

**ATT SE DET SOM INTE SYNS- AKUTPERSONALENS ERFARENHET
AV MISSTÄNKT BARNMISSHANDEL**

En litteraturöversikt

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning ambulanssjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2018-05-08
Kurs: Ht17

Författare:

Maria Blom & Bodil Persson

Handledare:

Jan Nilsson

Examinator:

Anders Rüter

SAMMANFATTNING

Barnmisshandel är ett världsomfattande problem i dagens samhällen och mörkertalet är stort eftersom alla fall inte anmäls. I flera länder råder anmälningsplikt vid misstanke att barn utsätts för misshandel och akutpersonal har en viktig roll i skyddandet av utsatta barn. Akutpersonal möter ofta barnen i hemmiljön och är därför den första instansen som kommer i kontakt med det utsatta barnet. Detta ställer höga krav på akutpersonalen, att de kan göra adekvata bedömningar och dokumentera sina misstankar eftersom deras bedömning kan komma att ligga till grund för en anmälan.

Syftet var att belysa akutpersonalens erfarenhet av situationer där barn misstänkts utsatta för barnmisshandel.

Metoden var en litteraturöversikt där vetenskapliga artiklar söktes fram genom databasen PubMed. Artiklarna kvalitetsgranskades och 15 stycken valdes ut för analys och samtliga av dessa låg till grund för resultatet, som redovisas i kategorier samt subkategorier.

Litteraturöversiktens resultat delades in i två kategorier, som består av tre respektive två subkategorier. Den första kategorin var akutpersonalens bristande kunskap avseende barnmisshandel. Subkategorierna som här framkom var identifiering av tecken som kan tyda på barnmisshandel, dokumentation och anmälan samt utbildning inom ämnet. Akutpersonal upplevde att det var svårt att identifiera tecknen, som kunde härledas till misshandel och det kunde bero på en osäkerhet kring vad som var naturliga skador eller vilka skador som åsamkats av annan person. Likaså upplevdes svårigheter kring vad som ska dokumenteras och hur en anmälan ska göras. Utebliven anmälan kunde också bero på osäkerheten i tillvägagångssätt. Akutpersonal önskade mer utbildning i ämnet och om hur barnmisshandel ska upptäckas och anmälas. Den andra kategorin som framkom var akutpersonalens emotionella upplevelser av barnmisshandel, under vilken subkategorierna rädslor och stress identifierades. Akutpersonal upplevde rädsla för att anmäla och det kunde härledas till deras rädsla att göra fel, för rättsliga påföljder eller rädsla för anhörigas reaktioner. Slutligen upplevde akutpersonalen stress i olika varianter relaterade till fall där barnmisshandel förekommit. Själva mötet med utsatta barn skapade stress men även att göra en anmälan kunde verka stressande.

Slutsatsen var att barnmisshandel är ett svårt ämne, som behöver lyftas fram och uppmärksammas. Akutpersonal upplever otillräckliga kunskaper kring barnmisshandel och att situationer, där misstankar fanns att barn utsattes för misshandel, kunde skapa stress och rädslor. Med en klar bild hur akutpersonalen ska upptäcka tecken, vilka frågor och undersökningar som ska ställas/ bli gjorda och var anmälan ska göras, finns möjligheterna för att akutpersonal ska upptäcka och våga anmäla mer än de gör.

Nyckelord: Akutpersonal, akutsjuksköterska, barnmisshandel, erfarenhet, prehospital

ABSTRACT

Child abuse is a worldwide problem within the society today and the problem is larger than we are aware of due to all cases are not reported. In several countries there is a duty to report suspicions of child abuse and ambulance staff have an important role in protecting vulnerable children. Emergency staff often meet the children in the home environment and is therefore the first instance to meet the vulnerable child. This imposes high demands on emergency staff, that they can make adequate assessments and document their suspicions as their assessment will form the basis for a notification.

The aim was to highlight the emergency staff experience of situations where children were suspected of being exposed to child abuse.

The method was a literature review where scientific articles were sought through the PubMed database. The articles were quality-reviewed and 15 were selected for analysis, and all of them were selected to the results, which are reported in categories and subcategories.

The results of the literature review were divided into two categories and three subcategories. The first category was of emergency staff's lack of knowledge regarding child abuse. The subcategories that emerged were the identification of signs that could indicate child abuse, documentation and notification as well as education in the subject. Emergency staff found that it was difficult to identify the signs that could be traced to abuse, and it could be due to uncertainty about what was natural injuries or injuries caused by another person. Likewise, difficulties were experienced regarding what to document and how a notification should be made. An unsubscribed notification could also be due to the uncertainty in the approach. Emergency staff wanted more education on the subject and how child abuse should be detected and reported. The other category that emerged was the emotional experiences of emergency staff of child abuse, under which subcategories fears and stress were identified. Emergency staff experienced fear of reporting and it could be derived from their fear of wrongdoing, for legal penalties or for fear of relatives' reactions. Finally, emergency staff experienced stress in different variants related to cases of child abuse. The actual encounter with vulnerable children created stress but also making a notification could seem stressful.

The conclusion was that child abuse is a difficult subject which needs to be highlighted. Emergency staff experience insufficient knowledge of child abuse and situations, where suspicions were found, that children were abused could create stress and fears. With a distinct plan how the ambulance staff will detect signs, what questions and investigations should be made / where to be notified, there are opportunities for emergency staff to detect and have the courage to report more than they do.

Keyword: child abuse, emergency nurse, emergency staff, experience, prehospital

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Barnens rättigheter och hälso- och sjukvårdens skyldigheter	1
Barnmisshandel	2
Barn misshandlas än idag.....	3
Teoretisk utgångspunkt	4
Sjuksköterskans roll och ansvar	5
Prehospital akutsjukvård	5
Evidens	7
Problemformulering.....	7
SYFTE	8
METOD	8
Ansats	8
Design	8
Definition av centrala begrepp.....	8
Urvalskriterier	8
Värdering av artiklarnas kvalitet	9
Datainsamling	9
Tabell 1 Sökstrategi av utvalda artiklar	10
Tabell 2 Manuell sökning i PubMed via similar articles	10
Dataanalys.....	10
Forskningsetiska överväganden.....	11
RESULTAT	11
Akutpersonalens bristande kunskap avseende barnmisshandel	12
Akutpersonalens emotionella upplevelser av misstänkt barnmisshandel.....	15
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
Slutsats.....	21
Klinisk tillämpbarhet.....	21
REFERENSLITTERATUR	22
Bilaga 1 Matris över vetenskapliga artiklar	
Bilaga 2 Granskningsmall	

INLEDNING

Överallt i världen utsätts barn för misshandel och det har förekommit i de flesta kulturer och samhällsklasser genom tiderna. År 2017 anmäldes i Sverige 23 600 stycken misshandelsbrott av barn i åldrarna noll till fjorton år och utöver dessa siffror finns ett stort mörkertal eftersom våldet mot barn sällan polisanmäls. I dagens samhällen kan det vara svårt att hantera misstankar om att barn misshandlas, hur tecken på misshandel ska tolkas och hur en anmälan går till. Akutpersonal kommer någon gång i sitt yrkesverksamma liv hamna i situationer där det råder misstankar om att barn misshandlats och därmed ligger ett stort ansvar på akutpersonalen, då det i flera länder råder anmälningsplikt vid minsta misstanke att barn misshandlas.

BAKGRUND

Barnmisshandel är en världsomfattande företeelse (Helander, 2011) och problemet har funnits länge, eftersom föräldrar längre tillbaka i tiden haft rätten att aga sina barn i uppfostringsyfte (McCole- Wilson, 1999; Statens offentliga utredningar [SOU], 2001:72). Barnmisshandeln ansågs länge ske inom hemmets fyra väggar, då föräldrars äganderätt avseende barnen nästan normaliserade fenomenet barnmisshandel (Bergenlöv, 2009; SOU, 2001:72). Lagliga bestämmelser styrkte föräldrarnas äganderätt av barnen och innebar att föräldrar var skyldiga att aga sina barn (SOU, 2001:72). I 1864 års strafflag i Sverige går att läsa bland annat att ”barnet af föräldrar, eller annan, under hwars wård och lydriad det står, med aga hemma i huset rättas skall” (§1, kap 5, s. 439.). Denna lagliga rätt att aga sina barn fick ofta till följd att barnen blev illa misshandlade och föräldrarna straffades milt, om de ens straffades överhuvudtaget. Äganderätten avseende barnen, som föräldrar förr hade, legitimerar än idag barnmisshandeln av religiösa och kulturella normer runt om i världen (SOU 2001:72). Förekomsten av barnmisshandel är global och återfinns i alla länder, i alla samhällen och inom alla samhällsklasser (Butchart & Phinney Harvey, 2006; Rädda barnen, 2012) och det återfinns kulturella samt religiösa skillnader av vad som ska klassas som barnmisshandel (McCole- Wilson, 1999; SOU, 2001:72). Den tidigare lagliga rätten att aga sina barn accepteras inte längre av de länder som anslutit sig till Förenta Nationernas [FN] konvention om barnens rättigheter (SOU, 2001:72).

Barnens rättigheter och hälso- och sjukvårdens skyldigheter

Den 20 november år 1989 antog FN:s generalförsamling konventionen om barnens rättigheter, som kom att kallas barnkonventionen (Barnkonventionen, 2006). Barnkonventionen är ett rättsligt bindande internationellt avtal och innefattar bestämmelser om mänskliga rättigheter för barn. De 196 länder som bundit sig till barnkonventionen är skyldiga att se till att den följs och att barns rättigheter ska respekteras. I barnkonventionen står bland annat att konventionsländerna ”som erkänner att barnet, för att kunna uppnå en fullständig och harmonisk utveckling av sin personlighet, bör växa upp i en familjemiljö, i en omgivning av lycka, kärlek och förståelse” (Barnkonventionen, 2006, s. 12). Vidare går att läsa i barnkonventionens 19e artikel, att konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga åtgärder för att skydda barnet mot att barn misshandlas. Bland skyddsåtgärderna finns förebyggande arbete som innefattar identifiering och rapportering av barn som misshandlas (Barnkonventionen, 2006).

Det framgår av Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (Svensk författningssamling [SFS], 2017:30) 2 § att dess mål är en god hälsa och att vården ska bedrivas på lika villkor för hela befolkningen och skall ges med respekt för allas lika värde samt för den enskildes värdighet. Vidare framgår att hälso- och sjukvården har skyldighet att, vid misstanke att barn misshandlas, samverka med andra instanser och verka för barnets bästa (SFS, 2017:30).

Det råder ett gemensamt ansvar i vårt samhälle att anmäla om misstanke finns att barn utsätts för misshandel men personer inom hälso- och sjukvården har enligt 14 kap. 1 § i Socialtjänstlagen [SoL] skyldighet att anmäla vid kännedom eller vid minsta oro att barn misshandlas (SFS, 2001:453). Eftersom det råder anmälningskyldighet enligt 14 kap. 1 § SoL finns det också påföljder om en anmälan inte görs enligt 20 kap. 1 § i brottbalken [BrB] då hälso- och sjukvårdspersonal kan dömas för tjänstefel. Att begå tjänstefel kan ge böter eller fängelse i högst två år (Socialstyrelsen, 2014). King, Baker och Ludwig (1993) skriver att ambulanspersonal har skyldighet att rapportera vid misstanke att barn misshandlas men att det kan vara svårt att veta hur rapporteringen ska ske. Detta instämmer Kodner och Wheterton (2013) i och menar att alla som arbetar inom hälso- och sjukvården har skyldighet att anmäla barnmisshandel och det åligger ett stort ansvar att fullfölja minsta misstanke om att barn utsätts för misshandel. Newton och Vandeven (2006) menar att trots skyldigheten att anmäla misstänkt misshandel är underrapporteringen stor.

Barnmisshandel

Det råder delade meningar i världen och även inom olika instanser, om vad begreppet barnmisshandel innefattar och bör innefatta (SOU, 2001:72). Sett ur barnens perspektiv är det därför viktigt att en gemensam definition tas fram för att på bästa sätt säkra barnens rättigheter. Idag finns ingen allmän definition av begreppet barnmisshandel, varken nationell eller internationell (SOU, 2001:72). Barnmisshandel definieras likvärdigt av Rädda Barnen (2012), Världshälsoorganisationen [WHO] (WHO, 2002) och SOU (2001:72). Definitionen i SOU:s Barnmisshandel- Att förebygga och åtgärda (SOU, 2001:72) föreslår att barnmisshandel är när barn utsätts, av vuxna, för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller försummelse att tillgodose dess grundläggande behov. Rädda barnen (2012) och WHO (2002) skriver att barnmisshandel kan innefatta fysisk respektive psykisk misshandel, neglect, handel med barn, barnpornografi, brott av annan sexuell karaktär, exponering för våld, hedersrelaterat våld samt genom förfälskning av symtom. Begreppet omfattar handlingar eller frånvaron av handlingar, vilka leder till skada, risk för skada eller hot om skada hos barn (Rädda barnen, 2012; WHO, 2002).

