

Barn som utsätts för våld i hemmet

-en scoping review över aktuell litteratur om hälso- och sjukvårdspersonalens identifiering, ingripande, förebyggande samt multiprofessionellt samarbete

Jennie Löfs & Fanny Svenfelt

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 2021



EXAMENSARBETE

Författare: Jennie Löfs och Fanny Svenfelt

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Marie Hjortell

Titel: **Barn som utsätts för våld i hemmet** – en scoping review över aktuell litteratur om hälso- och sjukvårdspersonalens identifiering, ingripande, förebyggande samt multiprofessionellt samarbete

Datum 07.05.21 Sidantal 47

Bilagor 7

Abstrakt

Detta examensarbete handlar om hälso- och sjukvårdspersonalens arbete med barn som utsätts för våld i hemmet. Examensarbetet är utfört i form av en scoping review med syftet om att kartlägga vad som finns beskrivet i aktuell litteratur när det gäller hälso- och sjukvårdspersonalens identifiering, ingripande och förebyggande av våld mot barn i åldern 7 – 12 år i hemmet inom ett finländskt perspektiv. Frågeställningarna som blivit ställda är: "Vad finns beskrivet i existerande litteratur om hälso- och sjukvårdspersonalens identifiering, ingripande och förebyggande när det gäller barn som utsätts för våld i hemmet" och "Hur beskrivs samarbetet med andra professionella partner när det gäller ingripande i situationer där man har misstankar om eller identifierat att ett barn utsätts för våld i hemmet?". Datamaterialet består av tio vetenskapliga artiklar och elva grey litteraturdokument. Som teoretiska utgångspunkt användes Katharine Kolcabas theory of comfort.

Resultatet i examensarbetet är indelade i fyra teman: *Identifiering av våld*, *Ingripande i våld*, *Förebyggande av våld* och *Multiprofessionellt samarbete*. Varje tema är indelad i två eller fler kategorier. Teman beskriver hur hälso- och sjukvårdspersonalen kan, ska och har agerat vid identifiering, ingripande och förebyggande av våld mot barn i hemmet samt hur det multiprofessionella samarbetet skall utformas och tidigare upplevelser och erfarenheter av samarbete.

Slutsatsen från examensarbetet påvisar att kunskaper och praktiska färdigheter gällande identifiering, ingripande, förebyggande och multiprofessionellt samarbete vid våld mot barn är nödvändigt bland hälso- och sjukvårdspersonalen för tidigt agerande. Behov finns av en omfattande utbildning bland alla inom hälso- och sjukvården som kommer i kontakt med barn i sitt arbete. Examensarbetet ger en inblick i ämnet men resultaten påvisar att det finns behov av ytterligare forskning inom området.

Språk: Svenska

Nyckelord: Våld mot barn, barnmisshandel, identifiering, ingripande, förebyggande, multiprofessionellt samarbete

BACHELOR'S THESIS

Author: Jennie Löfs och Fanny Svenfelt

Degree Programme: Public Health Nurse, Vaasa

Supervisor(s): Marie Hjortell

Title: Children exposed to abuse in their home – a scoping review of current literature on health care professionals' identification, intervention, prevention and multi-professional collaboration

Date 07.05.21 Number of pages 47

Appendices 7

Abstract

This thesis is about healthcare professionals working with children who are being exposed to abuse in their homes. The thesis is performed as a scoping review with the aim to chart what is described in the current literature regarding healthcare professionals' identification, intervention and prevention regarding abuse against children aged 7 – 12 years old in their homes within a Finnish perspective. The research questions are: "What is described in existing literature about healthcare professionals' identification, intervention and prevention regarding children who are being abused at home?" and "How is the collaboration with other professional partners work described when it comes to intervene in situations where one has suspected or identified that a child is being abused in their home". The data material consists of ten scientific articles and eleven grey literature documents. Katharine Kolcaba's theory of comfort was used as the theoretical framework.

The result from the thesis is divided into four themes: *Identification of violence*, *Intervention in violence*, *Prevention of violence* and *Multi-professional collaboration*. Each theme is divided into two or more categories. The themes describe how healthcare professional are able to, should and have acted when identification, intervention and prevention of violence against children in their home and how the multi-professional cooperation should be organized and previous experiences of cooperation.

The conclusion of the thesis shows that knowledge and practical skills regarding identification, intervention and prevention and multi-professional collaboration in the event of child abuse are necessary among healthcare professionals for early action. There is a need for comprehensive education among everyone in the healthcare system who meets children in their work. The thesis provides an insight into the subject, but results show that further research is needed in this field.

Language: Swedish Key words: Child abuse, child maltreatment, identification, intervention, prevention, multi-professional collaboration

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Teoretisk bakgrund	1
2.1	Definition av våld mot barn.....	2
2.1.1	Fysiskt våld	2
2.1.2	Emotionellt/Psykiskt våld.....	2
2.1.3	Sexuellt våld.....	2
2.1.4	Försummelse	2
2.2	Kännetecknen på våld mot barn	3
2.2.1	Fysiskt våld	3
2.2.2	Psykiskt våld.....	4
2.2.3	Sexuellt våld.....	5
2.2.4	Försummelse	5
2.2.5	Allmänna symptom.....	6
2.3	Riskfaktorer och orsaker för våld mot barn	6
2.4	Konsekvenser av våld mot barn	8
2.5	Finländsk statistik över våld mot barn	8
2.6	Social- och hälsovården och andra professionella partner.....	9
2.6.1	Social- och hälsovårdsarbetsarens skyldighet.....	9
2.6.2	Förebygga våld	10
2.6.3	Den finländska skolhälsovården.....	10
2.6.4	Skolhälsovårdaren och barn som utsätts för våld i hemmet.....	11
2.6.5	Elevvård	12
2.6.6	Familjecenter.....	12
2.6.7	Barnskydd och barnskydds-enhet.....	12
2.6.8	Polisen.....	13
2.7	Barnkonvention och finländska lagar	14
3	Teoretisk utgångspunkt.....	15
4	Syfte och frågeställningar	17
5	Metod	17
5.1	Scoping review	18
5.2	Utförande enligt Arksey's och O'Malley's modell.....	18
5.3	Examensarbetets praktiska utförande.....	19
5.4	Etiska övervägande	22
6	Resultat	23
6.1	Resultat översikt.....	24

6.2	Identifiering av våld	25
6.2.1	Kunskap om riskfaktorer, symptom och tecken på våld	25
6.2.2	Metoder och tillvägagångssätt.....	27
6.3	Ingripande i våld.....	29
6.3.1	Att föra våld på tal med barn	30
6.3.2	Förfarande vid ingripande i våld	31
6.3.3	Rapportering av misstanke eller upptäckt av våld.....	32
6.3.4	Bedömning av barnets säkerhet och implementera stöd och hjälp.....	33
6.4	Förebyggande av våld.....	34
6.4.1	Hälso- och sjukvårdens uppgifter i det våldsförebyggande arbetet.....	35
6.4.2	Utbildningsbehov bland hälso- och sjukvårdspersonalen	36
6.5	Multiprofessionellt samarbete	37
6.5.1	Multiprofessionella samarbetspartner och samarbetsprocessen	37
6.5.2	Krav för ett fungerande samarbete	39
6.5.3	Upplevelser och erfarenheter av multiprofessionellt samarbete.....	40
7	Diskussion.....	41
7.1	Metoddiskussion.....	41
7.1.1	Diskussion om val av metod.....	42
7.1.2	Diskussion om datainsamling, urval av datamaterial och dataanalys	42
7.1.3	Diskussion om etiska övervägande	44
7.2	Resultatdiskussion.....	44
7.2.1	Sammanfattning av resultat och jämförelse med tidigare forskning	44
7.2.2	Spegling mot den teoretiska utgångspunkten.....	46
7.2.3	Resultatens användbarhet och framtida forskningsmöjlighet	47
7.3	Slutsatser	47
8	Källförteckning.....	48
	Bilaga 1 (Artikelsökningar).....	1
	Bilaga 2 (Prisma vetenskapliga artiklar)	2
	Bilaga 3 (Prisma grey litteratur).....	3
	Bilaga 4 (Tabell för vetenskapliga artiklar).....	4
	Bilaga 5 (Tabell för grey litteratur)	10
	Bilaga 6 (Blankett för screening och kartläggning av närståendevåld)	14
	Bilaga 7 (Bakgrundsformulär – Lasta screening).....	16

1 Inledning

Att föräldrar använder våld mot sina barn i hemmet är ett fenomen som förekommer överallt i världen. Våldet kan vara i form av fysiskt, psykiskt och sexuellt våld eller som försummelse av barn. Att identifiera våld är inte alltid lätt, eftersom det inte alltid ger upphov till kännetecken eller symptom hos barnet. Ibland är symptomen så diffusa och barnet klagar på somatiska problem i stället för att berätta om sina upplevelser av våld i hemmet.

Att barn utsätts för våld av föräldrarna i hemmet är ett problem som förekommer även i Finland. I enkäten "Hälsa i skolan" år 2019 uppgav 17,1 % av deltagarna i årskurs 4 - 5 att de hade upplevt psykiskt våld och 11,8 % att de hade upplevt fysiskt våld från en förälder. Antalet var lite högre när det gällde deltagare i årskurs 8 - 9. (Sotkanet, (u.å)).

Våld mot barn i hemmet kan leda till negativa konsekvenser hos barnet både på kort- och långsikt. Det finns en ökad risk för dessa barn att senare i livet drabbas av depression, ångest, missbruk och beteendestörningar. (Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott & Vos, 2012, s. 21; WHO, 2020a). Därför är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen har kunskaper inom ämnet så att de kan förebygga och tidigt identifiera samt ingripa i våld mot barn.

I vårt examensarbete kommer vi genom att använda en scoping review sammanfatta aktuell litteratur gällande identifiering, ingripande och förebyggande av våld mot barn i åldern 7 – 12 år i hemmet. Dessutom kommer vi undersöka hur det multiprofessionella samarbetet skall utformas vid arbetet med barn som utsätts för våld i hemmet.

2 Teoretisk bakgrund

Hur definieras våld i hemmet mot barn och de olika formerna av våld? Vad är riskfaktorer för, kännetecken på och allmänna symptom vid våld? Vad är hälso- och sjukvårdspersonalens uppgift i dessa situationer och hur kan man identifiera våld? Vad beskriver barnkonvention om barns rättigheter och den finländska lagen om användande av våld mot barn? Detta kommer att presenteras i följande kapitel. I kapitlet beskrivs också hur vanligt det är att föräldrar använder våld mot barn i hemmen i Finland och vad den finländska lagen säger om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter när det gäller misstankar eller upptäckt av att ett barn utsätts för våld i hemmet.

2.1 Definition av våld mot barn

WHO definierar barnmisshandel som våld mot och försummelse av barn under 18 år. Detta inkluderar fysiskt, psykiskt och sexuellt våld samt försummelse av barn som resulterar i faktiskt eller potentiell skada för barnets hälsa, överlevnad, utveckling eller värdighet i samband med ett ansvarsförhållande, tillit eller maktförhållande. Ibland inkluderas också exponering för intimt partnervåld som en form av barnmisshandel. (WHO, 2020a).

2.1.1 Fysiskt våld

WHO definierar fysiska övergrepp eller våld mot barn som handlingar som görs av en förälder eller annan vårdgivare och som orsakar faktiskt eller potentiell skada för barnet. Fysiskt våld kan vara i form av slag, sparkar, slag med ett föremål eller hotande av barnet med en kniv eller en pistol. (Krug m.fl., 2002, s. 60, 62).

2.1.2 Emotionellt/Psykiskt våld

Emotionella eller psykiska övergrepp eller våld mot barn definieras enligt WHO som en förälders eller annan vårdgivares underlåtenhet att tillhandahålla en lämplig och stödjande miljö för barnet och omfattar handlingar som ger negativa effekter på barnets psykiska hälsa och utveckling. Exempel på sådana handlingar är begränsning av ett barns rörelse, ärekränkning, förlöjligande, hot, diskriminering, förkastande och andra icke fysiska former av fientligt behandlande. (Krug m.fl., 2002, s. 60).

