



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskans agerande och faktorer som kan påverka beslutsfattandet om att anmäla vid misstänkt barnmisshandel.

En litteraturstudie.

Rebecka Aldén & Sandra Werme

2013

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Annakarin Olsson
Examinator: Annica Ernesäter

SAMMANFATTNING

Syftet: var att beskriva sjuksköterskans agerande och vilka faktorer som kan påverka beslutet om att anmäla eller inte vid misstanke om barnmisshandel samt att granska kvaliteten avseende de metodologiska aspekterna urval- och datainsamlingsmetod i studiens ingående artiklar.

Metod: Deskriptiv litteraturstudie baserad på femton vetenskapliga artiklar som söktes från databaserna Pubmed och Cinahl.

Resultat: Sjuksköterskor känner sig osäkra när tecken/symtom var otydliga och avvaktade för att samla information innan hon eller han bestämde sig för att anmäla. Sjuksköterskor var bekväma i sina observationer när arbetsplatsen stod bakom beslut om att anmäla misstanke om barnmisshandel. Faktorer som visade sig påverka sjuksköterskans beslut om att anmäla var utbildning, kunskap, samarbete, riktlinjer, självförtroende, attityder och inställning.

Slutsats: Screening för barnmisshandel, tydliga riktlinjer, mer stöd från kollegor samt utbildning inom området behövs.

Nyckelord: barnmisshandel, sjuksköterska, anmäla, barriärer.

ABSTRACT

The aim: of this study was to describe how nurses acted and factors that can affect nurses decisions about report or not report suspected child abuse and also to examine quality regard the methodological aspects sampling and data collection in the included articles.

Methods: the literature study had a descriptive design based on fifteen scientific articles that was searched from databases Pubmed and Cinahl.

Results: nurses feel insecure when signs/symptoms are unclear and awaited to collect more information before she or he decided to report. Nurses were comfortable in their observations when their work place stood behind the decision to report suspected child abuse. Factors which influenced nurses decision to report where: education, knowledge, collaboration, guidelines, confidence, attitudes and approach.

Conclusions: Screening for child abuse, clear guidelines, more support from colleagues and education in the area are needed.

Keywords: child abuse, nurse, reporting, barriers.

INNEHÅLLSFÖRTECKING

1.0 INTRODUKTION	5
1.1 Inledning	5
1.2 Teoretisk referensram	7
1.3 Problemformulering	7
1.4 Syfte	8
1.5 Frågeställningar	8
2.0 METOD	8
2.1 Design	8
2.2 Databaser och sökord	8
2.3 Urval och urvalskriterier	8
2.4 Dataanalys	9
2.5 Forskningsetiska överväganden	9
3.0 RESULTAT	10
3.1 Sjuksköterskans agerande vid misstanke om barnmisshandel	10
3.2 Faktorer som kan påverka huruvida sjuksköterskan anmäler eller ej vid misstanke om barnmisshandel	11
3.3 Granskning av de valda artiklarnas urval- och datainsamlingsmetod	13
4.0 DISKUSSION	14
4.1 Huvudresultat	14
4.2 Resultatdiskussion	14
4.3 Diskussion kring de valda artiklarnas urval- och datainsamlingsmetod	16
4.4 Metoddiskussion	19
4.5 Praktiska implikationer och framtida forskning	19
4.6 Slutsats	20
5.0 REFERENSER	21
Bilaga 1	26
Bilaga 2	30

1.0 INTRODUKTION

1.1 Inledning

Barnaga förbjöds i Sverige 1979 och var då det första landet i världen med att införa förbudet, därefter har 32 andra länder också infört ett totalförbud mot aga. Enligt föräldrabalken, 6 kap. 1 §, får barn i Sverige inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling. Men i många länder är det fortfarande tillåtet att aga barn i hemmet (Szyber 2012). I världen över är våld mot barn i skolan vanligt förekommande och man räknar med att 80 procent av alla världens barn utsätts för aga i hemmet. I arbetet med att lagstadga agaförbud finns ofta ett starkt motstånd hos föräldrar i andra länder. De anser att barnaga är en familjeangelägenhet och ursäktas ofta med att barnen i annat fall skulle bli ouppfostrade (Rädda Barnen). Varje människa under 18 år är ett barn och har rätt att skyddas mot fysiskt och psykiskt misshandel (FNs barnkonvention 2009). Barnmisshandel innebär enligt SOU 2001:18 att en vuxen person utsätter barn för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller försummelse. Fysisk barnmisshandel innebär att en vuxen person orsakar ett barn kroppsskada, sjukdom eller smärta. Försummelse innebär att föräldrarna brister i omsorg så att barnet riskerar att skadas fysiskt, till exempel genom att barnet lämnas ensam eller inte får tillräckligt med mat eller kläder anpassade efter årstid (Ekelund & Dahlöf 2005).

”Misshandeln kan ske genom att den vuxne slår barnet med eller utan tillhygge, nyper, sparkar, knuffar, kastar, skakar, luggar, river eller biter barnet, trampar eller stampar på barnet eller tvingar in föremål i barnets mun. Fysisk misshandel kan också vara att förgifta, bränna, skålla, riva, försöka dränka eller kväva barnet.” (Flodmark 2008, s.20).

När spädbarn skakas kraftigt kommer barnets hjärna i svängning och syresbrist och svullnad kan uppkomma i hjärnan och orsaka grava hjärnskador eller att barnet dör. Detta benämns som shaken baby syndrome. Det är skakvåldet som har störst risk att förbli oupptäckt och samtidigt medför de allvarligaste skadorna. (Flodmark 2008). Förekomsten av barnmisshandel är svår att fastställa, det finns ett stort mörkertal. År 2012 kom 3 230 anmälningar om misshandelsbrott mot barn i åldern 0-6 år in och i åldern 7-14 var antalet 8 810 (Brå 2013). I Sverige beräknas det att nära 100 barn per år, under ett års ålder, utsätts för allvarlig fysisk misshandel och en tredjedel misshandlas genom ”skakning”. Vård och omsorg av ett sådant barn kan lågt räknat uppskattas till mellan 20 och 30 miljoner kronor under en 30 års period (Flodmark 2008).

Det är vanligt att barn i skolåldern skadar sig i vardagen och får blåmärken, då är de vanligtvis små och sitter på knän och smalben (Maguire *et al.* 2005). Samtidigt är blåmärken ett vanligt tecken på barnmisshandel, skillnaden är att de sitter på ovanliga ställen och är större, till exempel på baksidan av kroppen, bålen och huvudet (Maguire *et al.* 2005, Paavilainen *et al.* 2002). En studie har visat att 80 procent av alla frakturer på barn under 18 månader är orsakad av misshandel. Åttiofem procent av alla frakturer som inte orsakats av misshandel sker på barn över 5 år (Kemp *et al.* 2008).

Annerbäck *et al.* (2010) visar i sin studie riskfaktorer som fanns i familjer där barnmisshandel förekommer. Författarna identifierade fyra faktorer; en person som tenderar att använda våld i konfliktsituationer, hög stressnivå hos gärningsmannen, ett otillräckligt socialt nätverk som inte klarar att skydda barnet samt ett barn som inte klarar att skydda sig själv (Annerbäck *et al.* 2010). Barnmisshandel pågår i alla samhällsklasser, kulturer och religioner (Ekelund & Dahlöf 2005, Hallström & Lindberg 2009). I mötet med ett misshandlat barn är det viktigt att som sjuksköterska arbeta utifrån ett barnperspektiv. Att så långt som möjligt sätta sig in i barnets situation och se problemet med deras ögon är av stor vikt. Vid omvårdnad av barn som blivit utsatta för misshandel är det viktigt med mycket omtanke, förståelse och mognad hos sjuksköterskan som ska hjälpa barnet. Små barn är extra utsatta då de inte har förmågan att själv berätta vad som hänt. Barns upplevelse av att vara på sjukhus beror till stor del på hur föräldrarna upplever det. Bristande omvårdnad och långa perioder av emotionell spänning innebär en kränkning av barnet och en känsla av skam är vanligt (Flodmark 2008).