Olika former av barnmisshandel

Den fysiska barnmisshandeln är då barnet utsätts för skada på kroppen, sjukdom eller annan smärta av en vuxen eller att den vuxna försätter barnet i vanmakt (Rädda barnen, 2012; Socialstyrelsen, 2016). Slag, sparkar, skakningar, knuffar, bli biten eller bränd/ skållad, bli förgiftad eller luggad hör till den fysiska misshandeln. Konsekvenserna av den fysiska misshandeln kan ses som blåmärken, sårskador, frakturer, skador på de inre organen och/ eller hjärnskador. I värsta fall blir konsekvensen att barnet avlider. När en vuxen får barn att känna sig värdelösa, oälskade och oönskade utsätts barnet för psykisk misshandel. Den psykiska misshandeln kan visa sig genom avvisande, isolering, utfrysning, hån eller kritik och kränkningar eller hot av olika slag. Hit räknas också om barnen utsätts för eller tvingas uppleva våld i sin närmiljö. En annan form av fysisk och psykisk misshandel är sexuella övergrepp och hit räknas alla former av sexuella handlingar som en vuxen påtvingar ett barn.

Ett barn under 15 år får aldrig utsättas för en sexuell handling, som exempelvis verbala sexuella anspelningar, sexuellt riktade smekningar och blottning inför barnen. Inom barnmisshandel förekommer även försummelse då föräldrar eller annan ansvarig vuxen inte tillgodoser barnets grundläggande behov kopplat till fysisk och psykisk hälsa. Detta kan vara avsaknad av mat, kläder, känslomässig värme eller stimulans (Rädda barnen, 2012; Socialstyrelsen, 2016).

Tecken på att barn misshandlas

Barn får ofta småsår, skrubbsår eller blåmärken som kan härledas till lek eller annan aktivitet men dessa kan likväl vara tecken på misshandel (Lukas & Otterman, 2014; Concialdi & Read, 2016). Uppvisar barnet blåmärken eller sår som inte överensstämmer med vanliga aktiviteter (Maguire, 2010) eller skador som inte stämmer med föräldrars påståenden kan dessa vara tecken på barnmisshandel (Lukas & Otterman, 2014; Concialdi & Read, 2016). Blåmärkets utseende, placering på kroppen och barnets ålder ska noga observeras (Pierce et. al, 2010) liksom om det samtidigt förekommer andra former av skador på barnet såsom frakturer, brännskador eller andra oförklarliga skador ska misshandel övervägas (Maguire, 2010; Flaherty et. al., 2014). Brännskador som uppkommit då barn doppats i hett vatten eller bränmärken efter cigaretter är tydliga tecken på misshandel. Bitmärken eller att barnet inte vill röra en kroppsdel utan tydliga skador kan tyda på misshandel (Lukas & Otterman, 2014; Concialdi & Read, 2016). Likaså om barnet inte kan förflytta sig själv på grund av ung ålder eller annan orsak, men har blåmärken ska misshandel misstänkas (Maguire, 2010; Lukas & Otterman, 2014; Concialdi & Read, 2016). Om barnet uppvisar tecken på allvarlig huvudskada bör misshandel misstänkas då majoriteten av dessa skador uppkommer efter tillfogat yttre våld. Detta kallas abusive head trauma [AHT] och benämndes tidigare som shaken baby syndrome (Christian & Block, 2009; Parks et. al., 2012). Vidare kan smärta, rodnader och/ eller svullnader i halsen påvisa att barnet utsatts för misshandel (Lukas & Otterman, 2014; Concialdi & Read, 2016). Fler tecken på att barn misshandlas kan vara miljön i vilken de lever. Smuts i hemmet och om barnen är ovårdade, luktar illa och liknande är tecken som också bör uppmärksammas (Lukas & Otterman, 2014; Concialdi & Read, 2016). Tecken på att barn utsatts för misshandel bör uppmärksammas i tid. Misshandeln kan i värsta fall leda till att barn avlider av sina skador och detta kan undvikas om misshandeln upptäcks och anmäls i tid (Woodman et. al., 2011).

Barn misshandlas än idag

Idag är barnmisshandel förbjudet i 53 länder och Sverige var år 1979 första landet i världen med att införa en lag mot barnaga i hemmet (Rädda barnen, 2012; Janson, Jernbro & Långberg, 2011). Lagen mot barnaga återges i föräldrabalken, 6 kap. 1 § ”Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Barn skall behandlas med aktning för sin person och egenart och får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling” (Svensk författningssamling [SFS], 1949:381). Likväl anmäldes år 2017 i Sverige 23 600 barnmisshandelsbrott, där de utsatta barnen var i åldrarna noll till sjutton år. Detta är en ökning sedan år 2015. Utöver dessa siffror finns ett stort mörkertal vad gäller barnmisshandel eftersom våldet sällan polisanmäls (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2018). Bengter och McCabe (2001) menar likaså att mörkertalet avseende barnmisshandel är stort och att det är en omöjlig uppgift att få reda på korrekta siffror. Detta beror på att det är en omöjlig uppgift att ta reda på vilka fall av egentlig misshandel som kommer till kännedom.

Brå (2018) skriver att utebliven anmälan kan ha olika orsaker såsom att barn exempelvis kan skämmas över vad de utsatts för, bli skrämnda till tystnad eller vilja skydda förövaren. På senare år har barnmisshandel uppmärksammats och fler fall anses ha anmälts och anmälningskyldighet råder hos all hälso- och sjukvårdspersonal (Brå, 2018). Statens offentliga utredningar (2001:72) visar att ungefär tio procent av alla barn upplever våld i hemmet någon gång under sitt liv och ungefär fem procent av alla barn i Sverige upplever våld regelbundet. Rädda barnen (2012) visar siffror från undersökningar som gjorts av Stiftelsen Allmänna Barnhuset, som visar att var sjunde högstadieselev blivit slagen av sina föräldrar eller annan vuxen i hemmet varav tre procent av dessa vid upprepade tillfällen. Samma undersökning visar att 30 procent av de svarande föräldrarna uppgett att de knuffat, huggit tag i eller ruskat sitt barn jämfört med ungefär 23 procent av de svarande föräldrarna år 2006 (Rädda barnen, 2012).

Socialstyrelsen (2016) visar att barnmisshandeln i regel sker innanför hemmets väggar oavsett form av misshandel. Detta beror till stor del på att misshandeln då saknar utomstående vittnen. När barn misshandlas blir det en hemlighet i familjen och barnen kan dölja det för andra familjemedlemmar och utsatta barn berättar sällan om sina upplevelser. Utsatta barn kan avstå att berätta om sina upplevelser på grund av skam, skuld, rädsla, förvirring eller av lojalitet mot resten av familjen. Detta medför att barnens utsatthet löper stor risk att förbises och ställer krav på omgivningen att ta ansvar vid minsta misstanke om att det förekommer någon form av misshandel (Socialstyrelsen, 2016).

Teoretisk utgångspunkt

Virginia Henderson är en vårdteoretiker vars omvårdnadsteori baseras på den enskilda människans behov och hur sjuksköterskan kan uppfylla dessa (Henderson, 1982). Behovsteorin beskriver på vilket sätt patienten har behov i sin vård, oavsett vilken grundsjukdom patienten har eller vilken behandling den har/ får. I Hendersons teori är det viktigt att sjuksköterskan kan skapa en relation till patienten och genom detta kunna sätta sig in i patientens situation och öka sin förståelse för vilka behov patienten kan tänkas ha. Samspelet mellan sjuksköterska och patient är en viktig del för att vården ska bli bra. Henderson har i sin teori tagit fram 14 viktiga omvårdnadsdelar och sjuksköterskan skall utifrån patientens tillstånd beakta vilka mänskliga behov som är aktuella. Bland omvårdnadsdelarna finns att sjuksköterskan ska skydda patienten mot omgivningens faror samt mot andra skador. Likaså åligger det sjuksköterskan att hjälpa patienten kommunicera med andra och stödja patienten ge uttryck för sina känslor och önskningar. Henderson beskriver vikten av att hjälpa patienten till ökat oberoende såväl det fysiska, psykiska, sociologiska samt det andliga oberoendet. Miljön i vilken patienten befinner sig i ska beaktas i arbetet mot oberoende. I miljön har patienten ett levnadsmönster med yttre förhållanden, vilka kan påverka livet och hälsan. Sjuksköterskans förmåga att agera professionellt och arbeta utifrån ett sunt förnuft är något som låg Henderson varmt om hjärtat. Människan är en egen individ med olika omvårdnadsproblem och behov, vilka ligger till grund för den egna hälsan (Henderson, 1982).

Ambulanssjuksköterskan arbetar med att förhindra lidande och de omvårdnadsbeslut och behandlingar som tas utgår från den egna tolkningen av situationen (RAS & Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Utifrån Hendersons (1982) teori är det viktigt att akutpersonal ger stöd till de utsatta barnen och hjälper dem att eventuellt våga berätta.

Sjuksköterskans roll och ansvar

Som legitimerad sjuksköterska finns sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) och international council of nurses [ICN] (2012) etiska kod att luta sig mot. I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) står bland annat att sjuksköterskans arbetssätt ska kännetecknas av ett etiskt förhållningssätt där omvårdnaden sker med respekt för mänskliga rättigheter och med hänsyn till integritet och värdighet. Vidare går att läsa att omvårdnaden skall riktas mot patientens grundläggande behov och upplevelser i dennes dagliga liv. Sjuksköterskans kompetens innefattar ett helhetsperspektiv på patientens situation. I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska framgår att sjuksköterskans arbete ska utgå ifrån de sex kärnkompetenserna och syfta till att ge en kvalitativ och säker vård. De sex kärnkompetenserna utgör grunden för de kompetenser som är gemensamma för alla vårdprofessioner (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). International council of nurses (ICN, 2012) grundade år 1953 den etiska koden för sjuksköterskor och koden beskriver ett etiskt förhållningssätt där omvårdnaden skall ges med respekt för de mänskliga rättigheterna. Koden omfattar ett etiskt handlande och fungerar som vägledning för sjuksköterskor att förhålla sig till i sin profession. Vidare framkommer att sjuksköterskan ska skydda familjer och/eller enskilda individer när deras hälsa är hotad (ICN, 2012).

Ett professionellt förhållningssätt ska genomsyra sjuksköterskans arbete och Tingberg, Bredlöv och Ygge (2008) visar i sin studie att sjuksköterskorna kunde upprätthålla detta i möten med familjer, i vilka barn varit utsatta för misshandel. Detta trots att de själva upplevde starka negativa känslor inför vad föräldrarna utsatt barnen för. Lines, Hutton och Grant (2016) skriver också att sjuksköterskor har en etisk roll och ska vara professionella i sitt förhållningssätt. Likväl hände att de ibland vid möten med barn som misstänkts utsatta för misshandel inte anmälde. En utebliven anmälan kunde bero på sjuksköterskans oro att förstöra relationen till patienten och anhöriga. Några deltagare beskrev att de hyste agg gentemot föräldrarna vid misstankar om barnmisshandel och att de inte var professionella i sitt bemötande på grund av detta. Deltagare beskrev även att de ibland avstod från att göra en anmälan på grund av hot från anhöriga till barnet. En del deltagare i studien ville hjälpa familjerna utan att blanda in myndigheter (Lines et. al., 2016). Det åligger på varje sjuksköterska att verka för att skydda barn, även om sjuksköterskan inte arbetar i direktkontakt med barn, skriver Taylor och Bradbury-Jones (2015). Även om sjuksköterskor har lagligt ansvar att anmäla visar Lagerberg (2004) att sjuksköterskor endast anmälde 11 procent av de fall där de misstänkte att barn utsattes för misshandel.

Prehospital akutsjukvård

Prehospital akutsjukvård innefattar vård av akut sjuka och skadade utanför sjukvårdsinrättningar samt transport till lämplig bedömd vårdhet (SFS, 2017:30). Inom det prehospitala arbetet ingår samverkan med andra instanser och beredskap vid exempelvis katastrofer. Det finns lokala riktlinjer att förhålla sig till och varje samkommun för ett sjukvårdsdistrikt fattar egna beslut om den prehospitala akutsjukvårdens servicenivå. Detta innefattar bland annat beslut om organisering, serviceinnehåll och vilken kompetens de personer som medverkar i den prehospitala akutsjukvården ska ha (SFS, 2017:30).