2.1.3 Sexuellt våld

Sexuella övergrepp eller våld mot barn definieras enligt WHO som handlingar där en förälder eller annan vårdgivare använder ett barn för sexuell tillfredsställelse. Sexuellt våld kan vara fysiskt eller psykiskt. Fysiskt sexuellt våld innebär sexuella handlingar och övergrepp mot barn medan psykiskt sexuellt våld kan vara verbalt som skrämsel, utpressning eller andra hot, t.ex. hot om skada. (Krug m.fl., 2002, s. 66 – 68, 149).

2.1.4 Försummelse

Försummelse definieras enligt WHO som att föräldrar eller annan vårdgivare misslyckas med att stöda/främja barnets grundläggande behov och utveckling på ett eller flera av

följande områden: hälsa, utbildning, emotionell utveckling, näring, skydd och trygga levnadsförhållanden. Försummelse skiljer sig från omständigheter vid fattigdom genom att försummelse endast kan förekomma i familjer med tillräckliga resurser och inte som ett resultat av fattigdom. (Krug m.fl., 2002, s. 60).

2.2 Kännetecknen på våld mot barn

Det finns många olika tecken som kan tyda på att ett barn utsätts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld eller försummelse i hemmet. I följande underkapitlen beskrivs kännetecknen på de fyra olika våldsformerna samt allmänna symptom till följd av våld.

2.2.1 Fysiskt våld

Kända fysiska skador som kan vara tecken på att ett barn utsätts för fysiskt våld är hudskador, huvud-, skall- eller hjärnskador, munskador, håravfall, skelettskador och inre bukskador. De allra vanligaste skadorna hos barn till följd av fysiskt våld är hudskador i form av blåmärken, brännskador eller bitmärken. Hudskador som uppstår genom fysiskt våld karakteriseras av variation i form, färg, mönster och lokalisation, där skadorna förekommer på ställen på kroppen som är ovanliga att skada. Ofta förekommer skadorna i olika stadier av läkningsprocessen vilket tyder på upprepat våld. Det är vanligt att barnet inte vill prata om hur skadorna har uppstått eller ger en förklaring till skadorna som inte motsvarar dess placering, form eller typ samt att barnet döljer skadorna med hjälp av kläder. (Giardino, 2015, s. 6 – 9, 14 – 17, 20; THL, 2019).

Det mest frekventa kännetecknet när gäller att upptäcka barn som utsätts för fysiskt våld är förekomst av blåmärken hos barnet. Blåmärken som orsakas av fysiskt våld kännetecknas av deras geometriska form eller mönster, hand- eller fingeravtrycksform och omkretsform kring en extremitet eller nacken och av lokalisationen på kroppen där de ofta förekommer på ställen som är ovanliga att skada, bl.a. i armhålor, på handryggen, bröstet, buken, låren, skinkorna eller könsorganen. Blåmärken förekommer ofta samtidigt på flera olika ställen på kroppen som är helt oförenligt med ett enda olycksfall. Andra kännetecken är att blåmärken förekommer i extremt stort antal, är av olika åldrar, är stor i storleken och deras svårighetsgrad. (Giardino, 2015, s. 6).

Skall- och hjärnskador till följd av fysiskt våld förekommer främst hos småbarn i form av omfattande skador med bl.a. intrakraniell blödning, hjärnskada och retinalblödning som

orsakats genom skakning av barnet s.k. babyshakesyndrom. Munsckador orsakad av våld kan vara i form av tandlossning, tandfraktur, käkfraktur eller blåmärken i munnen, gommen eller på kinderna. Håravfall som orsakas av våld kännetecknas vanligen av flera fläckiga håravfall med kvarlämnade trasiga hårstrån, rodnad och ömhet i området i hårbotten och ibland även av hematom. (Giardino, 2015, s. 14 - 16).

Skelettskadorna uppträder som frakturer som oftast förekommer i extremiteterna där det är vanligaste med frakturer i benen, följt av skallfrakturer eller som flera samtidiga frakturer hos barnet. Det som är typiskt vid frakturer som orsakats genom fysiskt våld är att barnets eller föräldrarnas historia om hur skadan uppkommit förändras eller är meningslös och inte överensstämmer med skadans lokalisation, ålder eller omfattning. Ofta sker även en fördröjning i att söka vård. (Giardino, 2015, s. 17 – 18).

Inre buksckador som kan orsakas av våld är blåmärken, sår, vätskeansamling eller blödningar inne i buken eller i bukorgan. Tidiga tecken på bukskada hos barn är ofta i form av ospecifika symptom såsom irritabilitet, ömhet, kräkningar, blekhet, spänd buk, grymtande eller snabb puls. (Giardino, 2015, s 20 – 21).

2.2.2 Psykiskt våld

Att identifiera att ett barn utsätts för psykiskt våld är ofta svårt eftersom det inte lämnar några fysiska tecken. Men i allmänhet resulterar psykiskt våld i nedsatt kognitiv- och emotionell förmåga hos barnet. Vilka beteenden eller tecken som barnet uppvisar beror på barnets ålder när våldet debuterade och vilken form av psykiskt våld det handlar om. (Giardino, 2015, s. 67, 82).

Barn som har blivit utsatt för psykiskt våld kan ha en negativ syn på sig själv och sin världsbild. De har ofta dåligt självförtroende och självbild, ser sig själv som ovärdig och med få styrkor och färdigheter. Den dåliga självbilden kan påverka barnen så att det tenderar att vara olydiga, överaktiva och impulsiva. Barnen ser ofta världen som en fientlig plats och kan bete sig om att de är rädda, oroliga, arga, aggressiva och ibland även våldsamma mot andra människor. Beteenden som kan tyda på att ett barn utsätts för psykiskt våld är tillbakadragenhet, passivitet, blyghet eller nedstämdhet samt avsaknad av självkontroll. Barnet kan även klaga på somatiska problem såsom huvudvärk och sömnstörningar. (Giardino, 2015, s. 83).

2.2.3 Sexuellt våld

Vid sexuellt våld eller övergrepp förekommer vanligen inga identifierbara fysiska tecken utan det vanligaste sättet att upptäcka våldet är att barnet avslöjar sin historia åt en tredje person, vanligen till en vårdare, lärare, ett syskon, en vän eller släkting. Ett annat kännetecken kan vara att barnet klagar på ospecifika symptom såsom sömnstörningar, buksmärtor, huvudvärk eller fobier. Att ett barn har en oförklarlig skada eller infektion i genitalierna kan vara ett tecken på sexuellt våld. (Emertan & Ertan, 2010, s 322; Giardino, 2015, s. 32 - 33).

Specifika fysiska tecken som kan identifieras hos en del av barnen som blivit utsatta för sexuellt våld är skador kring könsorganen eller analöppningen. Hos flickor kan fysiska tecken som involverar könsorganen vara skador på blygdläpparna, hymen eller omgivande vävnader samt vaginala sår, vaginal sekretion, sprickor i slidväggen och nötningar eller blåmärken i könsvävnaden. Fysiska tecken hos pojkar kan vara svullnad, blåmärken och skrubbsår kring könsorganen. Tecken som uppvisas kring och i analöppningen är samma hos både flickor och pojkar och kan vara förekomst av hudskador i form av sprickor, små rivmärken och ärr eller analblödning. Könssjukdomar identifieras sällan hos barn som har blivit utsatt för sexuellt våld. (Giardino, 2015, s. 39, 41).

Hur barn påverkas psykiskt av sexuellt våld är väldigt varierande och kan sträcka sig allt från inga identifierbara negativa effekter till mycket svåra psykiska symptom och posttraumatiskt stressyndrom. Barnet kan uppvisa symptom som oförklarlig ångest, depression och självska debeteende. Olämpliga sexuella beteenden och uttalanden kan förekomma hos barn som blivit utsatt för sexuellt våld. Barnets prestationer i skolan kan försämrast drastiskt. (Giardino, 2015, s. 33, 37).

2.2.4 Försummelse

Försummelse av barn kan kännetecknas av dålig hygien hos barnet, hudinfektioner, smutsiga kläder och otillräcklig tillväxt orsakad av näringsbrist. När det gäller otillräcklig tillväxt hos ett barn som förorsakas av näringsbrist kan det tyda på försummelse ifall det inte finns känt eller upptäcks ett medicinskt tillstånd hos barnet som orsakar problemet och man kan utreda att föräldrarna inte tillgodoser barnets näringsbehov. Barn med näringsbrist har ofta tunna extremiteter, utstickande revben och insjunkna rumpa. Försummade barn kan uppvisa symptom såsom apati, matta ögon och bristande ögonkontakt. Andra symptom som barnet

kan uppvisa är kognitiva brister, underprestation i skolan, nedstämdhet, beteendestörningar och problem i kompisrelationer. (Giardino, 2015, s. 56 - 57, 61).

Ett annat tecken på försummelse är att föräldrarna inte tillgodoser barnets behov av hälso- och sjukvård genom att frånvara från inplanerad besök eller undviker att söka vård trots barnets behov. Även bristningar i följande av barnets läkemedelsordination eller andra behandlingsplaner räknas som försummelse. (Giardino, 2015, s. 56 - 57, 61).

2.2.5 Allmänna symptom

Ett barn som utsätts för våld hemma kan uppvisa fysiska, emotionella eller sociala symptom eller en kombination av dessa oberoende av vilken typ av våld barnet utsätts för. Fysiska symptom kan vara att barnet har fysiska kroppsskador eller somatiska symptom t.ex. huvudvärk eller buksmärter. Emotionella symptom som barn kan uppvisa är ångest, depression, snabba humörväxlingar, otrygghet och rädslor. Även förändringar i beteendet, personligheten eller självförtroendet förekommer. Beteendeförändringar kan vara bl.a. nervositet, osäkerhet, tillbakadragenhet eller självskadebeteende. En del barn kan på längre sikt få symptom på posttraumatisk stress i form av koncentrationssvårigheter, trötthet, överklighetskänslor och mardrömmar. Barnet kan också uppvisa sociala symptom såsom isolering, undvikande av sociala situationer och undergivet beteende. (THL, 2019).

2.3 Riskfaktorer och orsaker för våld mot barn

Orsaken till att ett barn utsätts för våld av en förälder är sällan en specifik orsak utan ett resultat av flera riskfaktorer tillsammans och riskfaktorerna varierar mellan olika kulturer och samhällen (Emertan & Ertan, 2010, s. 318; WHO, 2020a). Faktorer som har betydelse för risken att bli utsatt är särdrag hos individen, familjeförhållande, samhället och levnadsstandarden. Kända riskfaktorer hos individen när det gäller barnet är ålder, kön, personligheten samt fysiska eller mentala funktionshinder. Barn under fyra år och ungdomar har högre benägenhet att utsättas för våld av föräldrar än övriga barn. När det gäller könet löper båda könen lika stor risk att bli utsatt för våld, förutom i fråga om sexuellt våld där flickor har en högre utsatthet. Hos barn med intellektuella eller fysiska funktionsnedsättningar, neurologiska störningar eller specialbehov har man även identifierat en ökad benägenhet. Även barn som är oönskade eller inte uppfyller föräldrarnas förväntningar på barnet har en ökad tendens att bli utsatt. En annan känd orsak till att ett

barn utsätts för våld är att barnet är homosexuell, bisexuell eller transsexuell. (WHO, 2020a; WHO, 2020b; WHO, (u.å.)).

När det gäller föräldrarna har deras personlighet och beteende betydelse på risken för att använda våld mot sina barn. Föräldrar med dålig självkänsla, dålig impuls kontroll, psykiska eller neurologiska störningar har påvisat en ökad benägenhet för att utsätta sina barn för våld. Även föräldrar som har svårigheter med att knyta till sina nyfödda barn eller med brister i den emotionella bindningen till sina barn har en högre tendens till att misshandla sina barn. (WHO, 2020a; WHO, 2020b). En annan känd riskfaktor är bristande kunskaper hos föräldrar om föräldraskap och om barns hälsa och utveckling samt orealistiska förväntningar på sitt barn (Emertan & Ertan, 2010, s 318).