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskan ha förmåga att handskas med situationer där våld eller hot om våld förekommer (Socialstyrelsen 2005). Sjuksköterskan har anmälningsplikt vilket betyder att om hon eller han misstänker att ett barn far illa eller riskerar att fara illa genast ska anmäla detta till socialnämnden (Socialstyrelsen 2004). Hälso- och sjukvården ska på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs (SFS 1982:763). Det första steget i att anmäla misstänkt barnmisshandel är att kontakta socialtjänsten via telefon. Sedan kompletteras den muntliga anmälan med en skriftlig. Informera sedan föräldrarna såvida detta inte skulle medföra ett hot för barnet eller att båda föräldrarna är misstänkta förövare. En anmälan görs även till polisen om misstanke om brott förligger, till exempel sexuellt övergrepp eller misshandel. Barnet kan bli omhändertaget av socialtjänsten om vårdnadshavaren inte samarbetar kring utredningen, detta innebär att vårdnadshavaren fräntas rätten att bestämma över barnet (Hallström & Lindberg 2009).

1.2 Teoretisk referensram

Joyce Travelbee's omvårdnadsteori fokuserar mycket på omvårdnad som en mellanmännisklig dimension. För att kunna uppnå god vård är det viktigt att förstå vad som sker mellan patient och sjuksköterska, hur deras interaktion kan upplevas och vilka följder detta kan ha för patienten och dennes tillstånd. *"Omvårdnad är en mellanmännisklig process där den professionella omvårdnadspraktikern hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande och, vid behov att finna mening i dessa upplevelser"*(Kirkevold 2000, s.130). Travelbee ser människan som en unik individ som inte går att ersätta, den enda i sitt slag som har och som någonsin kommer att leva på denna jord. Hon menar att upplevelsen av lidande och förlust är ofrånkomlig och att den enskildes upplevelse av detta är individuell. I lidande, sjukdom och förlust har människan en förmåga att söka mening, vilket i sin tur ger personen en möjlighet att växa och utvecklas på ett personligt plan (Kirkevold 2000). Ett centralt begrepp i Travelbees omvårdnadsteori är hopp. En person som har förlorat hoppet ser inte någon möjlighet att förändra eller förbättra sitt liv. Hon menar att hoppets kärna består av människans grundläggande tillit till omvärlden. Barnet utvecklar sin tillit till omvärlden genom att få sina grundläggande behov tillgodosedda, och denna upplevelse av tillit och hopp bevaras om omgivningen fortsätter att tillgodose individens behov av hjälp när så behövs. Grunden för att bevara och utveckla hopp hänger samman med den trygga fasta tron om att man kommer att få hjälp från andra när det behövs (Kristoffersen *et al.* 2006).

1.3 Problemformulering

Sjuksköterskan har enligt socialtjänstlagen kap 14, § 1, skyldighet att anmäla vid misstanke om barnmisshandel. Studier har dock visat att sjuksköterskan ställs i en problematisk situation när hon eller han står inför ett fall av misstänkt barnmisshandel (Paavilainen *et al.* 2002). Därför vill författarna med denna studie beskriva hur sjuksköterskan agerar samt vilka faktorer som kan påverka att hon eller han anmäler eller inte anmäler misstänkt barnmisshandel.

1.4 Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskan agerar och vilka faktorer som kan påverka hennes eller hans beslut om att anmäla eller inte anmäla vid misstänkt barnmisshandel samt att granska kvaliteten avseende de metodologiska aspekterna urvals- och datainsamlingsmetod i de i studien ingående artiklarna.

1.5 Frågeställningar

- Hur agerar sjuksköterskan vid misstanke om barnmisshandel?
- Vilka faktorer kan påverka huruvida sjuksköterskan anmäler eller ej vid misstanke om barnmisshandel?
- Vilken kvalitet har de i studiens ingående artiklar avseende de metodologiska aspekterna; urvals- och datainsamlingsmetod?

2.0 METOD

2.1 Design

Litteraturstudien har en deskriptiv design (Polit & Beck 2012).

2.2 Databaser och sökord

Systematisk sökning av artiklarna utfördes i Cinahl och PubMed (MedLine) med samma sökord. Sökorden som användes utifrån studiens syfte och frågeställningar var: *child abuse*, *nurse**, *reporting och barriers*. Sökorden kombinerades tillsammans med den booleska söktermen AND för att få en smalare sökning. Begränsningar för sökningen lades in i databaserna vid sökningen. Resultatet från sökningarna redovisas i Tabell 1.

2.3 Urval och urvalskriterier

Begränsningar som användes i Pubmed (MedLine) var att artiklarna var engelskspråkiga, publicerade inom 10 år och utförda på människor. I Cinahls databas användes begränsningarna Peer reviewed, publicerade inom 10år, utförda på människor och var engelskspråkiga.

Inklusionskriterier: artiklar skrivna på engelska och publicerade mellan åren 2003-2013.

Exklusionskriterier: Artiklar som var litteraturstudier eller inte svarar på syfte och frågeställningar och artiklar som inte går att få upp i fulltext kostnadsfritt via Gävle högskolas proxyservrar i databaserna Cinahl och Pubmed. Artiklar med både kvalitativ och kvantitativ

ansats inkluderades. Först läste författarna titlarna om någon svarade på studiens syfte lästes även abstractet. Om abstractet passade skrevs artikeln ut i pappersform för att kunna läsas ingående i sin helhet, därefter tog beslut om artikeln passade syfte och frågeställningar.

Tabell 1. Översikt av databaser, sökord och antal träffar.

Databas	Söktermer	Antal träffar	Tänkbara källor	Valda källor (exkl. dubletter)
Pubmed	Child abuse [Mesh] And nurse* AND reporting	66	11	9
Pubmed	Child abuse [Mesh] AND nurse* AND barriers	8	3	2
Cinahl	Child abuse AND nurse*	160	10	4
Totalt			24	15

2.4 Dataanalys

Därefter lästes de 24 artiklarna i fulltext för att se om de var relevanta för syfte och frågeställningar. De 15 valda artiklarna lästes av båda författarna. De delar i artiklarna som svarade på studiens syfte och frågeställningar sammanfattades till meningsenheter.

Meningsenheterna placerades i ett dokument med artiklarna var för sig försedda med ett nummer. Artiklarna numrerades för att hålla reda på vilken artikel och meningsenhet som hörde ihop. Vilket gjorde det lättare att ha en översikt över artiklarna och vilka artiklar som sa samma sak. Författarna bedömde gemensamt de valda artiklarnas kvalitet avseende de metodologiska aspekterna urvals- och datainsamlingsmetod utifrån Polit & Beck (2012). I de 15 valda artiklarna kunde författarna se återkommande faktorer som kunde påverka sjuksköterskans beslutsfattande angående misstänkt barnmisshandel, dessa redovisas i Figur 1 samt i resultattexten.

2.5 Forskningsetiska överväganden

Författarna har utgått från Forsberg och Wengström (2013) forskningsetiska aspekter och har inte avsiktligt förvrängt, plagierat eller uteslutit artiklar som inte stöder författarnas åsikter.

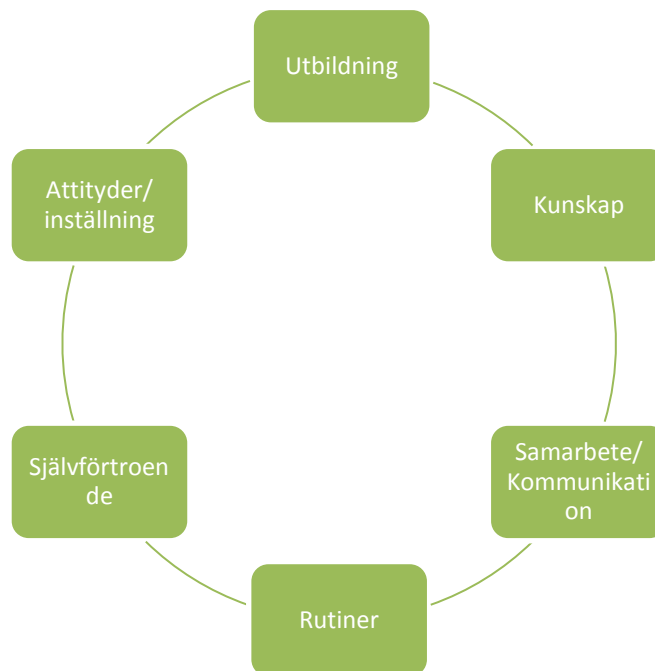
3.0 RESULTAT

Resultatet av de 15 vetenskapliga artiklarna som inkluderades i studien redovisas i löpande text, figur samt i tabellform i Bilaga 1 och 2.