Ambulanssjuusköterskan

Utöver kompetensbeskrivning för legitimerad sjuusköterska (Svensk sjuusköterskeförening, 2017) och ICN:s (ICN, 2012) etiska kod finns en specifik kompetensbeskrivning att tillgå för ambulanssjuusköterskor (Riksföreningen för ambulanssjuusköterskor [RAS] & Svensk sjuusköterskeförening, 2012). Kompetensbeskrivningen för ambulanssjuusköterskor beskrivs av RAS och Svensk sjuusköterskeförening (2017) som "En sjuusköterska med specialistsjuusköterskeutbildning med inriktning ambulanssjukvård skall med utgångspunkt från patientens individuella behov och ibland komplexa sjukdomstillstånd självständigt och med begränsande resurser ansvara för avancerad omvårdnad i en oordnad prehospital miljö och ibland under pressade arbetsförhållanden" (RAS & Svensk sjuusköterskeförening, 2017, s. 6). Vidare går att läsa i kompetensbeskrivningen att ambulanssjuusköterskor möter patienter i flera varierande vårdmiljöer under oförutsedda uppdrag där tecken på ohälsa, sjukdom och skador ska upptäckas och behandlas utifrån begränsade resurser. Likaså ska ambulanssjuusköterskan arbeta för att förhindra lidande och valda omvårdnadsbeslut och behandlingar tas självständigt utifrån egna tolkningar av situationen med stöd av lokala riktlinjer. Ambulanssjuusköterskans arbete ska utgå ifrån ett professionellt och etiskt förhållningssätt där patienten är i centrum för de omvårdnadsbeslut som tas. Vidare står bland annat att ambulanssjuusköterskor inom omvårdnaden exempelvis ska identifiera patienter som misstänks utsatta för misshandel och rapportera detta enligt lokala riktlinjer. De behandlingsriktlinjer som ambulanssjuusköterskor har att förhålla sig till, är framtagna av Sveriges medicinskt ledningsansvariga ambulansläkare i samverkan [SLAS]. Dessa kan fungera som ett stöd åt de olika regionerna och de enskilda modifierade regionala riktlinjerna (RAS & Svensk sjuusköterskeförening, 2017).

Socialstyrelsen definierar den svenska ambulanssjukvården som "Hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans" (SOSFS, 2009:10) där vårdgivaren har det yttersta ansvaret att personal som arbetar inom ambulansen har den kompetensen som professionen kräver. World health organisation (2005) beskriver att kompetensen inom ambulanssjukvården ser olika ut runtom i världen och det finns ännu inget vedertaget globalt beslut om krav på specifik kompetens utan dessa beslut fattas lokalt i respektive länder. Även inom ett enskilt land förekommer lokala avvikelser gällande bemanning och kompetens hos personalen. Globalt sett bemannas ambulanser med kompetenser alltifrån utbildade till specialistutbildade men det finns även länder där en organiserad ambulanssjukvård helt saknas (WHO, 2005).

Akutsjuusköterskan

Akutsjuusköterskan har utöver kompetensbeskrivning för legitimerad sjuusköterska (Svensk sjuusköterskeförening, 2017) och ICN: etiska kod (ICN, 2012) kompetensbeskrivning legitimerad sjuusköterska med specialistsjuusköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård (Riksföreningen för akutsjuusköterskor & Svensk sjuusköterskeförening, 2017) att förhålla sig till. Akutsjuusköterskans arbete innefattar beredskap inför oväntade och oförutsägbara situationer. Likaså ingår i akutsjuusköterskans roll att besitta färdigheter att kunna göra en korrekt medicinsk bedömning utifrån anamnes, subjektiva symtom och objektiva tecken. Akutsjuusköterskan ska göra adekvata bedömningar avseende relevanta omvårdnadsåtgärder. Specialistkompetensen innefattar även att uppmärksamma och identifiera personer som misstänks utsatta för misshandel och arbeta mot att minska deras utsatthet och sårbarhet (Riksföreningen för akutsjuusköterskor & Svensk sjuusköterskeförening, 2017).

Föreliggande litteraturoversikt använder begreppet akutpersonal och som innefattar all personal som arbetar inom ambulansen, såsom sjuksköterskor, sjukvårdare, annan hälso- och sjukvårdspersonal samt sjuksköterskor på akutmottagning (Egen definition).

Evidens

Tidigare prehospital forskning inom området barnmisshandel har handlat om ambulanspersonalens roll i att upptäcka och hantera detta problem. Blair, Clauss och Meredith (2011) skriver om hur viktig ambulanspersonalens roll är avseende upptäckandet av barnmisshandeln eller misstanken om att det föreligger, eftersom de möter barnet på plats och de får en överblick över barnets omgivning. Vidare skriver Blair et. al. (2011) att ambulanspersonal kan ha några nyckelfrågor i bakhuvudet vid patientmöten där barnmisshandel misstänks; Hur ser barnets omgivning ut? Förefaller det vara en säker miljö för barn? Hur agerar föräldrarna och hur sker interaktionen i familjen? Stämmer historien överens med de kliniska fynden och ändras historien under tidens gång (Blair et. al., 2011)? Gurchiek och Maggiore (2004) skriver också om hur viktig ambulanspersonalen är för att upptäcka om det förekommer barnmisshandel då de ofta möter det drabbade barnet i sin hemmiljö. Utöver detta visar Gurchiek och Maggiore (2004) att det är en utmaning för ambulanspersonal att möta barn som misstänks utsatta för misshandel och det ställer höga krav på att vara professionell och objektiv. Det är viktigt att skapa en relation till det utsatta barnet och det är viktigt att dokumentera kliniska fynd liksom barnets egna berättelse och försöka bedöma omgivningens interaktion. Utsatta barn förefaller ofta tysta och tillbakadragna istället för gråtandes (Gurchiek & Maggiore, 2004). El-Radhi (2015) visar vikten av att ambulanspersonal uppvisar ett etiskt förhållningsätt gentemot patienten som misstänks utsatt för misshandel och att skyldigheten finns att skydda de utsatta. Wientrab, Lazzara, Fuchs och Wiltsek (2002) skriver att ambulanspersonalens unika möjlighet att träffa barnen i deras hemmiljö skapar bättre förutsättningar att upptäcka eventuell misshandel. Likaså minskar riskerna att missa tecken på att misshandel sker, då möten oftast sker i barnens hemmiljö (Weinrab et. al., 2002). Keane och Chapman (2007) påtalar att sjuksköterskor, som arbetar på akutmottagning, är de första som möter det utsatta barnet på sjukhuset. Därav har sjuksköterskorna på akutmottagning en lika viktig roll vid upptäckandet och rapporteringen av misstänkt barnmisshandel. Jonsson, Segersten och Mattson (2002) skriver att ambulanspersonal, som varit involverade vid fall där barn varit utsatta för misshandel och som gjort en anmälan, upplevde en ökad posttraumatisk stress.

Problemformulering

Barnmisshandel är, trots förbud, ett frekvent förekommande fenomen i vårt samhälle och akutpersonal har en viktig roll i upptäckandet och rapporteringen av barnmisshandel. Tidigare forskning visar att ambulanspersonal oftast är de första som möter de utsatta barnen i hemmiljön och har därav ett stort ansvar att upptäcka, rapportera och förebygga misshandel. Likväl föreligger det svårigheter kring just detta och all akutpersonal kommer någon gång under sitt yrkesverksamma liv träffa på barn som misstänks utsatta för misshandel. För att förbättra förutsättningarna för ett patientsäkert omhändertagande behövs kunskap om evidensläget och således är det av stor vikt att belysa akutpersonalens erfarenheter av barnmisshandel, med särskilt fokus på det prehospitala mötet.

SYFTE

Syftet var att belysa akutpersonalens erfarenhet av situationer där barn misstänkts utsatta för barnmisshandel.

METOD

Ansats

Litteraturoversikten skrevs med induktiv ansats, med intentionen att tolka, skapa mening och förståelse i människors upplevelse av sin omvärld (Forsberg & Wengström, 2013). I första fasen genomfördes en projektplan, där vetenskaplig litteratur i ämnet söktes i fritext. Genom detta erhöles förkunskaper om det aktuella forskningsläget. Därefter genomfördes en systematisk datainsamling, vilken kvalitetsgranskades och analyserades, för att sedan sammanställas till ett resultat baserat på kategorier och subkategorier (Polit & Beck, 2012; Whittenmore & Knafl, 2005).

Design

Designen var en litteraturoversikt. En litteraturoversikt syftar till att tolka, beskriva, utforska, förklara och förstå forskningsfenomenet ut ett helhetsperspektiv och ska författas förutsättningslöst (Forsberg & Wengström, 2013; Friberg, 2012; Polit & Beck, 2012). En litteraturoversikt redovisar aktuellt kunskapsläge och sammanställer redan publicerad vetenskaplig forskningslitteratur inom specifika områden och kan skapa översikt inom det valda forskningsområdet. En litteraturoversikt kan även leda till att ny kunskap framkommer (Forsberg & Wengström, 2013; Friberg, 2012; Polit & Beck, 2012). Litteraturoversikten innefattar 15 stycken vetenskapliga artiklar av både kvalitativ och mixad design.

Definition av centrala begrepp

I litteraturoversikten definierades begreppet barnmisshandel enligt WHO:s (WHO, 2002) föreslagna definition att barnmisshandel är när barn utsätts, av vuxna, för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller försummelse att tillgodose dess grundläggande behov såsom fysisk och psykisk omvårdnad och omsorg.

Begreppet barn definierades enligt Barnkonventionens (2006) definition av barn som lyder; varje människa som är under 18 år.

Begreppet akutpersonal användes och inkluderar all personal som arbetar inom ambulansen, såsom sjuksköterskor, sjukvårdare, annan hälso- och sjukvårdspersonal samt sjuksköterskor på akutmottagning (Egen definition).

Urvalskriterier

Urvalskriterier för föreliggande litteraturoversikt bestämdes för att säkerställa en god kvalitet avseende validitet och reliabilitet. Validiteten står för vad litteraturoversikten avser att redovisa och att dess resultat svarar på studiens syfte. Reliabiliteten står för hur väl litteraturoversikten undersöker det som avses undersökas (Forsberg & Wengström, 2013; Polit & Beck, 2012).

Inklusionskriterier

De vetenskapliga artiklar som valdes var relevanta till syftet. Valda artiklar innefattade akutpersonal utifrån vald definition. Artiklarna fanns tillgängliga i fulltext och alla var godkända av en etisk kommitté eller de etiska övervägandena var tydligt redovisade och de skulle vara peer reviewed.

Exklusionskriterier

Litteraturoversikter exkluderades. Inga vetenskapliga artiklar exkluderades avseende årtal, land, språk, typ av misshandel eller kulturella aspekter. Artiklar som berörde sjuksköterskor inom andra instanser än prehospital- och akutverksamhet exkluderades.

Värdering av artiklarnas kvalitet

Valda vetenskapliga artiklar granskades med hjälp av Sophiahemmets Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2015). De vetenskapliga artiklarna som granskades kunde erhålla hög kvalitet (I), medelhög kvalitet (II) eller låg kvalitet (III). Bedömningsunderlaget hämtades från Sophiahemmets Högskolas hemsida och redovisas som Bilaga 2.

Datainsamling

Vetenskapliga artiklar söktes i databasen för omvårdnad/ vårdvetenskap PubMed. Databasen PubMed kan räknas som en bred databas som innefattar vetenskapliga artiklar inom området medicin och omvårdnadsforskning enligt Forsberg och Wengström (2013). Genom att först göra en bred sökning i olika databaser minskas riskerna för att relevant vetenskaplig litteratur uteblir (Polit & Beck, 2012). Det visade sig att samma vetenskapliga artiklar återfanns vid sökning i flera databaser, vilket medförde att uppsatsförfattarna valde att endast använda sig av databasen PubMed. Vid litteratursökningen användes hela ord och inga förkortningar, eftersom Östlund (2012) menar hela ord bör användas för att hitta det bästa resultatet.

Valda sökord söktes i Svensk MeSH (<http://www.ki.se>). MeSH termerna emergency medical services [EMS] och child abuse ansågs relevanta för att besvara syftet. Emergency medical technicians och emergency nurse valdes som sökord i fri text. Valda sökord användes i olika kombinationer med booleska operatörn AND för att minimera sökningarna samt utesluta irrelevanta träffar. Det gjordes endast en begränsning avseende att artiklarna skulle finnas tillgängliga i full text. Det gjordes inga begränsningar gällande årtal. Endast fyra sökord användes eftersom samma artiklar återfanns vid kombinationer innehållande andra sökord. Tabell 1 redogjorde för databassökningarna. Sekundära sökningar gjordes genom similar articles i valda artiklar. Tabell 2 redogör för den manuella sökningen. Manuella sökningar genomfördes i valda artiklars referenslistor, men ingen ny litteratur framkom.

Vetenskapliga artiklar söktes först enskilt. Titlar som speglade syftet och som vid första anblick ansågs relevanta lästes. Bedömdes titeln vara relevant lästes abstracten i artiklarna och därefter valdes de artiklar som ansågs besvara litteraturoversiktens syfte. Om abstracten bedömdes vara relevanta valdes artikeln ut för vidare läsning.

De utvalda vetenskapliga artiklarna lästes sedan var för sig och relevant fakta sammanställdes i korthet innan de gemensamt diskuterades. Därefter lästes samtliga artiklar för att gemensamt besluta om vilka artiklar som skulle gå vidare till granskning.

De valda vetenskapliga artiklarna granskades först enskilt och därefter diskuterades och jämfördes de enskilda bedömningarna av artiklarna. Under diskussionen bestämdes att de vetenskapliga artiklar som låg till grund för litteraturöversiktens resultat skulle erhålla medelhög eller hög kvalitet vid granskning.

De artiklar som inte uppnådde dessa kriterier sällades bort. Förekom det vetenskapliga artiklar på gränsen mellan låg- och medelhög kvalitet granskades dessa tillsammans och därefter avgjordes tillsammans om de inkluderades eller exkluderades. Dock inkluderades två artiklar av låg kvalitet efter övervägande för att öka det vetenskapliga underlaget och eftersom de ansågs svara på syftet.

