	24.05.2016	26.05.2016

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	6
1.1 Bakgrund	6
1.1.1 Sjukskötarens utbildning	8
1.1.2 Riskgrupper och tecken på våld	9
1.1.3 Konsekvenser av våld	10
1.1.4 Lagstiftning, riktlinjer och barnkonventionen	10
1.1.5 Teoretisk referensram	11
1.2 Problemformulering	12
1.3 Syfte	13
2. METOD	14
2.1 Datainsamling	14
2.2 Urval	15
2.3 Analys	15
2.4 Forskningsetiska aspekter	16
3. RESULTAT	17
3.1 Attityder	17
3.1.1 En svår arbetsuppgift	17
3.1.2 Ett svårt beslut	18
3.2 Kommunikation	19
3.2.1 Kommunikation med barnet	19
3.2.2 Kommunikation med familjen	20
3.2.3 Kommunikation med sociala myndigheter	21
3.3 Bedömning	21
3.3.1 Observation som en del av identifieringen	22
3.3.2 Att använda formulär som en del i identifieringen	23
3.4 Stöd	24
3.4.1 Stödet till barnet och familjen	24
3.4.2 Stödet från kollegor och andra professioner	25
4. DISKUSSION	27
4.1 Resultatdiskussion	27
4.2 Metoddiskussion	30
4.3 Slutsats	33
LITTERATURFÖRTECKNING	34
BILAGOR	
Bilaga 1	
Bilaga 2	

Bilaga 3
Bilaga 4

1. INLEDNING

... Då ska jag kunna se dom också i ögonen och säga att; ja, jag gjorde det jag kunde för dig, jag ville verkligen det. Jag skulle inte vilja stå till svars för det motsatta och få frågor; varför gjorde du inget?...Nu är ju jag barnets ombud. Jag sitter här för att jag ska försvara att barnet mår bra (Söderman & Jackson, 2011).

Att barn utsätts för våld är ett globalt problem (Kloppen, Maehle, Kvello, & Haugland Kyrre Breivik, 2015). Enligt barnkonventionens artikel 19 skall barnen skyddas från alla former av våld och utnyttjande (OHOCR, 1989). Barnet löper en stor risk att i ett senare skede drabbas av bl.a. fetma och depression relaterat till traumat de varit med om som barn. För hälso- och sjukvården är det kostsamt eftersom våldets konsekvenser hos barnet kan medföra stora sjukvårdskostnader. Sjukskötare har en viktig roll i att upptäcka barn som utsätts för våld. Sjukskötare träffar barnet och familjen rutinmässigt ofta under barnets uppväxt (Pinheiro, 2006). Samtidigt visar studier att sjukskötare har svårt att veta hur de ska identifiera barn som utsätts för våld och få sjukskötare gör anmälan trots att lagen kräver det (Landberg, 2012). Inom Ålands hälso- och sjukvård finns det angivna riktlinjer för vårdpersonalen hur en barnskyddsanmälan ska upprättas men inget om hur identifieringen skall ske (Ålands hälso- och sjukvård, 2013).

I arbetet kommer definitioner, sjukskötarens utbildning inom området, riskgrupper, konsekvenser, lagstiftningen på Åland, i Finland och i Sverige tas upp samt barnkonventionen för att läsaren skall få en så tydlig helhetsbild av problemområdet som möjligt. Syftet med arbetet var att beskriva vad som ingår i sjukskötarens identifiering av barn som utsätts för våld.

1.1 Bakgrund

Alla människor upp till 18 år definieras som ett barn enligt barnkonventionen (OHOCR, 1989). Det finns många definitioner av barn som utsätts för våld och i detta arbete användes Världshälsoorganisationens, WHO:s (1999) definition. Statens offentliga utredningar, SOU

(2001) har formulerat en översättning på WHO:s definition av barn som utsätts för våld som lyder:

Misshandel eller skadlig behandling av barn utgörs av alla former av fysisk och/eller känslomässig misshandel, sexuella övergrepp, försummelse eller försumlig behandling, kommersiellt eller annat utnyttjande, som leder till faktisk eller potentiell skada på barnets hälsa, överlevnad, utveckling eller värdighet inom ramen för en relation av ansvarighet, förtroende eller makt (SOU 2001:72, bilaga 1 s.26).

I WHO:s (1999) definition inkluderas fyra stora undergrupper av våld: fysiskt våld, psykiskt våld, sexuellt våld och försummelse. *Fysiskt våld* definieras som ageranden där vårdnadshavaren skapar en fysisk skada medvetet eller genom att inte agera vid behov. Detta kan ske en gång eller regelbundet. *Psykiskt våld* eller emotionellt våld definieras som när vårdnadshavaren misslyckas med att upprätthålla en passande och stödjande miljö. Att hota hör även till de ageranden som kan ha negativ effekt på barnets psykiska välmående och barnets utveckling och exempel på detta är att hota barnet, förödmjuka eller begränsa barnets möjlighet till frihet och andra former av negativ behandling som inte innefattar fysisk skada. *Sexuellt våld* definieras som att ett barn är involverat i en sexuell handling där barnet inte förstår, inte kan ge sitt medgivande eller inte är fullt utvecklat. Det sexuella våldet kan ske mellan barn och vuxen eller ett barn som av ålder och utveckling har ansvar, tillit och makt för att kunna tillfredsställa ett annat barn. *Försummelse* definieras där vårdnadshavaren inte kan försörja barnets utveckling, trots att vårdnadshavaren kan utföra det, i ett eller flera områden såsom hälsa, tak över huvudet, utbildning, känslomässig utveckling, näring och tryggt boende. Försummelse skiljer sig från omständigheterna i fattigdom då det inte finns rimliga resurser för vårdnadshavaren (WHO, 1999).

Ett stort problem är att barn utsätts för våld. Endast 30 länder hade så sent som 2011 infört förbud mot aga. Av dessa ligger 22 länder i Europa och inget asiatiskt land hade infört förbudet (Jansson, Jernbro & Långberg, 2011). Det är svårt att uppskatta exakt hur många barn som på något sätt blivit utsatta för våld i världen (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, & van IJendoorn, 2015). I Sverige anmäldes det totalt 14470 fall av misshandel i åldrarna 0-14 år 2015 (Brottsförebyggande rådet, 2016). Statistik från Finland har inte kunnat påträffats trots flera försök att erhålla finsk statistik inom området. På Åland anmäldes 22 fall av misstänkt misshandel år 2014 och 31 fall som anmäldes år 2015. Sexuellt utnyttjande av

barn inklusive grovt brott anmäldes 3 gånger år 2014 och 10 gånger år 2015 (personlig kommunikation, Lindqvist, 2016). Mörkertalet är stort, speciellt bland barn under 6 år. Antalet polisanmälningar kan inte ses som ett mått på omfattningen av barn som utsätts för våld (Hindberg, 2006; Landberg, 2012). I Sverige uppskattas det att ca 300 barn varje år vårdas inom den slutna vården för skador som uppkommit i samband med våld eller övergrepp. Inom den öppna vården uppskattas det att ca 2600 barn vårdas för skador i samband med våld eller övergrepp (Janson, Jernbro, & Långberg, 2011). Endast 49% av alla konstaterade misshandelsfall leder till anmälan från vårdpersonalen (Landberg, 2012). Av de fall som anmäls vidare till myndigheterna är det endast 3 % som kommer från vården (Janson, Jernbro, & Långberg, 2011). Den vanligaste formen av våld enligt Stoltenborgh et. al. (2015) är psykiskt våld där prevalensen i studien är 363/1000 i självrapporterade fall. Generellt uppmärksammas fysiskt och sexuellt våld i större utsträckning, medan psykiskt våld och försummelse är mindre studerat (Kloppen, Maehle, Kvello, & Haugland Kyrre Breivik, 2015).

1.1.1 Sjukskötarens utbildning

Det är viktigt att sjukskötare har en bra utbildning i hur barnen som utsätts för våld upptäcks eftersom sjukskötare framför allt inom primärvården träffar familjen ofta under barnets uppväxt. Föräldrarna kan försöka dölja eventuella tecken på att våld förekommer. Att ha olika redskap för att kunna identifiera barnen som utsätts för våld är därför viktigt (Pinheiro, 2006). I rapporten av Pinheiro (2006) beskrivs också vikten av att det finns tydliga riktlinjer för hur en anmälan skall göras när sjukskötaren misstänker att ett barn utsätts för våld. Vid Karolinska institutet har en grupp (Mio-gruppen) tillsatts som arbetar med våld mot barn. Gruppen har verkat för att kunskaperna kring våld mot barn skall öka hos vårdpersonalen i hela Sverige och har utvecklat ett vårdprogram kring barn som utsätts för våld (Janson, Jernbro, & Långberg, 2011).

I Rädda barnens rapport (2012) om våldsutsatta barn inom hälso- och sjukvården framförs kritik till hälso- och sjukvården. Kritiken handlar om att sjukvårdspersonalen har bristande kunskaper om våld mot barn. I rapporten framförs att den bristande kunskapen måste förebyggas. Deras förslag till förändring är bl.a. att det införs rutiner när ett barn misstänks för att ha blivit utsatt för våld samt att vårdprogram inrättas för hur omvårdnaden skall ske. I

rapporten framkommer det att personal som arbetar med barn inte i sin utbildning har fått kunskaper om barn som utsätts för våld (Landberg, 2012).

1.1.2 Riskgrupper och tecken på våld

Vissa barn har större risk att bli utsatta för våld. De barn som löper en högre risk att utsättas för våld är de barn vars föräldrar har psykisk ohälsa, alkohol- eller drogmissbruk eller är barn i en familj med låg inkomst och låg utbildning. Småbarn som blir utsatta för våld har ofta stressade föräldrar. Stressade föräldrar finns i alla samhällsskikt men vanligast hos föräldrar som upplever en ekonomisk stress. Spädbarn och småbarn som inte kommunicerar verbalt löper en större risk för att utsättas för våld. Föräldrarna har svårt att förstå dem, vilket kan öka stressen hos föräldrarna. Detta kan leda till anknytningssvårigheter för barnet. Barn med någon form av funktionsnedsättning så som t.ex. neuropsykiatriska funktionshinder, koncentrationssvårigheter och överaktivitet löper också en större risk att drabbas av våld. Barn som har olika former av missbildningar eller är för tidigt födda är inget undantag för risken att utsättas för våld (Blair, Stewart-Brown, Hjern, & Bremberg, 2013). Barn i familjer där det förekommer våld mellan föräldrarna är den enskilt allvarligaste riskfaktorn för att även barnet skall utsättas för våld (BRÅ, 2011).

Barbro Hindberg har sammanställt forskning kring barn som utsätts för våld och samlat all forskning i boken "Sårbara barn: – att vara liten, misshandlad och försummad" (2006). I boken beskrivs vilka tecken och symtom som finns när ett barn utsätts för våld. För personal inom hälso- och sjukvården är en av varningssignalerna att föräldrarna inte kan förklara hur skadan uppkommit hos barnet. Föräldrarna kan inte i detalj eller de har olika historier till hur skadan uppkommit. De skyller på andra som t.ex. syskon eller okända förövare. Andra varningssignaler som föräldrarna kan ge uttryck för är exempelvis att de är överdrivet oroliga för en mindre skada eller visar ingen omsorg vid en allvarlig skada. Föräldrarna kan också vara motvilliga till att barnet läggs in på vårdavdelning. Att interaktionen mellan barnet och föräldern inte ter sig normalt kan också vara ett tecken på att barnet utsätts för våld (Hindberg, 2006).

Blåmärken är det vanligaste tecknet på fysiskt våld och kan sitta på ställen där det normalt inte bildas blåmärken. Frakturer hos småbarn är ett vanligt tecken på fysiskt våld kombinerat med blåmärken. Hos äldre barn är det vanligt att frakturer uppkommer i samband med olyckshändelser. Om tillväxt- och viktkurvan avviker kan det vara ett tecken på att barnet

utsätts för våld, vilket kallas för ”failure to thrive”. Allvarliga blöjutslag kan vara ett tecken på försummelse (Hindberg, 2006). Ett annat tecken på försummelse kan vara att munhälsan sviktar (Landberg, 2012).