3.1 Sjuksköterskans agerande vid misstanke om barnmisshandel

Eisbach & Driessnack (2010) utförde en intervjustudie i USA med 23 sjuksköterskor. Alla deltagarna i studien menade att det finns tre faser i att anmäla barnmisshandel; att bli medveten om den eventuella misshandeln, att ingripa på barnets och/eller familjens vägnar samt att anmäla till myndigheter. Innan dessa faser finns faktorer som är missgynnade för beslut att anmäla. Innan första fasen krävs att sjuksköterskan har kunskap och känner självsäkerhet i att identifiera tecken och symtom på barnmisshandel. Innan den andra fasen är den missgynnande faktorn att sjuksköterskan ofta stannar upp i anmälningsprocessen för att hon/han vill ta reda på mer om familjens sociala situation. Några sjuksköterskor påpekade att det är svårt att inte låta sina egna fördomar ta del i beslutet. Den tredje faktorn var att sjuksköterskor söker efter alternativa lösningar till att anmäla misshandeln. Vissa sjuksköterskor pratade om att själva ingripa, för barnet och familjens skull. Eller att utnyttja allt alternativt stöd och resurser, innan de rapporterar barnets situation till myndigheterna. Om tvekan uppstår vid första fasen tenderar beslutsfattandet ofta att bli komplext (Eisbach & Driessnack 2010). Att hantera fall av barnmisshandel är väldigt stressfullt. Deltagande i utredningen av barnmisshandel har bestående inverkan på sjuksköterskan. Många ville ha information om vad som pågår i processen efter att anmälan har gjorts (Rowse 2009). Sjuksköterskorna hade svårt att behålla sitt professionella förhållningssätt när de stod inför föräldrarna, de kände obehag vid kontakt med dem (Tingberg *et al.* 2008, Louwers *et al.* 2012).

3.2 Faktorer som kan påverka huruvida sjuksköterskan anmäler eller ej vid misstanke om barnmisshandel.



Figur 1. Faktorer som kan påverka sjuksköterskans beslutsfattande att anmäla misstänkt barnmisshandel.

Det framkommer i flera studier att det behövs kompletterande utbildning inom området (Herendeen *et al.* 2013, Lee *et al.* 2007, Tingberg *et al.* 2008, Rowse 2009, Feng *et al.* 2005, Lazenbatt & Freeman 2006). Sjuksköterskor som genomgått utbildning om barnskydd är mer benägna att anmäla barnmisshandel (Fraser *et al.* 2010, Feng & Wu 2005, ^bLouwers *et al.* 2012, Feng & Levine 2005). Sjuksköterskor som fått vidareutbildning inom barnmisshandel påpekade att fokus endast ligger på vad som ska göras när symtomen/tecknen på misshandel är tydliga och inte vad som ska göras när tecknen är subjektiva eller mindre tydliga (Eisbach & Driessnack 2010). Arbetslivserfarenhet är gynnande för anmälan av misstänkt barnmisshandel (Lee *et al.* 2007, Fraser *et al.* 2010) även inställning, attityd och kunskap hos sjuksköterskan hade betydande inverkan angående anmälan (Lee *et al.* 2007). Positiv attityd till att anmäla gav större sannolikhet till en korrekt anmälan när det gällde sexuella övergrepp, försummelse och psykiska övergrepp (Fraser *et al.* 2010).

Sjuksköterskor i Taiwan uppgav att deras kultur hindrade dem från att agera eller anmäla barnmisshandel. De menade att barnuppfostran är familjens ensak som andra inte ska lägga sig i. Många sjuksköterskor i studien hade en bristande kunskap om den rättsliga definitionen av barnmisshandel och deras skyldighet att anmäla. De uttryckte även brist på stöd från

kollegor och chefer (Feng *et al.* 2005). Sjuksköterskor talade om oro att relationen med familjen kunde skadas, vilket placerade barnet i ytterligare risk om sjuksköterskan gick vidare med anmälan (Eisbach & Driessnack 2010). Sjuksköterskans rädsla för sin egen säkerhet kunde fördröja anmälan (Eisbach & Driessnack 2010, Feng *et al.* 2005). I en amerikansk studie tar deltagarna upp negativa konsekvenser av att anmäla barnmisshandel. Den vanligaste negativa faktorn var att förlora familjen som patient från sin klinik. Andra negativa faktorer var att handläggningen av fallet inte gick snabbt nog och barnet utsattes för flera övergrepp (Herendeen *et al.* 2013). In en annan studie var en hämmande faktor att deltagarna var rädda för juridiska kostnader ifall de skulle ställas inför rätta (Ben Natan *et al.* 2010). Ytterligare hämmande faktorer är tids-, kunskaps och personalbrist (O'Malley *et al.* 2013). Sjuksköterskor uttryckte att de ville ha mer stöd från överordnade och arbetskamrater (Francis *et al.* 2012, Rowse 2009). Sjuksköterskan var bekväm i sina observationer när hon eller han kände att sin arbetsplats skulle backa upp beslutet om att anmäla, dessa sjuksköterskor tvekade eller ifrågasatte inte sig själva (Eisbach & Driessnack 2010). Brist på tydliga riktlinjer nämndes som skäl till att inte anmäla barnmisshandel (Lazenbatt & Freeman 2006, Tingberg *et al.* 2008) även hög arbetsbelastning och bristande stöd från myndigheter och kollegor (Lazenbatt & Freeman 2006).

Systematisk screening på akutvårdsavdelningar visar sig effektiv när det gäller att öka upptäckten av misstänkt barnmisshandel (^aLouwers *et al.* 2012, ^bLouwers *et al.* 2012). Vid screening görs en helkroppsundersökning på barnet, då viktiga tecken på barnmisshandel ofta hittas på huden. Dock fann sjuksköterskor det svårt att motivera undersökningen för föräldrarna när barnets skada var lokal. Detta kan motverkas om sjukhuset informerar alla föräldrar om att screening utförs rutinmässigt, t.ex. via broschyrer, flygblad, meddelanden etc. (^bLouwers *et al.* 2012). För att underlätta hanteringen av anmälningsprocessen kan en i personalen ha barnmisshandel som "specialområde", denna person ska då ha extra utbildning inom området. Någon att vända sig till för att få stöd och återkoppling av (Feng *et al.* 2012, Rowse 2009). Sjuksköterskorna ansåg sig behöva mer information och ville vara säker innan hon bestämde sig för att anmäla (Eisbach & Driessnack 2010, Feng & Levine 2005, Feng *et al.* 2005, Feng & Wu 2005, Francis *et al.* 2012, Rowse 2009). Tvekan var vanligt vid tecken/symtom som var osäkra och vägde för och nackdelar med att anmäla fallet. Sjuksköterskan ville gärna försäkra sig om att tecken på barnmisshandel inte berodde på att familjen befann sig i en dålig social situation och ville därför ta reda på mer information om familjen. (Eisbach & Driessnack 2010). I flera studier där sjuksköterskan hade misstankar om

barnmisshandel men ändå inte anmälde berodde det ofta på osäkerhet på hur en anmälan går till (Lee *et al.* 2007, Lazenbatt & Freeman 2006) samt bristande tilltro på rättslig myndighet (Feng & Levine 2005, Rowse 2009). En annan orsak till osäkerhet kunde vara att barnet skulle tas ifrån föräldrarna, vilket sjuksköterskan inte ville ha på sitt samvete (Eisbach & Driessnack 2010). Vid tydliga tecken/symtom på barnmisshandel så kände sig sjuksköterskan säker på att anmäla. När historien inte stämde ihop med den typ eller svårighetsgrad på barnets skada eller typiska utseende, till exempel som mycket misstänkta blåmärken och/eller brännskador, så underlättade det för sjuksköterskan att anmäla omedelbart utan ytterligare ifrågasättande eller omprövningar (Eisbach & Driessnack 2010). Vårdpersonal som själv hade barn tenderar att anmäla misstänkt barnmisshandel oftare än de som inte har barn (Ben Nathan *et al.* 2012, Fraser *et al.* 2010). Sjuksköterskan var självsäker och kunnig i sin skyldighet att anmäla fysiska och sexuella övergrepp (Fraser *et al.* 2010). De sjuksköterskor som trodde anmälan av barnmisshandel skulle ha en positiv inverkan på barnet och familjen var mer benägna att anmäla barnmisshandel (Feng & Wu 2005). En enkätstudie som genomfördes i Australien visade att sjuksköterskor är självsäkra och kunniga i sin skyldighet att anmäla fysiska och sexuella övergrepp, men de är mindre självsäkra och kunniga om psykiska övergrepp och försummelse (Fraser *et al.* 2010).