Avslutningsvis identifierades 15 stycken vetenskapliga artiklar som låg till grund för litteraturöversiktens resultat. Av dessa hade 13 stycken kvalitativ ansats och två hade mixad ansats. Åtta av artiklarna bedömdes ha medelhög kvalitet, fem bedömdes ha hög kvalitet och två artiklar bedömdes ha låg kvalitet. De 15 stycken valda artiklarna analyserades och likheter respektive skillnader söktes i dess resultat. Fynden sammanställdes och redovisades som kategorier och subkategorier.

Tabell 1 Sökstrategi av utvalda artiklar

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal valda artiklar till granskning	Antal valda artiklar till resultatet (=n)
PubMed	emergency nurse AND child abuse	121	121	12	4	2
PubMed	emergency medical technicians AND child abuse	14	14	11	5	5
PubMed	EMS AND child abuse	748	748	20	7	7

Tabell 2 Manuell sökning i PubMed via similar articles

Databas	Titel på vald artikel till resultatet	Författare till vald artikel till resultatet	Antal träffar i similar articles via den valda artikeln	Antal valda artiklar via similar articles
PubMed	Exposure to Human Tragedy, Empathy, and Trauma in Ambulance Paramedics	Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J.	139	1

Dataanalys

Litteraturöversiktens analys skedde i tre steg inspirerade av Friberg (2012). I analysens första steg lästes de valda vetenskapliga artiklarna flera gånger var för sig, i syfte att förstå artiklarna i sin helhet. Medan artiklarna lästes upprättades stödord till varje studie för att säkerställa att relevant fakta framkommit.

Därefter diskuterades artiklarna gemensamt och stödorden jämfördes, för att se om likvärdiga fakta från artiklarna plockats ut. I det andra steget av analysen söktes efter likheter respektive skillnader i resultatet i de inkluderade vetenskapliga artiklarna. Här användes post it lappar i olika färger för att identifiera likheter och skillnader, för att lättare få en överblick. I detta steg kunde kategorier identifieras utifrån den överskådliga bilden av resultatens likheter respektive skillnader. Slutligen i det sista steget gjordes en beskrivande sammanställning utifrån det material som analyserats. En gemensam sammanställning gjordes utifrån post it lapparna, där fokus låg på redovisning av likheter respektive skillnader i valda studiers resultat.

Friberg (2012) skriver att analysens steg syftar till att identifiera valda studiers övergripande områden. I det sista steget tydliggjordes att resultaten var samstämmiga och tydligt avgränsade varandra och kategorierna som framkommit med hjälp av post-it lapparna, hade tydliga subkategorier. Redovisning av de olika rubriknivåerna utgör litteraturöversiktens resultat (Friberg, 2012). Litteraturöversiktens resultat redovisas dels i löpande text, dels i tabellform där inkluderade vetenskapliga artiklar redovisas med författare, årtal, typ av studie och innehåll. Se bilaga 1, Matris över vetenskapliga artiklar (n=15) som ligger till grund för resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Vald litteratur till litteraturöversikten granskades så objektivt som möjligt och inkluderade en granskning av att vetenskapliga artiklar var godkända av en forskningsetisk kommitté. Resultaten från de valda vetenskapliga artiklarna har återgetts på ett noggrant och sanningsenligt sätt för att minimera riskerna för egna tolkningar eller förvrängning av studiernas innehåll. Alla inkluderade studiers data har redovisats objektivt och all insamlad samt bearbetad data är beskrivna systematisk och hederligt för att säkerställa forskningsöversiktens validitet och reliabilitet. Inkluderade vetenskapliga artiklar var alla godkända av en forskningsetisk kommitté eller de etiska övervägandena var tydligt redovisade (Forsberg & Wengström, 2013). Litteraturöversikter, som genomförs på högskola, kräver inget etiskt godkännande då dess resultat baseras på redan utförd och godkänd forskning (Vetenskapsrådet, 2017). Det finns krav på information-, samtycke, konfidentialitet- och nyttjandepincipen och uppsatsförfattarna har genom hela arbetet arbetat för att tillämpa dessa. En dialog har ständigt förts under arbetets gång för att säkra ett etiskt utförande.

RESULTAT

Resultatet i föreliggande litteraturöversikt baseras på 15 stycken vetenskapliga artiklar, som redovisas i Bilaga 1. Resultatet består av två kategorier med vardera tre respektive två subkategorier.

Akutpersonalens bristande kunskap avseende barnmisshandel	<ul style="list-style-type: none"> - Identifiering av tecken som kan tyda på barnmisshandel - Dokumentation och anmälan - Utbildning inom barnmisshandel
Akutpersonalens emotionella upplevelser av barnmisshandel	<ul style="list-style-type: none"> - Rädslor - Stress

Akutpersonalens bristande kunskap avseende barnmisshandel

Studierna visade att akutpersonal upplevde att det var svårt att identifiera tecknen, som kunde härledas till misshandel och det kunde bero på en osäkerhet kring vad som var naturliga skador eller vilka skador som åsamkats av annan person. Likaså upplevdes svårigheter kring vad som ska dokumenteras och hur en anmälan ska göras. Utebliven anmälan kunde också bero på osäkerheten i tillvägagångssätt. Akutpersonal önskade mer utbildning i ämnet och om hur barnmisshandel ska upptäckas och anmälas (Markensson et. al., 2007; Tiyyagura et. al., 2015, 2017; Stevens & Alexander, 2005; Skausane & Bondas, 2015; Louwers et. al., 2012; Lee et. al., 2006; Fraser et. al., 2009; King & Reid, 2003; Mathews et. al., 2008; Cho, Cha & Yoo, 2015).

Identifiering av tecken som kan tyda på misstänkt barnmisshandel

Markensson et. al. (2007) efterfrågar i sin studie ambulanspersonalens erfarenhet att känna igen misstänkt barnmisshandel. Informanterna i studien (n=1237) redogjorde att det fanns betydande brister i flera kunskapsområden, som anses nödvändiga, för att identifiera misstänkt barnmisshandel. Det området, i vilket informanterna hade sämst kunskap inom, var barns utvecklingsförmåga och vad som kunde anses vara naturliga skador. Markensson et. al. (2007) plockade ut två aspekter som de analyserade djupare och dessa var ambulanspersonalens bristande kunskap att bedöma blåmärken respektive brännmärken. Här svarade ungefär en fjärdedel (24,2 procent) att de inte identifierade ett handformat blåmärke på kinden som misstänkt. Vidare svarade 13,7 procent att de ansåg att blåmärken på skenben och armbågar hos förskolebarn var misstänkt. När det gällde upptäckandet av brännmärken misslyckades 35,4 procent med att identifiera bilaterala, symmetriska brännskador på händer och fötter, så kallade stocking/ glove pattern. Detta trots att det står specifikt i handböcker att dessa typer av skador alltid ska anses misstänkta. Likaså misslyckades 8,7 procent med att identifiera misstänkta brännmärken som misshandel.

Svårigheterna att identifiera tecken som påvisade att barn utsatts för misshandel skriver Tiyyagura et. al. (2015) också om och visar att informanterna i studien hade svårt att skilja på skador som uppkommit av olycka och medvetna skador på barnen. Somliga informanter menade att barn skadar sig faktiskt genom olyckor av olika slag och det var svårt att bedöma skillnaderna. Vidare skriver Tiyyagura et. al. (2015) att det ibland var svårt att genomföra en helkroppsundersökning av barnen då de hade kläder på sig eller satt i bilstolar och då var det ännu svårare att identifiera tecken på misshandel. Ytterligare svårigheter att identifiera tecken på barnmisshandel visar Tiyyagura et. al. (2015), då informanterna uppgav att det kunde vara lättare att direkt tro på anhörigas historia om händelseförloppet och på så vis missa de kliniska tecknen på barnen.

Tiyyagura et. al. (2017) visar i en annan studie att sjuksköterskor på en akutmottagning upplever svårigheter att identifiera tecken på barnmisshandel. Informanterna uppgav att de gärna vill tro på anhörigas berättelser och att de inte kopplar ihop kliniska symtom med misstänkt barnmisshandel. Blåmärken och sår kan uppkomma efter lek och behöver inte komma av medveten skada åsamkad av annan. Studien visade också att informanterna kunde uppges situationer då de missat att identifiera tecknen på att barnet misshandlats. Detta kunde bero på sjuksköterskornas egna förutfattade meningar såsom hur familjen var klädda och agerade (Tiyyagura et. al., 2017).

I studien genomförd av Cho et. al. (2015) framkommer att 60 procent av de 137 tillfrågade sjuksköterskorna hade erfarenhet av att misstänka barnmisshandel.

Trots detta var det ungefär hälften (53,4 procent) av fallen som anmäldes, vilket kunde bero på att sjuksköterskorna inte ansåg sig ha tillräckliga bevis och kunde identifiera tecken på att misshandel förekommit (Cho et. al., 2015).

Dokumentation och anmälan

Akutpersonal har i flera länder anmälningsskyldighet vid misstanke om att barn blir utsatta för misshandel. Lynne, Gifford, Evans och Rosch (2015) visar i sin studie att det inte alltid är självklart att anmäla misstankar och att ambulanspersonalens erfarenheter av en anmälan varierar. I studien fick deltagarna (n=444) frågan om de visste att deras arbetsplats hade riktlinjer gällande skriftlig anmälningsskyldighet. Nästan två tredjedelar (61,9 procent) svarade att de är införstådda med att arbetsplatsen har riktlinjer avseende anmälningsskyldighet vid misstanke om barnmisshandel. Dessutom visade studien av Lynne et. al. (2015) att 18,7 procent svarade att de inte var säkra på om deras arbetsplats hade riktlinjer och 19,4 procent svarade att de helt saknade vetskap om huruvida riktlinjer fanns eller inte. Ambulanspersonalen i studien, som kände till att arbetsplatsen hade riktlinjer, fick följdfrågan om de kände till vem som ska utföra anmälningen till myndigheten. Av dessa svarade 75,3 procent att anmälan ska göras av den person som först fattar misstanke om att barnmisshandel kan förekomma. En del av de svarande (9,1 procent) ansåg att anmälningen skulle utföras av exempelvis chefen till den person som kommit i kontakt med en situation, i vilken barnmisshandel misstänktes. Lynne et. al. (2015) visade att 11,6 procent svarade att anmälan skulle utföras av andra och 20 deltagare svarade mer utförligt att dessa andra kunde vara sjukhuset, polisen eller den mottagande enheten. Vidare svarade 41,4 procent att de var osäkra på vad som skulle stå med vid anmälan och vad som inte skulle stå med. Det var 36,0 procent av deltagarna som svarade att de inte visste hur en anmälan skulle genomföras och slutligen svarade 26,6 procent av deltagarna att de inte var säkra på att det fanns ett protokoll för ändamålet (Lynne et. al., 2015).

I likhet skriver Skausane och Bondas (2015) i sin studie och menar att informanterna svarade att proceduren kring hur en anmälan skulle gå till föreföll osäker och de visste inte hur de skulle gå till väga. Likaså fanns en osäkerhet kring vem som skulle skriva själva rapporten. Ingen av de svarande sjuksköterskorna hade fyllt i en rapport ensamma utan att haft stöd av läkare eller chef och de föredrog att anmäla så. Dock fanns svårigheter då den andra parten inte alltid var ense om att en anmälan skulle ske och i dessa fall slutade det oftast med att anmälan uteblev. En annan aspekt var hur de skulle dokumentera så det skulle finnas bevis och att sjuksköterskorna var rädda att dokumentera för mycket. Detta kunde bero på att det är den dokumenterade sjuksköterskan som står som ansvarig och som kan komma att stå till svars i ett senare skede. De efterfrågade en lathund som de kunde luta sig mot vid osäkerhet (Skausane & Bondas, 2015).

Lee et. al. (2006) fann i sin studie att 33,3 procent (n=238) hade haft misstankar om att barn misshandlats men hade trots detta inte anmält fallet. Att anmälan uteblev berodde på att de svarande inte var säkra på hur anmälan skulle göras. Liknande resultat framkom i studien av Cho et. al. (2015) där somliga av de svarande inte visste hur en anmälan skulle göras. En del av de svarande ansåg att misstanken inte var något de skulle dokumentera alls utan det ansågs vara en fråga familjen själv fick lösa. Vidare framkommer att det bland de svarande var 70,2 procent som visste hur en anmälan skulle göras. Av dessa framgick att 45 procent dock inte visste vem som skulle göra själva anmälan och vilket ansvar de hade enligt lag. Slutligen visade studien att lite över hälften (53,3 procent) av sjuksköterskorna inte visste vart anmälan skulle skickas och 60,3 procent svarade att de inte visste vart anmälningssamtal skulle ringas (Cho et. al., 2015).

En studie (Markensson et. al., 2007) visade att informanterna saknade tillräcklig kunskap om de delar av anamnesen som krävs för adekvat dokumentation då misstänkt misshandel skett samt vilken bevisnivå som är nödvändig vid dokumentation och anmälning. Femton procent av informanterna ansåg att det var misstänkt om historien skiljde sig mellan barn och vuxen vid anamnestagning och 10 procent svarade att de inte ansåg att det var misstänkt om vuxna ändrade sina historier.