1.1.3 Konsekvenser av våld

Konsekvenserna av att barnet blir utsatt för våld kan ske både under barnets uppväxt och senare i vuxen ålder. Barn som utsatts för våld kan i barndomen ha svårigheter med den intellektuella och känslomässiga utvecklingen. Våldet kan orsaka fientlighet, aggressivitet och dålig empatisk förmåga hos barnet. En konsekvens som kan ses både i barndom och senare är svårigheterna med sociala relationer (BRÅ, 2011). En annan konsekvens av våldet kan vara att barnet har svårt att finna tillit hos andra människor samt att våldet kan påverka barnets värderingar (Rädda barnen, u.d.).

Barn som blivit utsatta för våld löper en större risk att få alkohol- och drogproblem eller bli kriminella när de är ungdomar eller blivit vuxna. Det finns betydande hälsorisker för den enskilda människan, som t.ex. depression, fetma och leversjukdomar (BRÅ, 2011; Janson, Jernbro, & Långberg, 2011; Pinheiro, 2006). Sjukdomarna som barnet kan få senare i livet kan härledas till copingstrategier för att hantera det trauma de varit med om som barn (Pinheiro, 2006). Anledningen till att barnet kan drabbas av fetma i vuxen ålder tros bero på den ökade stressen som pågått sedan barndom och lett till långvarig stress. Negativa effekter kan också ses från försummelse och är lika allvarligt som vid fysiskt våld men studeras mindre (Janson, Jernbro, & Långberg, 2011). Eftersom sjukvårdskostnaderna kortsiktigt och långsiktigt ökar när barnet utsätts för våld, är det viktigt att kunna förebygga våldet. Genom att förebygga våldet kan flera psykiska sjukdomar samt fetma undvikas (Janson, Jernbro, & Långberg, 2011; Pinheiro, 2006).

1.1.4 Lagstiftning, riktlinjer och barnkonventionen

I Finland och på Åland ska all vårdpersonal inom hälso- och sjukvården känna till barnskyddslagen för att kunna arbeta på ett sätt som följer lagstiftningen och därmed främja barnets hälsa. Enligt tillämpningen i landskapet Åland av barnskyddslagen (ÅFS 2008:97) har alla yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården anmälningsskyldighet. Om vårdpersonalen misstänker att ett barns behov av vård och omsorg inte tillfredsställs samt att barnets eget beteende kräver barnskydd skall det anmälas till kommunens sociala myndighet.

Civila personer i samhället får anmäla anonymt till kommunens sociala myndighet om de misstänker att barnet utsätts för våld. Den åländska lagstiftningen är utformad utifrån den finska barnskyddslagen (FFS 417/2007). Ålands hälso- och sjukvård har utifrån lagstiftningen utformat egna riktlinjer och anvisningar för hur en barnskyddsanmälan skall utföras. Dessa finns att tillgå på intranätet för vårdpersonalen. I anvisningarna står gällande lagtext, hur anmälan utförs samt orsakerna till anmälan (Ålands hälso- och sjukvård, 2013).

Som jämförelse finns även den svenska lagstiftningen gällande anmälningsplikten för att påvisa skillnaderna i formuleringen av texten. I den svenska sociallagens kapitel 14 (2001) beskrivs anmälingsskyldigheten, där all myndighetspersonal som på något sätt arbetar med barn och ungdomar har anmälningsplikt om de misstänker att ett barn far illa (SFS, 2001:453). I kapitel 14s paragraf 1c (2012) står det att även en civil person kan göra en barnskyddsanmälan om de misstänker att ett barn far illa (SFS, 2012:776). Sverige var det första landet i världen som förbjöd barnaga år 1979 (Rädda Barnen & Regeringskansliet, 2009) medan i Finland förbjöds barnaga först år 1984 (Barnombudsmannen, 2011).

Barnkonventionen är ett dokument innehållande artiklar som fastställer barnens rättigheter som är viktigt att veta då sjukskötaren möter barn inom vården. Av 54 artiklar är det artikel 3 och 19 som berörs mest i detta arbete. I artikel 3 står det att barnets bästa skall sättas först i alla besluts som rör barnet. Artikel 19 beskriver barnens rätt att inte utsättas för våld och vad staterna som skrivit under barnkonventionen skall vidta för åtgärder för att förebygga att barn inte utsätts för våld (OHOCR, 1989). Finland ratificerade barnkonventionen 1991 (Utrikesministeriet, 2014) och delar av barnkonventionen är implementerad i finsk lagstiftning sedan 1999 (UNICEF, 2007).

1.1.5 Teoretisk referensram

I sjukskötarens dagliga arbete ingår det att visa omsorg och i arbetet kopplas Kari Martinsens (2008) omsorgsteori till sjukskötarens vilja att hjälpa. Omsorg är ett begrepp där människan slutar tänka på sig själv och fokuserar på att stå andra nära. Martinsen (2008) talar om att omsorg är grundläggande för oss och omsorg är också en social relation. Vi skulle inte kunna existera utan andra människor. Människan får en mening med livet när andra finns runt omkring som människan kan samspela med. Omsorg är enligt Martinsen (2008) att människan måste ta hänsyn till andra före sin egen skull. Att ta hänsyn till andra har med

människans gemensamma medmänskliga existens att göra. En annan viktig aspekt är att kunna förstå andras situation. För att människan skall kunna göra detta måste hon känna någon form av gemenskap såsom normer eller regler. Det är även viktigt att människan accepterar den andra utan att förvänta sig något tillbaka. Genom att tolka Martinsens (2008) omsorgsteori till detta sammanhang kan sjukskötaren visa omsorg för barnet när sjukskötaren kan identifiera barnen som blir utsatta för våld. När sjukskötaren visar omsorg för barnet och bryr sig om barnet kan ytterligare ohälsa och fortsatt skada hos barnet förhindras.

Martinsen beskriver tre begrepp som används inom teorin: den relationella, den moraliska och den praktiska sidan av omsorg. Den relationella sidan handlar om att leva sig in i patientens situation. Att finnas till hands är viktigt för att patienten skall känna livsmod. Den relationella sidan handlar också om att skapa en relation till patienten. Den praktiska sidan handlar om att i det praktiska arbetet visa hänsyn och omsorg för patienten. Den moraliska sidan väger tyngst av de olika sidorna och syns i hur omvårdnaden utövas. Det är viktigare att ta hänsyn till patientens bästa än hur det passar sjukskötaren bäst som t.ex. att sjukskötaren undviker att utföra en handling då sjukskötaren tycker att det är obekvämt eller jobbigt. Med hjälp av de tre sidorna som tidigare beskrivits ges en helhetsbild av Martinsens omsorgsteori. De tre sidorna är tätt sammankopplade med en konkret omsorgssituation (Jahren Kristoffersen, 2006).

1.2 Problemformulering

Kari Martinsens omsorgsteori (2008) handlar om att människan vill hjälpa och ta hand om andra människor. För sjukskötaren kan detta innebära att ha kunskaper i hur barn som utsätts för våld kan identifieras för att vidare kunna stödja och vårda barnet samt kunna göra en barnskyddsanmälan. De vårdenheter som kan komma i kontakt med barn som utsätts för våld kan vara t.ex. hälsocentralen, akuten, skolhälsovården, barnrådgivningen, psykiatri, barnavdelningen och intensivvårdsavdelningen. Sjukvårdspersonalens kunskaper är bristfälliga om hur de ska identifiera barn som utsätts för våld. Trots att lagstiftningen säger att sjukskötaren har anmälningsplikt vid minsta misstanke om att barnet utsätts för våld görs anmälan endast i ca. hälften av fallen (Landberg, 2012). Konsekvenserna för barnet om våldet inte identifieras är att våldet fortsätter och att barnet utsätts för ett fortsatt lidande. Detta leder på längre sikt också till ökade sjukvårdskostnader.

1.3 Syfte

Syftet med arbetet var att beskriva vad som ingår i sjukskötarens identifiering av barn som utsätts för våld.

2. METOD

Metoden för arbetet var en systematisk litteraturöversikt. Det innebär att vetenskapliga artiklar söktes utifrån problemformuleringen och syftet. Genom noggrant formulerade inklusions- och exklusionskriterier avgränsades sökningen av de vetenskapliga artiklarna. För att en systematisk litteraturöversikt skall kunna genomföras är det viktigt med ett tillräckligt stort underlag av publicerade studier. Att artiklarna håller en god och hög kvalitet är viktigt för att resultatet skall vara pålitligt. Litteraturen som presenteras i resultatet redovisas i tabeller för att ge en god översikt av vad som använts i arbetet (Rosén, 2012). I arbetet användes ”sjukskötare” konsekvent trots att ordet ”hälsovårdare” användes i vissa artiklar. I detta arbete användes den systematiska litteraturöversikten för att beskriva vad som ingår när sjukskötaren identifierar barn som utsätts för våld.

2.1 Datainsamling

Litteraturöversikten inleddes med att skapa ett helikopterperspektiv som beskrivs av Friberg (2015) som det första steget. I detta skede hittades både kvantitativa och kvalitativa studier genom databassökningen. Artiklarna innehöll både sjukskötarens perspektiv och andra professioners perspektiv på barn som utsätts för våld. I sökningarna hittades både studier om familjevåld (domestic violence), missbruk och skolvåld. Flera av träffarna vid sökningarna var så kallade utbildningsartiklar vars syfte var att ge mer kunskap om tecken och symtom på våld samt hur vårdpersonal kunde gå tillväga vid identifieringen.

Efter att ha skapat ett helikopterperspektiv på problemområdet grovsållades artiklar utifrån abstrakten som Rosén (2012) beskriver. Efter grovsållningen hade 26 artiklar påträffats vid 43 sökningar i Cinahl och 22 sökningar i PubMed. Sökorden som användes var *children, abuse, maltreatment, child maltreatment, child abuse, child violence, identification, strategy, questionnaire, screening, nurse och nursing, guidelines, instruments, knowledge, nurs*, child*, assessment, address, prevention, SPUTOVAMO, preschool, Sweden, Finland, experience och intuition*. Alla artiklar var sökta med kriteriet peer reviewed i Cinahl. De 26 artiklar som ansågs relevanta utifrån abstraktet lästes igenom i sin helhet och relevansbedömdes. En artikel utöver databassökningen tillkom och mailades av studiens författare som inte har påträffats vid sökningarna. En artikel påträffades genom ”similiar articles” i PubMed (Bilaga 1). Av dessa artiklar ansågs 16 relevanta och kvalitetsgranskades.

2.2 Urval

I detta arbete var inklusionskriterierna att studierna var utifrån ett sjuksköterskaperspektiv eller att studierna innehöll ett screeningformulär/redskap som sjukskötare kunde använda.

Engelsk- eller svenskspråkiga artiklar inkluderades. Studierna var skrivna de senaste fem åren med undantag för en artikel gjord i Finland som var publicerad 2003. Ingen geografisk avgränsning gjordes eftersom problemet förekommer i de flesta länder i världen. Ingen specifik åldersgrupp på de barn som sjukskötarna vårdade exkluderades. Artiklar som beskrev barnens perspektiv eller andra professioners perspektiv exkluderades. De artiklar som berörde skolvåld, familjevåld eller missbruk exkluderades också. Målsättningen var att inkludera så många artiklar som möjligt från Finland och Sverige för att få en beskrivning över hur det ser ut i Ålands närområde. Två artiklar var från Finland och tre artiklar var från Sverige.