Föräldrar som själv blivit utsatt för våld som barn har en ökad tendens att använda våld mot sina barn vilket även en tidigare studie av Simmel m.fl. (2016) påvisade och i studien framkom det att användningen av våld mot barn är ett problem som ofta överförs från generation till generation. (Simmel, Merritt, Kim & Kim, 2016, s. 2384 – 2385; WHO, 2020a). Även våld mellan föräldrarna kan öka risken för att barnen utsätts för våld (Emertan & Ertan, 2010, s 318).

Ensamstående eller frånskilda föräldrar, låg utbildning, låga inkomster och ekonomiska svårigheter hos föräldrar är faktorer som kan öka risken för användning av våld mot sina barn. Men fördomar får ändå inte förekomma emot familjer med låga inkomster eftersom våld i hemmet ändå inte bör förekomma och kan förekomma i alla hem oberoende av familjens levnadsstandard. Även när det gäller föräldrar med alkohol- eller drogmissbruk eller som är involverade i kriminell verksamhet har man identifierat en ökad benägenhet att använda våld. Riskfaktorer när det gäller familjeförhållande är dåligt föräldraskap, isolering från övriga i samhället och avsaknad av stödnätverk från samhället samt stöd för barnuppfostran. (Emertan & Ertan, 2010, s 318; WHO, 2020a; WHO, 2020b).

Samhället och levnadsstandarden har också betydelse när det gäller risken för att våld i hemmen inträffar. Sådana faktorer är samhällets sociala- och könsmissiga normer och ekonomi-, hälso-, utbildning-, köns- och sociala skillnader som finns samt den sociala politiken och socioekonomiska ojämlikheter. Även samhällets befintliga sociala skydd och preventiva åtgärder mot våld är av vikt när det gäller förekomsten av våld i hemmen. Andra faktorer som kan vara av betydelse är befolkningstätheten, sociala sammanhang, kriminalitet och katastrofer som drabbar ett samhälle, t.ex. naturkatastrofer. Ett samhälle med en hög

arbetslöshet, fattigdom och hög alkohol- och narkotikakonsumtion kan öka risken för våld i familjer. (WHO, 2020a; WHO, 2020b).

2.4 Konsekvenser av våld mot barn

Barn som utsätts för våld kanske inte uppvisar symptom här och nu men kan utveckla symptom eller negativa konsekvenser senare i livet. Kända konsekvenser är emotionella problem såsom ångest och depression och beteendeproblematik såsom kriminalitet och impulsivitet. Det är välkänt att barn som utsatts för våld av en förälder riskerar att utveckla interna och externa traumarelaterade symptom såsom aggressivitet, nedstämdhet och självskadebeteende. Barnet kan även utveckla somatiska symptom såsom huvudvärk, sömnsvårigheter och självmordstankar. (Johansson & Källström, 2019, s. 28 – 31).

Vuxna som har blivit utsatta för våld som barn har en ökad risk att drabbas av långsiktiga konsekvenser i form av beteendemässiga, fysiska eller psykiska problem såsom depression, fetma, rökning, begå eller bli offer för våld, högrisk sexuellt beteende, oavsiktlig graviditet samt alkohol- och drogmissbruk. Genom dessa beteendemässiga och psykiska konsekvenser kan våldet bidra till bl.a. hjärtsjukdomar, cancer, självmord och sexuellt överförbara sjukdomar. (WHO, 2020a).

Norman m.fl. (2012, s. 21) har i en studie jämfört sambandet mellan fysisk och emotionellt våld samt försummelse och olika hälsoproblem senare i livet. I studien påvisades ett starkt samband mellan dessa våldstyper och att senare i livet drabbas av depressiva störningar, ångeststörningar, självmordsförsök, droganvändning och ett riskabelt sexuellt beteende samt ökad risk för att drabbas av könssjukdomar. Ett starkt samband mellan fysiskt våld och ätstörningar samt barnsliga beteendestörningar kunde även påvisas.

2.5 Finländsk statistik över våld mot barn

Föräldrarnas våld mot barn i hemmet har minskat under de senaste årtiondena i Finland. Men trots det utsätts fortfarande en alldeles för stor del av barn och unga för fysiskt, emotionellt och sexuellt våld i hemmet. Det visar resultaten av enkäten *Hälsa i skolan* år 2017 och 2019. Resultaten från både år 2017 och 2019 visar att fysiskt våld av föräldrar mot barn förekommer mera sällan än psykiskt våld. (Sotkanet, (u.å.)); THL, 2018).

Av eleverna i årskurs 4 – 5 som deltog i undersökningen år 2019 uppgav ca 11,8 % att de hade blivit utsatt för fysiskt våld i form av slag, sparkar, knuffar eller luggade av en förälder. Ca 17,1 % av eleverna i dessa årskurser uppgav att de hade utsatts för psykiskt våld av en förälder, i form av tigan, utskällning, hot om stryk eller kastande av saker. Av eleverna i årskurs 8 – 9 uppgav ca 11,8 % att de hade utsatts för fysiskt våld och ca 27,9 % för psykiskt våld av en förälder. (Sotkanet, (u.å.); THL, 2018).

I Statistikcentralens resultat från år 2018 registrerades 9900 offer för familjevåld och våld i nära relationer i Finland som kommit till myndigheternas kännedom och anmälts som brott. 24,4 % av dessa offer var minderåriga. (Statistikcentralen, 2019). Enligt statistiken från 2018 är antalet totalt 2198 minderåriga barn som blivit offer för någon typ av våld i hemmet där en förälder är misstänkt. Av dessa var 530 barn 0 – 4 år, 836 barn i åldern 5 – 9 år, 605 barn i åldern 10 – 14 år och 227 ungdomar i åldern 15 – 17 år. I Statistikcentralens uppgifter finns endast de fall medräknade som har kommit till myndigheternas kännedom. (Statistikcentralen, (u.å.)).

2.6 Social- och hälsovården och andra professionella partner

I detta underkapitel redogörs social- och hälsovårdens samt andra professionella partners uppgifter och skyldigheter i allmänhet och när det gäller barn som far illa i hemmet. I kapitlet beskrivs skolhälsovården, elevvård, familjecenter, barnskyddet och polisen, vilka alla dessa aktörer har en viktig roll i arbetet med barn som utsätts för våld i hemmet och/eller våldsförebyggande arbete. Dessutom beskrivs allmänna våldsförebyggande åtgärder.

2.6.1 Social- och hälsovårdsarbetsares skyldighet

Alla professionella personer som kommer i kontakt med barn som har blivit utsatta eller misstänks ha blivit utsatta för våld av en förälder är skyldiga att agera vilket framhävs i barnskyddslagen 15§ och 25§ om social- och hälsovårdspersonalens skyldigheter. Att ingripa i fall där ett barn har blivit utsatt för någon form av våld förutsätter ett multiprofessionellt samarbete över yrkes- och sektorsgränserna bl.a. med barnskyddsmyndigheter. Varje organisation som arbetar med barn samt kommun bör ha en handlingsplan om hur man agerar i sådana fall. När det gäller minderåriga som blivit utsatta för våld skall alltid en barnskyddsanmälan göras och vanligen också en polisanmälan. Om det förekommer en omedelbar risk för personen som blivit utsatt att vistas i sitt hem skall personen genast

hänvisas till ett skyddshem eller annat alternativ för att kunna garantera säkerheten. (Finlex, 2007/417; Mäki m.fl., 2018, s. 150, 153; THL, 2019).

I barnskyddslagen kapitel 3 15§ beskrivs hälso- och sjukvårdens skyldigheter att ordna experthjälp inom barn- och familjeinriktade barnskyddet och att vid behov ordna undersökning av barn samt vård- och terapitjänster för barn som misstänks eller upptäcks blivit utsatta för sexuellt utnyttjande eller misshandel. Tjänster som barnskyddsklienter behöver i anslutning till utredning av situationen skall ordnas i brådskande ordning. (Finlex, 2007/417).

Barnskyddslagen kapitel 5 25 § handlar om anmälningsskyldigheten som finns bland yrkesutbildade personer som kommer i kontakt med barn i sitt arbete. Lagen beskriver att alla yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är skyldiga att utan dröjsmål och trots sekretessbestämmelser göra en anmälan till kommunens socialvård, ifall de i sitt arbete fått kännedom om omständigheter som äventyrar ett barns behov av vård och omsorg och/eller utveckling eller när ett barns eget beteende kräver att barnskyddsbehov utreds. Paragrafen fortsätter med att personer inom hälso- och sjukvården även är skyldiga att anmäla polisen ifall man upptäcker att ett barn har blivit utsatt för *''en gärning som är straffbar som sexualbrott enligt 20 kap. i strafflagen (39/1889), eller en gärning som är straffbar som brott mot liv och hälsa enligt 21 kap. i strafflagen och vars föreskrivna maximistraff är fängelse i minst två år ''*. (Finlex, 2007/417).

2.6.2 Förebygga våld

Våld mot barn kan förebyggas genom tillämpning av olika metoder för att förebygga våld såsom att stöda föräldrar till ett föräldraskap utan våld, ordna känslö-, sexual- och säkerhetsfostran för barn och unga samt genom minskning av riskfaktorer för våld bl.a. fattigdom, rusmedelsproblem och psykiska problem i barnfamiljer. Dessutom behöver professionella inom social- och hälsovården ha tillräckligt med kunskap och kunna kartlägga patientens situation, utföra riskbedömning samt använda sektorövergripande metoder vid ingripande i våldssituationer. (THL, 2020d).

2.6.3 Den finländska skolhälsovården

Skolhälsovården styrs och övervakas av social- och hälsovårdsministeriet. Den är en lagstadgad och avgiftsfri förebyggande service inom primärvården som erbjuds i skolor

under skoldagen. Genom att skolhälsovården ordnar årliga hälsoundersökningar ger det möjlighet för att nå elever och deras familjer. Det görs en mångsidig bedömning av elevernas fysiska och psykosociala hälsa i relation till deras utvecklingsstadium och ålder under hälsoundersökningarna. Målsättningen med undersökningarna är att kunna identifiera eventuella sjukdomar och faktorer som hotar elevens hälsa och välbefinnande. Skolhälsovården bedrivs i samarbete med lärare, skolkuratorer och skolpsykologer skolans multiprofessionella elevvård för att i hela skolan kunna främja enskilda elevers känsla av välbefinnande och gemenskap. (STM, (u.å.a); THL, 2020a).

2.6.4 Skolhälsovårdaren och barn som utsätts för våld i hemmet

Rådgivningen och skolhälsovården har en central roll gällande identifiering och ingripande i situationer där barn utsätts för våld av förälder i hemmet eftersom barn besöker dessa ställen regelbundet och det är hälso- och sjukvården som är tvungen att ta hand om de skador som orsakas av våldet. Det är både barnskyddets och hälso- och sjukvårdens roll att förebygga, identifiera och tidigt ingripa vid tecken på våld och försummelse av barn. En hälsovårdare bör känna till riskfaktorer, symptom och tecken på att ett barn far illa, vara uppmärksam på eventuella tecken hos barn som tyder på våld eller försummelse samt våga agera och föra saken på tal. (Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen, 2018, s. 147, 150, 153).

Mäki m.fl. (2018, s. 151 – 152) påpekar att frågor kring våld och försummelse skall diskuteras på barnrådgivningen med föräldrarna eller hos skolhälsovårdaren med barnet. Vid hälsoundersökningar hos skolhälsovårdaren är det ett lämpligt tillfälle att diskutera kring frågor gällande ämnet med barnet vilket hälsovårdaren kan göra genom att allmänt diskutera kring ämnet som vidare kan utgöra en inkörsport till ett samtal om misshandel eller försummelse ifall barnet har upplevt det. Vid omfattande hälsogranskningar där en förälder är närvarande bör man med alla föräldrar diskutera kring familjens vardagsliv, uppfostringsmetoder och vid behov frågor rörande familjevåld. Det är viktigt att man gör det på ett systematiskt sätt med alla föräldrar så att ingen känner sig anklagad eller utpekad. Vid misstanke eller upptäckt av att ett barn utsätts för våld rekommenderas det att man frågar upp om saken rakt ut av föräldrarna.