Mathews et. al. (2008) undersökte i sin studie vilken kunskap och vilken attityd sjuksköterskor hade gentemot att anmäla om de misstänkte att barn var utsatta för misshandel. De svarande sjuksköterskorna ansåg att det var positivt inställda till att göra anmälan och de visste att det var obligatoriskt. Dock upplevde sjuksköterskorna att det fanns svårigheter kring anmälan; när en anmälan skulle göras och vilka symtom som skulle dokumenteras.

Utbildning inom barnmisshandel

I en studie av Markensson et. al. (2007) efterfrågas ambulanspersonalens erfarenhet och kunskap i att känna igen, hantera, dokumentera och rapportera misstänkt barnmisshandel. De svarande deltagarna fick frågor om hur mycket utbildning kring barnmisshandel de erhållit under sin utbildning och om de erhållit någon ytterligare utbildning inom området under det senaste tolv månaderna. Merparten av informanterna i studien medgav att de erhållit mindre än 12 timmars utbildning inom barnmisshandel under de senaste tolv månaderna och ungefär 20 procent erhöll mindre än 60 timmar. Vidare visade studien att 44 procent av ambulanspersonalen inte erhållit någon utbildning alls inom området barnmisshandel. Deltagarna fick även svara på inom vilka områden inom barnmisshandel de upplevde att deras kunskap inte räckte till och som de önskade mer utbildning kring. Här svarade majoriteten (78 procent) att de önskade ytterligare utbildning kring bredden av ämnen att titta efter inom barnmisshandel och endast tre procent menade att de inte behövde mer utbildning.

Fraser et. al. (2009) fann i sin studie att endast 58,3 procent av de deltagande (n=930) hade fått utbildning i att identifiera tecken på barnmisshandel och hur man anmäler misstanken. I och med detta kände sig dessa svaranden redo och trygga med att göra anmälan om det skulle behövas. Resterande deltagare eftersökte vidareutbildning inom ämnet eftersom studiens resultat visade att en ökad utbildning ökade antalet anmälningar.

I en studie genomförd av Yehuda et. al. (2010) fick deltagarna (n=95) svara på frågor gällande identifiering och rapportering av misstänkt barnmisshandel samt om de upplevde att de behövde mer utbildning inom området. Deltagarna i studien blev tillfrågade om i vilken utsträckning de samtyckte gällande påståenden avseende att mäta deras behov av mer utbildning i att identifiera, förstå, rapportera och behandla barn som misstänkts utsatta för misshandel. De flesta av deltagarna (86,2 procent) i Yehuda et. al. (2010) studie hade tidigare deltagit i workshops eller konferenser relaterade till barnmisshandel och ungefär 40 procent hade utbildning i ämnet under sin grundutbildning. Endast 23,9 procent av deltagarna svarade att de erhållit ytterligare utbildning kring barnmisshandel. Mer än 70 procent av deltagarna identifierade flera områden, i vilka mer utbildning önskades. Ett av dessa områden var hur utsatta barn ska bemötas, hur familjen ska bemötas och hur de utsatta barnen ska tas om hand (Yehuda et. al., 2010).

Stevens och Alexander (2005) visar i sin studie att ambulanspersonalen inte kände sig helt säkra med hur de skulle agera vid misstanke om barnmisshandel för att tillhandahålla rätt och adekvat vård.

Informanterna i studien önskade vidareutbildning och det ska vara obligatoriskt för ambulanspersonal att få vidareutbildning inom områden som involverar barn (Stevens & Alexander, 2005). Liknande resultat framhåller Skausane och Bondas (2015) i sin studie där de tillfrågade sjuksköterskorna önskade mer utbildning. Sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräcklig utbildning inom barnmisshandel och om hur anmälan ska göras.

I Lee et. al. (2006) studies resultat framkom att 84 procent av deltagarna (n=238) inte hade fått någon utbildning i att kunna identifiera tecken på barnmisshandel under sin grundutbildning. Detta eftersom de flesta skolor inte erbjuder kurser inom ämnet i grundutbildningen. Åttiosju procent av studiens deltagare hade inte erhållit regelbunden utbildning inom barnmisshandel på sin arbetsplats. Endast ett, sjukhus i studien, tillhandahöll en kontinuerlig utbildning i ämnet som de anställda fick gå. Av de sjukhus som ingick i studien tillhandahöll sju stycken information om valbara kurser inom ämnet barnmisshandel men dessa var frivilliga att gå på och närvaron på kurserna var låga. I motsats framhåller Cho et. al. (2015) att deltagarna i deras studie höll en hög utbildningsnivå och 50,4 procent av dessa hade utbildning och träning inom ämnet barnmisshandel. Däremot eftersöktes i studien mer utbildning i hur en anmälan ska gå till.

De svarande i Tiyyagura et. al. (2015) och King och Reid (2003) studier, önskade mer utbildning och träning i ämnet för att våga göra en anmälan och för att inte missa tydliga identifierbara tecken på att misshandel skett. Det framkom en stor del av sjuksköterskorna inte hade någon formell utbildning på att upptäcka risker för barn och deras hälsa och att kunna se tecken på missförhållanden.

Akutpersonalens emotionella upplevelser av misstänkt barnmisshandel

Studier visade att akutpersonal upplevde rädsla för att anmäla och det kunde härledas till deras rädsla att göra fel, för rättsliga påföljder eller rädsla för anhörigas reaktioner. Likaså visade studier att akutpersonalen upplevde stress i olika varianter relaterade till fall där barnmisshandel förekommit. Själva mötet med utsatta barn skapade stress men även att göra en anmälan kunde verka stressande (Tiyyagura et. al., 2015, 2017; Skausane & Bondas, 2015; Louwers, 2012).

Rädslor

Akutpersonal som ställs inför möten med familjer, i vilken misstanke finns att barn utsatts för misshandel upplever rädslor av olika slag. Tiyyagura et. al. (2015) visar att svaranden i deras studie uppgav att de var rädda för att bli indragna i rättsliga processer om de anmälde sina misstankar. Likaså fanns rädslan för att anmäla felaktiga bedömningar och på så vis dra in familjen i processen utan saklig grund. Liknande resultat visas i en annan studie (Tiyyagura et. al., 2017), i vilken sjuksköterskorna även där inte rapporterade sina misstankar av rädsla för rättsliga påföljder. Sjuksköterskorna upplevde det obekvämt och oroande att behöva vittna om anmälda fall. Vidare upplevde studiens sjuksköterskor att de trots sina misstankar inte rapporterade vissa fall av rädsla för att göra en felaktig bedömning av situationen. De ville inte utsätta en oskyldig anhörig för hela proceduren om de inte var säkra, då både proceduren och anmälan ansågs avskräckande.

Skausane och Bondas (2015) fann att informanterna i studien funderade på vilka konsekvenserna skulle bli för det utsatta barnet och dess familj men även för dem själva.

Informanterna upplevde svårigheter i att veta när de borde reagera eftersom det exempelvis finns gråzoner inom vad som ska definieras som barnmisshandel. Flertalet av de svarande upplevde att de kunde känna en magkänsla som sa dem att något inte stod rätt till vid möten med barn men att det var svårt att våga följa denna känsla. Sjuksköterskor svarade att de övervägde fram och tillbaka eftersom de inte var säkra på om föräldrarna talade sanning eller inte eller om de hade rätt i sina farhågor (Skausane & Bondas, 2015). Lee et. al. (2006) fann också att de svarande i studien varit säkra på att misshandel förekommit men inte vågat anmäla av rädsla för anhörigas reaktion och konsekvenserna för barnet och dem själva. Kommunikation med anhöriga var en annan rädsla som visades i studien, att våga ta den diskussionen med anhöriga att det finns misstankar på att barnets skador är framkallade av annan person.

En annan aspekt av rädslan vid möten med barn som misstänks utsatta för misshandel fann Louwers et. al. (2012) i sin studie, där ambulanspersonal upplevde barriärer vid kommunikationen med anhöriga gällande misstankarna om barnmisshandel. Vid en topp till två undersökning till exempel, kan anhöriga protestera och inte vilja att ambulanspersonalen utföra den. Vid dessa lägen uppgav de svarande att de var rädda för att ta diskussionen om att de misstänkte misshandel. Ambulanspersonalen i studien upplevde att de försökte fokusera på patientens medicinska omvårdnad och den åkomma som barnet sökt vård för istället för att fokusera på sina misstankar. Därav gjorde rädslan att ambulanspersonalen lade sina tankar åt sidan och hoppades att nästa instans skulle påbörja en utredning.

Stress

Svårigheter att göra en anmälan då misstanke finns att barn blivit utsatt för misshandel kunde skapa stress och Tiyyagura et. al. (2015; 2017) visar att sjuksköterskor som arbetade på akutmottagningen upplevde stress och fann det svårt att hinna fylla i anmälningen. De hade flera patienter på samma gång och det upplevdes tidskrävande att fylla i anmälningsblanketten och skulle anmälan ske via telefonen fanns det inte tid att ringa. Skulle anmälan ske via telefonsamtal kunde det inte ske under arbetstid då samtalet kunde innebära väntetider för att få tag i rätt person. Även om anmälan gavs muntligt skulle den också skrivas ner. Allt detta var tidskrävande och medförde att sjuksköterskorna kom efter med det dagliga arbetet och skapade än mer stress (Tiyyagura et. al., 2015; 2017). Det håller Cho et. al. (2015) med om då informanterna i deras studie uppgav att den stora arbetsbördan var en orsak till att tiden till en anmälan inte fanns och att det i sin tur skapade ökad stress.

Regehr, Goldberg och Hughes (2002) beskriver i sin studie hur ambulanspersonal reagerat då de befunnit sig i kritiska situationer som involverat barn som misshandlats. Samtliga informanter (n=86) i studien svarade att de hade utsatts för åtminstone en av de efterfrågade kritiska situationerna under sina karriärer och detta inkluderade situationer där barn var involverade. Vidare tillfrågades informanterna huruvida de blivit känslomässigt lidande av dessa kritiska situationer och även om psykisk stress är en objektiv upplevelse svarade samtliga jakande. Åttiofva procent av informanterna svarade att de blivit helt överväldigade av situationen eller att de upplevt situationen som djupt störande. Likaså visade studien att, de informanter som konfronterats med barn som avlidit, upplevde känslomässigt lidande i högre grad. En av de vanligaste kritiska situationerna, som informanterna definierade som traumatiska och som skapade känslomässigt stress, var barnmisshandel. Informanterna i studien kunde återge dessa situationer i detalj och kunde återge hur omgivningen sett ut och detaljer kring det drabbade barnet.

En informant kom i detalj ihåg mötet med en tioårig pojke som fått halsen avskuren, en annan minns en bebis som kvävts i sömnen och en tredje minns och kunde beskriva mötet med en bebis som bränts ihjäl i ugnen. Dessa kritiska situationer som informanterna upplevt skapade stress i olika grad och kunde involvera depressiva symtom, post-traumatic stress och ibland kunde stressen leda till missbruk av alkohol eller andra substanser (Regehr et. al., 2002).

Slutligen visar Maunder et. al. (2011) i sin studie att ambulanspersonal som mer frekvent rapporterar misstänkt barnmisshandel, upplever en direkt inre stress kopplat till situationen. I samband med att en anmälan gjordes upplevde 60 procent av deltagarna stress och ångest.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Valet att genomföra en litteraturöversikt diskuterades efter att syftet arbetats fram. Eftersom en litteraturöversikt strävar efter att belysa aktuellt kunskapsläge och kan påvisa bristerna av forskning ansågs metoden som lämplig för att besvara syftet. En litteraturöversikt mäter det som avses mätas enligt Forsberg & Wengström (2013) och har därmed stark validitet.

I den inledande fasen av arbetet gjordes sökningar, för att säkerställa att det fanns ett tillräckligt vetenskapligt underlag och det ansågs det göra. Vid senare sökningar upplevdes att det inte fanns tillräckligt med vetenskapligt underlag som inkluderade ambulanssjuksköterskor, utan sökningarna fick inkludera sjuksköterskor som arbetade på akutmottagning. Akutsjuksköterskor är de första som möter de utsatta barnen på sjukhuset och därav är möjligheten att upptäcka eventuell misshandel likvärdig ambulanspersonalens. Akutsjuksköterskans arbete ingår till viss del i den prehospitala verksamheten. Andra sjuksköterskor som också träffar på utsatta barn inom andra instanser exkluderades eftersom fokus låg prehospitalt. En intervjustudie hade kunnat ge ett starkare underlag och därför kan valet av metod ses som en svaghet i detta fall, även om syftet besvarats. En egen definition på begreppet akutpersonal skapades och inkluderade all personal som arbetar inom ambulansen, såsom sjuksköterskor, sjukvårdare och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt sjuksköterskor som arbetar på akutmottagning. Detta gjordes då yrkestiteln ambulanssjuksköterska inte återfinns i världen och inom ambulanssjukvården arbetar människor med olika yrkestitlar. World health organisation (2005) påtalar att det inte finns ett vedertaget globalt beslut om krav på specifik kompetens inom ambulanssjukvård. Detta medför att föreliggande litteraturöversikts inklusionskriterier kan ses som en styrka då sökningarna skapar bredd och innefattar samtliga kompetenser inom området.