Artiklarna valdes ut genom att urvalskriterierna uppfylldes och genom en grovsällning av abstrakt där artiklarna relevansbedömdes. De artiklar som ansågs relevanta för syftet kvalitetsgranskades med en granskningsmall som beskrivs av Olsson och Sörensen (2011) för både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Artiklarna kvalitetsgranskades för att höja arbetets trovärdighet (Henricson, 2012). Åtta av artiklarna hade medelhög kvalitet och åtta artiklar hade hög kvalitet. För att hålla en hög kvalitet skulle artiklarna hålla en kvalitet på över 80 % och för att hålla en medelhög kvalitet skulle artiklarna ha en kvalitet på över 70 % i enligt resultatet i granskningsmallen (Olsson & Sörensen, 2011). Av de kvalitetsgranskade artiklarna valdes 11 ut för att användas i arbetet. De artiklar som föll bort svarade inte på syftet vid närmare granskning. Av de inkluderade artiklarna hade sju hög kvalitet och fyra medelhög kvalitet.

2.3 Analys

Analysen av artiklarna utfördes i enlighet med Fribergs modell (2015). Friberg (2015) beskriver hur analysen kan gå till genom att författarna noggrant läser igenom alla artiklar och sammanfördes nyckelmeningar som sedan presenterades i resultatet. De nyckelmeningar som analyserades fram från artiklarnas resultat presenterades på ett skilt papper där sedan studiernas nyckelmeningar jämfördes. Likheter och skillnader granskades och utifrån dessa sorterades fram kategorier och underkategorier. Kategorierna bildade sedan tillsammans ett

övergripande tema för resultatet som uppfyller syftet för studien (Friberg, 2015). En översikt av analysen presenteras i figur 1 samt bilaga 3.

2.4 Forskningsetiska aspekter

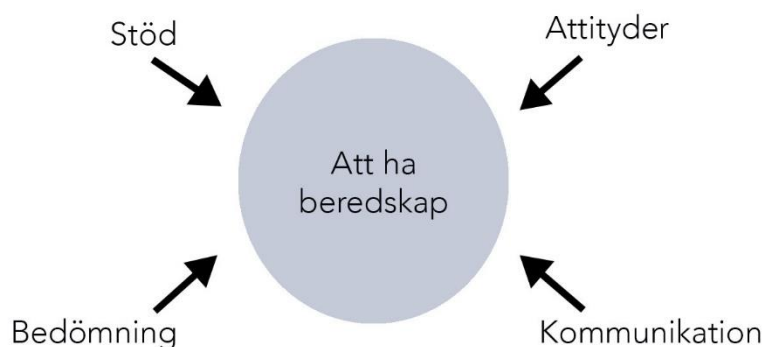
Olsson & Sörensen (2011) beskriver att ny forskning skall resultera i ny kunskap inom ett forskningsområde. Att kunskapen som tillförs är väsentlig för området är därför viktig och detta kallas för kunskapskravet. Det är också viktigt att individens bästa går före samhällets och vetenskapens behov. Det finns fyra etiska principer som forskningen skall ta hänsyn till. *Autonomiprincipen*, som betyder att forskaren tar hänsyn till alla individers självbestämmanderätt och att möjligheten till detta kan vara begränsad av till exempel fysiska hinder eller funktionshinder. *Godhetsprincipen*, betyder att forskningen som genomförs strävar efter att så bra som möjligt generera ny kunskap. Kunskapen som förvärvas ska leda till förbättrad prevention, omvårdnad eller behandling. *Icke-skadapprincipen* åter kan tolkas på olika sätt beroende på vilken grupp människor som studeras. Principen handlar om att visa respekt för gruppen som studeras och att deras värderingar och integritet inte skadas. Den fjärde och sista principen är *Rättvisepprincipen* som inom forskningen handlar om att urvalet görs efter vetenskapliga normer (Olsson & Sörensen, 2011).

Det forskningsetiska kravet som finns handlar till stor del om forskarens eget etiska ansvar. Alla medicinska och vårdvetenskapliga tidskrifter har ett krav på att de studier som publiceras skall vara etiskt granskade. I detta arbete är alla studier hämtade från vetenskapliga tidskrifter och alla studier har haft ett godkännande från en etisk kommitté. De studier där informanterna var vårdpersonal fanns det ett godkännande från en ”review board” att delta i studien (Olsson & Sörensen, 2011).

Arbetet genomsyrades av att godhetsprincipen där författarna strävade efter att tillföra ny kunskap. Resultatet beskrev vad som ingår när sjukskötaren identifierar barn som utsätts för våld och utmärker de svårigheter som sjukskötaren stöter på i arbetet. Resultatet av arbetet kan resultera i att barnets välbefinnande blir bättre och att sjukskötarens kunskapsområde utvidgas.

3. RESULTAT

De utvalda artiklarna analyserades och resulterade i ett tema, fyra kategorier och nio underkategorier. Temat var *sjuuskötarens beredskap*. Kategorierna var *attityder* med underkategorierna *en svår arbetsuppgift* och *ett svårt beslut*. *Kommunikation* med underkategorierna *att kommunicera med barnet*, *att kommunicera med familjen* och *att kommunicera med sociala myndigheter*. *Bedömning* med underkategorierna *observation som en del av identifieringen* och *att använda formulär som en del i identifieringen*. Den sista kategorin var *stöd* med underkategorierna *stöd till barnet och familjen* samt *stöd från kollegor och andra professioner*. Se även figur 1 och bilaga 3.



Figur 1. Arbetets sammanställda kategorier och tema.

3.1 Attityder

Sjuuskötarnas attityder steg tydligt fram i artiklarnas resultat. Attityderna som sjuuskötarna bar på kunde försvåra deras möjligheter att identifiera barnen som utsatts för våld. Deras attityder kunde också påverka om sjuuskötaren gjorde en anmälan eller inte.

3.1.1 En svår arbetsuppgift

I en studie av Engh Kraft, Rahm & Eriksson (2016) framkom det att sjuuskötarna var oroliga för att inte tro på barnet, om barnet kom för att berätta att barnet blivit utsatt för sexuellt våld. Sjuuskötarna ville helst inte prata eller tänka tanken på sexuellt våld då det kunde frammana starka känslor. Sjuuskötarna var också oroliga för de reaktioner som barnet eller föräldrarna kunde uppvisa om de tog upp sexuellt våld i samtalet. Sjuuskötarna tyckte att de inkräktade i en privat sfär hos familjen och att det var ett tabubelagt ämne. Som en sjuuskötare uttryckte

sig i intervjun: *"Thinking of someone in these terms is very harsh"* när de talade om att tänka på en familjemedlem som förövare. Sjukskötarna såg sig som anklagare. I samma studie av Engh Kraft et. al. (2016) framkom det att sjukskötarna sällan tänker på sexuellt våld när barnen besöker dem med tecken som skulle kunna tyda på sexuellt våld. De övervägde sällan att det kunde handla om sexuellt våld. I intervjuerna var sjukskötarna sedan självkritiska och insåg att de kanske inte hade uppmärksammat barnen som hade blivit utsatta för sexuellt våld. Sjukskötarna kände i efterhand att de hade kunnat ställa fler frågor till barnen. De kände till flera fall som hade kunnat vara sexuellt våld men istället hade diagnostiserats som ätstörningar eller självmordstendenser. Detta ledde till försenad upptäckt av sexuellt våld. Starka negativa känslor som sjukskötarna upplevde kunde vara ilska, frustration, fundersamhet, ledsamhet och skuld (Söderman & Jackson, 2011; Engh Kraft & Eriksson, 2015). I vissa situationer upplevde sjukskötaren också hotfullhet från barnets familj (Söderman & Jackson, 2011). Sjukskötarna kände besvikelse när andra kollegor inte anmälde sina misstankar till de sociala myndigheterna (Francis, Chapman, Sellick, James, Miles, Jones & Grant, 2012).

Sjukskötarna i studien av Söderman & Jackson (2011) uttryckte ett starkt motiv i deras arbete där de var barnets ombud och skulle tillgodose barnets behov i första hand. Sjukskötarna kände att de behövde mod för att kunna upptäcka barnen som hade blivit utsatta för sexuellt våld. En sjukskötare uttryckte under intervjun *"You find what you want to see, you don't look for what this might stand for, do you? Many times, seeing this is tough, although you don't realize you are resisting"* (Engh Kraft, Rahm, & Eriksson, 2016).

Bradbury-Jones, Innes, Evans, Ballantyne & Taylor (2013) undersökte hur sjukskötarna bedömde barnets munhälsa i relation till försummelse och som en del i hur de kunde identifiera eventuell försummelse. Sjukskötarna i studien ansåg att bedömningen av barnens munhälsa inte ingick i deras arbetsuppgifter. De undersökte och bedömde barnets munhälsa endast sporadiskt om barnet log eller pratade. De använde föräldrarnas munhälsa som en indikator på hur barnets munhälsa var.

3.1.2 Ett svårt beslut

Sjukskötarna väntade oftast med att anmäla misstankarna eftersom de ville samla mer bevis och se att det inte var en engångsföreteelse (Francis, o.a., 2012). En svårighet som tas upp av sjukskötarna var att de kände rädsla att förlora kontakten med familjen om de anmälde sina

misstankar. Det framkom också att säkerheten kan ses som en svårighet till att anmäla sina misstankar. Detta kunde leda till att de svåraste fallen inte anmäldes eftersom sjukskötaren var rädd om sin egen säkerhet (Schols, de Ruiter, & Öry, 2013). I studien av Francis et. al (2012) framkom det att sjukskötarna tyckte det var svårt att vänta med anmälningen till de sociala myndigheterna då föräldrarna kunde flytta från samhället om de visste att de var iakttagna.

I studierna av Francis et. al. (2012) och Schols, de Ruiter och Öry (2013) framkom det att sjukskötarna ansåg att leva och arbeta i ett litet samhälle försvårade deras arbete.

Sjukskötarna kände ofta sina patienter och det gjorde valet att anmäla blev mycket svårare. I ett litet samhälle spreds nyheterna snabbt och flera i samhället visste vad som pågick.

Sjukskötarna kände att det blev ett etiskt dilemma över hur de skulle agera (Schols, de Ruiter, & Öry, 2013).

3.2 Kommunikation

Kommunikationen var en viktig del i vad som ingår vid sjukskötarens identifiering av barn som utsattes för våld. Att kunna samtala med både barnet och familjen hörde till de delar som sjukskötaren tyckte att det kunde vara svårt. När det gällde kommunikationen med de sociala myndigheterna uttryckte sjukskötarna ofta en stark misstro och menade att samarbetet inte fungerade.

3.2.1 Kommunikation med barnet

I studien av Engh Kraft et. al. (2016) berättade sjukskötarna att de kunde förlora kontakten med barnet om de tog upp frågor om sexuellt våld. Sjukskötarna berättade att barnen ofta använde sig av både verbala och icke-verbala berättelser när de kom till sjukskötaren. Barnen hade svårt att sätta ord på de handlingar som de hade upplevt. Sjukskötarna upplevde svårigheter i att veta om de skulle tro på barnets berättelse när de ofta använde stora utsvävningar i sina berättelser. Sjukskötarna berättade också att barnen sällan kom till dem för att berätta att de hade blivit utsatta för sexuellt våld. Ett sätt att få barnen att berätta om sina upplevelser var att få dem att rita eller skriva. Genom detta kunde barnet och sjukskötaren sedan diskutera bilden eller texten. De modeller som användes av sjukskötaren användes också som diskussionsunderlag. Sjukskötarna uttryckte att de tyckte att det var svårt att ställa direkta frågor om våldet trots att de visste att barnen ville ha det. Detta bekräftades också i studien av Engh Kraft & Eriksson (2015). Av erfarenhet sa sjukskötarna

att det var ett dilemma att ställa direkta frågor till barnen. De direkta frågorna hade tidigare resulterat i att föräldrarna bröt kontakten mellan barnet och sjukskötaren (Engh Kraft & Eriksson, 2015). Sjukskötare uttryckte det som att det måste finnas tillräckligt med bevis eller kunskap för att kunna ställa en direkt fråga. Men däremot tyckte sjukskötarna också att fråga frågan kunde "så ett frö" hos barnet som i ett senare skede kunde berätta vad som hade hänt. Sjukskötarna uttryckte också vikten av att inte ge upp och att det var viktigt att inte sluta fråga (Engh Kraft, Rahm, & Eriksson, 2016). I studien av Paavilainen och Tarkka (2003) uttryckte sjukskötaren PHN 15: *"I've learned to make more direct questions. You cannot afford to jump to conclusions. I feel I've gained more courage with the years."* Ytterligare berättade sjukskötarna i Engh Kraft & Erikssons (2015) studie att skapa en relation till barnet ansågs viktigt. Under hälsosamtalen som sjukskötarna hade med barnen skapades en grund för ett framtida förtroende. Sjukskötarna ansåg att det var viktigt att ha kontakt med barnen och att erbjuda dem extra tid när sjukskötarna misstänkte att något inte stod rätt till. Sjukskötarna uttryckte vikten av att kunna vara tillgängliga när ett barn ville prata. Sjukskötarna ansåg att en lugn atmosfär och en förtroendeingivande relation var viktig för att kunna diskutera med barnet. En sjukskötare uttryckte *"...even if the answer is awful, you have shown you can take it"*. I detta sammanhang frågade sjukskötaren flera gånger vad som stod på. Att diskutera hemligheter var en strategi från sjukskötaren för att barnet skulle kunna öppna sig (Engh Kraft & Eriksson, 2015).