Vid fysiska tecken på misshandel skall tecknen dokumenteras och man kan med fördel använda en kroppskarta som hjälp. Barnet skall även hänvisas till läkarmottagning för undersökning, fotografering och dokumentering av skador samt för bedömning av säkerheten. (Mäki m.fl., 2018, s. 148 – 149).

2.6.5 Elevvård

I Finland har alla barn rätt till elevvård med syftet att främja och upprätthålla barns hälsa och välbefinnande. Elevvården är ett multiprofessionellt arbete som består av skolhälsovård, skolkurator- och skolpsykologtjänster. Skolhälsovårdaren har ett nära samarbete med skolkuratoren och skolpsykologen samt med lärare. Vid oro om eller misstanke om att ett barn far illa eller utsätts för våld i hemmet är personalen inom bl.a. social- och hälsovårdstjänster och undervisningsväsendet skyldiga att göra en barnskyddsanmälan och ibland även en polisanmälan. (THL, 2020a; THL 2020b; THL, 2020c).

2.6.6 Familjecenter

Familjecenter består av ett nätverk av olika tjänster med syfte att främja hälsa, välfärd, tillväxt och utveckling samt ge tidigt stöd och tidig vård för barn och familjer enligt individuella behov. Tjänsterna erbjuds av hälsovårdare, barnmorska och läkare på mödra- och barnrådgivningen, familjearbete för barnfamiljer, psykolog- och socialarbetartjänster vid uppfostrings- och familjerådgivningsbyråer, socialt arbete för barnfamiljer, barnatillsyningsmännens tjänster, experter inom den specialiserade sjukvården samt stöd för barnskyddet. Dessutom ingår småbarnspedagogiken, verksamhet som främjar hälsa och välfärd i kommunen samt församlingar och organisationer i familjecentrets servicenätverk. Många familjecenter erbjuder även tjänster för skolbarn och unga. Tjänsterna är lättillgängliga, vilka även kan ges hemma eller via webben. (THL, 2020e).

Familjecentrens uppgifter är bl.a. att främja och uppfölja barnets och familjens hälsa samt välbefinnande, erbjuda tidigt stöd, vård samt rehabilitering och att förebygga våld i nära relationer. Anställda på familjecenter jobbar i nära samarbete med varandra vilket gör att familjen snabbt och flexibelt får det stöd de behöver. (THL, 2020e).

2.6.7 Barnskydd och barnskyddsenshet

Barnskyddet finns till för att trygga barnets rätt till en trygg uppväxtmiljö, en mångsidig och harmonisk utveckling samt till särskilt skydd. Barnskyddet fastställs av barnskyddslagen vilken i sig tryggar barns rättigheter. I barnskyddsarbetet är ett tidigt stöd och det förebyggande barnskyddet mycket viktiga. Med förebyggande barnskydd avses erbjudande av stöd i ett tidigt skede för att förhindra att problem uppkommer eller förvärras. I det förebyggande arbetet har skolhälsovården och skolan en viktig roll. (STM, (u.å.b.)).

Barnskyddsanmälan bearbetas av socialarbetare på barnskyddet. De gör en bedömning av barnets behov av barnskydd och behov av service samt familjens behov av stöd. Ifall barnet har ett brådskande behov av barnskydd vidtas åtgärder omedelbart. Detta kan innebära att barnet placeras brådskande utanför hemmet eller att barnet erbjuds brådskande stödåtgärder inom öppenvården. Om bedömningen resulterar i att barnet inte har något behov av barnskydd arkiveras utredningshandlingarna. (THL, 2020c).

En barnskyddsanstalt är en anstalt dit barn och ungdomar placeras vid behov, där utbildad personal ansvarar för deras omsorg. Exempel på barnskyddsanstalter är barnhem, mottagningshem, ungdomshem, skolhem och familjestödcenter. Utöver institutionsvård kan barnskyddsanstalter också erbjuda tjänster inom öppenvården. Anstalterna är inte så stora i Finland eftersom man vill att de skall påminna barnen/ungdomarna om vanliga hem. Myndigheterna övervakar anstalterna och deras verksamhet är lagstadgad. (Lastensuojelun keskusliitto, (u.å.)).

2.6.8 Polisen

Vid identifiering av ett barn som utsätts för våld i hemmet förekommer skyldighet att kontakta polisen och vid behov göra en brottsanmälan. Polisen är enligt lagen skyldiga att göra en officiell brottsanmälan när det gäller våld som inträffat i nära relationer. I våldsarbetet skall polisen ta hänsyn till brottsoffrets, närståendes och eventuellt vittens ställning och erbjuda hjälp för att ordna behövligt stöd. Polisen skall utreda offrets behov av skydd och informera om rätten till stödtjänster. (Polisen, (u.å.a.); Polisen, (u.å.b.); Polisen, (u.å.c.)).

I förundersökningen vid våld mot barn skall barnet höras. Förhör med barn utförs av poliser som är specialiserade på förhör av barn eller av en psykolog vid den rättspsykiatriska enheten. Barnet har rätt till en rättsbiträde som sköter om barnets ärenden. Polisen eller rättsbiträde informerar barnet och barnets närstående om hur straffprocessen framskrider. Barnet och eventuellt dennes närstående skall få utomstående hjälp, t.ex. stöd från brottsofferjouren. Polisen är den som i första hand skall utreda ett brott som skett, därför kan polisen inte vara den huvudsakliga givaren av psykiskt stöd. (Polisen, (u.å.a.); Polisen, (u.å.b.); Polisen, (u.å.c.)).

2.7 Barnkonvention och finländska lagar

FN:s konvention om barns rättigheter s.k. barnkonvention och Finlands lagar bl.a. barnskyddslagen skyddar barns rättigheter i Finland. Alla barn ska ha samma rättigheter och dessa rättigheter ingår i barnkonvention. FN:s barnkonvention existerar i nästan alla länder i världen och den trädde i kraft i Finland år 1991. (Riksdagens justitieombudsman, (u.å.)).

I artikel 19 i FN:s barnkonvention framkommer det att barn skall skyddas mot alla former av fysiskt, psykiskt och sexuellt våld, skada och övergrepp samt även mot vanvård, försumliga behandling, misshandel och utnyttjande. I artikel 20 framförs det att barn som av olika anledningar inte kan bo hemma hos sina föräldrar har rätt till skydd och stöd från staten samt även rätt till ett annat hem där man beaktar barnets etniska, religiösa och språkliga bakgrund. Artikel 39 handlar om att barn som blivit utsatt för vanvård, övergrepp, utnyttjande, tortyr eller väpnade konflikter har rätt till både rehabilitering och social återanpassning i en miljö som främjar barnets hälsa, självrespekt och värdighet. (UNICEF Sverige, 2009, s. 21 – 22, 31).

Den finska strafflagen beskriver straffet för misshandel och sexuellt utnyttjande av barn. I kapitel 21 5 § redogörs straffet för misshandel på följande vis: en person skall för misshandel dömas till böter eller fängelse i högst två år ifall personen har genom fysiskt våld eller på något annat sätt skadat en annan människas hälsa och utsatt honom för smärta, gjort personen medvetlös eller försatt honom i ett liknande tillstånd. Även försök till detta är straffbart. (Finlex, 1889/39).

I Strafflagen beskrivs också sexualbrott i kapitel 20, där 6 § handlar om sexuellt utnyttjande av barn. Ett barn som är under 16 år får inte utsättas för beröring eller en sexuell handling som kan skada barnets utveckling eller leda till att barnet själv börjar ta sig an sådana handlingar. En person som utsätter ett barn för detta skall dömas för sexuellt utnyttjande av barn till fängelse i minst fyra månader och högst sex år. En person som har samlag med ett barn som inte fyllt 16 år skall också dömas för sexuellt utnyttjande av barn, ifall inte brottet bedömts med avseende på 7 §. Ifall gärningsmannen är barnets förälder eller har en motsvarande ställning till barnet och bor i samma hushåll som barnet skall gärningsmannen dömas till sexuellt utnyttjande av barn också i de fall där ett barn fyllt 16 men inte är 18 år. Strafflagen beskriver också att försök till detta är straffbart. (Finlex, 1889/39).

3 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt för examensarbetet har vi valt att använda Kolcabas Theory of comfort. Teorin skapades under slutet av 1900 – talet i samband med att Kolcaba doktorerade inom vårdvetenskap (Dowd, 2014, s. 657). Komfortteorin handlar om att i vårdsituationer eller vårdmöten skapa helhetsupplevelse av komfort för patienten genom att tillgodose den unika patientens komfortbehov. Vi har valt teorin eftersom vi tror att barn som utsätts för våld i hemmet behöver få uppleva komfort i de krävande situationerna där våldet identifieras och ingripande åtgärder implementeras. Barnet behöver få känna trygghet och att dennes individuella behov blir mötta, vilket hälso- och sjukvårdspersonalen lättare kan uppnå genom att tillämpa den taxonomiska strukturen. Genom användning av den taxonomiska strukturen underlättas identifieringen och implementeringen av komfortåtgärder och utvärderingen av barnets komfortbehov inom alla fyra behovsområden och en individualiserad vård skapas. Om komfortåtgärder lyckas uppfylls barnets behov och resultatet blir komfort.

Ordet komfort (från engelska) kan ha flera olika betydelser på svenska och kan översättas som tröst och att trösta, komfort, bekvämligheter, lättnad, välbefinnande och trevnad. (Mot NE:s stora engelska ordbok). Engelskans komfort kommer från det latinska ordet "confortare" som betyder "att stärkas kraftigt". (Kolcaba, 1991, s. 238).

Kolcaba (2003) definierade ordet komfort som "den omedelbara erfarenheten av att bli stärkt genom att behov av lindring, lättnad, och överskridande blir uppfyllda inom fyra behovsområden: fysiska, psykosspirituella, sociala och miljömässiga behov." (Kolcaba, 2003, s. 14).

Enligt Kolcaba existerar komfort i tre olika typer: relief, ease och transcendence inom fyra olika behovsområden: fysiska, psykosspirituella, miljömässiga och sociokulturella behov. Med relief d.v.s. lindring anses det att man har uppfyllt ett specifikt komfortbehov hos patienten, ease d.v.s. lättnad är ett tillstånd där patienten kan känna sig lugn eller belåtenhet och transcendence d.v.s. överskridande som ett tillstånd där man kan överstiga ett problem eller smärta. (Kolcaba, 2003, s. 9).

Kolcaba definierade människans fyra behovsområden på följande sätt: fysiska behov vilka relaterar till kroppsliga känslor, immunfunktioner och homeostatiska mekanismer. Psykosspirituella behov vilka förknippas med människan inre självmedvetenhet vilket

innefattar självkänsla, identitet, sexualitet, livsmening och relation till högre makter eller varelser. Miljömässiga behov vilka utgörs av människan yttre omgivning, tillstånd och påverkan. Faktorer från omgivningen som kan påverka människan är bl.a. ljud, ljus, temperatur, färg, atmosfär, utsikter från fönster och tillgång till naturen. Sociokulturella behov utgörs av mänskliga relationer, familje- och samhällsförhållanden. Samhällsförhållanden inkluderar ekonomi, utbildning och olika stödformer. Till sociokulturella sammanhang räknas även bl.a. språk, traditioner, familjehistoria, ritualer och religionsutövande. (Kolcaba, 2003, s. 11 – 15; Peterson & Bredow, 2013, s. 195 – 196).