3.3 Granskning av de valda artiklarnas urval- och datainsamlingsmetod

I de valda artiklarna hade sju kvalitativ ansats (Eisbach & Driessnack 2010, Feng *et al.* 2005, ^bLouwers *et al.* 2012, Rowse 2009, Tingberg *et al.* 2008, Francis *et al.* 2012, O'Malley *et al.* 2013) och sju hade kvantitativ ansats (Fraser *et al.* 2010, Herendeen *et al.* 2012, Ben Nathan *et al.* 2012, Lee *et al.* 2007, Feng & Wu 2005, Feng & Levine 2005, ^aLouwers *et al.* 2012). En hade kvalitativ och kvantitativ ansats (Lazenbatt & Freeman, 2006).

Sju artiklar hade ändamålsurval (Ben Natan *et al.* 2012, Feng *et al.* 2005, ^bLouwers *et al.* 2012, Rowse 2009, Eisbach & Driessnack 2010, Tingberg *et al.* 2008, O'Malley *et al.* 2013), tre artiklar hade bekvämlighetsurval (Herendeen *et al.* 2013, Lee *et al.* 2007, Fraser *et al.* 2010), en hade stratifierat urval (Lazenbatt & Freeman, 2006), två hade stratifierat kvoturval (Feng & Levine 2005, Feng & Wu 2005), en hade konsekutivt urval (^bLouwers *et al.* 2012) och en hade snöbollsurval (Francis *et al.* 2012).

Sju av de ingående de artiklarna använde frågeformulär som datainsamlingsmetod (Fraser *et al.* 2010, Ben Natan *et al.* 2012, Herendeen *et al.* 2013, Lazenbatt & Freeman 2006, Feng &

Levine 2005, Feng & Wu 2005, ^aLouwers *et al.* 2012). De resterande sex artiklarna använde intervjuer som datainsamlingsmetod (Eisbach & Driessnack 2010, Feng *et al.* 2005, ^bLouwers *et al.* 2012, Rowse 2009, Tingberg *et al.* 2008, Francis *et al.* 2012). En använde både intervju och frågeformulär (O'Malley *et al.* 2013).

4.0 DISKUSSION

4.1 Huvudresultat

Studier visar att sjuksköterskor känner osäkerhet när de kommer i kontakt med ett fall av misstänkt barnmisshandel. När tecken och symtom var otydliga avvaktade sjuksköterskan för att samla information innan hon eller han bestämde sig för att anmäla. När tecken och symtom på barnmisshandel var tydliga, när historien inte stämde överens med svårighetsgraden på barnets skada hjälpte det sjuksköterskan i sitt beslutsfattande. Osäkerhet angående hur en anmälan gick till och tydliga riktlinjer hindrade sjuksköterskan från att anmäla.

Sjuksköterskor var bekväma i sina observationer när arbetsplatsen stod bakom beslutet om att anmäla misstänkt barnmisshandel. I studier framkommer det ett behov av utbildning inom området.

4.2 Resultatdiskussion

I föreliggande studies resultat framkommer det att kompletterande utbildning om barnmisshandel behövs (Herendeen *et al.* 2013, Lee *et al.* 2007, Tingberg *et al.* 2008, Rowse 2009, Feng *et al.* 2005, Lazenbatt & Freeman 2006) och att personal som genomgått en utbildning om barnskydd var mer benägna att anmäla (Fraser *et al.* 2010, Feng & Wu 2005, ^bLouwers *et al.* 2012, Feng & Levine 2005). Andra yrkesgrupper har också påpekat brist på utbildning, i en studie utförd på läkare i Sverige angavs det som ett skäl till att inte anmäla (Borres & Hägg 2007). Vidareutbildning inom området kan ge större självförtroende i beslutsfattandet om att anmäla misstänkt barnmisshandel, som i sin tur gynnar barnet då det visat sig att anmälningsfrekvensen för vidareutbildad personal är högre.

Sjuksköterskor sökte efter alternativa lösningar till att anmäla den misstänkta barnmisshandeln. Vissa sjuksköterskor pratade om att ingripa på egen hand, för barnet och familjens skull. Eller att utnyttja allt alternativt stöd och resurser, innan de anmälde barnets situation till myndigheterna (Eisbach & Driessnack 2010). Detta bekräftas i två andra studier där läkare och kliniker ansåg att en alternativ handlingsplan kunde vara mer effektiv än att

anmäla till myndigheter. Om beslut fattas om en alternativ handlingsplan är det av största vikt att läkarens relation med familjen är mycket god samt att han/hon observerar barnet så inga nya skador uppkommer (Jones *et al.* 2008, Flaherty *et al.* 2006). I föreliggande studie framkom negativa faktorer som att handläggningen av fallet inte gick snabbt nog och barnet utsattes för fler övergrepp (Herendeen *et al.* 2013). Vilket stärks av en studie med lärare där konsekvenserna för en anmälan kunde förvärra barnets situation då föräldrarna kunde flytta till en annan region (Schols *et al.* 2013). Myndigheter vars verksamhet kommer i kontakt med barn och ungdomar har en skyldighet att anmäla misstänkta fall av barnmisshandel till socialtjänsten. De som avses är bland annat skolmyndigheter, barnavårdcentraler och polismyndigheter (Socialstyrelsen 2004). Även vid uppenbara fall av barnmisshandel är det inte alltid självklart att anmäla är den bästa lösningen. Men samtidigt har dessa yrkesgrupper anmälningsskyldighet. En anmälan som visar sig vara felaktig skadar förmodligen inte barnet men kan få föräldern att känna sig kränkt.

I föreliggande studie har det påvisats kulturella skillnader i synen på barnmisshandel. I en studie från Taiwan kunde vi läsa att sjuksköterskor upplevde att deras kultur hindrade dem från att agera vid eller anmäla barnmisshandel. Attityden till aga i uppfostringssyfte är fortsatt mycket accepterande (Feng & Jezewski 2005). I Sverige har det sedan 1979 varit förbjudet enligt lag att aga barn. Men i många länder är det fortfarande tillåtet. Människor som kommer till Sverige från andra kulturer kan använda sig utav aga, utan att veta om att det är förbjudet (Ekelund & Dahlöf 2005). Att det är kulturella skillnader i synen på barnmisshandel kan ställa sjuksköterkan i ett etiskt dilemma, då föräldern inte vet om att den har gjort något olagligt samtidigt som sjuksköterkan har anmälningsskyldighet.

I en Israelisk studie som handlar om förskolelärares attityder till anmälan av misstänkt barnmisshandel, framkommer det att förskolelärare med lite arbetslivserfarenhet tenderar att anmäla sexuella övergrepp mer än de med mycket arbetslivserfarenhet (Haj-Yahia & Attar-Schwartz 2008). Detta skiljer sig mot resultatet i föreliggande studie där det visat sig att sjuksköterskor med mycket arbetslivserfarenhet tenderar att anmäla mer (Lee *et al.* 2007, Fraser *et al.* 2010).

Sjuksköterskor har uttryckt ett behov av stöd från kollegor och arbetsledning i föreliggande studie (Francis *et al.* 2012, Rowse 2009). Brist på tydliga riktlinjer nämndes som faktorer till att inte anmäla barnmisshandel (Lazenbatt & Freeman 2006, Tingberg *et al.* 2008). Det bör finnas klara rutiner och handlingsplaner för hur en anmälan ska gå till, av vem och till vem en anmälan ska göras på arbetsplatser där det föreligger anmälningsskyldighet (Socialstyrelsen

2004). Rutiner och handlingsplaner finns till för att underlätta och ge stöd i sjuksköterkans arbete. När detta inte finns att tillgå kan det komplicera och/eller fördröja anmälningsprocessen. Vilket i sin tur kan leda till mer lidande för barnet.