3.2.2 Kommunikation med familjen

I studien av Schols et. al. (2013) berättade en sjukskötare i intervjun: *"To be able to detect child abuse I must be able to have difficult conversation with parents"*. Detta beskrev vikten av att sjukskötaren kunde kommunicera med barnets föräldrar. Sjukskötarna uttryckte svårigheter i att berätta för föräldrarna att de kände att något inte stod rätt till med barnet och kände därför skuld samt hur de skulle handskas med föräldrar som inte ville samarbeta. Sjukskötarna kände också att de behövde mer träning i hur de skulle kunna handskas och kommunicera med föräldrarna som kunde bli aggressiva. Sjukskötarna ville gärna ha riktlinjer för hur de skulle samtala med föräldrarna kring området. Riktlinjerna skulle senare kunna användas som ett bevis och att deras misstankar skulle tas mer på allvar. Sjukskötarna såg säkerhetsrisker med att samtala med föräldrar om deras misstankar och det blev en barriär till att rapportera misstankarna vidare. I studien av Paavilainen & Tarkka (2003) använde de tillfrågade sjukskötarna sig av kommunikation och samtal med föräldrarna som en del i deras

identifiering av barn som utsatts för våld. Sjukskötarna ställde frågor till föräldrarna och bjöd in barnet för fler kontroller. För att kunna samla de bevis som behövdes var det viktigt att kommunicera med familjen. I studien av Bradbury-Jones et. al. (2013) berättade sjukskötarna att de litade på att föräldrarna berättade om tandläkarbesöken. Sjukskötarna kände att de inte skulle samarbeta med tandläkarna för att kunna fråga om familjen hade varit där och för att få svar om barnets munhälsa.

I studien av Paavilainen, Helminen, Flinck & Lehtomäki (2014) ansåg sjukskötarna att de var relativt bra på att ingripa vid misstänkta fall av barn som utsatts för våld. De berättade att de diskuterade vardagliga problem med familjen och att de gav råd åt familjen att söka hjälp om föräldrarna kände att de behövde det. Sjukskötarna berättade också att de inte särskilt ofta diskuterade relationsproblem med familjen.

3.2.3 Kommunikation med sociala myndigheter

Sjukskötarna uttryckte i studien av Engh Kraft & Eriksson (2015) att det var svårt att anmäla till de sociala myndigheterna. De uttryckte att svåra och tunga känslor uppkom när de sociala myndigheterna inte gick vidare med anmälningen. Sjukskötarna tyckte att koordinationen mellan myndigheten och dem var dålig. De uttryckte stress över att koordinationen krävde omedelbar förbättring. Sjukskötarna uttryckte också svårigheter att ha möten tillsammans vilket sjukskötarna ansåg det berodde på de sociala myndigheternas ovilja att samarbeta. När sjukskötarna inte fick feedback på deras anmälningar hände det att flera anmälningar gjordes och det resulterade ofta i ett försämrat samarbete. Sjukskötarna ville gärna lova barnen att anmälningarna skulle göra det bättre för barnen men på grund av det svåra samarbetet ville de inte lova för mycket. Sjukskötarna uttryckte också att tiden efter anmälningen var som ett vakuum och att relationen med barnet påverkades negativt av detta (Engh Kraft & Eriksson, 2015). I studien av Schols et. al. (2013) framkom det att sjukskötarna hade både ett negativ intryck och ett positivt intryck av samarbetet med de sociala myndigheterna. De negativa intrycken handlade mycket om byråkratin som ofta gjorde att snabba råd och svar inte gick att få. De positiva intrycken handlade ofta om att de sociala myndigheterna återkom och frågade upp om fallet och hur det gick.

3.3 Bedömning

I studierna steg två olika delar i sjukskötarens bedömning av barn som utsattes för våld fram. Delarna i bedömningen var att använda observation och formulär som hjälp i identifieringen.

3.3.1 Observation som en del av identifieringen

Identifieringen bestod av flera delar. Sjukskötarna identifierade barnen som utsattes för våld genom fysiska tecken som kunde vara bland annat blåmärken och tillväxtavvikelse samt beteendeförändringar hos barnet (Francis, o.a., 2012; Paavilainen, Helminen, Flinck, & Lehtomäki, 2014; Paavilainen & Tarkka, 2003; Schols, de Ruiter, & Öry, 2013). Ett annat alarmerande tecken som sjukskötarna uttryckte var att barnen kunde komma upprepade gånger till sjukskötaren med diffusa problem som huvudvärk och magont (Engh Kraft & Eriksson, 2015; Francis, o.a., 2012). Det var tecknen på våld som ofta gjorde sjukskötarna misstänksamma om att barnet möjligen hade utsatts för våld (Schols, de Ruiter, & Öry, 2013). Det som vidare framkom i Paavilainen och Tarkkas (2003) studie var att sjukskötarna också blev misstänksamma om barnet hade smutsiga kläder eller smutsigt hår.

I studien av Söderman & Jackson (2011) berättade sjukskötarna att de blev mer uppmärksamma på tecken om de sociala myndigheterna frågade efter det. Ett tecken på att våld kunde förekomma som också formulerades i intervjuerna var om barnen inte verkade trivas hemma eller upprepade uteblivna besök på barnrådgivningen (Paavilainen & Tarkka, 2003; Söderman & Jackson, 2011). Sjukskötarna såg det som sitt professionella ansvar att uppmärksamma tecken på våld. Vissa sjukskötare beskrev att det ibland kunde vara missvisande och fördröja upptäckten då barnen inte visade några tecken medan faktorer i omgivningen var alarmerande. Tecken som utgick från omgivningen kunde vara alkoholmissbruk (Schols, de Ruiter, & Öry, 2013). Föräldrar som försäkrade sjukskötaren överdrivet mycket om hur bra deras familj mår var ett tecken som sjukskötarna ansåg alarmerande (Paavilainen, Helminen, Flinck, & Lehtomäki, 2014; Paavilainen & Tarkka, 2003). Munhälsan ansåg sjukskötarna i studien av Bradbury-Jones et. al. (2013) att inte var något de la större vikt vid men att en dålig munhälsa tillsammans med sociala problem kunde indikera på att något inte stod rätt till. Barn som upprepade gånger hade dålig munhälsa och som inte fick vård för munhälsan eller om barnet hade svåra smärtor i munnen kunde vara ett tecken på försummelse. Majoriteten av de tillfrågade sjukskötarna ansåg dock att tandröta var ett tecken på större försummelse. Andra sjukskötare ansåg dock att endast tandröta inte var något de skulle anmäla.

Intuitionen var en viktig del som steg fram i både studien av Schols et. al. (2013) men också i studierna gjorda av Söderman & Jackson (2011), Engh Kraft & Eriksson (2015) samt av Paavilainen & Tarkka (2003). Deras intuition gjorde dem också mer uppmärksamma i mötet

med barnen (Söderman & Jackson, 2011). I studien av Paavilainen & Tarkka (2003) ansåg sjukskötarna att intuitionen var något som växte fram och var en del av arbetslivserfarenheten. En sjukskötare (PNH 10) uttryckte *"It's a feeling.. that something isn't right. It's an instinct and a feeling of something being terribly wrong. I guess it comes from tiny details when you link one thing to another"*. Intuitionen var det som alarmerade och gjorde sjukskötarna misstänksamma på att något inte stod rätt till hos barnet (Engh Kraft & Eriksson, 2015; Paavilainen & Tarkka, 2003; Söderman & Jackson, 2011). I studien av Paavilainen, Helminen, Flinck & Lehtomäki (2014) framkom det att sjukskötarna inom skolan var bättre på att identifiera barn som utsatts för våld än de andra sjukskötarna i studien. Det framkom också att de sjukskötare som var mer erfarna kunde identifiera barn som utsatts för våld bättre än de som hade mindre erfarenhet.

3.3.2 Att använda formulär som en del i identifieringen

Flera redskap användes av sjukskötarna för att identifiera barn som utsattes för våld. I några studier användes screening-formulär (Louwers, o.a., 2012; Sittig, o.a., 2016; Smeekens, o.a., 2011) I studien utförd av Engh Kraft & Eriksson (2015) berättade sjukskötarna att de använde sig av flera formulär som verktyg vid samtalen med barnen. De nämnde att dessa formulär var en viktig del vid identifieringen av barn som utsatts för våld. Sjukskötarna använde sig av bl.a. hälsodeklarationen, dokumentationen från tidigare besök och listan på barnets frånvaro i skolan. Sjukskötarna uttryckte en önskan om redskap som var bättre lämpade för att just upptäcka barn som utsatts för våld (Engh Kraft & Eriksson, 2015; Engh Kraft, Rahm, & Eriksson, 2016)

I studien av Smeekens et. al. (2011) skulle sjukskötaren genomgå ett elektroniskt läsprogram för att se om de kunde identifiera barn som utsatts för våld lättare. Efter att ha genomgått det elektroniska läsprogrammet kunde sjukskötarna med hjälp av SPUTOVAMO-formuläret lättare identifiera barn som utsatts för våld. SPUTOVAMO-formuläret presenteras i Bilaga 4.

I studien av Sittig et. al. (2016) undersökte författarna om screening med SPUTOVAMO-formuläret gav en noggrannare identifiering av barn som utsatts för våld. Screeningen utfördes av sjukskötarna på akutmottagningen som sedan visade resultatet till en läkare. De läkare som ansåg att resultatet var misstänksamt skickade screeningen vidare till ett "child abuse assessment team". Gruppen bestod av barnläkare och andra professioner med kompetens inom området. Journalanteckningarna gavs sedan till en expertpanel på barn som

utsatts för våld. Expertpanelen fick inte se resultatet av screeningen på förhand. Resultatet visade sedan att de barn som screenats positivt, där ”child abuse assessment team” bedömde att barnet kan ha blivit utsatt för våld och dessutom fått ett positivt utlåtande av expertpanelen hade barnet sannolikt blivit utsatt för våld. Flera av barnen som screenats positivt med SPUTOVAMO blev dock friade av expertpanelen. Detta visade då på att flera barn fick ett falskt positivt svar. I studien av Louwers et. al. (2012) användes ett annat screening-formulär, ”the escape form” för att upptäcka barn som utsatts för våld och hade sex stycken ja- och nej-frågor. Barnen som screenades var 0-18 år. Även detta screeningformulär användes på akutmottagningen. Efter att ha infört screeningformuläret på de involverade sjukhusen i Holland upptäcktes fem gånger fler fall än på de sjukhus där de inte införde screeningen.

3.4 Stöd

Att ge stöd till barnet och familjen ansågs som en viktig preventiv åtgärd och sjukskötarna använde sig av olika sätt för att kunna stödja barnet och familjen. Sjukskötarna uttryckte också i flera studier att stödet från kollegorna var viktiga för att klara av de svåra situationer som kunde uppstå. Stödet från kollegorna var också viktigt för att dubbelkolla om misstankarna som sjukskötaren hade bekräftades. I studierna framkom det också att stödet från andra professioner kunde vara viktigt (Engh Kraft & Eriksson, 2015; Francis, o.a., 2012; Schols, de Ruiter, & Öry, 2013; Söderman & Jackson, 2011).