Kolcaba har skapat den s.k. taxonomiska strukturen som är ett rutsystem på tre gånger fyra rutor, alltså tolv celler där man med hjälp av olika kontexter kan dela in patientens behov för att inom vården kunna uppnå komfort. Den taxonomiska strukturen innehåller de tre olika typerna av komfort inom de fyra olika behovsområden. Rutsystemet kan användas för att bedöma patientens vårdbehov genom att ställa upp behoven inom de fyra behovsområden och efter att behoven har identifierats kan man sätta in lämpliga åtgärder för att möta behoven. Efter att lämpliga åtgärder har blivit insatt kan man använda strukturen för att utvärdera att komfortbehoven har blivit tillgodosedda. Genom att använda rutsystemet skapar man en individualiserad vård och försöker tillgodose patientens unika komfortbehov. (Kolcaba, 1995, s. 288 – 289; Peterson & Bredow, 2013, s. 195 – 196).

Kolcaba bygger sin teori Theory of comfort på antagande som berör patienten, hälsa, omgivningen och omvårdnad. Kolcaba definierar patienten som en mottagare av vård vilket kan enligt henne vara allt från en individnivå till institutioner eller samhälle som är i behov av vård. Hälsan definieras som en optimal funktion hos en patient, familj, vårdgivare eller samhälle enligt vad som bestäms av patienten eller gruppen. Omgivningen definieras som någon aspekt av patienten, familjen eller institutionella miljöer som kan manipuleras av vårdare, närstående eller institutionen för att öka komforten. Med omvårdnad avser Kolcaba en avsiktlig bedömning av komfortbehov, utformning av komfortåtgärder för att tillgodose behoven och ny utvärdering av komfortnivå efter åtgärder har blivit jämfört med en baslinje. Både bedömning och omvärdering kan vara endera intuitivt eller subjektivt eller både och t.ex. att en vårdare frågar om patienten har blivit utsatt för slag eller sparkar eller objektiv genom t.ex. observation av sår och blåmärken på kroppen. Bedömningen kan genomföras kliniskt med hjälp av verbala bedömningsskalor som är utarbetade utgående från Kolcabas instrument. (Dowd, 2014, s 662).

Komfortåtgärder kan vara mänskliga grundläggande behov såsom vila, homeostas, samtalsterapi och att bli behandlad som en holistisk varelse, alltså som en människa som en helhet med kropp, själ, ande och miljö. Om komfortåtgärder lyckas uppfylls patientens behov och resultatet blir komfort. (Dowd, 2014, s. 662 – 663). Vårdaren skall bedöma patientens upplevelse av komfort både objektivt och subjektivt för att avgöra om komforten har förbättrats efter implementerade komfortåtgärder. Vårdaren bedömer om komfortåtgärderna skall fortsätta, pröva något nytt eller om ny bedömning av behov skall göras. (Kolcaba, 1995, s. 288).

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att kartlägga vad som finns beskrivet i aktuell litteratur när det gäller hälso- och sjukvårdspersonalens identifiering, ingripande och förebyggande av våld mot barn i åldern 7 – 12 år i hemmet inom ett finländskt perspektiv. Målsättningen är att sammanfatta och sprida kunskapen.

1. Vad finns beskrivet i existerande litteratur om hälso- och sjukvårdspersonalens identifiering, ingripande och förebyggande när det gäller barn som utsätts för våld i hemmet?
2. Hur beskrivs samarbetet med andra professionella partner när det gäller ingripande i situationer där man har misstankar om eller identifierat att ett barn utsätts för våld i hemmet?

5 Metod

I detta kapitel beskrivs metoden scoping review, utförande av scoping review enligt Arksey's och O'Malley's modell och examensarbetets praktiska utförande. Kapitlet innehåller även ett underkapitel om etiska övervägande.

5.1 Scoping review

I detta examensarbete används scoping review som metod, vilket är en relativ ny metod och innebär en översiktsstudie med bred inriktning. Termen scoping review började användas omkring år 2005 och det finns ingen vedertagen översättning av termen på svenska. Scoping review är en metod som kan användas på flera olika sätt, bl.a. som en del av forskningsprocessen i en systematisk litteraturöversikt för att kartlägga värdet av att göra en fullständig systematisk översikt inom ett ämne och för att inom ett område undersöka omfattningen av forskningen utan att i detalj beskriva resultaten eller som en självständig forskningsmetod för att sammanfatta och sprida forskningsresultat och för att identifiera kunskapsluckor i befintlig litteratur. Metoden kan också användas för att identifiera ett område där ingen eller lite forskning finns. Eftersom en scoping review vanligen omfattar ett begränsat antal studier passar den bra att använda för ett examensarbete. (Arksey & O'Malley, 2005, s. 6 - 7; Forsberg & Wengström, 2015, s. 169 – 170).

En scoping review kan innehålla både publicerade vetenskapliga artiklar och grey litteratur, d.v.s. grå litteratur vilket är opublicerad litteratur. Exempel på grey litteratur är rapporter, avhandlingar och kliniska riktlinjer. Vetenskapliga artiklarna som inkluderas kan vara gjord med en kvalitativ eller/och kvantitativ design. (Arksey & O'Malley, 2005, s. 8; Forsberg & Wengström, 2015, s. 170).

Skribenterna har valt att använda en scoping review i examensarbetet för att förutom vetenskapliga artiklar även kunna inkludera s.k. grey litteratur, alltså annat aktuellt material berörande vårt ämne. Genom att använda scoping review kan man sammanfatta och sprida kunskap, vilket är målet med vårt examensarbete.

5.2 Utförande enligt Arksey's och O'Malley's modell

Arksey och O'Malley har beskrivit sex olika steg för en scoping review. Det första steget i en scoping review är att identifiera forskningsfrågan, beskriva syftet med undersökningen och forma frågeställningar. Forskningsfrågan är bred, öppen och undersökande i en scoping review och syftet kan vara att identifiera ett problemområde eller en specifik forskningsfråga som sedan kan besvaras genom en systematisk litteraturstudie. Forskningsfrågan styr hur sökstrategier byggs upp. Det är viktigt att kartlägga vilka aspekter av forskningsfrågan som är viktiga t.ex. populationen för att veta vilken typ av material man skall söka efter. (Arksey & O'Malley 2005, s. 9 – 10; Forsberg & Wengström, 2015, s. 171).

Följande steg i processen är det andra steget vilket innebär att identifiera relevant litteratur som berör ämnet och området. Litteratur söks via olika databaser, referenslistor, internet, tidskrifter, nätverk samt även ibland via konferensdeltagande. Både publicerad och icke publicerad litteratur s.k. grey litteratur identifieras. För att få svar på den centrala forskningsfrågan gäller det att vara så omfattande som möjligt vid identifiering av litteratur. Redan i detta skede kan man begränsa t.ex. tidsperioden och språket på materialet. (Arksey & O'Malley 2005, s.10; Forsberg & Wengström, 2015, s. 171).

Det tredje steget innebär att välja ut relevant datamaterial enligt studiens syfte och frågeställningar. Artiklarna väljs vanligen ut utifrån breda kriterier och ofta utan kvalitetsbedömning av dem. Ofta prioriteras artiklar som är lättillgängliga vilket betyder att man exempelvis väljer bort de artiklar där fulltext inte är tillgängligt. Urvalet av datamaterial vid en scoping review är en interaktiv process som består av sökning, utveckling av sökstrategier och granskning av det material man har hittat. Vid urval av datamaterial används inklusions- och exklusionskriterier som formas under studiens gång och kan ändra. (Arksey & O'Malley 2005, s. 14; Forsberg & Wengström, 2015, s. 171).

Det fjärde steget i processen är att kartlägga det datamaterial man har samlat in. Det insamlade datamaterialet sorteras och grupperas med hjälp av lämpliga tabeller eller diagram. Materialet kan grupperas i en tabell med exempelvis följande rubriker: författare, publiceringsår, metod, syfte, utfallsmått och viktiga resultat. (Arksey & O'Malley 2005, s. 16 - 17; Dijkers, 2015, s. 2; Forsberg & Wengström, 2015, s. 171).

Följande steg är att sammanfatta, analysera och rapportera resultaten vilket är det femte steget och ofta det sista steget i processen. Sammanfattning av datamaterialet kan vara beskrivande. Resultat av studiernas utfall diskuteras och sammanfattas samt slutsatser för vidare forskning redovisas. Det sjätte steget är frivilligt och består av konsultation av experter, forskare och organisationer med syfte att hitta pågående forskning som ännu inte har publicerat inom ämnet och området för att få flera referenser och samla information om det som litteraturen inte kan beskriva. (Dijkers, 2015, s. 2; Forsberg & Wengström, 2015 s. 171).

5.3 Examensarbetets praktiska utförande

Arbetsprocessen startade med val av ämne där barn som utsätts för våld i hemmet blev valt på grund av intresse för ämnet och kännedom om att kunskapsluckor finns inom området.

För att examensarbetet inte skall bli för omfattande och på grund av intresse av att arbeta med barn i lågstadieålder begränsades ämnet till barn i ålder 7 – 12 år. Ämnet begränsades vidare inom ett finländskt perspektiv p.g.a. intresse av att undersöka nationell forskning och annan aktuell nationell litteratur gällande identifiering, ingripande och samarbete vid våld mot barn samt förebyggande av våldet. Dessutom valdes ett finländskt perspektiv eftersom våldet uttrycker sig på olika sätt i olika kulturer. Även åtgärdsplaner och riktlinjer för att identifiera, ingripa och förebygga våld mot barn i hemmet samt nationella lagar som behandlar våld varierar mellan olika länder.

Första steget i scoping review processen var att identifiera forskningsfrågan vilket vi gjorde genom att fundera på exakt vad det var som vi ville undersöka. Syftet beskrevs och frågeställningen formades. Examensarbetes syfte är att kartlägga vad som finns beskrivet i aktuell litteratur när det gäller hälso- och sjukvårdspersonalens identifiering, ingripande och förebyggande av våld mot barn i åldern 7 – 12 år i hemmet inom ett finländskt perspektiv. Målsättningen är att sammanfatta och sprida kunskapen. Frågeställningarna "Vad finns beskrivet i existerande litteratur om hälso- och sjukvårdspersonalens identifiering, ingripande och förebyggande när det gäller barn som utsätts för våld i hemmet?" och "Hur beskrivs samarbetet med andra professionella partner när det gäller ingripande i situationer där man har misstankar om eller identifierat att ett barn utsätts för våld i hemmet?" formades med avsikten om att få svar på syftet. Viktiga aspekter av forskningsfrågan såsom barnens ålder, identifiering, ingripande, förebyggande och multiprofessionellt samarbete när det gäller barn som utsätts för våld i hemmet samt inom ett finländskt perspektiv kartlades för att veta vilken typ av material vi skulle söka efter och hur sökstrategier skulle byggas upp. Vår forskningsfråga är bred, öppen och undersökande vilket är enligt Arksey's och O'Malley's beskrivning av en scoping review.

Följande steg i processen var att identifiera relevant litteratur som berör ämnet och området och urval av datamaterial d.v.s. steg 2 och 3. Litteratur har sökts i databaser och på nationella och internationella internetsidor. Databaser som använts för datainsamling är CINAHL with Full Text (EBSCOhost), PubMed, Terveysportti, Google Scholar och Tritonias sökportal Finna. Nationella internetsidor som använts för datainsamling är Institutet för hälsa och välfärd (THL) och Hoitotyön tutkimussäätiö (HOTUS) och internationella internetsidan World Health Organizations (WHO). Även en manuell websökning har blivit utförd men materialet som hittades var irrelevant och valdes bort. Från en början identifierades alla vetenskapliga artiklar berörande ämnet inom Europa men eftersom riktlinjer,

rekommendationer och metoder för identifiering, ingripande och förebyggande av våld samt det multiprofessionella samarbetet varierar mellan länderna så lämpar sig inte andra länders material till vårt examensarbete. I början begränsades tidsperioden för vetenskapliga artiklar till 2014 – 2020 och till att vara nationella studier, men eftersom antalet befintliga artiklar var få ändrades tidsperioden till 2010 och nyare. Trots det fanns endast ett få antal relevanta artiklar och därför inkluderades även några vetenskapliga artiklar från Sverige. Med antagande om att Sveriges kultur och social- och hälsovård påminner mycket om Finlands, ansågs artiklarna relevanta trots att examensarbetet behandlar ämnet inom ett finländskt perspektiv. Språket för vetenskapliga artiklar begränsades till svenska, finska och engelska. En översiktstabell över artikelsökningar i databaser gjordes (Bilaga 1), där endast sökningar som gav resultat som inkluderades i examensarbetet presenteras.