Det gjordes enbart begränsningar att det vetenskapliga underlaget skulle finnas i full text, vilket kan ses som en styrka enligt Östlundh (2012) eftersom ingen relevant litteratur riskerar att sållats bort. De artiklar som inte gick att hitta via internet beställdes via biblioteket, vilket medförde att samtliga artiklar erhöles. Detta ses som en styrka, då ingen relevant litteratur uteblev. Eftersom det inte gjordes begränsningar avseende år, kan detta ses som en svaghet, då begränsningar av ett tidsspänn på tio år genererar det aktuella kunskapsläget (Friberg, 2012). Att studiens resultat baserades på vetenskaplig litteratur skriven på engelska kan anses som en svaghet, då litteraturen översätts och tolkas därmed kan syftnings- och tolkningsfel förekomma. Uppsatsförfattarna har strävat efter att tolka det vetenskapliga underlaget förutsättningslöst och utan att blanda in den egna förförståelsen. Litteraturöversikten hade från starten enbart tänkt inkludera vetenskapliga artiklar med hög- eller medelhög kvalitet, för att säkerställa litteraturöversiktens validitet.

Eftersom underlaget visade sig vara begränsat valdes att inkludera två artiklar av låg kvalitet för ett mer omfattande resultat. Detta kan ses som en svaghet då studiens validitet kunde påverkas. Granskningen av de vetenskapliga artiklarna genomfördes genom att uppskatta artiklarnas kvalitet, reliabilitet och validitet och kan ses som en svaghet eftersom bedömningen görs utifrån egna perspektiv. Var för sig gjordes dock först egna granskningar av artiklarna och sedan tillsammans via Skype. Eftersom den slutliga granskningen av artiklarna skedde gemensamt, kan det ses som en styrka då kvalitén på bedömningarna ökar. Eftersom en granskningsmall använts stärks trovärdigheten av studien, vilket samtidigt är en styrka (Friberg, 2012; Forsberg & Wengström, 2013).

Polit och Beck (2012) skriver att vetenskapliga artiklar bör sökas i databaser som täcker omvårdnadsforskning och däri ingår databaserna PubMed, CINAHL och psycINFO. Forsberg och Wengström (2013) rekommenderar att sökningar ska ske i databaser som innefattar omvårdnadsforskning. Enbart databasen PubMed användes eftersom valda vetenskapliga artiklar framkom i andra databaser. Detta borde inte ses som svaghet eftersom samma material återfanns i andra sökningar. Valet av sökorden i föreliggande litteraturöversikt kan ses som en svaghet, då andra ord kan ha liknande betydelser. Samma artiklar återfanns då sökningar gjordes med synonymer till valda sökord, varvid sökningarna och sökorden borde ses som en styrka. Likaså återfanns valda artiklar i flertalet referenslistor på annan litteratur, vilket kan tyda på att det vetenskapliga underlaget var begränsat. Dataanalysen genomfördes med inspiration av Friberg (2012) och eftersom uppsatsförfattarna först analyserade artiklarna enskilt och sedan tillsammans ses det som en styrka, då tolkningar och egna funderingar kunde jämföras sinsemellan. Polit och Beck (2012) menar att denna metod minskar riskerna att relevant fakta uteblir. Inkluderade artiklar i föreliggande litteraturöversikt skulle vara etiskt godkända/ granskade och Polit och Beck (2012) menar att detta säkerställer kvalitén och trovärdigheten i en litteraturöversikt. Litteraturöversiktens resultat baseras på 15 stycken vetenskapliga artiklar av kvalitativ och mixad metod. Forsberg och Wengström (2013) och Polit och Beck (2012) påtalar att användandet av både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar ökar möjligheterna att få fram mesta möjliga av redan publicerad forskning. Polit och Beck (2012) menar att en jämn fördelning av kvalitativa respektive kvantitativa artiklar ger styrka åt litteraturöversiktens resultat, vilket gör att föreliggande litteraturstudies resultat kan ses som en svaghet då inga enbart kvantitativa studier ingår. Att inkludera kvalitativa studier ökar litteraturöversiktens överförbarhet. Det inkluderade vetenskapliga underlaget kom från åtta länder, vilket kan ses som en svaghet, då resultatet inte är globalt överförbart.

Eftersom uppsatsförfattarna bor på olika orter fick samarbetet ske via Skypeträffar och arbetet skrevs fortlöpande i Opendocs, vilket kan ses som en styrka då arbetet hela tiden fanns tillgängligt för båda att arbeta i. Ändringar som gjordes färgmarkerades så uppdateringarna syntes tydligt för båda och den senaste versionen fanns alltid tillgänglig. Detta medförde att ingen av uppsatsförfattarna riskerade att missa någon revidering.

Resultatdiskussion

Litteraturöversiktens syfte var att belysa akutpersonalens erfarenhet av situationer där barn misstänkts utsatta för barnmisshandel, med särskilt fokus på det prehospitala mötet.

Akutpersonalens bristande kunskap avseende barnmisshandel

Resultatet visade tydligt att akutpersonals bristande kunskaper avseende barnmisshandel var ett problem. Det gemensamma resultatet i studierna visade att akutpersonal upplevde svårigheter med att identifiera tecken på att misshandel förekommit, svårighet att dokumentera och anmäla. Likaså upplevde akutpersonalen att de inte hade tillräckliga kunskaper inom ämnet, vilket Markensson et. al. (2007), Tiyyagura et. al. (2015:2017) och Choo et. al. (2015), visade i denna studie. Liknande resultat har redovisats i studier av Leetch och Woolridge (2013) och Maguire (2010) där tidig identifiering av tecken är en viktig del i upptäckandet av misshandel. Vidare visar Leetch och Woolridge (2013) och Maguire (2010) att blåmärken är det vanligaste kliniska fyndet och Leetch och Woolridge (2013) menar att nästintill 44 procent av fall med dödlig eller nästan dödlig utgång har en tidigare medicinsk historia av dokumenterade blåmärken.

En annan aspekt i denna studie var att ambulanspersonal upplevde svårigheter att identifiera tecken på barnmisshandel visar Tiyyagura et. al. (2017), då informanterna uppgav att det kunde vara lättare att direkt tro på anhörigas historia om händelseförloppet och på så vis missa de kliniska tecknen på barnen. King et. al., (1993) visar i sin studie att ambulanspersonal kommer ofta i kontakt med det utsatta barnet i dennes hemmiljö och är därför den första personen som kan utvärdera situationen. Virginia Henderson (1982) menar, i sin omvårdnadsteori, att det åligger på sjuksköterskan att skydda patienten mot omgivningens faror och miljön, i vilken patienten befinner sig i ska tas i beaktande. Bergenlöv (2009) menar att misshandeln av barn oftast sker i hemmet och att en nära anhörig är den som utövar våldet och Leetch och Woolridge (2015) skriver i sin studie att det är en fördel om det utsatta barnet och anhöriga inte lämnar anamnes på samma plats. Edgerly (2015) skriver likaså att ambulanspersonalen kommer oftast till det utsatta barnet i dess hemmiljö och kan därigenom skapa sig en bra uppfattning om omgivningen och dynamiken i familjen. Det ligger därför ett stort ansvar på ambulanspersonal att både upptäcka och vidare rapportera misstänkt barnmisshandel.

Denna studie visade att akutpersonal upplevde kunskapsbrist kring barnmisshandel och Markensson et. al. (2007) skriver att sjuksköterskorna hade svårt att bedöma vilka skador som var åsamkade av annan. Likaså upplevde sjuksköterskorna det misstänkt om historien skiljde sig mellan barn och anhörig. Gurchiek och Maggiore (2004) skriver också, i sin studie, om hur viktig ambulanspersonalen är för att upptäcka om det förekommer barnmisshandel då de ofta möter det drabbade barnet i sin hemmiljö. Utöver detta visar Gurchiek och Maggiore (2004) att det är en utmaning för ambulanspersonal att möta barn som misstänks utsatta för misshandel och det ställer höga krav på att vara professionell och objektiv. Det är viktigt att skapa en relation till det utsatta barnet och det är viktigt att dokumentera kliniska fynd liksom barnets egna berättelse och försöka bedöma omgivningens interaktion. Relationen mellan sjuksköterskan och patienten är en viktig del i Henderssons (1982) teori och genom relationen kan sjuksköterskan sätta sig in i patienten situation. På så vis kan sjuksköterskan öka sin förståelse för patientens vårdbehov. En god vård baseras på samspelet mellan sjuksköterska och patient. Keane och Chapman (2007) skriver att sjuksköterskor på akutmottagningar är de första som möter de utsatta barnen och de spelar en viktig roll vid upptäckandet och rapporteringen av barnmisshandel.

Studien visade på att akutpersonal har anmälningsplikt i flera länder vid misstanke om att barn blir utsatta för misshandel och likväl brister det i dokumentation och anmälning skriver Lynne et. al. (2015), Skausane och Bondas (2015), Lee et. al. (2006), Tiyyugara et. al. (2017), Markensson et. al. (2007) och Mathews et. al. (2008).

I Sverige har vi Socialtjänstlagen (SFS, 2001: 453), vilken påvisar att en anmälan ska göras vid minsta misstanke om barnmisshandel. Likaså framkommer i ambulanssjuksköterskans kompetensbeskrivning (RAS & Svensk sjuksköterskeförening, 2017) att ambulanssjuksköterskan ska identifiera misstänkt misshandel och att de ska rapportera enligt lokala riktlinjer. Det är därav viktigt att alla som arbetar inom ambulansen ska ha kunskap om hur anmälan ska göras (Edgerly, 2015). Sjuksköterskor anmäler inte, trots sin anmälningsskyldighet, vid misstänkt barnmisshandel och Lagerberg (2004) visar att endast 11 procent i deras studie anmälde sina misstankar.

Det framkom av denna studie att det finns svårigheter med att rapportera barnmisshandel (King et. al., 2012). I Edgerlys (2015) studie redovisas liknande svårigheter med rapportering av misstänkt barnmisshandel. Det framkommer att avsaknad av utbildning, träning och svårigheter att se vad som är misshandel eller inte bidrar till få anmälningar. Likaså visade Edgerly (2015) att ambulanspersonal inte rapporterar sina misstankar utan inväntar att nästa led i sjukvården ska göra det (King et. al., 2012). Lines et. al. (2016) har i sin studie påtalat att trots att det råder anmälningsskyldighet och att det är etiskt rätt att anmäla, uteblir det då sjuksköterskor inte känner att det har tillräcklig kunskap om ämnet.

Akutpersonalens emotionella upplevelser av misstänkt barnmisshandel

Resultatet visade att akutpersonalens hade emotionella upplevelser, såsom rädslor och stress, av att möta barn som misstänks utsatta för misshandel. Gemensamma resultatet i studien visade rädslor att göra felbedömningar, att få rättsliga påföljder eller rädslor för anhörigas reaktioner. Likaså visade det gemensamma resultatet att stress i olika grader var relaterade till barnmisshandel skriver Tiyyagura et. al. (2015: 2017), Regehr et. al. (2002), Skausane och Bondas (2015), Louwers et. al. (2012), Maunder et. al. (2011) och Cho et. al. (2015) och visar att det kunde yttra sig genom rädsla för anhörigas reaktion, rättsliga efterspel och psykosocial stress. Liknande resultat visar Lines et. al. (2016) som skriver att sjuksköterskorna kunde uppleva rädslor att förstöra relationen mellan patient och anhörig om de anmälde sina misstankar. Likaså kunde de svara i Lines et. al. (2016) studie avstå från att göra en anmälan, vilket kunde bero på rädslan för hot från anhöriga. Louwers et. al. (2012) menar att ambulanspersonal kunde uppleva rädsla för att kommunicera med anhöriga vid misstanke om barnmisshandel och rädslan blev ett hinder i fortsatta vården (Louwers et. al., 2012). Denna studie visar att ambulanspersonalen upplevde rädslor att anmäla, eftersom de var rädda för konsekvenser dels för barnet och dels för de själva. Vidare upplevdes rädsla för att ha fel och på så vis utsätta en oskyldig för felaktig anmälan (Tiyyagura et. al., 2015: 2017; Skausane & Bondas, 2015).

Tingberg et. al. (2008) menar att sjuksköterskans arbete ska genomsyras av ett professionellt förhållningssätt och visar i sin studie att denna professionalism kunde upprätthållas vid möten med utsatta barn och dess familj. Sjuksköterskorna upprätthöll ett professionellt förhållningssätt trots att de upplevde starka negativa känslor inför vad föräldrarna utsatt barnen för (Tingberg et. al., 2008). Sjuksköterskan skall ha ett professionellt bemötande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Abelson och Lindwall (2015) fann i sin studie att ambulanssjuksköterskan ibland frångick sin professionalitet och valde att inte se eventuella tecken på barnmisshandel. De ignorerade patientens utsatta situation och koncentrerade sig på det medicinska (Abelson & Lindwall, 2015). Detta kan relateras till denna studie där det framgick att anmälan ibland uteblev trots att ambulanspersonal fattat misstankar om misshandel. Detta berodde på att personalen inte ville bli inblandad eller ha en åsikt och att det är ett familjeärende som inte ska handläggas av andra personer än familjen själva (Cho et. al., 2015).