3.4.1 Stödet till barnet och familjen

Sjukskötarna i studien av Engh Kraft & Eriksson (2015) berättade om stödet de gav till barnen. Stödet kunde exempelvis vara att hjälpa barnen med det dagliga livet, såsom med läxorna, se till att de fick frukost och att ge rådgivning till barnet. Sjukskötarna kunde också stödja barnen genom att hjälpa dem att hitta stödgrupper som passade deras situation t.ex. stödgrupper för barn med föräldrar som har ett missbruk. Det som sjukskötarna upplevde som mer problematiskt var att barnen ofta kom till dem för samtal. Sjukskötarna kände att de inte hade de redskap och kunskap som krävdes för att samtala om problemen som barnen hade.

I studien av Söderman & Jackson (2011) berättade sjukskötarna att de hjälpte familjen genom att ge stöd och hjälp åt familjen. Att ge stöd åt familjen i ett tidigt skede ansågs viktigt. En sjukskötare berättade om hur hon gjorde för att underlätta anknytningen mellan föräldrarna och barnet som ett sätt att skapa kontakt. En annan sjukskötare berättade om metoden ”Marte meo” där familjen filmades och det positiva som familjen gjorde förstärktes av sjukskötaren.

Denna metod ansågs av sjukskötaren kunna ge stöd till familjens bemötande av barnet. Ett annat stöd till familjen var föräldragrupper. Flera sjukskötare upplevde dock att de familjer som behövde mest stöd och hjälp uteblev från besöken. Det framkom också att vissa familjer kände sig kränkta och att de inte ville ha stöd och hjälp medan andra familjer tacksamt tog emot det stöd som erbjöds. Ett annat stöd som gavs till familjerna var att ge dem kontakt med öppna förskolor och andra dagverksamheter samt eventuella stödfamiljer.

3.4.2 Stödet från kollegor och andra professioner

I flera studier uttryckte sjukskötarna hur viktigt stödet från andra kollegor var för att arbetet skulle kännas lättare (Francis, o.a., 2012; Schols, de Ruiter, & Öry, 2013; Söderman & Jackson, 2011). Sjukskötarna uttryckte i studien av Francis et. al. (2012) att de kände att de hade gjort rätt när de konsulterat sina kollegor angående om sina misstankar. Vissa av respondenterna i studien fick de stöd som de kände att de behövde. Stödet var då personligt medan andra fick endast stöd via telefonsamtal. I studien av Söderman & Jackson (2011) uttryckte en sjukskötare (intervju 2): *"Sedan har man ju en kollega som man ventilerar mycket med, och bollar fram och tillbaka med, hur man ska göra innan man tar nästa steg..."* Sjukskötarna i studien berättade att kollegorna var ett viktigt stöd i deras arbete. En av sjukskötarna saknade dock handledning på arbetsplatsen. På en barnrådgivningsmottagning hade de en handlingsplan som gjorts upp om mötet med barn som utsätts för våld. I den fann sjukskötaren stöd i arbetet (ibid). I studien av Schols et. al. (2013) framkom två typer av stöd till sjukskötaren. Typerna av stöd var antingen interna eller externa. Att dubbelkolla med kollegor och känslomässigt stöd räknades som interna typer av stöd. Flera sjukskötare uttryckte en avsaknad av känslomässigt stöd från chefer och från organisationen och en sjukskötare fick söka hjälp utifrån när hon kände att omständigheterna blev för svåra. Kollegorna sågs som det viktigaste samtalsstödet av sjukskötarna. Sjukskötarna berättade också att stödet från organisationen angående deras säkerhet var bristande och att sjukskötarna själva fick kontakta polisen i de fall där aggressivt bemötande kunde förekomma.

I studien av Schols et. al. (2013) berättade sjukskötarna om stödet de fick från andra professioner. Stödet kunde komma från polis, dagispersonal, läkare, socialarbetare och psykiatripersonal. Stödet hjälpte dem att arbeta säkrare som en sjukskötare uttryckte det i intervjun *"You can check with the police easily. Sometimes you do not know if this father is really aggressive or not. I check this sometimes before I visit the family. Is this safe or not?"* I

Söderman & Jacksons (2011) studie ansåg sjukskötarna att barnpsykologen och läkarna kunde ge stöd åt dem. Sekretessen mellan förskolorna och sjukvården ansågs försämra möjligheterna till stöd och samarbete däremellan. Likadant uttryckte sjukskötarna om socialtjänsten. I studien av Paavilainen et. al. (2014) berättade 50 % av sjukskötarna att de fick tillräckligt stöd från kollegor och från arbetsgivaren.

4. DISKUSSION

Arbetets syfte var att beskriva vad som ingår vid sjukskötarens identifiering av barn som utsätts för våld. Det som steg fram som resultatets tema är *att ha beredskap* som kopplas till vikten av att sjukskötaren har en beredskap för att kunna identifiera barn som utsätts för våld. De kategorier som sedan fanns formade det som ingår i sjukskötarens beredskap och som då också ingår i identifieringen. Diskussionen är uppdelad i två delar, resultatdiskussion och metoddiskussion. Slutsatsen kommer sist i arbetet och knyter ihop arbetet.

4.1 Resultatdiskussion

De starka negativa känslorna hos sjukskötarna kring området gör det svårt att anmäla våldet. Sjukskötarna är rädda att förlora kontakten med barnet och familjen samt att inte bli trodda av de sociala myndigheterna (Engh Kraft & Eriksson, 2015; Piltz & Wachtel, 2009). I studierna av Piltz och Wachtel (2009) samt Paavilainen, Åstedt-Kurki, Paunonen-Ilmonen, Laippala (2002) framkom det att sjukskötarnas förmåga att identifiera våldsutsatthet var bristfällig. Med hjälp av stöd och kommunikation kan sjukskötaren identifiera barnet och sjukskötarens attityder är en del av det som försvårar identifieringen. Resultatet visar att sjukskötarna verkar veta hur de ska identifiera barnen men trots detta dröjer anmälan till de sociala myndigheterna. Detta framkommer också i Tingbergs (2010) avhandling där endast 51 % av de diagnosticerade fallen anmäls. Sjukskötarna vill vara helt säkra på att barnet var utsatt för våld innan de anmäler. Ändå krävs det endast en misstanke enligt lagstiftningen för att anmäla (ÅFS 2008:97; FFS 417/2007; SFS 2001:453).

Sjukskötaren visar omsorg till barnet när hen identifierar barnet som utsatts för våld. De tre sidorna av omsorg som Martinsen (2008) beskriver syns i resultatet av arbetet. När sjukskötaren finns till hands för barnet och stöder barnet visar sjukskötaren sin relationella sida. Sjukskötaren skapar en relation till och identifierar barnet. När sjukskötaren däremot ser till sin egen bekvämlighet först och inte anmäler våldet är sjukskötaren antingen rädd för sin egen säkerhet eller vill inte förlora kontakten med barnet och familjen, då sjukskötaren brister i sin omsorg. Den moraliska sidan att ta hänsyn till barnets bästa undergrävs. Den praktiska sidan visar både omsorg men också brister eftersom sjukskötaren i den konkreta situationen stöder barnet och hjälper det vidare på flera sätt. Den praktiska sidan brister dock när sjukskötaren inte anmäler våldet vidare.

4.1.1 Sjukskötarens attityder påverkar

Området verkar fortfarande vara tabubelagt och sjukskötaren verkar inte vilja inkräkta i familjens privata sfär. Att sjukskötarna har attityden att de inte vill se det sexuella våldet som barnet kan utsättas för är problematiskt och försenar upptäckten. Detta kan medföra allvarliga konsekvenser för barnet. Att ämnet är känsligt gör att alla människor blir berörda och som sjukskötare måste arbetet utföras trots att det är en svår arbetsuppgift. Konsekvenserna för barnet är så pass allvarliga att sjukskötaren borde kunna se våldet. I rapporten av Janson et. al. (2011) framkommer det att förutfattade meningar och starka försvarsmekanismer förekommer hos vårdpersonalen och det fördröjer diagnosen för barnet.

Det lilla samhället beskrivs i några artiklar (Francis et. al., 2012; Schols et. al., 2013). En svårighet i det lilla samhället är att de flesta känner varandra och att nyheter sprids snabbt. Åland är också ett avgränsat litet område där många är bekanta med varandra. Det kan vara svårare att anmäla våld om sjukskötaren känner familjen (Piltz & Wachtel, 2009). Som sjukskötarna beskriver i artiklarna blir det ett etiskt dilemma. Det etiska dilemma kan handla om att sjukskötarna inte vill förlora kontakten med familjen men samtidigt ska sjukskötaren följa lagen. Sjukskötarna var rädda att förlora kontakten med familjen och såg det som ett hinder i att anmäla. I studien av Piltz & Wachtel (2009) önskade sjukskötarna få mer kunskap i hur de skulle förhålla sig till familjen när de anmäler. Dessa två fenomen påminner om varandra och kanske också påvisar en kunskapslucka som behöver fyllas.

4.1.2 Kommunikationen är en viktig del i arbetet

Sjukskötarna är ofta tränade att föra svåra samtal tillsammans med familjen. Organisationen borde därför bistå med utbildning för sjukskötarna att kunna föra svåra samtal som t.ex. att kommunicera med aggressiva personer. Om sjukskötaren inte kan ha svåra samtal så kanske sjukskötaren inte ställer frågan om våld eftersom sjukskötaren inte vill veta svaret. Att sjukskötaren inte ställer frågan direkt utan bevis kan handla om att de inte har modet att göra det. Det som ur resultatet visar också var att sjukskötarna inom skolan visade en stor omsorg om barnen (Engh Kraft & Eriksson, 2015). De ville barnets bästa och främja barnets hälsa. De gav barnet uttalat stöd, vilket inte framkom i någon annan studie i resultatet.

Samarbetet mellan de sociala myndigheterna och sjukskötarna fungerade inte tillfredställande enligt sjukskötarna (Engh Kraft & Eriksson, 2015). Att samarbetet mellan vården och socialvården fungerar är A och O för att barnen inte ska falla mellan stolarna. De sociala

myndigheterna kan ha en annan uppfattning än vad sjukskötarna hade men om sjukskötarna upplever att det är svårt att samarbeta med den så förekommer det en svag länk. Sjukskötarna vill inte anmäla när samarbetet inte fungerar (Engh Kraft & Eriksson, 2015; Schols, de Ruiter, & Öry, 2013). Detta är oacceptabelt och sjukskötarna borde vara mer angelägna om att få samarbetet att fungera. Samarbetet med de sociala myndigheterna verkar vara en bidragande faktor till att sjukskötarna väntar med att anmäla (Piltz & Wachtel, 2009). Sjukskötarna är rädda för att bli misstrodda och kanske därför väntar med anmälan tills de har konkreta bevis. Sjukskötarna vill barnets bästa men använder fel strategi när de väntar med anmälan. De visar sin omsorg för barnet och familjen men kanske på fel sätt då anmälan fördröjs. Här verkar sjukskötaren vilja göra det som är lättast för hen.

4.1.3 Identifieringen sker medan anmälan dröjer

Sjukskötarna identifierade barnen som Hindberg (2006) beskrivit. Det som skiljde sig från litteraturen var att sjukskötarna också nämnde var att tandröta tillsammans med sociala problem kunde indikera på försummelse samt att beteendeförändringar hos barnet och barnets utseende kunde vara tecken på att våld förekom. Sjukskötarna var uppmärksamma på problemen och intuitionen var ett viktigt verktyg. Intuitionen är en erfarenhetsbaserad kunskap som är viktig för att kunna ta beslut inom vården. Att tidigt lära sig att använda intuitionen kan göra patientvården säkrare (Robert, Tilley, & Petersen, 2014). Utan intuitionen skulle sjukskötarna inte uppmärksamma våldet menade de. Intuitionen verkar vara något som växer fram genom arbetserfarenheten och att sjukskötaren blir mer trygg i sin roll. Intuitionen kan handla om ett tränat öga och att sjukskötaren vågar se att barnet utsätts för våld. Utan modet att se våldet kan inte sjukskötaren veta vad som pågår hos barnet (Engh Kraft & Eriksson, 2015; Paavilainen & Tarkka, 2003; Schols, de Ruiter, & Öry, 2013; Söderman & Jackson, 2011).