Grey litteratur materialet begränsades till att vara nationellt för Finland eller internationellt som gäller över nästan hela världen inklusive Finland. Vid datainsamling av grey litteratur begränsades materialets tidperiod till 2015 och nyare och språket till svenska, finska och engelska. Tidsperioden begränsades striktare än vid vetenskapliga artiklar eftersom det publiceras mer grey litteratur och för att därför endast få aktuell litteratur till examensarbetet.

Urvalet av det insamlade datamaterialet baserar sig på examensarbetets syfte och frågeställningar. Information som ansågs vara relevant till vår studies syfte och frågeställningar valdes ut och irrelevant information valdes bort och användes inte. Våra inklusionskriterier och exklusionskriterier som styrde valet av datamaterial/litteratur presenteras nedan. Tabell 1 är inklusions- och exklusionskriterier för vetenskapliga artiklar och tabell 2 för grey litteraturen. Datainsamlingen och urvalet av material har beskrivits i två Prisma-flödesdiagram, ett för vetenskapliga artiklar (Bilaga 2) och ett annat för grey litteraturen (Bilaga 3).

Tabell 1 (Vetenskapliga artiklar)

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Publicerad 2010 eller senare	Publicerad tidigare än 2010
Forskning från Finland och Sverige	Forskning från övriga länder
Fulltext lättillgängligt	Fulltext finns inte tillgängligt
Behandlar våld mot barn i hemmen	Behandlar annan typ av våld
Svenska, finska och engelska	Andra språk än svenska, finska och engelska

Tabell 2 (Grey litteratur)

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Publicerad 2015 eller senare	Publicerad tidigare än 2015
Övrigt material från Finland eller internationellt material från WHO	Övrigt material från andra länder
Fulltext lättillgängligt	Fulltext finns inte tillgängligt
Behandlar våld mot barn i hemmen	Behandlar annan typ av våld
Svenska, finska och engelska	Andra språk än svenska, finska och engelska

I det fjärde steget i processen som innebar att kartlägga det insamlade datamaterialet granskade vi det utvalda materialet noggrannare. Materialet sorterades och kategoriserades i tabeller. De vetenskapliga artiklarna som ingår i examensarbetet har sammanställts i en tabell (Bilaga 4) och grey litteraturen i en annan tabell (Bilaga 5). Vetenskapliga artiklarna grupperades enligt titel, författare, tidskrift, årtal, syfte, metod och resultat. Grey litteraturen grupperades enligt titel, författare, årtal och huvudsakliga innehåll. Genom att gruppera materialet fick vi en bättre översikt över det material vi har inkluderat i studien.

Följande steg var det femte steget i processen där vi sammanfattade det datamaterial vi har hittat och rapporterade resultat. Sammanfattning av materialet är gjord i beskrivande form i löpande text. Resultaten beskriver nationell och svensk forskning samt nationella och internationella program, åtgärdsplaner och riktlinjer berörande identifiering, ingripande, förebyggande samt multiprofessionellt samarbete vid våld i hemmet mot barn i åldern 7 – 12 år. Det sjätte steget utförs eventuellt i utvecklingsarbetet.

5.4 Etiska övervägande

Det etiska arbetet som görs inför och under genomförandet av ett vetenskapligt arbete är s.k. forskningsetik. De etiska övervägandena följer med under hela arbetets gång, redan från val av ämne och frågeställningar till genomförandet, rapportering och spridning av resultat. Genom lagar, riktlinjer och konventioner kan man få vägledning för hur man skall gå till väga och vad man bör tänka på vid etiska utmaningar. (Kjellström, 2017, s. 58 - 59).

För att en studie skall kunna kallas etisk måste tre aspekter beaktas. Frågorna som behandlas i studien skall vara väsentliga, studien skall vara av god vetenskaplig kvalitet och skall

genomföras på ett etiskt sätt. När man skall genomföra en studie är det viktigt att undersöka något av betydelse. Efter att man valt att studera något av betydelse skall design och metod som ger övertygande resultat väljas. Genom att beakta hur studiens resultat kommer till nytta kan man mäta värdet i ett studentarbete. (Kjellström, 2017, s. 64 - 65).

Olika forskningsetiska problem uppkommer vid olika metoder och angreppssätt. Etiska frågor uppkommer även vid litteraturstudier. Ibland har författaren för studien begränsat material av artiklar vilka alla kanske är på ett främmande språk och då finns det risk för feltolkningar. Alla resultat som fås i studien skall presenteras oberoende om de stöder studiens syfte eller inte. Att endast presentera de material som stöder forskarens egna åsikter är oetiskt. (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59; Kjellström, 2017, s. 72).

Forskningsetiska delegationen (TENK) har tillsammans med det finländska vetenskapssamfundet bearbetat de forskningsetiska anvisningarna om god vetenskaplig praxis. Där beskrivs bland annat att för att vetenskaplig forskning skall vara etiskt godtagbar och tillförlitlig och för att dess resultat skall vara trovärdiga skall forskningen bedrivas i enlighet med god vetenskaplig praxis. Detta innebär bl.a. att man tar hänsyn till andra forskares arbeten och resultat och att man på ett korrekt sätt hänvisar till deras publikationer. Man får inte presentera falska resultat eller ge ut falsk information. Att kopiera någon annans arbete och presentera det som ens eget d.v.s. plagiarism, är förbjudet. (TENK 2012, s.16, 18, 20 – 21).

Ett etiskt dilemma i vårt examensarbete är risken för feltolkning eftersom vi har använt oss av en hel del material på annat språk (finska och engelska) än skribenternas modersmål. För att undvika feltolkning så långt som möjligt har vi tillsammans gått igenom litteratur som uppfattades svårförståelig. För att följa de etiska riktlinjerna har vi också valt att presentera resultat som inte svarar på examensarbetets syfte samt hänvisat till rätt upphovsman för att inte plagiera.

6 Resultat

I detta kapitel redovisas en sammanfattning av det utvalda datamaterialet enligt forskningsfrågorna. Datamaterialet som inkluderats i examensarbetet består av tio vetenskapliga artiklar varav sju artiklar från Finland och tre från Sverige, två artiklar och en bildillustration från Terveysportti, Hotus vårdrekommendationer, två åtgärdsplaner, en guide och en slutrapport från THL samt två riktlinjer och ett förebyggande program från

WHO. Resultaten har delats in i de fyra teman som representerar våra forskningsfrågor: identifiering av våld, ingripande i våld, förebyggande av våld och multiprofessionellt samarbete. Varje tema består av två eller fler kategorier och antalet kategorier är sammanlagt elva.

6.1 Resultat översikt

I tabell nedan presenteras teman och kategorierna för att ge en bättre översikt över resultaten.

Tema	Kategorier
Identifiering av våld	Kunskap om riskfaktorer, symptom och tecken på våld
	Metoder och tillvägagångssätt
Ingripande i våld	Att föra våld på tal med barn
	Förfarande vid ingripande i våld
	Rapportering av misstanke eller upptäckt av våld
	Bedömning av barnets säkerhet och implementera stöd och hjälp
Förebyggande av våld	Hälso- och sjukvårdens uppgifter i det våldsförebyggande arbetet
	Utbildningsbehov bland hälso- och sjukvårdspersonalen
Multiprofessionellt samarbete	Multiprofessionella samarbetspartner och samarbetsprocessen
	Krav för ett fungerande samarbete
	Upplevelser och erfarenheter av multiprofessionellt samarbete

6.2 Identifiering av våld

Under temat *Identifiering av våld* sammanfattas det material som berör identifiering. Antalet vetenskapliga artiklar som behandlar ämnet är fem och övrig litteratur är nio. Identifiering av våld resulterar i två kategorier enligt materialets innehåll: *Kunskap om riskfaktorer, symptom och tecken på våld* och *Metoder och tillvägagångssätt*.

6.2.1 Kunskap om riskfaktorer, symptom och tecken på våld

Identifiering av våld kräver tillräckligt med kunskap och utbildning hos yrkesutbildade personer som möter barn i sitt arbete (Kraft & Eriksson, 2015; Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015; Sankalahti & Lindberg, 2018). Yrkesutbildade bör känna till riskfaktorer för våld och kännetecken på fysiskt, psykiskt och sexuellt våld samt försummelse av barn i hemmet (Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015). Ifall anställda saknar dessa kunskaper kan misslyckande med identifiering av våld förekomma (Paavilainen & Flinck, 2013). Att identifiera och ingripa i våld mot barn är inte lätt (Paavilainen & Flinck, 2015). I en tidigare studie uppger 54 % av deltagarna att de har tillräckligt bra med kunskaper om fysiska tecken på våld och 44 % om mentala tecken (Paavilainen, Helminen, Flinck & Lehtomäki, 2014).

Riskfaktorer för förekomst av våld i hemmet kan vara associerade med barnet, föräldern, familjen eller hemmiljön (Korpilahti, m.fl., 2021; Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015). Barnrelaterade riskfaktorer är barnets ålder där yngre barn löper högre risk för våld, komplikationer förknippade med graviditet eller förlossning, prematurbarn, låg födelsevikt och funktionshinder hos barnet. Riskfaktorer relaterade till föräldrarna är substansmissbruk, psykiska problem och personliga erfarenheter av utsatthet för våld under barndomen. Familjerelaterade faktorer är dålig social och ekonomisk status samt förekomst av andra våldsformer i hemmet. (Paavilainen & Flinck, 2013). Även i Leppäkoskis, Rantanens, Helminens och Paavilainens (2019) studie framhålls trötthet, mental ohälsa och substansmissbruk som föräldrarelaterade faktorer som väcker misstankar om våld. Deltagarna i studien uppger att misstankar om att något är fel i ett barns situation väcks till följd av barnrelaterade faktorer i ca 40% av fallen och föräldrarelaterade eller familjerelaterade faktorer i ca 50 %. I en annan studie uppger 15 % av deltagarna att de ofta möter barn som upplever våld i hemmet och att våldet identifieras till följd av familjerelaterade riskfaktorer (67 %), riskfaktorer relaterade till föräldrarna (66 %),

barnrelaterade riskfaktorer (53 %), barnets beteende (43%) och föräldrarnas beteende (37%) (Paavilainen m.fl., 2014).

I flera av studierna och riktlinjerna beskrivs vanliga tecken på våld och försummelse som kan väcka misstankar om våld. Våld ger inte upphov till någon specifik fysisk eller psykisk symptombild (Lindholm, Tenhunen & Tossavainen, 2017). Vanliga fysiska tecken som tyder på våld är förekomst av blåmärken, sår, ärr, brännskador, frakturer, neurologiska skador och huvudskador. Särskilt misstänksamma tecken är förekomst av flera blåmärken eller skador på olika ställen på kroppen i varierande åldersgrad. (Kieselbach & Carai, 2016; Lindholm m.fl., 2017; Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015). Även skador som har en specifik form eller förekommer på ovanliga ställen kan tyda på våld (Korpilahti m.fl., 2021). Vanliga tecken på psykiskt våld som beskrivs i litteraturen är negativ föräldra-barn interaktion, föräldrarnas fientlighet och undvikande mot barnet samt orealistiska utvecklingsmässiga förväntningar på barnet. Andra tecken är isolering av barnet, olämpliga hot och metoder för disciplinering. Försummelse kännetecknas av otillräcklig tillfredsställelse av grundläggande behov såsom näring, hygien och kläder, dålig säkerhet i hemmet, bristande tillsyn av barnet samt försummelse av barnets vård och medicinska behov. (Kieselbach & Carai, 2016).