Borimnejad och Khoshnavay Fomani (2015) har i sin studie funnit att ambulanspersonal ibland väljer att inte anmäla sina misstankar. Det kunde det bero på att de tidigare gjort anmälan, som lett till en obekvämlig situation för både personalen och anhöriga. Ambulanspersonalen, som anmält sina misstankar, upplevde att de blev utsatta för anhörigas aggressioner. De fann likaså kulturella aspekter av att anmäla då det råder delade meningar om vad som är misshandel och vad som är barnuppföstran. Becker et. al. (2013) framhåller också att den kulturella och etiska aspekten spelar en stor roll om misshandeln anmäls eller inte. Ambulanspersonal kunde anse en skada som icke misstänkt, beroende på egna kulturen och värderingar, medan en annan fann det misstänkt.

Det framkom i denna studie att ambulanspersonal kunde uppleva en ökad stress efter att anmält sina misstankar (Maunder et. al., 2011). Liknande resultat visar Jonsson et. al. (2002), som i sin studie undersökte hur traumatiska händelser påverkar ambulanspersonalen. Det visade sig att ambulanspersonal som varit involverade vid incidenter med barnmisshandel och som gjort anmälan utvecklade en ökad posttraumatisk stress. (Jonsson et. al., 2002).

Slutsats

Denna studie visar att barnmisshandel är ett svårt ämne, som behöver lyftas fram och uppmärksammas. Akutpersonal upplever otillräckliga kunskaper kring barnmisshandel och situationer där misstankar fanns att barn utsattes för misshandel, kunde skapa stress och rädslor. Med en klar bild hur akutpersonalen ska upptäcka tecken, vilka frågor och undersökningar som ska ställas/ bli gjorda och var anmälan ska göras, finns möjligheterna för att akutpersonal ska upptäcka och våga anmäla mer än de gör idag.

Klinisk tillämpbarhet

Studiens resultat kan bidra till att skapa ett intresse i verksamheterna att se över vilka rutiner som finns angående anmälan vid misstanke att barn misshandlas. Resultat kan bidra till en ökad medvetenhet hos akutpersonal om barnmisshandel, vad det innebär och vad som kan göras för att motarbeta och förebygga problemet. En ökad medvetenhet och kunskap hos akutpersonalen kan skapas genom bland annat utbildning, diskussion och reflektion. Ett sätt är att påvisa studien för föreningen för ledningsansvariga inom svensk ambulanssjukvård [FLISA] och därigenom nå ut till verksamheterna. FLISA anordnar varje år kompetensdagar, kongresser och temadagar där deltagarna och verksamheterna kan utvecklas tillsammans. Studiens resultat kan bidra till att skapa förutsättningar för att en gemensam anmälningsstrategi på regional och internationell nivå, för att förbättra miljön för de utsatta barnen.

REFERENSLITTERATUR

Abelsson, A., & Lindwall, L. (2015). What is dignity in prehospital emergency care? *Nursing Ethics*, 24(3), 268–278. doi:10.1177/0969733015595544

Barnkonventionen. (2006). *UD:s skrift " Mänskliga rättigheter- Konventionen om barnets rättigheter"*. [Broschyr]. Hämtad från <https://unicef.se/rapporter-och-publikationer/barnkonventionen>

Becker, K. T., Gausche- Hill, M., Aswegen, L. A., Baker, F. E., Bookman, J. K., Bradley, N. R., ... & Shoenwetter, J. D. (2013). Ethical challenges in emergency medical services: Controversies and recommendations. *Prehospital Disaster Medicine*, 28(5), 488–497. doi:10.1017/S1049023X13008728

Benger, J. & McCabe, S. (2001). Burns and scalds in pre-school children attending accident and emergency: Accident or abuse? *Emergency Medicine Journal*, 18, 172–174. Hämtad från <http://emj.bmj.com/content/emered/18/3/172.full.pdf>

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Bergenlöv, E. (2009). *Drabbade barn: Aga och barnmisshandel i Sverige från reformationen till nutid*. Lund: NordicAcademicPress

Blair, L., Clauss, E., & Meredith, M. (2011). Child abuse: Discovering the horrifying truth. *Journal of Emergency Medical Services*, 36(10), 62–7. doi: 10.1016/S0197-2510(11)70262-5

Borimnejad, L., & Khoshnavay Fomani, F. (2015). Child abuse reporting barriers: Iranian nurses' experiences. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(8), doi:10.5812/ircmj.22296v2

Brå. (2018). *Barnmisshandel*. Hämtad 21 februari, 2017, från <https://www.bra.se/brott-och-statistik/statistik-utifran-brottstyper/barnmisshandel.html>

Butchart, A., & Phinney Harvey, A. (2006). Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Hämtad 9 april, 2018, från http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1

Cho, O-H., Cha, K-S., & Yoo, Y-S. (2015). Awareness and attitudes towards violence and abuse among emergency nurses. *Asian Nursing Research*, 9, 213–218. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2015.03.003>

Christian, C. W. & Block, R. (2009). Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*, 123. doi: 10.1542/peds.2009-0408

Concialdi, M., Read, S. (2016). Child abuse and neglect: Mandatory reporting for EMS providers. What to look for, what to report and how. Hämtad 18 oktober, 2017, från <https://www.emsworld.com/article/12192768/child-abuse-and-neglect-mandatory-reporting-for-ems-providers>

Edgerly, D. (2015). Noticing neglect. EMS is positioned to recognize & report potential abuse or maltreatment. *Journal of Emergency Medical Services*. Hämtad 21 augusti, 2017, från <http://www.jemsdigital.com/jems/201507?pg=30#pg30>.

El-Radhi, A. S. (2015). Safeguarding the welfare of children: What is the nurse's role? *British Journal of Nursing*, 24(15), 769–773. doi: 10.12968/bjon.2015.24.15.769

Flaherty, E. G., PerezRossello, J. M., Levine, M. A., WL, H. (2014). Evaluating children with fractures for child physical abuse. *Pediatrics*. 133(2). doi: 10.1542/peds.2013-3793

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. uppl.). Stockholm: Natur och kultur.

Fraser, A. J., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L. & Dunne, M. (2009). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 146-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015

Friberg, F. (2010). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. I. B. F. Friberg. (Red.). (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Gurchiek, D., & Maggiore, W.A. (2004). How to dokument the unthinkable: 7 situations in which EMS records could become evidence in court. *Journal of Emergency Medical Services*. Hämtad 3 september, 2017, från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15499330>

Helander, E. (2011). *Lost Lives – the pandemic violence against children*. Lund: Academic Press.

Henderson, V. (1982). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet* (3: uppl.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.

International Council of Nurses. (2012). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Rev.utg.). Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Janson S, Jernbro C., & Långberg, B. (2011). *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige – en nationell kartläggning 2011*. Hämtad från http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2013/11/Kroppslig_bestrafning_webb.pdf

Jonsson, A., Segesten, K. & Mattsson, B. (2002). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medical Journal*, 20, 79–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/emj.20.1.79>

Keane, C., & Chapman, R. (2008). Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 16(1), 5-13. doi: 10.1016/j.ienj.2007.11.006.

- King, R. B., Baker, D. M. & Ludwig, S. (2012). Reporting of child abuse by prehospital personnel. *World Association for Disaster and Emergency Medicine*, 8, 67–68. doi: 10.1017/S1049023X00040036.
- King, W., & Reid C. (1993). National audit of emergency department child protection procedures. *Emergency Medical Journal*, 20, 222–224. Hämtad 20 oktober, 2017, från www.emjonline.com
- Kodner C. & Wetherton A. (2013). Diagnosis and management of physical abuse in children. *American Family Physician*, 88(10), 669-675. Hämtad 8 april, 2018, från <https://www.aafp.org/afp/2013/1115/p669.html>
- Lagerberg D. (2004). A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. II. Characteristics of the children. *Acta Paediatrica*, 93(5), 692-701. Hämtad 17 november, 2017 från: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2004.tb02999.x>
- Lee, P-Y., Fraser, A. J., & Chou, F-H. (2006) Nurse reporting of known and suspected child abuse and neglect cases in Taiwan. *Kaohsiung Journal of Medical Science*, 23(3), 128–37. doi: [http://doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70387-0](http://doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70387-0)
- Leetch, A. N., & Woolridge, D. (2013). Emergency department evaluation of child abuse. *Emergency Medicine Clinic North America*, 31, 853–873. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2013.04.003>
- Lines, L. E., Hutton, A. E., & Grant, J. (2016). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 302–322. doi: 10.1111/jan.13101
- Louwers, CFM, E., Korfage, J. I., Affourtit, J. M., De Koning, J. H., & Moll, A. H. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12. Hämtad 18 oktober, 2017, från <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/167>
- Lukas, S., & Otterman, G. (2014). Rikshandboken- Barnhälsovård. Hämtad 6 september, 2017, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barn-som-far-illa/Fysiska-tecken-pa-misshandel/>
- Lynne, E. G., Gifford, E. J., Evans, K. E., & Rosch, J. B. (2015). Barriers to reporting child maltreatment: Do emergency medical services professionals fully understand their role as mandatory reporters. *North Carolina Medical Journal*, 76(1),13-8. doi: 10.18043/ncm.76.1.13
- Maguire, S. (2010). Which injuries may indicate child abuse? *Archives of Disease in Childhood- Education and Practice Education*, 95, 1707. doi:10.1136/170 adc.2009.170431
- McCole-Wilson, R. (1999). A study of attitudes towards corporal punishment as an educational procedure from the earliest times to the present. Hämtad 9 april, 2018, från <http://www.zona-pellucida.com/wilson04.html>

Markenson, D., Tunik M., Cooper, A., Olson L., Cook, L., Matza-Haughton, H., ... Foltin, G. (2006). A national assessment of knowledge, attitudes and confidence of prehospital providers in the 2005–2121. *Assessment and Management of Child Maltreatment*. doi: 10.1542/peds.2005-2121

Mathews, B., Fraser, J., Walsh, K., Dunne, M., Kilby, S., Chen, L. (2008). Queensland nurses' attitudes towards and knowledge of the legislative duty to report child abuse and neglect: Results of a state-wide survey. *Journal of Law and Medicine*, 16, 288–304. Hämtad från <https://eprints.qut.edu.au/14259/1/14259.pdf>

Maunder, G. R., Halpern, J., Schwartz, B., & Gurevich, M. (2011). Symptoms and responses to critical incidents in paramedics who have experienced childhood abuse and neglect. *Emergency Medical Journal*, 29(3), 222–7. doi: 10.1136/emj.2010.099838

Newton, W. A., & Vandeven, M. A. (2006). Update on childmaltreatment with a special focus on shaken baby syndrome. *Current Opinion in Pediatrics*, 17(2), 246–251. doi: 10.1097/01.mop.0000158730.56669.b1

Parks, S. E., Annet, J. L., Hill, H. A. & Karch, D. L. (2012). Pediatric abusive head trauma: Recommended definitions for public health surveillance and research. *Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention*. Hämtad från <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/pedheadtrauma-a.pdf>

Pierce, M. C., Kaczor, K., Aldridge, S., O'Flynn, J. & Lorenz, D. J. (2010). Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics*, 125. doi: 10.1542/peds.2008-3632

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J (2002). Exposure to human tragedy, empathy and trauma in ambulance paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 505–513. doi: 10.1037//0002-9432.72.4.505

Riksföreningen för akutsjuksköterskor., & Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/sena/akutkomp-2017_tryck-1.pdf

Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor., & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/aktuellt-och-press-svensk-sjukskoterskeforening/ambulans.kompbeskr.webb.pdf>

Rädda Barnen. (2012). *Detta borde alla veta om barnmisshandel*. Stockholm: Rädda Barnen. Hämtad från <https://www.raddabarnen.se/Documents/vad-vi-gor/sverige/vald-och-overgrepp/detta-borde-alla-veta-om-barnmisshandel.pdf>

Skausane K., & Bondas T. (2015). Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse. *Clinical Nursing Studies*, 4(1). doi:10.5430/cns.v4n1p24

Socialstyrelsen. (2014). *Anmäla oro för barn: Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare* [Broschyr]. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-6-5>

Socialstyrelsen. (2016). *Våld- Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf>

SOSFS 2009:10. *Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m.* Hämtad 21 oktober, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10>

SOU 2001:72. Hämtad 28 februari 2017 från <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2001/08/sou-200172/>

Stevens, S. L., & Alexander, L. J. (2005). The impact of training and experience on EMS providers' feelings toward pediatric emergencies in a rural state. *Pediatric Emergency Care, 21*(1). doi: 10.1097/01.pec.0000150982.96357

SFS 1949:381. *Föräldrabalk*. Hämtad 28 augusti, 2017, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381#K11

SFS 1962:700. *Brottsbalk*. Hämtad 3 november, 2017, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 28 augusti, 2017, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Hämtad 28 augusti, 2017, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Svensk sjuksköterskeförening., & Svenska Läkaresällskapet. (2013). *Teamarbete & Förbättringskunskap: två kärnkompetenser för god och säker vård*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet/teamarbete.och.forbattringskundkap.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Taylor, J., & Bradbury-Jones, C. (2015). Child maltreatment: Every nurse's business. *Nursing Standard, 18*(29), 53-8. doi: 10.7748/ns.29.29.53.e9636.