Sjukskötarna vet hur de ska identifiera våldet men har svårt att anmäla. I rapporten av Janson et. al. (2011) visar statistiken att få anmälningar görs i vården. Detta påminner om det resultat som Chen, Huang, Lu, & Feng (2015) fått fram visar där sjukskötarna överskattar sin förmåga att identifiera barnen. I resultatet av arbetet kan det dock vara flera svårigheter med att anmäla än att överskatta förmågan att identifiera.

”Child abuse assessment team” påminner om Karolinska institutets Mio-grupp (Janson, Jernbro, & Långberg, 2011). Att ha en grupp bestående av flera professioner verksamma

inom vården för att uppmärksamma våldet verkar vara ett bra komplement. Gruppen kan sköta utbildning av vårdpersonal och dessutom vara de som konsulterar sjukskötare som är osäkra. För barnet kan detta leda till ökade chanser att upptäckas och att konsekvenserna av våldet för både barnet och sjukvården minskar. Att ha en arbetsgrupp med denna spetskompetens är en tillgång för både barnet och samhället. Screeningen som användes på akutmottagningarna visar att barnen som screenas identifieras oftast. Screening på barnrådgivningar och skolhälsovård kanske borde prövas. Genom litteratursökningen framkom att ingen annan enhet än akuten använder screening. Screeningen skulle kunna genomföras på andra enheter där barn ofta vistas.

4.1.4 Stödet är viktigt

Det som framkom i resultatet var också att sjukskötarna ville ha stöd från sina kollegor för att kunna göra en anmälan. Att diskutera sina misstankar steg fram som en viktig del i identifieringen och den fortsatta processen. Detta skulle kunna ses både som en styrka men också som en svaghet. Svagheten skulle då kunna vara att sjukskötarna inte litar på sina instinkter och behöver få dem bekräftade och att sjukskötarna inte anmäler sina misstankar direkt. Styrkan i detta kunde vara att sjukskötarna får ett annat perspektiv eller får sina misstankar bekräftade. Med barnets bästa i åtanke är det bättre att anmäla än att låta bli. Intuitionen indikerar ändå att något inte är rätt, även om det inte skulle handla om att barnet blivit utsatt för våld.

4.1.5 Arbetets kliniska betydelse

Arbetets betydelse för omvårdanden är att arbetet gett en beskrivning på vad som ingår när sjukskötaren identifierar barn som utsätts för våld. För att förbättra identifieringen behövs mer kunskap. Arbetsgivaren bör tillhandahålla mer utbildningsmöjligheter inom området. Om barn som utsätts för våld snabbare kan identifieras kan också sjukvårdskostnaderna minska.

4.2 Metoddiskussion

Syftet med arbetet besvaras i resultatet genom att det i resultatet framkommer vad som ingår när sjukskötaren identifierar barn som utsätts för våld vilket ger arbetet en hög giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Metoddiskussionen är uppbyggd efter begreppen *trovärdighet, pålitlighet, tillförlitlighet och överförbarhet*.

I arbetet användes 10 artiklar som var skrivna på engelska och en artikel på svenska. Resultatet i arbetet kan ha påverkats av att författarna inte har en fullkomlig engelsk

vokabulär inom området. Resultatet i artiklarna kan ha misstolkats på grund av språket. Flera artiklar verkade relevanta vid grovsällningen utifrån abstraktet men vid en mer kritisk granskning svarade artikeln inte på arbetets syfte och ströks. Artiklarna som granskades finns angivna i bilaga 1. Artiklarna som sedan inkluderades i arbetet presenteras i bilaga 2.

4.2.1 Trovärdighet och pålitlighet

Genom att flera databaser användes ökar också arbetets trovärdighet. Sökorden som användes var relevanta för arbetets syfte och problemformulering. Sökorden kombinerades i olika former för att ge fler träffar. Vissa sökningar i båda databaserna gav dubletter av artiklarna. Ett sökord som inte användes var neglect vilket kan ha påverkat arbetets resultat. Att fler databaser inte användes berodde på att tillräckligt med material kunde inhämtas för att ett resultat skulle kunna formas. Genom att datainsamlingen startades med ett helikopterperspektiv och att arbetets urvalskriterier redovisats tydligt i metodavsnittet kan arbetets bekräftelsebarhet stärkas (Henricson, 2012).

Arbetet kan också ha påverkats av att det var första gången författarna kvalitetsgranskade artiklar. Kvalitetsgranskningen utfördes tillsammans och granskningsmallen som valdes var omfattande men enkel att förstå för att undvika eventuella misstolkningar. En första granskning gjordes var för sig för att se om författarna uppfattade kvaliteten lika genom att jämföra anteckningarna. Vid jämförelsen visade det sig att författarna uppfattat kvaliteten lika. Sedan genomfördes kvalitetsgranskningen med granskningsmallen vilket ökar trovärdigheten på arbetet (Henricson, 2012). Kvaliteten på artiklarna visade sig hög eller medelhög enligt den granskningsmall som användes av Olsson & Sörensen (2013). En artikel från 2003 användes i arbetet då författarna ansåg att artikelns syfte och resultat var relevant för arbetets syfte. Att studien var från Finland inverkade också på att artikeln användes i arbetet. Genom att kvalitetsgranskningen utfördes av båda författarna i två omgångar stärktes arbetets trovärdighet. Artiklarnas kvalitet finns beskrivet i arbetet och stärker då också arbetet (Henricson, 2012). Citat från artiklarna användes i resultatet för att stärka arbetets trovärdighet och pålitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Citaten översattes inte eftersom författarna inte ville tappa citatets specifika innehåll. Både tabeller och figurer är skrivna enligt skrivprocessens anvisningar vilket styrker arbetets pålitlighet (Henricson, 2012).

I arbetet användes flertalet kvalitativa artiklar som beskrev hur sjukskötarna identifierade och upplevde mötet med barn som utsatts för våld (Bradbury-Jones, Innes, Evans, Ballantyne, & Taylor, 2013; Engh Kraft & Eriksson, 2015; Engh Kraft, Rahm, & Eriksson, 2016; Francis, o.a., 2012; Paavilainen & Tarkka, 2003; Schols, de Ruiter, & Öry, 2013; Söderman & Jackson, 2011) vilket stärker arbetets trovärdighet (Henricson, 2012). Som komplement till de kvalitativa artiklarna användes också kvantitativa artiklar (Louwers, o.a., 2012; Paavilainen, Helminen, Flinck, & Lehtomäki, 2014; Sittig, o.a., 2016; Smeeckens, o.a., 2011). En kvantitativ artikel beskrev sjuksköterskors perspektivet hur de själva upplevde sin förmåga att identifiera barn som utsatts för våld (Paavilainen, Helminen, Flinck, & Lehtomäki, 2014). De andra kvantitativa artiklarna beskrev redskap som sjuksköterskan kunde använda i sitt arbete på akutmottagningen.

Författarnas förförståelse för den problematik som tas upp i arbetet var att kunskapen är liten bland sjukskötare om hur de identifierar de barn som utsatts för våld. En annan aspekt av författarnas förförståelse var att sjuksköterskan önskar mer utbildning inom området samt om hur de skall gå tillväga när hen misstänker att ett barn utsatts för våld. Författarna har lagt undan sin förförståelse under processen vilket ökar arbetets trovärdighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Förförståelsen som författarna hade från början av arbetet kunde senare förkastats. Resultatet som steg fram i arbetet motbevisade förförståelsen. Vid datainsamlingen användes sökord som passade med syftet och därmed påverkade inte förförståelsen datainsamlingen. Vid analysen extraherades de delar av artiklarnas resultat som svarade på arbetets syfte.

4.2.2 Tillförlitlighet

Analysen utfördes både var för sig och tillsammans vilket ökade arbetets tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Författarna läste resultatet i alla artiklar var för sig och antecknade de delar av resultatet som steg fram som väsentligast. Sedan jämfördes anteckningarna och skillnader och likheter mellan artiklarna upptäcktes. Efter den gemensamma genomgången diskuterades underkategorier, kategorier och tema fram.

4.2.3 Överförbarhet

Eftersom de kvalitativa artiklarna som ingår i resultatet fokuserade på sjukskötare som arbetar specifikt med barn kan resultatet av arbetet inte överföras på andra sjukskötare inom vården. Sjukskötare som arbetar dagligen med barn har en annan utbildning än de som

arbetar på akutmottagningar och hälsocentraler eller andra enheter och kan kanske lättare upptäcka att något är fel.

4.2.4 Vidare forskning

Utifrån resultatet av arbetet steg några delar fram där det finns kunskapsluckor. De kunskapsluckor som skulle kunna studeras är om screening skulle kunna tillämpas på andra enheter än akuten, varför sjukskötare inte anmäler våldet trots att lagen kräver det samt om sjuksköternas förmåga att anmäla skulle förbättras om de fick mer utbildning och stöd från sin arbetsgivare.

4.3 Slutsats

Det som ingår vid identifieringen av barn som utsätts för våld är vilka attityder sjukskötaren har, hur sjukskötare ska kommunicera med berörda parter, vilket stöd sjukskötaren har och kan ge samt hur bedömningen görs med hjälp av observationer och formulär. Allt detta knyts ihop till att sjukskötaren har beredskap. Det är viktigt att arbetsgivaren kan ge den utbildning som behövs för att sjukskötare ska ha den kunskap som behövs för en bättre beredskap. Har sjukskötare beredskap i hur de ska identifiera barn som utsätts för våld kan de också ge ett bättre omhändertagande av barnet. Har sjukskötaren en bristfällig beredskap kan omhändertagandet bli sämre. Sjukskötare har kunskaper i hur de ska identifiera barn som utsätts för våld men det brister i rutinerna att anmäla i flera fall. Det som spelar in på om de anmäler är deras attityder till familjen och deras egna känslor kring området. Att bo och arbeta i ett litet samhälle komplicerar sjukskötarens inställning till att anmäla våldet. Sjukskötaren kan ha en relation till familjen eller någon i familjens närhet. Intuitionen och kommunikationen är viktiga verktyg för sjuksköterna i identifieringen och utvecklas tillsammans med arbetserfarenheten. Mer forskning behövs om varför få sjukskötare är beredda på att anmäla våld mot barn trots att det är ett lagbrott samt om screening som redskap skulle kunna användas på andra enheter än på akuten.