Lindholm m.fl. (2017) framhåller att misstankar om sexuellt våld mot barn kan väckas av olika orsaker. Barnets berättelser, beteende eller symptom kan tyda på problem. Det finns inga riktiga specifika fysiska eller psykiska symptom på sexuellt våld, utan istället uppvisar en del barn psykologiska symptom. Kända psykologiska symptom som förekommer hos barn i skolåldern är rädslor, mardrömmar, neurotiska psykiatriska störningar, aggression, hyperaktivitet, tillbakadragenhet och svårigheter i skolan. Enligt WHO:s riktlinjer för arbete med barn som utsätts för våld kan sexuellt våld kännetecknas av symptom i anus-genitala området bl.a. sårbildning, svullnad, blåmärken, blödningar, flytningar och dysuri ofta associerade med beteendemässiga eller emotionella förändringar och/eller sexualiserat beteende hos barnet. Sexuellt överförbara infektioner kan också förekomma. (Kieselbach & Carai, 2016). I Engh Krafts, Rahms och Erikssons (2017) studie framkommer det att sällan berättar barn spontant om att de erfarit sexuellt våld. Ibland berättar barnet om det för andra barn som senare berättar det till en vuxen. Barn som berättar om våldet har ofta svårt att sätta ord på sina upplevelser. Hälsovårdare påpekar att det är ibland svårt att veta om barnets berättelser är sanna eller inte. Barn kan också uppvisa tecken på sexuellt våld genom frånvaro från skolan och genom att utsätta sig själv för fara. Eftersom barn som utsätts för

sexuellt våld kan uppvisa många olika diffusa tecken bör hälsovårdare var uppmärksam alltid i kontakt med barn.

Oberoende av vilken våldsform barnet utsätts för kan det uppvisa allmänna symptom i form av emotionella, beteendemässiga, interpersonella och sociala störningar (Kieselbach & Carai, 2016). Barnet kan lida av rädsla, anpassningsproblem, problem i skolan eller upprepade gånger besöka hälso- och sjukvårdsmottagningar för smärta eller annat problem utan att kunna uppge en tydlig förklaring till smärtan eller problemet. Somatiska besvär såsom huvudvärk och buksmärter kan förekomma hos barnet. Dessutom kan barnet drabbas av depression och andra långsiktiga mentala problem. (Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015). Andra kända allmänna symptom till följd av våld är dålig självkänsla, våldsamhet, humörstörningar och posttraumatiskt stressyndrom (Lindholm m.fl., 2017).

6.2.2 Metoder och tillvägagångssätt

Misstankar om våld kan väckas hos hälso- och sjukvårdspersonalen utifrån yttre signaler som barnet uppvisar, barnets beteende, fysiska symptom eller fynd eller utifrån det barnet eller en vuxen berättar. Andra bevis är fotografier, barnets dagbok eller anteckningar och kommunikation på internet. (Sankalahti & Lindberg, 2018). Ett barn som vägrar ta av sig kläderna vid en undersökning kan vara ett tecken på att något är fel och personalen bör vara uppmärksam (Kraft & Eriksson, 2015). Våldet lämnar inte alltid synliga spår, inte hellre fysiskt våld (Amin, Reijnders & Carai, 2017; Kieselbach & Carai, 2016; Sankalahti & Lindberg, 2018). Vid kontakt med barn och familjer bör man alltid bedöma risken för familjevåld. Hälso- och sjukvårdspersonalen skall diskutera med föräldrarna om familjelivet i allmänhet, barnuppfostran, relationer och barnets omvårdnad, vilket ger information om familjens situation och kan leda till misstankar om våld samt möjlighet att föra diskussion om våld. Enligt tidigare forskning rekommenderas det att ställa frågor om våld direkt till föräldrar på ett lämpligt och säkert sätt för situationen vid misstanke om våld, eftersom det har visat sig att föräldrarna ofta erkänner våldet. (Paavilainen & Flinck, 2013).

Lindholm m.fl. (2017) framhåller att det kan vara svårt att skilja mellan oavsiktliga och våldsrelaterade skador. Vid fysiska skador eller symptom hos barn som kan tyda på våld bör hälso- och sjukvårdspersonal vara uppmärksam på sannolikheten för att våld förekommer. Misstankar om våld kan väckas av skadans karaktär, lokaliseringen och vid orimlig förklaring till dess uppkomst eller vid variation i förklaringen till skadan. (Kieselbach &

Carai, 2016; Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015; Tupola & Kallio, 2020). Vid ospecifica symptom hos barnet, en förälders förnedrande attityd gentemot barnet, fördröjning eller uteblivande i vårdsökande bör hälso- och sjukvårdspersonalen ha våld i åtanke. (Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015). Hälso- och sjukvårdspersonalen skall alltid ha våld i åtanke när det finns en möjlig förklaring till att ett fynd eller differentialdiagnostiken kunde tyda på våld mot barn. Vid allvarlig oro för potentiell förekomst av våld skall personalen misstänka våld tills lämplig förklaring till fynden kan utesluta våldsmisstänke. (Kieselbach & Carai, 2016). Våldsåtanke bör även väckas vid upprepade skador och vid återkommande kliniska besök. (Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015). Misstankar om våld bör väckas senast om skador upprepas (Lindholm, m.fl., 2017). Kraft och Eriksson (2015) betonar även att ett barn som ofta besöker hälsovårdare och klagar på ospecifica symptom kan tyda på våld.

Ansamlingen av olika riskfaktorer är ett särskilt beaktansvärt sätt när man misstänker eller identifierar barn som utsätts för våld i hemmet. Ingen riskfaktor ensam motiverar att ett barn utsätts för våld utan barnets och familjens helhetssituation bör kartläggas. Våld kan även förekomma i familjer där inga riskfaktorer kan identifieras. Ifall en form av våld har identifierats måste även förekomsten av andra våldsformer utredas. (Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015). Det är viktigt att komma ihåg att ofta förekommer flera våldsformer i ett hushåll och risken för att andra familjemedlemmar utsätts för våld skall bedömas (Kieselbach & Carai, 2016).

Det finns ingen systematisk screening eller screeningsindikationer för att identifiera fysiskt och psykiskt våld samt försummelse av barn i Finland (Korpilahti, 2018; Korpilahti m.fl., 2021). I Hotus vårdrekommendationer och WHO:s riktlinjer påpekas det att inga av de befintliga screeningsverktygen är tillräckligt bra för identifiering av våld mot barn och ytterligare forskning krävs inom området (Kieselbach & Carai, 2016; Paavilainen & Flinck, 2015). De testade screeningsverktygen har inte identifierat våld mot barn med 100 % noggrannhet och vid användning av verktygen har många barn identifierats felaktigt (Kieselbach & Carai, 2016). Slutsatsen är att det inte finns någon enskild metod som kan garantera identifiering av våld, utan det krävs en kombination av olika metoder och en övergripande bedömning av hela familjens situation (Paavilainen & Flinck, 2015). I Leppäkoski m.fl. (2019) studie dras också slutsatsen om att det är nödvändigt att utveckla instruktioner, riktlinjer och verktyg för identifiering av barn som utsätts för våld.

I tidigare forskning har hälso- och sjukvårdspersonalen använt sig av olika metoder vid identifiering av våld mot barn. Använda metoder för att identifiera barn som utsätts för våld är olika hälsoverktyg, dokumentation i hälsojournalen och skolans frånvaroregister. Att diskutera hälsa, välbefinnande och relationer med barn kan fungera som en port till att ställa ytterligare frågor om barns hemmiljö. (Kraft & Eriksson, 2015). En annan metod för att kunna få en mer ingående diskussion med barn är att barnen fyller i ett frågeformulär om hälsan innan hälsobesöket. Vid samtal med barn krävs det att personalen kan läsa mellan raderna. (Engh Kraft m.fl., 2017). Vid misstanke om våld kan personalen erbjuda barnet att förklara genom att rita, skriva eller illustrera modeller (Engh Kraft m.fl., 2017; Kieselbach & Carai, 2016). Andra metoder som använts vid identifiering av våld är diskussion, observation, ifrågasättande och lyssnande (Leppäkoski m.fl., 2019).

I litteraturen betonas det att det är svårare att identifiera, mäta och diskutera psykiskt våld än andra former av våld och försummelse eftersom psykiskt våld inte orsakar några fysiska tecken (Korpilahti m.fl., 2021). Att identifiera sexuellt våld upplevs också som svårt eftersom våldet sällan orsakar specifika tecken eller symptom. I en studie framkommer det att hälsovårdare ofta diagnosticerar sexuellt våld fel, som ätstörningar, ångesthysteri eller självmordsbenägenhet vilket leder till att identifiering försenas eller uteblir. (Engh Kraft m.fl., 2017). Misstankar om våld väcks ofta vid möte med barn genom att personalen känner på sig att något är fel (Kraft & Eriksson, 2015).

6.3 Ingripande i våld

Ingripande i våld är det andra temat och består av en sammanfattning av det material som berör ämnet. Ämnet behandlas i fyra vetenskapliga artiklar och i nio dokument av den övriga litteraturen. Temat *Ingripande i våld* är indelad i fyra kategorier enligt materialets huvudsakliga innehåll: *Att föra våld på tal med barn, Förfarande vid ingripande i våld, Rapportering av misstanke eller upptäckt av våld och Bedömning av barnets säkerhet och implementera stöd och hjälp.*

De fyra kategorierna går in i varandra och hänger samman, alla fyra skall tas i beaktande och tillämpas vid ingripande i våld. Kategorierna skapades främst för att göra resultaten om ingripande överskådligare.

6.3.1 Att föra våld på tal med barn

I litteraturen finns anvisningar för hur man skall föra våldet på tal med barn, när barn berättar om våldet eller misstankar väcks av andra faktorer (Sankalahti & Lindberg, 2018). När barnet på eget initiativ berättar om våldet eller ifall misstankar uppstår till följd av andra faktorer måste vårdpersonalen våga ställa frågor (Korpilahti m.fl., 2021). Genom att först ställa neutrala frågor kan man bygga upp ett förtroende och en relation till barnet (Kieselbach & Carai, 2016). Kraft och Eriksson (2015) påstår att det är tidskrävande att bygga upp en förtroendefull relation till barnet men att det krävs för att få barnet att öppna sig.

I situationer då ett barn berättar om våld skall hälso- och sjukvårdspersonalen hålla sig lugn och aktivt lyssna på vad barnet har att berätta samt vara neutral och undvika att moralisera (Sankalahti & Lindberg, 2018). Barnet skall få gott om tid för att berätta i lugn och ro (Sankalahti & Lindberg, 2018; Tupola & Kallio, 2020). Frågor som ställs skall vara öppna, inte ledande och de bör heller inte upprepas (Amin m.fl., 2017; Kieselbach & Carai, 2016; Lindholm m.fl., 2017; Sankalahti & Lindberg, 2018; Tupola & Kallio, 2020). Barnet får inte tvingas att svara på frågor ifall hen inte vill eftersom det kan leda till ytterligare trauma (Amin m.fl., 2017; Kieselbach & Carai, 2016; Sankalahti & Lindberg, 2018). Det är viktigt att barnet känner sig tryggt för att våga berätta om händelsen och barnets känsloreaktioner vid berättande om våld skall inte kopplas till hur tillförlitlig berättelsen är eftersom barn inte alltid visar några känslor vid berättande om våld som pågått länge. Dessutom kanske inte ens barnet förstår det som har hänt och att det är onormalt. Personalen skall ta barnet på allvar, inte ifrågasättas och barnet skall få känna sig hörd av hälso- och sjukvårdspersonalen. (Sankalahti & Lindberg, 2018). Även i tidigare studier betonar man att det är viktigt att lyssna på barnet och tro på vad det berättar (Sundler, Whilson, Darcy & Larsson, 2019). Vid kommunikation med barn skall personalen använda sig av ett språk och terminologi som är åldersanpassat enligt barnets ålder och utvecklingsnivå (Amin m.fl., 2017).