Sjuksköterskorna hade svårt att behålla sitt professionella förhållningssätt när de stod inför föräldrarna, de kände obehag vid kontakt med dem (Tingberg *et al.* 2008, ^bLouwers *et al.* 2012). En förälder som utsätter sitt barn för fysiska eller psykiska övergrepp mår själv dåligt. Det är ingen ursäkt, men en förklaring. Ofta befinner den sig i en mycket påfrestande livssituation som till exempel separation, låg inkomst eller arbetslöshet (Annerbäck *et al.* 2010). Trots att det är svårt att bemöta föräldern på ett professionellt sätt, kan det vara av stor vikt för barnet att sjuksköterskan lägger sina känslor åt sidan. Det är inte bara barnet som behöver hjälp, utan även föräldern. Det är viktigt att bemöta föräldern på ett bra sätt och skapa en god relation, vilket gör det lättare att hjälpa hela familjen. I Joyce Travelbee's omvårdnadsteori nämns hur sjuksköterskan kan hjälpa en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av lidande och, vid behov att finna mening i dessa upplevelser (Kirkevold 2000). Genom att anmäla misstänkt barnmisshandel kan sjuksköterskan förebygga fortsatta övergrepp som framför allt besparar barnet lidande. Men besparar även samhällets resurser och ekonomi i det långa loppet.

4.3 Diskussion kring de valda artiklarnas urval- och datainsamlingsmetod

Fyra av artiklarna hade ändamålsurval (Ben Natan *et al.* 2012, Feng *et al.* 2005, ^bLouwers *et al.* 2012, Rowse 2009). I studien av Ben Nathan *et al.* (2012) anges inte urvalsmetod. Studiens inklusionskriterier var all omvårdnads- och medicinsk personal som behandlat barn regelbundet. Även i ^bLouwers *et al.* 2012 anges inte någon urvalsmetod, där valdes deltagarna ut genom deras direkta kontakt med upptäckten av barnmisshandel på akutmottagningen eller deras ansvar gällande rutiner kring barnmisshandel (^bLouwers *et al.* 2012). Utifrån beskrivningen om hur de har gått tillväga angående urvalsmetod bedömer vi utifrån Polit & Beck (2012) att Ben Nathan *et al.* (2012) och ^bLouwers *et al.* (2012) har använt sig av ändamålsurval. Ändamålsurval innebär att deltagarna utses utefter deras kunskap inom området som ska undersökas (Polit & Beck 2012). Tre utav dem hade kvalitativ ansats och samlade in data via intervjuer. I studien av Feng *et al.* (2005) fick sjuksköterskorna välja var de ville att intervjun skulle ta plats. Detta är enligt Polit & Beck (2012) en styrka i studien då det är viktigt att deltagaren känner sig trygg. En kombination av ändamålsurval och intervjuer

ger ofta ett väldigt rikt resultat, vilket ses som en styrka. Men i och med att ”samma typ av deltagare” inkluderas kan resultatet även bli riktat och inte generaliserbart.

I tre artiklar användes ett nyskapat mätinstrument framtaget för att mäta sjuksköterskors attityder, kunskap, subjektiva normer, upplevd beteendekontroll och avseende att anmäla när det gäller misstänkt barnmisshandel (Feng & Levine 2005, Feng & Wu 2005 & Fraser *et al.* 2010). Två av dessa påpekar att det är en begränsning att använda sig av ett nyskapat mätinstrument (Feng & Levine 2005, Feng & Wu 2005). Enligt Forsberg & Wengström (2013) är det ett mödosamt arbete innan ett nyskapat formulär blir ett standardiserat mätinstrument och kan anses välbeprövat. Resultat från studier som använt dessa måste tolkas kritiskt. I den tredje studien tas inte mätinstrumentets unga ålder upp, vilket skulle kunna ses som en nackdel, att författarna försöker undanhålla något. Men å andra sidan är instrumentet fem år gammalt när studien genomförs (Fraser *et al.* 2010). I studien av Feng & Wu (2005) testade författarna frågeformulärets validitet och reliabilitet. Innehållsvaliditeten bestämdes av fem Taiwanesiska experter på barnmisshandel och sträckte sig från 89 till 98 procent. Enligt Polit & Beck (2012) är detta ett acceptabelt värde. Frågeformuläret som Feng & Wu (2005) använde pilottestades med 24 taiwanesiska sjuksköterskor för att fastställa reliabiliteten, som varierade från 0,56 till 0,91. Därefter förfinades formuläret på grund av det låga resultatet. Det slutliga Cronbachs alphan-värdet blev då från 0,62 till 0,91. Enligt Polit & Beck (2012) ska man förhålla sig kritisk till resultatet av artiklar där reliabiliteten är lägre än 70 procent.

Lee *et al.* (2007) använder sig av ett bekvämlighetsurval. I Herendeen *et al.* (2013) och Fraser *et al.* (2010) anges inte urvalsmetoden. Utifrån beskrivningen i artiklarna om hur urvalet gått till uppskattar vi att studierna har ett bekvämlighetsurval, utifrån Polit & Beck's (2012) beskrivning om vad bekvämlighetsurval är. Bekvämlighetsurval innebär att alla personer som finns tillgänglig för forskaren blir inbjudna att delta (Polit & Beck, 2012). Vid bekvämlighetsurval är risken att deltagarna inte är representativa för gruppen och att studiens resultat i sin tur inte går att generalisera. Risken finns att ”samma sorts” människor attraheras av att delta i undersökningar, vilken kan ge ett riktat resultat (Polit & Beck 2012). I ^aLouwers *et al.* (2012) studie inkluderades alla barn mellan 0-18 år för att genomgå screening för barnmisshandel på 7 olika akutmottagningar under en viss tid. Vad som utläses av beskrivningen om hur urvalet har gått till har ^aLouwers *et al.* (2012) använt sig av ett konsekutivt urval. Vid konsekutivt urval inbjuds alla personer med inklusionskriterierna för studien, under ett visst tidsintervall att delta. När alla tillgängliga ur en population inbjuds att

vara med över en viss tid minskar risken för felmätning. Att studien pågick i 23 månader och 104 028 patienter deltog ses som en styrkande faktor till resultatet, lång undersökningstid och många deltagare gör resultatet mer trovärdigt (Polit & Beck, 2012).

Tingberg *et al.* (2008) samt O'Malley *et al.* (2013) anger inte vilken urvalsmetod de har använt. Men enligt beskrivningen om hur de har gått tillväga uppskattar vi att de har använt sig av en undergrupp till ändamålsurval som heter "Reputational case sampling". Vilket innebär att forskarna utser en person som i sin tur bjuder in personer att delta i studien, ofta med inklusionskriterier att förhålla sig till (Polit & Beck 2012). I dessa studier utsågs chefer att bjuda in deltagare vilket kan vara en svaghet i studierna då många kan uppleva att det är svårt att neka sin chef. Personen som utsetts att bjuda in deltagare kan genom sina val påverka resultatet genom både till det sämre och till det bättre. Till exempel genom att välja "samma sorts" människor eller personer den känner etc. kan resultatet påverkas negativt. Den kan även påverka positivt då den har kunskap om respondenterna, vilket kan ge ett rikt resultat.

Eisbach & Driessnack (2010) använder sig av maximalt variationsurval som är en undergrupp till ändamålsurval. Den urvalsmetoden syftar till att få en så vid variation som möjligt på deltagarna när det gäller ålder, kön, erfarenhet, social bakgrund, kultur, ekonomisk situation, olika perspektiv. Om resultatet är enhälligt trots den stora variationen av deltagarna stärker det resultatet (Polit & Beck 2012). Det var 23 deltagare i studien, 21 kvinnor och två män, alla var sjuksköterskor med erfarenhet mellan 2-41 år. I övrigt är variationen begränsad vilket är en svaghet med studien. I två av artiklarna i föreliggande studies resultat användes telefonintervju som datainsamlingsmetod (Eisbach & Driessnack 2010, Francis *et al.* 2012). Om intervjun sker på arbetstid finns stor risk att respondenten känner sig stressad och inte kan delge någon rik historia, vilket är en svaghet med denna datainsamlingsmetod.