LITTERATURFÖRTECKNING

- Barnombudsmannen. (2011). *Slå inte barnet*. Hämtat från Lapsiasia: http://lapsiasia.fi/wp-content/uploads/2015/04/sla_inte_barnet.pdf
- Blair, M., Stewart-Brown, S., Hjern, A., & Bremberg, S. (2013). *Barnhälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bradbury-Jones, C., Innes, N., Evans, D., Ballantyne, F., & Taylor, J. (2013). Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurse's assessments of oral health in preschool children. *BMC public health*, 13, ss. 1-12. Hämtat från <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/370>
- Brottsförebyggande rådet. (den 11 04 2016). *Brott och statistik*. Hämtat från BRÅ: <https://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/barnmisshandel.html> den 15 04 2016
- BRÅ. (2011). *Den polisanmälda barnmisshandeln – Utvecklingen fram till 2009*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Hämtat från https://www.bra.se/download/18.1c89fef7132dd6d7b4980005469/1371914736195/2011_16_polisanmald_barnmisshandel.pdf
- Chen, Y.-W., Huang, J.-J., Lu, T.-H., & Feng, J.-Y. (2015). Clinical competency in child maltreatment for community nurses in Taiwan. *International Journal of Nursing Practice*, 21, 21-26. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12395>
- Engh Kraft, L., & Eriksson, U.-B. (2015). The school nurses ability to detect and support abused children: a trust-creating process. *The Journal of School Nursing*, 31, ss. 353-362. doi:10.1177/1059840514550483
- Engh Kraft, L., Rahm, G., & Eriksson, U.-B. (2016). School nurses avoid addressing child sexual abuse. *The Journal of School Nursing*, ss. 1-10. doi:10.1177/1059840516633729
- Francis, K., Chapman, Y., Sellick, K., James, A., Miles, M., Jones, J., & Grant, J. (2012). The decisions-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Contemporary nurse*, 41, ss. 58-69.
- Friberg, F. (2015). Att göra en litteraturoversikt. i F. Friberg, *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 133-143). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hindberg, B. (2006). *Sårbara barn – att vara liten, misshandlad och försummad*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.
- Jahren Kristoffersen, N. (2006). Teoretiska perspektiv på omvårdnad. i N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grundläggande omvårdnad: del 4* (ss. 92-96). Stockholm: Liber AB.
- Janson, S., Jernbro, C., & Långberg, B. (2011). *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige - en nationell kartläggning 2011*. Stockholm: Stiftelsen allmänna barnhuset. Hämtat från http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2013/11/Kroppslig_bestrafning_webb.pdf
- Kloppen, K., Maehle, M., Kvello, Ö., & Haugland Kyrre Breivik, S. (2015). Prevalence of Intrafamilial child maltreatment in the nordic countires: a review. *Child abuse review*, 24, 51-66. doi:10.1002/car.2324

- Landberg, Å. (2012). *Våldsutsatta barn inom hälso- och sjukvården. Kritik och förslag från Rädda Barnen 2012*. Stockholm: Rädda Barnen. Hämtat från <https://www.raddabarnen.se/Documents/vad-vi-gor/sverige/vald-och-overgrepp/V%C3%A5ldsutsatta%20barn%20inom%20h%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rden%202012.pdf>
- Landskapslag (2008:97) om tillämpning i landskapet Åland av barnskyddslagen. Ålands författningssamling. Hämtat från http://www.old.regeringen.ax/composer/upload/modules/lagar/afs2008_nr97.pdf 8.3.2016
- Lindqvist, O. (den 14 04 2016). Mail kontakt angående brottsanmälningar på Åland.
- Louwers, E., Korfage, I., Affourtit, M., Scheewe, D., van de Merwe, M., Vooijs-Moulaert, A.-F., . . . de Koning, H. (2012). Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments. *Pediatrics*, 130, ss. 457-464. doi:<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-3527>
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. i M. Granskär, & B. Höglund Nielsen, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Martinsen, K. (2008). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- OHOCR. (den 20 11 1989). *Convention on the rights of the child*. Hämtat från UN human rights: Office of the high commissioner: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx> 03 2016
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Lund: Liber.
- Paavilainen, E., & Flinck, A. (den 13 11 2015). *Hotus: Clinical Guidelines*. Hämtat från Hotus: http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS_lasten_kaltointohtelu_ENGLANTI%20%282%29.pdf den 6 4 2016
- Paavilainen, E., Helminen, M., Flinck, A., & Lehtomäki, L. (2014). How Public Health Nurses Identify and Intervene in Child Maltreatment Based on the National Clinical Guideline. *Nursing Research and Practice*, 1-7. doi:<http://dx.doi.org/10.1155/2014/425460>
- Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P., Paunonen-Ilmonen, M., & Laippala, P. (2002). Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *Journal of advanced nursing*, 37(6), 551-557. doi:<http://dx.doi.org/10.1046/j.131365-2648.2002.02128.x>
- Paavilainen, E., & Tarkka, M.-T. (2003). Definition and identification of child abuse by Finnish public health nurses. *Public health nursing*, 20, ss. 49-55.
- 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.
- Pinheiro, P. (2006). *World report on violence against children*. Genève: UN publishing services. Hämtat från <http://www.unicef.org/violencestudy/3.%20World%20Report%20on%20Violence%20against%20Children.pdf>
- Robert, R., Tilley, D., & Petersen, S. (2014). A power in clinical nursing practice: concept analysis on nursing intuition. *MEDSURG Nursing*, 23(5), 343-349.

- Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 429-445). Lund: Studentlitteratur AB.
- Rädda Barnen & Regeringskansliet. (2009). *Aldrig våld – 30 år av svensk lagstiftning mot aga*. Stockholm: Rädda barnen & Regeringskansliet. Hämtat från <http://www.regeringen.se/contentassets/dae013d7402b4af28f0fb2518f45b68d/aldrig-vald---30-ar-av-svensk-lagstiftning-mot-aga>
- Rädda barnen. (u.d.). *Detta borde alla veta om barnmisshandel*. Hämtat från Rädda barnen: Barn som misshandlas: rapporter: <https://www.raddabarnen.se/Documents/vad-vi-gor/sverige/vald-och-overgrepp/detta-borde-alla-veta-om-barnmisshandel.pdf> den 13 05 2016
- Schols, M., de Ruiter, C., & Öry, F. (2013). How do public health care professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? a qualitative study. *BMC public health*, 13, ss. 1-16. doi:10.1186/1471-2458-13-807
- Sittig, J., Uiterwaal, C., Moons, K., Russel, I., Niewelstein, R., Nieuwenhuis, E., & van de Putte, E. (2016). Value of systematic detection of physical child abuse at emergency rooms: a cross-sectional diagnostic accuracy study. *BMJ Open*, 6, ss. 1-8. doi:(<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010788>)
- Smeeckens, A., Broekhuijsen-van Henten, D., Sittig, J., Russel, I., ten Cate, O., Turner, M., & van de Putte, E. (2011). Successful e-learning programme on the detection of child abuse in emergency departments: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child*, 96, ss. 330-334. doi:10.1136/adc.2010.190801
- Socialtjänstlagen (2001:453) samt (2012:776) Anmälan om och avhjälpande av missförhållanden m.m. Sveriges författningssamling. Hämtat från <https://lagen.nu/2001:453>. 8.3.2016
- SOU 2001:72 Bilaga 1: Definition av samhällelig omsorgsbrist och skadlig behandling av barn. Skrivet av fil. Dr. Lagerberg, Dagmar. Hämtat från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utreddningar/Statens-offentliga-utredningar/sou-2001-72-d3_GPB372d3/#attachments. 17.3.2016
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., Alink, L., & van IJzendoorn, M. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses. *Child abuse review*, 24, 37-50. doi:10.1002/car.2353
- Söderman, A., & Jackson, K. (2011). Barn som far illa i sin hemmiljö -BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen. *Nordic journal of nursing research & clinical studies*, 31(4), 38-42.
- Tingberg, B (2010). *CHILD ABUSE CLINICAL INVESTIGATION MANAGEMENT AND NURSING APPROACH*. Doctoral dissertation, Karolinska institutet, Department of women's and children's health.
- UNICEF. (2007). *Law reform and implementation of the conventions on the rights of the child*. Florens: UNICEF Innocenti Research Centre. Hämtat från http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/law_reform_crc_imp.pdf 03 2016

Utrikesministeriet. (den 27 03 2014). *Verksamheter och mål: Konventionen om barnets rättigheter*. Hämtat från Utrikesministeriet: <http://formin.finland.fi/public/default.aspx?contentid=89047> 03 2016

WHO. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention*. Geneve: World Health Organization. Hämtat från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65900/1/WHO_HSC_PVI_99.1.pdf 03 2016

Ålands hälso- och sjukvård. (09 2013). Anvisningar för barnskyddsanmälan. *Anvisningar för barnskyddsanmälan*. Mariehamn, Åland, Finland: Ålands hälso- och sjukvård. Hämtat 03 2016

BILAGOR

Bilaga 1

Tabell 1. Tabellöversikt av datainsamling

Datum	Sökord	Databas	Träffar	Använda
21.3.2016	Questionnaire AND violence AND nurse AND children	Cinahl	20	0
		PubMed	62	1
21.3.2016	Nurse AND screening AND Child abuse	Cinahl	29	1
		PubMed	76	1
21.3.2016	Questionnaire AND child maltreatment AND nursing	Cinahl	45	0
		PubMed	85	1
21.3.2016	Strategy AND child abuse AND nursing	Cinahl	21	1
		PubMed	9	0
21.3.2016	Nurse AND instruments AND child abuse	Cinahl	7	1
		PubMed	6	0
	Screening AND Child abuse AND nursing	Cinahl	40	0
		PubMed	101	0
21.3.2016	Nurse AND Assessment AND child abuse	Cinahl	203	3
		PubMed	62	0
	Nurs* AND Assessment AND child maltreatment	Cinahl	150	0
		PubMed	113	2
21.3	Guidelines AND nurse AND child maltreatment	Cinahl	7	0
		PubMed	13	0
	Nurs* AND assessment AND child* AND violence	Cinahl	143	0
		PubMed	121	2
	address* AND child* AND abuse AND nurs*	Cinahl	215	1
		PubMed	140	2
	address* AND child* AND maltreatment AND nurs*	Cinahl	32	0
		PubMed	20	1
	Prevention AND nurs* AND child abuse	Cinahl	210	1
		PubMed	200	0
	Sputovamo	Cinahl	0	0
		PubMed	2	2

22.3.2016	child abuse AND screening	Cinahl	183	1
22.3.2016	child abuse AND preschool AND nurs*	Cinahl	101	1
29.3.2016	child abuse AND nurs* AND intuition	Cinahl	3	1
	child abuse AND Sweden	Cinahl	43	2
	child abuse AND nurs* AND experience * (inget åldersspann)	Cinahl	301	1
29.3.2016	child abuse AND nurs* AND Finland	Cinahl	13	0
29.3.2016	Manuell sökning			2

Tabell 2. Tabellöversikt av inkluderade artiklar

	Artikel	Perspektiv/ Design	Syfte	Metod	Resultat	Diskussion Konklusion
Titel:	The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected.	Kvalitativ studie. En undersökande beskrivande studie som baserar sig på grounded theory.	Förstå och framhäva beslutsprocessen i att göra barnskyddsanmälan av fyra relevanta professioner (polis, sjukskötare, lärare och läkare)	Urval skedde genom annonsering i lokala tidningar. Efter detta skedde urvalet genom snöbollseffekten.	En beslutsfattnings modell presenterades av de fyra professionsgrupperna. Huvudkategorierna: bli misstänksam, ett vakande avvaktande och samla bevis, ta ett beslut och att processa utkomsten av beslutet. I resultatet framkommer hur sjukskötarna och de andra professionerna identifierar barn som utsätts för våld samt hur de går tillväga när de anmäler våldet vidare.	Att rapportera barn som utsätts för våld eller försummelse är en stressfull upplevelse för professionerna. Författarna ansåg att anmälningsplikten behöver vara en viktigt del av fortbildningen och att yrkesgrupperna regelbundet uppdateras.
Författare:	Francis K, Chapman Y, Sellick K, James A, Miles M, Jones J, Grant J	Individuella och grupp intervjuer		Intervjuerna skedde öga mot öga eller genom telefonintervjuer. Alla intervjuer skedde på en tidigare bestämd tid.		
Tidskrift:	Contemporary Nurse					
År:	2012			Analysen skedde genom ett tematiskt arbetssätt.		
Kvalitet:	Medelhög					
Titel:	Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments	Kvantitativ kohortstudie.	Undersöka om introducering screening och träning för akutsjukskötare höjer frekvensen av upptäckten av barn som utsätts för våld.	7 av 22 sjukhus medverkade i studien. Alla barn mellan 0-18 år som besökte akuten ingick i studien.	En signifikant förändring kunde ses efter träning och efter att de lagliga kraven av att screena barn som utsätts för våld av den holländska hälso- och sjukvårdsinspektionen kom 2009. Det var 5 gånger högre upptäckts då de screenade barnen än innan de screenade.	Att ha systematisk screening på akuten är effektivt i att öka frekvensen av identifierade barn som utsätts för våld. Framtida studier borde fokusera på validiteten hos screeninginstrumentet.
Författare:	Louwers E C F M et. al.			The "Escape form" användes som screeninginstrument. Sjukskötarna fick också extra träning innan studien påbörjades.		
Tidskrift:	Pediatrics					
År:	2012					
Kvalitet:	Hög					