Tingberg, B., Bredlöv, B., & Ygge, B. M. (2008). Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing, 17*(20), 2718-24. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x.

- Tiyyagura, G. K., Gawel, M., Alphonso, A., Koziel, J., Bilodeau, K., & Bechtel, K. (2015). Barriers and facilitators to recognition and reporting of child abuse by prehospital providers. *Prehospital Emergency Care, 21*(1), 46–53. doi: 10.1080/10903127.2016.1204038
- Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, R. J., Asnes, A., & Bechtel, K. (2017). Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Annals of Emergency Medicine, 66*(5), doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.snnemergmed.2015.06.020>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God Forskningssed*. Hämtad från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>
- Weintrab, B., Lazzara, P., Fuchs, S., & Wiltsek, D. L. (2002). Child maltreatment awareness for prehospital providers. *International Journal of Trauma Nursing, 8*(3). doi: 10.1067/mtn.2002.126365
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005.) The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing, 52*, 546–553. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2015). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (2002). *Child abuse and neglect facts*. Hämtad från http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/childabusefacts.pdf
- World Health Organization. (2005). *Prehospital trauma care systems*. Hämtad från http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/services/39162_oms_new.pdf
- Woodman, J., Brandon, M., Bailey, S., Belderson, P., Sidebotham, P., & Gilbert, R. (2011). Healthcare use by children fatally or seriously harmed by child maltreatment: Analysis of a national case series 2005-2007. *Archives of Disease in Childhood, 96*(3), 270-275. doi:10.1136/adc.2010.190314
- Yehuda, B. Y., Attar-Schwartz, S., Ziv, A., Jedwab, M., & Benbenishty, R. (2010). Child abuse and neglect: Reporting by health professionals and their need for training. *Israel Medicine Association Journal, 12*(10), 598-602. Hämtad från <https://pdfs.semanticscholar.org/bf3d/d64452cbb74ca4da1ae4377efaffa8da9b51.pdf>
- Östlund, L. (2012) Informationssökning. I F., Friberg (red), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2. Uppl.) Lund, studentlitteratur.

Bilaga 1 Matris över vetenskapliga artiklar (n=15)

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/ Typ
Cho, O-H., Cha, K-S., & Yoo, Y-S. 2015 Sydkorea	Awerness and Attitudes Towards Violence and Abuse among Emergency Nurses	Syftet var att identifiera allmänna kunskaper kring misshandel och våld i hemmet och undersöka attityder hos sjuksköterskor på akutmottagning.	Tvärsnittsstudie	n=137 (6)	Sextio procent av de tillfrågade sjuksköterskorna hade erfarenhet av att misstänka barnmisshandel, trots detta var det ungefär hälften (53,4 procent) av fallen som anmäldes. Detta kunde bero på upplevelsen av bristande bevis, att det inte fanns tid att fylla i anmälan, okunskap i hur en anmälan ska göras och somliga ansåg att det var upp till familjen att lösa.	I
Fraser, A. J., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., & Dunne, M. 2009 Australien	Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis	Syftet var att undersöka förhållandet mellan sjuksköterskors egenskaper, utbildning, kunskaper om anmälnings-skyldighet och attityder avseende rapporteringen av olika former av barnmisshandel.	Tvärsnittsstudie	n=930	Sjuksköterskor (58,3 procent) uppgav att de erhållit utbildning i att se tecken på misshandel och hur en anmälan går till och de kände sig trygga med det.	I
King, W., & Reid, C. 2003 Australien	National audit of emergency department child protection procedures.	Syftet var att bedöma följsamheten till nationella riktlinjer angående skyddande av barn och tillhandahållande av pediatrik vård på större engelska akutmottagningar.	Tvärsnittsstudie	n=37 (0)	Flera av riktlinjerna följdes men det fanns områden som behövde förbättras såsom förbättrad kommunikation, mer formell utbildning kring identifiering av potentiella risker kring barnmisshandel.	II
Lee, P-Y., Fraser, A. J., & Chou, F-H.	NURSE REPORTING OF KNOWN AND SUSPECTED CHILD ABUSE AND	Syftet var att undersöka om sjuksköterskornas uppfattning, attityd och kunskap	Tvärsnittsstudie	n=238 (50)	Ungefär ¾ (70 procent) av de svarande ansåg att de behövde mer kunskap om barnmisshandel. Av de svarande uppgav 84 procent att de inte erhållit någon utbildning kring ämnet under sin grundutbildning. Femtionio procent	II

2006 Taiwan	NEGLECT CASES IN TAIWAN.	om barnmisshandel påverkar om de anmäler.			av deltagarna var införstådda med hur en anmälan skulle gå till och 30 procent hade någon gång under sitt yrkesverksamma liv gjort en anmälan.	
Louwres, E., Korfage, J. I., Affourtit, J. M., De Koning, J., H., & Moll, A. H. 2012 Nederländerna	Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department.	Syftet var att identifiera vilka barriärer som kan finnas vid upptäckandet av barnmisshandel.	Semi-strukturerade intervjuer	n=33 (6)	De fem informanter som var sjuksköterskor på akutmottagningen, ansåg att kommunikationen var en begränsande faktor då föräldrar ifrågasatte varför en helkroppsundersökning behövdes då barnet hade en lokal skada. Likaså hände det att sjuksköterskorna bortsåg från lathunden som fanns avseende att upptäcka barnmisshandel om det var stressigt på akuten. Sjuksköterskorna önskade djupare kunskaper kring barnmisshandel under sin grundutbildning.	II
Lynne, E. G., Gifford, J. E., Evans, E. K., & Rosch, B. J. 2015 USA	Barriers to Reporting Child Maltreatment: Do Emergency Medical Services Professionals Fully Understand Their Role as Mandatory Reporters?	Syftet var att försöka förstå varför ambulanspersonal misslyckades med att rapportera misstänkt barnmisshandel trots att de har skyldighet att göra det.	Tvärsnittsstudie	n=470 (296)	Trettioåtta procent av de svarande visste inte att det fanns riktlinjer avseende anmälan vid misstänkt barnmisshandel. Vidare visste 25 procent att riktlinjerna fanns men trodde att annan än den som kommit i kontakt med det utsatta barnet skulle anmäla. Utebliven anmälan kunde bero på tron att annan instans anmäler (80 procent), att osäkerhet fanns om misshandel verkligen skett (47,7 procent) och osäkerhet om vad som skulle rapporteras (41,4 procent).	II
Markensson, D., Tunik, M., Cooper, A., Olson, L., Cook, L., Matza- Haughton, H., Trelber, M., Brown, W., Dickinson, P., & Foltin, G. 2007 USA	A National Assessment of Knowledge, Attitudes, and Confidence of Prehospital Providers in the Assessment and Management of Child Maltreatment	Syftet var att bedöma kunskapen och upplevt självförtroende avseende att känna igen, hantera, dokumentera och rapportera barnmisshandel.	Tvärsnittsstudie med kvalitativ och kvantitativ metod.	n=2863 (1626)	Flertalet svarande i studien uppgav att de hade en timmes fortbildande utbildning om barnmisshandel. Merparten (78 procent) uppgav att de önskade mer utbildning medan tre procent ansåg att de inte behövde mer utbildning. Deltagarna saknade kunskaper kring barns egna utvecklingsförmåga, kring hanterandet av familjer, i vilka misstanke uppstått, kring nyckelord som bör uppmärksammas vid anamnestagning och vilken nivå av misstanke som behövs för att rapportera.	I
Mathews, B., Fraser, A. J., Walsh, K., Dunne, M.,	Queensland nurses' attitudes towards and knowledge of the legislative duty to	Syftet var att identifiera faktorer som kunde förutspå ett mer effektivt	Tvärsnittsstudie	n=930	Sjuksköterskor uppgav att de hade olika nivåer av kunskap gällande deras skyldighet att anmäla barnmisshandel. Ungefär 42, 6 procent hade någon gång gjort en anmälan.	III

Kilby, S., & Chen, L. 2008 Australien	report child abuse and neglect: results of a State-wide survey	anmälningsantal av barnmisshandel hos sjuksköterskor.			En femtedel (21, 1 procent) hade valt att inte anmäla ett misstänkt fall av barnmisshandel. Sjuksköterskorna hade en positiv inställning till att göra anmälan dock var det svårigheter att veta när en anmälan skulle göras, vid vilka skador skulle en misstanke kunna uppstå att det var skador åsamkat från någon annan.	
Maunder, G. R., Halpern, J., Schwartz, B., & Gurevich, M. 2011 Canada	Symptoms and responses to critical incidents in paramedics who have experienced childhood abuse and neglect	Syftet var att bestämma förekomsten av barnmisshandel bland ambulanspersonal och om erfarenheten av möten med barnmisshandel är förenat med ambulanspersonalens psykiska hälsa.	Tvärsnittsstudie	n=635 (403)	Studien visar att ambulanspersonal som mer frekvent rapporterar misstänkt barnmisshandel, upplever en direkt inre stress kopplat till situationen. Sextio procent av deltagarna upplevde psykosociala problem, såsom stress, ångest och depression i samband med anmälan.	III
Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J. 2002 Canada	Exposure to Human Tragedy, Empathy, and Trauma in Ambulance Paramedics	Syftet var att undersöka vilka faktorer som påverkar ambulanspersonalens psykosociala hälsa.	Mixad	n=86	Samtliga informanter svarade att de befunnit sig i kritiska situationer som involverade barn och samtliga svarade att de blivit känslomässigt lidande av detta på olika plan. Dessa situationer kunde skapa stress av olika grad och kunde innefatta depressiva symtom, posttraumatisk stress och ibland kunde stressen leda till missbruk av alkohol eller andra substanser.	II
Skausane, K., & Bondas, T. 2015 Norge	Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse	Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter i mötet med barnet och anhöriga i samband med misstänkt barnmisshandel.	Tvärsnittsstudie	n=8	Sjuksköterskor fann det svårt att identifiera och känna igen tecken på barnmisshandel och de hade alla erfarenhet att hur viktigt det var att dokumentera allt och att det saknades tydliga rutiner kring hur anmälan skulle göras.	I
Stevens, S. L., & Alexander, L. J. 2005 USA	The Impact of Training and Experience on EMS Providers' Feelings Toward Pediatric Emergencies in a Rural State	Syftet med studien var vilka faktorer för utbildning som påverkar det akuta omhändertagandet av barn	Kvantitativ enkät	n=792 (6)	Det är inte mycket utbildning kring barn under introduktioner och under arbetskarriären vilket gör att personalen inte kände sig helt säkra med hur de skulle agera och tillhandahålla rätt och adekvat vård. Svaranden i studien eftersöker att det ska vara obligatoriskt att få vidareutbildning inom områden som involverar barn.	I

Tiyyagura, K. G., Gawel M., Koziel R. J., Asnes A., & Bechtel K. 2015 USA	Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments	Syftet är att utforska generella erfarenheter och rapportering vid barnmisshandel och vilka faktorer som hindrar identifiering av barnmisshandel bland sjuksköterskor på akutmottagningar.	Semi-strukturerade intervjuer	n=29	Sjuksköterskorna tyckte det var svårt att upptäcka vilka skador som var klassade som barnmisshandel. De upplevde också en stress att rapportera för det var lite tid till detta under arbetstid. Samt de var rädda för eventuella rättsliga åtgärder som kunde bli aktuella efter en anmälan.	I
Tiyyagura, K. G., Gawel, M., Alphonso, A., Koziel, J., Bilodeau, K., & Bechtel, K. 2017 USA	BARRIERS AND FACILITATORS TO RECOGNITION AND REPORTING OF CHILD ABUSE BY PREHOSPITAL PROVIDERS	Syftet var att undersöka vilka hinder och hjälpmedel som finns vid upptäckandet och rapportering av barnmisshandel bland ambulanspersonal.	Simuleringsprogram med efterföljande semi-strukturerade intervjuer.	n=28 (4)	Informanterna kom fram till en tre stegs plan vid möten med misstänkt barnmisshandel, där den medicinska aspekten kom i första hand och därefter att ta in miljön barnet befinner sig i för att samla information. Sista steget var att skapa en säkerhetsplan som kunde involvera kontakt med andra instanser såsom polis. Informanterna uppgav att rädsla att ha fel, rädsla för föräldrarnas reaktioner, svårigheterna att behandla barn och okunskaper kring barnmisshandel kunde vara hinder som gjorde att anmälan uteblev.	I
Yehuda, B. Y., Attar-Schwartz, S., Ziv, A., Jedwab, M., & Benbenishty, R. 2010 Israel	Child abuse and neglect: reporting by Health Professionals and their need for training	Syftet var att studera Israelisk vårdpersonals erfarenheter och identifiering av misstänkt barnmisshandel och vilket behov av utbildning de behövde i detta.	Tvärsnittsstudie	n=95	Flertalet av deltagarna svarade att de hade erfarenhet av situationer som involverade barn som misstänktes utsatta för misshandel det senaste året. Antal deltagare som stött på åtminstone ett fall var 78,9 procent och 71,6 procent av samtliga deltagare hade rapporterat minst ett fall av misstänkt barnmisshandel till myndigheten och 29,5 procent till polisen.	I

Källa. Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006, sid 84). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

Bilaga 2 Granskningsmall

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomized controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfälligt resultatredovisning.

Källa. Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011)