Francis *et al.* (2012) använder snöbollsurval. Vid snöbollsurval frågar forskaren respondenten om den känner till någon annan person som skulle vara lämplig att delta i studien. Den här urvalsmetoden har flera fördelar, bland annat att den är kostnadseffektiv och praktisk. Även att forskaren lättare kan bygga upp en tillitsfull relation till den nya deltagaren då den blivit introducerad av någon den känner. En svaghet med urvalsmetoden är att urvalet och därmed också resultatet kan bli begränsat då deltagarna kan vara en homogen grupp (Polit & Beck 2012).

Datainsamlingsmetoderna i artiklarna med kvantitativ ansats använde sig av frågeformulär. I undersökningar där frågeformulär används som datainsamlingsmetod kan många deltagare medverka vilket ger ett mer generaliserbart resultat, som även går att jämföra och redovisa på gruppnivå (Forsberg & Wengström 2013). Datainsamlingsmetoden gör det möjligt för forskarna att svara på deras syfte. Datainsamlingsmetoderna i artiklarna med kvalitativ ansats använde sig av intervjuer. Detta för att de ville undersöka upplevelser vilket enligt Forsberg & Wengström (2013) är en lämplig metod för detta.

4. 4 Metoddiskussion

För att ändamålsenligt svara på syfte och frågeställningar i föreliggande litteraturstudie valdes en deskriptiv design. En systematisk sökning av sökorden gjordes och kombinerades på samma sätt i Pubmed och Cinahl, för att få en överblick på omfattningen av forskningen inom det området. Författarna hade som intention att använda ordet acting i sökningarna, då det inte gav något utslag valdes ordet bort. Flera databaser skulle kunna används, men författarna ansåg att utslaget skulle bli ohanterbart. Då det gav ett stort utslag av valda sökord och författarna ville ta del av den senaste forskningen gjordes en begränsning till tio år, fem års tidsbegränsning hade resulterat i för få artiklar. En svaghet med studien är att inklusionskriterier var att artiklar skulle vara skrivna på engelska och tillgängliga gratis i fulltext, vilket kan ha uteslutit relevanta artiklar. Efter att ha läst artiklarna ingående exkluderades vissa på grund av att det var litteraturstudier, svårt att utläsa om undersökningsgruppen var sjuksköterskor och om resultatet i artiklarna inte svarade på syftet.

Femton artiklar inkluderades i studiens resultat, de hade en stor geografisk spridning och var genomförda i USA, Australien, Israel, Sverige, Nordirland, Nederländerna, Taiwan och England. En styrka med studien är att de ingående artiklarnas resultat är genomgående lika trots den geografiska spridningen. Författarna har svenska som modersmål och risk föreligger för felaktiga tolkningar vid översättningen till svenska vilket ses som en svaghet. Författarna har gemensamt läst de ingående artiklarna och diskuterat dess innehåll för att eliminera risken för missuppfattningar.

4.5 Praktiska implikationer och framtida forskning

Sjuksköterskor har en viktig roll i handhavandet av ett fall av misstänkt barnmisshandel, bland annat genom att identifiera och anmäla. Men också att stödja familjen och framför allt barnet. I studien framkommer faktorer som påverkar sjuksköterskans agerande och

beslutsfattandet angående anmälan. Författarna hoppas att denna litteraturstudie kan hjälpa sjuksköterskor i sitt dagliga arbete, genom att känna till faktorer som påverkar huruvida sjuksköterskan anmäler misstänkt barnmisshandel. I praktisk verksamhet hoppas författarna att denna studie kan få arbetsplatser att uppmärksamma ämnet, föra diskussion kring det och sätta upp tydliga riktlinjer. En felaktig anmälan kan leda till att föräldern känner sig kränkt. Vilket kan kännas som en liten sak i jämförelse med att ett barn fortsätter utsättas för övergrepp vid en utebliven anmälan. Vi måste alltid sätta barnet i främsta rummet. I föreliggande studie har det framkommit att arbetslivserfarenhet och utbildning påverkade sjuksköterskan i sitt beslutsfattande vid en anmälan. Förslag till vidare forskning angående vilken kunskap och utbildning nyutexaminerade sjuksköterskor har om barnskydd, som i sin tur ska jämföras mellan olika studieorter. Detta för att förbättra utbildningen om barnmisshandel i sjuksköterskeutbildningen. Screening för barnmisshandel har visat sig effektivt, vilket kan vara ett verktyg för sjuksköterskor att luta sig tillbaka mot i identifieringen av barnmisshandel.

4.6 Slutsats

I studien framkommer olika faktorer som gör att sjuksköterskan känner sig osäker i sitt beslut att anmäla. Tydligare riktlinjer, mer stöd från arbetskamraterna samt utbildning inom området för att bli medvetna och våga vidta åtgärder.

5.0 REFERENSER

Annerbäck, E, Svedin, C, & Gustafsson, P 2010, 'Characteristic features of severe child physical abuse--a multi-informant approach', *Journal Of Family Violence*, vol. 25, no. 2, pp. 165-172.

*Ben Natan, M, Faour, C, Naamhah, S, Grinberg, K, & Klein-Kremer, A 2012, 'Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse', *International Nursing Review*, vol. 59, no. 3, pp. 331-337.

Brottsförebyggande rådet 2013. Hämtad 2013-10-14:

<http://www.bra.se/bra/brott--statistik/barnmisshandel.html>

Borres, M, & Hägg, A 2007, 'Child abuse study among Swedish physicians and medical students', *Pediatrics International*, vol. 49, no. 2, pp. 177-182.

*Eisbach, S, & Driessnack, M 2010, 'Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses', *Journal For Specialists In Pediatric Nursing*, vol. 15, no. 4, pp. 317-323.

Ekelund, G & Dahlöf, A (2005). *Skarpa lägen: [om barn i svåra situationer: en handbok]*. Stockholm: Sveriges utbildningsradio (UR).

*Feng, J & Levine, M, 2005, 'Factors associated with nurses' intention to report child abuse: A national survey of Taiwanese nurses', *Child Abuse & Neglect*, vol. 29, pp. 783-795.

*Feng, J, Jezewski, M, & Hsu, T 2005, 'The meaning of child abuse for nurses in Taiwan', *Journal Of Transcultural Nursing*, vol. 16, no. 2, pp. 142-149.

*Feng, J & Wu, Y 2005, 'Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: a test of the theory of planned behavior', *Research In Nursing & Health*, vol. 28, no. 4, pp. 337-347.

Flaherty, E, Sege, R, Price, L, Christoffel, K, Norton, D, & O'Connor, K 2006, 'Pediatrician characteristics associated with child abuse identification and reporting: results from a national survey of pediatricians', *Child Maltreatment*, vol. 11, no. 4, pp. 361-369.

Flodmark, O (2008) Regionalt vårdprogram. *Vid misstankte om fysisk misshandel av spädbarn, Del I*. Stockholm läns landsting.

Flodmark, O (2008) Regionalt vårdprogram. *Vid misstankte om fysisk misshandel av spädbarn, Del II*. Stockholm läns landsting.

*Francis, K, Chapman, Y, Sellick, K, James, A, Miles, M, Jones, J, & Grant, J 2012, 'The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected', *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, vol. 41, no. 1, pp. 58-69.

*Fraser, J, Mathews, B, Walsh, K, Chen, L, & Dunne, M 2010, 'Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis', *International Journal Of Nursing Studies*, vol. 47, no. 2, pp. 146-153.

Forsberg, C & Wengström, Y (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Haj-Yahia, M, & Attar-Schwartz, S 2008, 'Attitudes of Palestinian pre-school teachers from Israel towards reporting of suspected cases of child abuse and neglect', *Child & Family Social Work*, vol. 13, no. 4, pp. 378-390.

Hallström, I & Lindberg, T (2009). *Pediatrisk omvårdnad*. Stockholm: Liber AB.

*Herenden, PA, Blevins, R, Anson, E & Smith, J 2013, 'Barriers to and Consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse Practitioners', *National Association of Pediatric Nurse Practitioners*,

Jones, R, Flaherty, E, Binns, H, Price, L, Slora, E, Abney, D, Harris, D, Christoffel, K, & Sege, R 2008, 'Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child

abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group', *Pediatrics*, vol. 122, no. 2, pp. 259-266.

Kemp, A, Dunstan, F, Harrison, S, Morris, S, Mann, M, Rolfe, K, Datta, S, Thomas, D, Sibert, J, & Maguire, S 2008, 'Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review', *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, vol. 337, no. 7674, pp. 859-862.