Titel:	Successfull e-learning programme on the detection of child abuse in Emergency Departments: a randomised controlled trial.	Kvantitativ studie. Blind Randomiserad kontrollerad studie.	Utvärdera effektiviteten av ett elektroniskt utbildningsprogram, hur sjukskötare presterar i igenkänningen av barn som utsätts för våld i simulerade fall på akutmottagningen.	38 akutsjukskötare deltog i studien (25 analyserades) Studien skedde före och efter interventionen. E-lärprogrammet innehöll tre delar: att känna igen, agera och kommunicera.	Efter utbildningstillfället var sjukskötarna i interventionsgruppen signifikant bättre på att känna igen barn som utsätts för våld än kontrollgruppen och rapporterade högre självvärdering.	Att sjukskötarna efter interventionen identifierade barnen bättre och ställde bättre frågor sågs som positivt och att barn i framtiden kunde upptäckas tidigare.
Författare:	Smeekens A E F N, Broekhuijsen-van Henten D M, Sittig J S, Russel I M B, ten Cate O Th J, Turner N M, van de Putte E M					
Tidskrift:	Arch Dis Child					
År:	2011					
Kvalitet:	Medelhög					
Titel:	How public health nurses identify and intervene in child maltreatment based on the national clinical guideline	Kvantitativ enkätstudie. Cross-sectional.	Beskriva hur de finska hälsovårdarna identifierar och ingriper när barn utsätts för våld och hur de ska implementera National Clinical Guidelines i deras arbete.	Enkäter skickades ut till alla sjukskötare som arbetade med barn och som var registrerade i Den finska föreningen för hälsovårdare. (N=800) Enkäten baserade sig på the National Clinical Guideline	Hälsovårdarna tycker att de identifierar barn som utsätts för våld och implementerar riktlinjerna måttligt bra medan de tycker att de ingriper bra vid upptäckta fall. De mer erfarna hälsovårdarna identifierar barnen bättre och likaså med att ingripa och implementera riktlinjerna.	Den främsta preventionen mot barn som utsätts för våld är det viktigaste problemet utifrån barnperspektivet, familjens perspektiv och hela det finska samhällets perspektiv. Riktlinjer är viktiga för att hälsovårdarna effektivt upptäcka barn som utsätts för våld.
Författare:	Paavilainen E, Helminen M, Flinck A, Lehtomäki L					
Tidskrift:	Nursing research and practice					
År:	2014					
Kvalitet:	Medelhög					

Titel:	Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children	Kvalitativ studie med en undersökande design. Individuella intervjuer med semi-strukturerade frågor.	Undersöka hälsovårdarnas roll i att fastställa munhälsan hos förskolebarn i relation till försummelse av tandvården.	16 sjukskötare rekryterades genom strategiskt urval (purposive sampling). Analysen skedde med Ritchie and Spencers modell.	Hälsovårdarna undersökte munhälsa sporadiskt och genom opportunistisk observation och genom diskussion med föräldrarna. Försummelse av tandvården är inte en isolerad händelse som leder till anmälan utan andra faktorer spelar in. Endast vid smärtor eller obehandlad karies gjordes anmälan till barnskyddet.	När försummelse av munhälsan tas på allvar av sjukskötaren är det inte lätt att bedöma eller lätt att definiera. Sjukskötarna använde tre mekanismer för att bedöma munhälsan: olika mätmetoder, genom anpassade observationer och genom att diskutera med föräldrarna.
Författare:	Bradbury-Jones C, Innes N, Evans D, Ballantyne F, Taylor J					
Tidskrift:	BMC public health					
År:	2013					
Kvalitet:	Hög					
Titel:	How do public child health care professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study	Kvalitativ studie. Fokusgruppintervjuer	Undersöka holländska arbetsgrupper (grundskolelärare och hälsovårdare och läkare) som arbetar med barn som utsätts för våld hur de upptäcker och rapporterar beteenden hos barnen	16 grundskolelärare och 17 sjukskötare och läkare ingick i studien. Alla intervjuer spelades in, transkriberades och analyserades tematiskt.	Båda professionerna är medvetna om tecken och risker för barn som utsätts för våld. Professionerna saknar också specifik kunskap om ämnet. De största skillnaderna mellan professionerna är relaterat till attityder och kommunikation.	Att förstå processen att identifiera och anmäla barn som utsätts för våld är viktigt i den aspekt för att kunna utveckla en effektiv metod till att identifiera barn som utsätts för våld. Fortbildning för båda professionsgrupperna borde fokusera på kommunikation.
Författare:	Schols M WA, de Ruiter C, Öry F G					
Tidskrift:	BMC public health					
År:	2013					
Kvalitet:	Hög					

Titel:	Barn som far illa i sin hemmiljö –BVC sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen	Kvalitativ studie med beskrivande design. Fokusgruppintervjuer.	Undersöka sjukskötarens upplevelser av att möta och hjälpa barn som utsätts för våld i sin hemmiljö.	Strategiskt urval som bestod av 6 utvalda sjukskötare. Intervjuerna skedde under 20-30 minuter och analysen skedde genom en kvalitativ innehållsanalys.	Resultatet presenteras i form av tre kategorier: upplevelsen av att få insikt i att ett barn far illa, upplevelsen av en svår arbetsuppgift samt upplevelsen av stöd.	Sjukskötarna har många svåra uppgifter. Kollegorna är det viktigaste stödet för sjukskötaren i detta skede. Bättre samarbete med andra yrkesgrupper behövs..
Författare:	Söderman A, Jackson K					
Tidskrift:						
År:	Vård i Norden					
Kvalitet:	2011 Hög					
Titel:	Value of systematic detection of physical child abuse at emergency rooms: a cross-sectional diagnostic accuracy study	Kvantitativ studie. Multicenter studie med en 6 månaders uppföljning.	Utröna om en allmänt använd checklista noggrant upptäcker eller exkluderar barn som utsätts för fysiskt våld bland de barn som besöker akutmottagningen med fysiska skador.	4 akutmottagningar i Holland. Barn 0-7 som hade någon fysisk skada screenades.	99% av föräldrarna gick med på en uppföljning. Prevalensen var 0,07% för tillfogade skador av som bestämdes av en expert panel. Positiva förutspådda värden av checklistan var 0,03 och det negativa värdet var 1,0. Expert panelen var 100% överens om tillfogad skada hos barnen med positiva screeningar.	Ovanligt med skador hos förskole barn som kom till akuten. De barn som hade en sådan skada upptäcktes lätt med screening formuläret, dock med ett väldigt hög falsk positivt resultat. Den efterföljande bedömningen av experter kan vara ett säkert sätt att begränsa barnen med positiva screeningresultat och till att inte missa de barn som faktiskt blivit utsatta.
Författare:	Sittig J S, Uiterwaal C S P M, Moons K G M, Russel I M B, Nieuvelstein R A J, Nieuwenhuis E E S, van de Putte E M					
Tidskrift:	BMJ Open					
År:	2016					
Kvalitet:	Hög					

Titel:	Definition and identification of child abuse by finnish public health nurses	Kvalitativ studie. Fokusgruppintervjuer	Bestämma hur hälsovårdarna i Finland definierar barn som utsätts för våld och hur de bedömer deras förmåga att identifiera barn som utsätts för våld inom familjen	20 sjukskötare som jobbade och vårdade barn som utsatts för våld och deras familjer deltog i studien. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Intervjuerna varade mellan 30-60 minuter. Analysen skedda individuellt av båda författarna för att stärka validiteten.	Sjukskötarna identifierade barnen som utsattes för våld genom fysiska tecken hos barnet, genom beteendeförändringar eller genom faktorer som utgick från föräldrarna.	Sjukskötarna är oroliga för sina teoretiska aspekter rörande identifieringen av barn som utsätts för våld och att de behöver mer evidens för att deras kunskaper räcker.
Författare:	Paavilainen E, Tarkka M-T					
Tidskrift:	Public health nursing					
År:	2003					
Kvalitet:	Medelhög					
Titel:	School Nurses Avoid Addressing Child Sexual Abuse	Kvalitativ. Fokusgrupp intervjuer med sekundär analys.	Undersöka skolhälsovårdarnas förmåga att upptäcka sexuellt våld och ge stöd åt eleverna.	En sekundär analys av tidigare inhämtat material från studien av Engh Kraft & Eriksson (2015) Intervjuer med 23 sjukskötare	Resultatet visade att skolhälsovårdarna undvek att konfrontera sexuellt våld mot barn eftersom starka känslor, ambivalens och en komplicerad process vid avslöjandet påverkade.	Skolhälsovårdarna har en viktig roll i att upptäcka och stödja barn som utsätts för sexuellt våld. Det är viktigt att skapa en förtroendeingivande miljö genom att kunna ge stöd när barnet behöver.
Författare:	Engh Kraft L, Rahm G, Eriksson UB	Grounded theory				
Tidskrift:	Journal of school nursing					
År:	2016					
Kvalitet:	Hög					

Titel:	The School Nurse's Ability to Detect and Support Abused Children: A Trust-Creating Process	Kvalitativ studie. Fokusgruppintervjuer. Grounded theory.	Undersöka hur skolhälsovårdarna upptäcker barn som utsätts för våld och hur de initierar stödåtgärder.	23 sjukskötare deltog i studien. Analysen skedde i flera steg där författarna först analyserade själva och sedan diskuterade fynden tillsammans till konsensus hade nåtts.	Största bekymret för skolhälsovårdarna var att stödjade och hjälpa barnen som utsattes för våld som inleddes med en förtroendeingivande och förtroende stärkande process.	Både kunskap och erfarenheter är en viktig del i processen att skapa förtroende. Vid avsaknad av erfarenhet kunde det kompenseras med övervakning, konsultationer och nätverkande med andra kollegor. Hälsosamtalen var ett redskap i att identifiera om barnet utsattes för våld.
Författare:	Engh Kraft L, Eriksson UB					
Tidskrift:	Journal of school nursing					
År:	2015					
Kvalitet:	Hög					

Tabell 3. Tabellöversikt av analyserade artiklar

Artikel	Underkategori	Kategori	Tema
Engh Kraft, Rahm & Eriksson (2016)	En svår arbetsuppgift	Attityder	Att ha beredskap
Söderman & Jackson (2011)			
Engh Kraft & Eriksson (2015)			
Francis et. al. (2012)			
Schols et. al			
Bradbury-Jones (2013)			
Paavilainen et. al. (2014)			
	Ett svårt beslut		
Schols et. al (2013)			
Francis et. al (2012)			
Francis et. al (2012)	Observation som en del av identifieringen	Bedömning	
Bradbury-Jones (2013)			
Schols et. al. (2013)			
Söderman & Jackson (2011)			
Engh Kraft & Eriksson (2015)			
Paavilainen & Tarkka (2003)			
Engh Kraft & Eriksson (2015)			
Louwers et. al. (2012)	Formulär som en del i identifieringen		
Sitting, et.al. (2016)			
Smeeckens, et. al. (2011)			
Schols et. al (2013)	Med familjen	Kommunikation	
Paavilainen & Tarkka (2003)			
Bradbury-Jones (2013)			
Paavilainen 2014			
Engh Kraft & Eriksson (2015)	Med barnet		
Engh Kraft, Rahm & Eriksson (2016)	Med sociala myndigheter		
Schols et. al (2013)			
Engh Kraft & Eriksson (2015)			
Söderman & Jackson (2011)	Till barnet & Familjen		

Engh Kraft & Eriksson (2015)	Från kollegor och andra professioner	Stöd	
Francis et. al (2012)			
Söderman & Jackson (2011)			
Schols et. al (2013)			

Figur 2, SPUTOVAMO-formuläret