Kirkevold, M (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. 2., [omarb. och utvidgade] uppl. Lund: Studentlitteratur

Kristoffersen - Jahren, N, Nortvedt, F & Skaug, E-A (red.) (2005). *Grundläggande omvårdnad*. 4. 1. uppl. Stockholm: Liber

*Lazenbatt, A, & Freeman, R 2006, 'Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals', *Journal Of Advanced Nursing*, vol. 56, no. 3, pp. 227-236.

*Lee, P-Y, Fraser, J & Chou, F-H 2007, 'Nurse Reporting of Known and Suspected Child Abuse and Neglect Cases in Taiwan' *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, vol. 23, no. 3, pp. 128-137

*^bLouwers, E, Korfage, I, Affourtit, M, De Konig, H & Moll 2012, H, 'Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department' *BMC Pediatrics*, vol. 12, no. 167.

*^aLouwers, E, Korfage, I, Affourtit, M, Scheewe, D, Marjolijn H., M, Vooijs-Moulaert, A, Annette P.M., E, Jongejan, M, Ruijs, M, Manai, B, Looman, C, Bosschaart, A, Teeuw, A, Moll, H, & J. 2012, 'Effects of Systematic Screening and Detection of Child Abuse in Emergency Departments', *Pediatrics*, vol.130, no. 3, pp. 457-464.

Maguire, S, Mann, M, Sibert, J, & Kemp, A 2005, 'Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review', *Archives Of Disease In Childhood*, vol. 90, no. 2, pp. 182-186.

Schols M, Ruitter C & Öry F 2013, 'How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study', *BMC Public Health*, vol. 13, no. 807.

*O'Malley, D, Kelly, P, & Cheng, A 2013, 'Family Violence Assessment Practices of Pediatric ED Nurses and Physicians', *JEN: Journal Of Emergency Nursing*, vol. 39, no. 3, pp. 273-279.

Paavilainen, E, Merikanto, J, Åstedt-Kurki, P, Laippala, P, Tammentie, T, & Paunonen-Ilmonen, M 2002, 'Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital', *International Journal Of Nursing Studies*, vol. 39, no. 3, pp. 287-294.

Polit, D & Beck, C (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9.ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

*Rowse, V 2009, 'Support needs of children's nurses involved in child protection cases', *Journal Of Nursing Management*, vol. 17, no. 6, pp. 659-666.

Rädda barnen. Hämtad 2013-10-14 från:

<http://www.raddabarnen.se/barnaga?gclid=CKOxtOCHlroCFZB3cAodzVwAUg>

Socialstyrelsen (2004) *Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn*.

Socialstyrelsen, Stockholm. Hämtad: 2013-10-08.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-101-1>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Hämtad: 2013-04-16.

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Socialstyrelsen, Stockholm. Hämtad: 2013-04-16.

http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Szyber, C. (2012). *Arbete mot barnaga*. Riksdagen. Hämtad: 2013-04-15.

www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/Arbete-mot-barnaga_H002U204/?text=true.

*Tingberg, B, Bredlöv, B, & Ygge, B 2008, 'Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents', *Journal Of Clinical Nursing*, vol. 17, no. 20, pp. 2718-2724.

UNICEF Sverige (2009) *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*.

UNICEF Sverige, Stockholm. Hämtad: 2013-04-22.

<http://unicef.se/barnkonventionen>

* Vetenskapliga artiklar som ligger till grund för resultatet.

Bilaga 1. Översikt på valda vetenskapliga artiklar till litteraturstudiens resultat.

Författare, år, land	Titel	Design, urvalmetod, urval	Datainsamlingsmetod	Dataanalys
Ben, Natan. Faour. C, Naamhah. S, Grinberg. K, Klein-Kremer. A. 2012 Israel	Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse	Deskriptiv och komparativ Utläses från beskrivningen ändamålsurval 143 sjuksköterskor och 42 läkare	Frågeformulär	Beskrivande statistik Pearsons korrelation, t-test och linjär regression
Eisbach. S, Driessnack. M. 2010 USA	Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses	Deskriptiv Ändamålsurval (Maximalt variationsurval) 23 sjuksköterskor deltog där 10 var skolsjuksköterskor, 7 var barnsjuksköterskor och 6 var psykiatrisjuksköterskor från barn.	Inspelade intervjuer via telefon eller person till person.	Transkript analyserades med konstant komparativ metod. Transkriberade text med kodning, kategorier, nyckelord och teman
Feng. J-Y, Levine. M, 2005 Taiwan	Factors associated with nurses' intention to report child abuse: a national survey of Taiwanese nurses.	Korrelativ och deskriptiv Stratifierat kvoturval. 1400 sjuksköterskor från pediatrik, psykiatriska och akuta vårdenheter i Taiwan	Frågeformulär	Beskrivande statistik Envägs variansanalys Pearson korrelationskoefficienter och multipel regressionsanalys
Feng. J-Y, Jezewski. M, HSU. T-W. 2005	The meaning of child abuse for nurses in Taiwan.	Deskriptiv Ändamålsenligt urval 18 sjuksköterskor, 8	Semistrukturerade intervjuer	Tematisk analys spelades in och transkriberades.

Taiwan.		akutsjuksköterskor och 10 barnsjuksköterskor		
Feng. J-Y, WU. Y-W. 2005 Taiwan	Nurses' Intention to Report Child Abuse in Taiwan: A Test of the Theory of Planned Behavior	Korrelativ och deskriptiv Stratifierat kvoturval 1362 sjuksköterskor på akuten pediatriska enheter och psykiatriska enheter.	Frågeformulär	Beskrivande statistik Korrelation och modell testning Pearson korrelationskoefficienter LISREL
Francis.K, Chapman. K, James. A, Miles.M, Jones. J, Grant, J 2012 Australien	The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected	Deskriptiv snöbollsurval 7 sjuksköterskor, 2 poliser, 6 lärare, 1 läkare	Peron till person intervjuer eller telefonintervjuer	En tematisk analys Transkriberade inspelad data, kodning, kategorier
Fraser. J, Mathews. B, Walsh. K, Chen. L, Dunne. M. 2010 Australien	Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis	Korrelativ Utläses från beskrivningen Bekvämlighetsurval 930 legitimerade sjuksköterskor	Frågeformulär.	Linjär regressionsanalys och multipel logistisk regressionsanalys
Herendeen. P, Blevins. R, Anson. E, Smith. J 2013 USA	Barriers to and consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse Practitioners	Korrelativ och deskriptiv Utläses från beskrivningen bekvämlighetsurval 604 barnsjuksköterskor	Frågeformulär	Statistisk analys t-test, x2 test, Logistic regressionsmodeller
Lazenbatt. A, Freeman. R	Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare	Korrelativ och deskriptiv Stratifierat urval	Frågeformulär med slutna och öppna frågor	Statistisk analys, kontent analys. ANOVA,

2006, NordIrland	professionals	419 deltagare där 139 var sjuksköterskor, 147 läkare och 133 tandläkare.		multicomparison Scheffe test och diskriminantanalys Innehållsanalys
Lee. PY, Fraser. JA, Chou. FH 2007 Taiwan	Nurse reporting of known and suspected child abuse and neglect cases in Taiwan	Korrelativ och deskriptiv bekvämlighetsurval 238 Sjuksköterskor från akutmottagningar, pediatriiska enheter, eller allaktivitetshus	Strukturerade frågeformulär	Beskrivande statistik , t-test, korrelation, och regression
^b Louwers. E, Korfage. I, Affourtit. M, De Koning. H, Moll. H. 2012 Nederländerna	Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department.	Deskriptiv Utläses från beskrivningen ändamålsurval 7 barnläkare, 2 kirurger, 6 AVAsjuksköterskor, 6 AVAchefer och 6 sjukhus styrelseledamöter	Semistrukturerade intervjuer	Spelades in, transkriberades
^a Louwers. E, Korfage. I, Affourtit. M, Scheewe. D, van de Merwe. M, Vooijs-Moulaert. A-F, van den Elzen. A, Jongejan. M, Ruige. M, Manai. B, Looman. C, Bosschaart. L, Teeuw. A, Moll. H, and Koning. H. 2012 Nederländerna	Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments	Korrelativ Utläses från beskrivningen konsekutivt urval 104 028 barn 18 år eller yngre.	Screening-formulär	x2-test. Tidsserieanalys

O'Malley. D, Kelly. P, Cheng. A-L 2013	Family Violence Assessment Practices of Pediatric ED Nurses and Physicians	Deskriptiv Utläses från beskrivningen Ändamålsurval (Reputational case sampling) 10 sjuksköterskor, 14 läkare, 2 okända	Intervjuer	Transkriberades, innehåll teman och mönster.
Rowse. V 2009 England	Support needs of children's nurses involved in child protection cases	Deskriptiv Ändamålsurval 13 barnsjuksköterskor, 2 barnmorskor.	Semistrukturerade intervjuer	Bandades, transkriberades, kodades och analyserades tematiskt.
Tingberg. B, Bredlöv. B, Ygge. B-M 2008 Sverige	Nurses experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents	Deskriptiv Utläses från beskrivningen Ändamålsurval (Reputational case sampling) 11 sjuksköterskor på ett barnsjukhus i Stockholm	Semistrukturerade intervjuer	Kodade, kategorier, kluster, subkategorier

Bilaga 2. Översikt över granskade artiklars författare, syfte och huvudresultat.

Författare	Syfte	Huvudresultat
Ben Natan, M, Faour, C, Naamhah, S, Grinberg, K, Klein-Kremer, A.	Undersöka teorin om planerat beteende lyckas förutsäga omvårdnad och medicinsk personals anmälan av misstänkt barnmisshandel.	Det var en uppenbar skillnad i anmälan av barnmisshandel mellan läkare och sjuksköterskor där läkare anmäler mer. Motvilja mot barnmisshandel och hur man ser på sitt professionella ansvar påverkar anmälan.
Eisbach, S & Driessnack, M.	Undersöka processen kring barnsjuksköterskors skyldighet av att rapportera barnmisshandel	Alla deltagarna i studien menade att det finns tre faser i att anmäla barnmisshandel; att bli medveten om den eventuella misshandeln, att ingripa på barnets och/eller familjens vägnar samt att anmäla till myndigheter. Innan dessa faser finns faktorer som är missgynnade för beslut att anmäla.
Feng, J-Y & Levine, M.	Bestämma erfarenheter hos taiwanesiska sjuksköterskor angående en ny lag om anmälan vid barnmisshandel och att bedöma attitydmässiga samband för sjuksköterskor med avsikt att rapportera.	De flesta sjuksköterskor i studien (86 %) sa att det aldrig hade gjort en anmälan. 75 % kände att sin sjuksköterskeutbildning var bristfällig eller saknades. De flesta hade otillräcklig kunskap om rapporteringslagen.
Feng, J-Y, Jezewski, M & Hsu, T-W.	Undersöka sjuksköterskors upplevelser och perspektiv på barnmisshandel i Taiwan.	Fyra stora teman framkom: innebörden av barnmisshandel, konflikt, frustrerad känsla och strategier.
Feng, J-Y & Wu, Y-W.	Identifiera faktorer som är förknippade med sjuksköterskors avsikt att anmäla misstänkt barnmisshandel i Taiwan och att fastställa den empiriska lämpligheten av den förlängda teorin om planerat beteende (TPB) för att förklara sjuksköterskors avsikt att anmäla barnmisshandel.	Endast 14 % av sjuksköterskorna i studie hade någonsin rapporterade ett eller flera fall av övergrepp mot barn . Dessutom sade 21 % att de hade stött på minst ett misstänkt fall och att de inte anmälde. Osäker på bevis var den störta orsaken på att inte anmäla.
Francis, K, Chapman, K, James, A, Miles, M, Jones, J & Grant, J.	Förklara hur yrkesamma från landsbygden i Viktoria identifierar barn i riskzonen och de beslut de gör därefter	Professionerna upplevde fyra stadier i deras beslutsfattande. Dessa fyra faser var: blir medveten om möjlig barnmisshandel eller försummelse, en avvaktande period för att samla bevis, ett beslut om att anmäla eller inte anmäla och bearbetning av resultatet av deras agerande.
Fraser, J, Mathews, B, Walsh, K, Chen, L & Dunne, M.	Undersöka sambandet mellan sjuksköterskans egenskaper, utbildning, kunskap om lagstiftning, anmälningsskyldighet och attitydmässiga faktorer vid anmälan av olika typer av barnmisshandel och försummelse.	Sjuksköterskan var säker och kunnig när det gäller att anmäla fysiska och sexuella övergrepp. De var mindre säkra och kunniga när det gällde känslomässiga övergrepp och försummelse.
Herendeen, P, Blevins, R, Anson, E & Smith, J.	Undersöka barnsjuksköterskors	Sjuksköterskor anmälde mer sällan än läkare. De

	erfarenheter i att identifiera och hantera barnmisshandel samt att bestämma frekvensen av deras anmälan och beskriva effekterna av attityder och självförtroende inför anmälan av barnmisshandel	upplevde likanden barriärer inför anmälan och hanterade dem på liknande sätt. Både sjuksköterskor och läkare som nyligen utbildat sig inom området kände större självsäkerhet och var mer benägna att anmäla.
Lazenbatt, A & Freeman, R.	Utvärdera förmåga och beteenden hos vårdpersonal inom primärvården att anmäla barnmisshandel i Nordirland. Ett sekundärt syfte var att utvärdera utbildningsbehovet hos dessa yrkesgrupper	60% sa att det hade sett ett fall av misstänkt barnmisshandel under sitt arbetsliv men bara 47% hade faktiskt gjort en anmälan. 74% av respondenterna var medvetna om mekanismen för att anmäla fysik barnmisshandel. Men 79% efterfrågade mer utbildning inom ämnet.
Lee, P-Y, Fraser, J-A & Chou, F-H.	Undersöka inverkan på sjuksköterskans uppfattningar, attityder och kunskaper om att anmäla misstänkt barnmisshandel och försummelse inom vårdinrättningar i Taiwan	70% av sjuksköterskorna trodde de behövde mera utbildning inom barnmisshandel. Det fanns ett samband mellan misstanke och rapportering mellan uppfattning, attityd och kunskap.
^b Louwers, E, Korfage, I, Affourtit, M, De Koning, H, Moll, H.	Att identifiera underlättare till, och barriärer till screening för barnmisshandel på akutavdelningar(AVA), genom intervjuer med AVA-personal, sjukhusstyrelsen och andra relaterade experter.	Bristfällig kunskap och kommunikation med de misstänkta föräldrarna och tidsbrist att utveckla rutiner var barriärer för AVA-personalen.
^a Louwers, E, Korfage, I, Affourtit, M, Scheewe, D, van de Merwe, M, Vooijs-Moulaert, A-F, van den Elzen, A, Jongejan, M, Ruijs, M, Manai, B, Looman, C, Bosschaart, L, Teeuw, A, Moll, H & Koning, H.	Undersöka om införande av screeningformulär och utbildning av akutmottagningens sjuksköterskor ökar träffsäkerhet på barnmisshandel.	Systematisk screening på akutvårdsavdelningar visar sig effektiv när det gäller att öka upptäckten av misstänkt barnmisshandel.
O'Malley, D, Kelly, P & Cheng, A-L.	Syftet med denna studie var att använda en teori-strategi för att utforska den framträdande föreställningar och attityder hos sjuksköterskor och läkare i samband med rutinmässig bedömning av barnmisshandel och våld i parrelationer på pediatrik akutmottagning.	Deltagarna värderade tidig identifiering och tillhörande positiva hälsoeffekter av att hålla barn trygg.
Rowse, V.	Beskriva sjuksköterskors upplevelse av barnskyddsfall, för att upptäcka deras behov av stöd och föreslå utvecklingen inom utbildning och stöd.	Sjuksköterskorna ville ha stöd från en kunnig person under ett fall av barnmisshandel och de behövde individanpassat stöd.
Tingberg. B, Bredlöf. B, Ygge. B-M	Identifiera sjuksköterskors erfarenheter i den kliniska omvårdnaden av barn som varit med om övergrepp samt att ta reda på hur sjuksköterskan förhöll sig professionellt inför den misstänkte föräldern.	Sjuksköterskorna upplevde svårigheter att bemöta föräldrarna på ett professionellt sätt . Många av sjuksköterskorna som intervjuades uttryckte en stark önskan att förbli professionella i sina kontakter med föräldrarna och att det är viktigt för dem att ha barnet i fokus.