Barnet skall få information om vad som kommer att hända efter att våldet är uppenbart och hur man kommer att gå tillväga samt vilka följder det har för barnet (Kieselbach & Carai, 2016; Korpilahti m.fl., 2021; Sankalahti & Lindberg, 2018). Personalen skall förklara att våld är lagstridigt (Korpilahti m.fl., 2021). Dokumentering om våldet skall vara utförlig och innehålla en noggrann beskrivning av vem, hur, var och vad personen berättade samt för vem. Informationen om händelsen och bakgrunden skall dokumenteras med berättarens egna ord och inga tolkningar får göras. Faktorn som bidrog till att våldet diskuterades bör noteras. (Sankalahti & Lindberg, 2018). I dokumentation skall det noteras skillnader mellan barnets

och eventuellt föräldrarnas berättelser (Kieselbach & Carai, 2016). En del litteratur påstår att man borde spela in barnets uttalanden för att få en korrekt och fullständig dokumentation (Amin m.fl., 2017; Kieselbach & Carai, 2016; Lindholm m.fl., 2017).

6.3.2 Förfarande vid ingripande i våld

Hälso- och sjukvårdspersonalen skall vid upptäckt av fysiskt våld mot ett barn observera och dokumentera symptom och skadorna samt beskriva skadans karaktär, lokalisation och ålder (Paavilainen & Flinck, 2015). Det rekommenderas även att fotografera fysiska skador (Paavilainen & Flinck, 2013; Sinkkonen & Mäkelä, 2018; Tupola & Kallio, 2020). Personalen skall fråga öppet av barnet med en skada som tyder på våld om hur skadan uppstått (Korpilahti m.fl., 2021). Att ställa frågor till barnet och/eller familjen och att lyssna på dem är viktig (Paavilainen & Flinck, 2015). Från personalens sida krävs finkänslighet och medvetenhet för att ställa frågor om våld på rätt sätt (Kraft & Eriksson, 2015). Om en förälder är närvarande vid besöket skall interaktionen mellan barnet och föräldern observeras (Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015). Information om nödvändiga undersökningar skall ges till barnet och föräldern. (Paavilainen & Flinck, 2013). Dokumentationen av stark misstanke om eller fynden av våld skall ske på ett systematiskt och noggrant sätt (Amin m.fl., 2017; Kieselbach & Carai, 2016; Korpilahti m.fl., 2021; Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen & Flinck, 2015). Checklistor och flödesscheman som stöd vid dokumentation rekommenderas, men användningen kräver utbildning (Paavilainen & Flinck, 2015).

I WHO:s riktlinjer för arbete med våld mot barn framhålls det att hälso- och sjukvårdspersonalen skall vid insamling av uppgifter och fysiska undersökningar minimera risken för att ytterligare skador uppstår hos barnet i form av trauma, rädsla och smärta. Barnets autonomi och egna önskemål skall beaktas. Personalen skall kommunicera med barnet, ge tydlig och åldersanpassad information om vad som görs, motivera varför och om undersökningsresultaten. Kommunikationen med barnet skall ske med ett åldersanpassat språk och åldersanpassade visuella hjälpmedel kan användas för förklaring av undersökningens förfarande. Undersökningar skall utföras på så vis att det medför minsta möjliga obehag för barnet och en fördröjning av undersökningar skall undvikas. (Kieselbach & Carai, 2016). Även i WHO:s riktlinje om sexuellt våld nämns det på samma sätt om hur informationen skall ges till barnet och hur undersökningar skall utföras (Amin m.fl. 2017).

Barn med fysiska skador som tyder på våld skall undersökas av en läkare (Korpilahti m.fl., 2021; Paavilainen & Flinck, 2015; Sinkkonen & Mäkelä, 2018). Läkareundersökningen sker inom primärvården eller specialistsjukvården, beroende på barnets ålder och skadornas allvarlighetsgrad. I akuta situationer med allvarliga skador eller grovt våld mot barn fordras en jourremiss till specialistsjukvården, för undersökning av barnläkare, barnkirurg eller annan specialist. (Korpilahti m.fl., 2021; Lindholm m.fl., 2017). Vid misstankar om våld är det viktigt att ägna uppmärksamhet för eventuell differentialdiagnos och därför krävs undersökningar på specialistnivå och ett multiprofessionellt samarbete mellan olika partner (Lindholm m.fl., 2017). Enligt Lindholm m.fl. (2017) och Sinkkonen och Mäkelä (2018) bör undersökningen ske mer brådskande ju kortare tid det misstänks vara efter att våldet inträffade, för att eventuellt hitta lämpliga somatiska fynd. Tupola och Kallio (2020) framhåller att i situationer när det är oklart om barnets skada är orsakad av en olycka eller våld skall barnet undersökas på sjukhus så tidigt som möjligt för att klargöra situationen.

Luoma, Erkkilä och Raskinen (2016) har format en bildillustration som beskriver hur yrkesutbildade personer som kommer i kontakt med barn skall agera vid misstanke om att ett barn utsätts för sexuellt våld. Misstankar och tecken skall dokumenteras noggrant och barnet skall konsulteras till läkare för en undersökning. Barnet konsulteras vid behov till specialistsjukvården för en somatisk undersökning eller till en barn- och ungdoms rättspsykiatrisk enhet. Vid behov får barnet vård på barn- eller ungdomspsykiatrisk enhet och familjerådgivning. En barnskyddsanmälan och en polisanmälan skall utföras. Arbetet med barn som misstänks eller identifierats att har blivit utsatt för sexuellt våld består av ett multiprofessionellt samarbete mellan hälso- och sjukvården, socialarbetare, barnskyddet och polisen. Det är polisen uppgift att utföra en brottsundersökning och vid behov går fallet vidare till en åklagare och tingsrätten. Polisen kan under utredningarnas gång be om ytterligare uppgifter från social- och hälsovården.

6.3.3 Rapportering av misstanke eller upptäckt av våld

Hälso- och sjukvårdspersonalen och andra yrkesverksamma som arbetar med barn är skyldig att vid stark misstanke eller upptäckt av våld mot barn utföra en barnskyddsanmälan och vid behov även en polisanmälan (Korpilahti m.fl., 2021; Lindholm m.fl., 2017; Sankalahti & Lindberg, 2018; Sinkkonen & Mäkelä, 2018; Tupola & Kallio, 2020). En polisanmälan skall alltid utföras vid misstanke om annat än lindrigt våld. Om personalen upplever osäkerhet om ett barns situation behöver anmälas eller inte kan barnskyddet eller polisen konsulteras för

att fråga råd utan att uppge barnets personuppgifter. Personalen kan även fråga råd av kollegor. I situationer där en barnskydds- och/eller polisanmälan utförs skall personalen berätta för barnet att de är skyldiga att anmäla. (Sankalahti & Lindberg, 2018). I WHO:s riktlinjer för arbetet med våld mot barn betonas även att barnet skall få information om anmälan på ett lämpligt sätt (Kieselbach & Carai, 2016). Om situationen tillåter skall anmälan motivering och innehåll meddelas till föräldrarna (Lindholm, m.fl., 2017).

Hälso- och sjukvårdspersonalen bör vara medveten om nationella lagar och riktlinjer för rapportering vid våld mot barn (Kieselbach & Carai, 2016). I Leppäkoski m.fl. (2019) studie medger ca 75 % av deltagare i både baslinjestudien och uppföljningsstudien att enligt nuvarande lagstiftning i Finland är det möjligt att rapportera barns angelägenheter till andra professionella samarbetspartner om barnets situation kräver det. I uppföljningsstudien svarade 44 % av deltagare inom social- och hälsovården att de i sitt arbete har vid misstankar om att ett barn far illa i hemmet gjort en barnskyddsanmälan och 4,4 % har även gjort en polisanmälan i fall där barnet har blivit utsatt för våld.

I Sundler m.fl. (2019) studie framkommer det att skolhälsovårdare inte alltid har anmält misstankar om våld mot barn trots deras lagliga skyldighet. Ett oroväckande och anmärkningsvärt resultat från studien är att skolhälsovårdare inte alltid ens rapporterade i situationer där barnet hade erkänt om att de blivit utsatt för våld. Orsaker till misslyckade med rapporteringen är bristande kunskaper om identifiering av våld mot barn och osäkerhet kring eventuella konsekvenser som rapporteringen orsakar för barnet. Skolhälsovårdare med mindre erfarenhet rapporterade mindre misstankar om våld mot barn. Kraft och Erikssons (2015) resultat påvisar att hälsovårdare inte alltid har utfört en barnskyddsanmälan vid misstankar om våld mot barn trots sin skyldighet. En vanlig orsak till att anmälan inte har utförts är erfarenheten av att anmälan inte förbättrade barnets situation, utan istället blev barnet helt utan stöd.

6.3.4 Bedömning av barnets säkerhet och implementera stöd och hjälp

Vid ingripande i våld mot barn i hemmet måste barnets säkerhet alltid bedömas och säkerställas (Lindholm m.fl., 2017; Sankalahti & Lindberg, 2018; Paavilainen & Flinck, 2015). Hälso- och sjukvårdspersonalen måste ta hänsyn till barnets individuella fysiska och psykiska behov, arbetet med föräldrarna och familjen samt barnets miljö och vidta lämpliga åtgärder (Kieselbach & Carai, 2016; Lindholm m.fl., 2017). Vid bedömningen beaktas risken för att barnet utsätts för upprepat våld och hänsyn tas till om barnet känner sig trygg

för att återvända hem. Även risken för att andra familjemedlemmar utsätts för våld skall bedömas. (Kieselbach & Carai, 2016).

Under utredningen av våld mot barnet skall nödvändiga och brådskande åtgärder vidtas omedelbart för att skydda barnet och/eller behövlig hjälp implementeras (Lindholm m.fl., 2017; Sinkkonen & Mäkelä, 2018). Barnet kan vara i behov av vård och behandling på sjukhus (Korpilahti m.fl., 2021; Lindholm m.fl., 2017). Hälso- och sjukvårdspersonalen skall ta hänsyn till alla potentiella skador och vidta åtgärder för att minimera de negativa konsekvenserna för barnet. I WHO:s riktlinjer för arbetet med våld mot barn rekommenderas det att man vid ingripande i våld mot barn gör upp en säkerhetsplan för barnet där man beaktar barnets fysiska och psykiska behov och en uppföljningsplan med en tid för följande uppföljning av situationen (Kieselbach & Carai, 2016).

Vid ingripande i våld mot barn inleds en barnskyddsprocess och ofta även en straffrättslig. Utöver processerna skall hälso- och sjukvården inleda en hjälpprocess för barnet och föräldrarna (Korpilahti m.fl., 2021). Efter att barnets situationer har kartlagts skall barnet och familjen erhålla lämpliga stöd och hjälp enligt individuella behov (Sinkkonen & Mäkelä, 2018). Barnet behöver få hjälp att hantera sina upplevelser av våld och föräldrarna att agera som trygga föräldrar genom psykosociala stöd. Det är viktigt att direkt stöda barnet och att stärka föräldrarnas resurser och informera dem om våld och dess konsekvenser. (Korpilahti m.fl., 2021). För att bearbeta traumatiska händelser kan barnet vara i behov av psykoterapi eller hela familjen av familjeterapi (Lindholm m.fl., 2017). Att vardagen stabiliseras så snabbt som möjligt är det primära för barnet. Om tillämpade metoder inte leder till en förändring i barnets situation måste man i svårare fall överväga att flytta bort barnet från den skadliga miljön. (Korpilahti m.fl., 2021).

6.4 Förebyggande av våld

Under temat *förebyggande av våld* sammanfattas den litteratur som beskriver ämnet. Antalet vetenskapliga artiklar som behandlar ämnet är tre och övrig litteratur är sex. Enligt litteraturens innehåll skapades två kategorier till temat: *Hälso- och sjukvårdens uppgifter i det våldsförebyggande arbetet* och *Utbildningsbehov bland hälso- och sjukvårdspersonalen*.

6.4.1 Hälso- och sjukvårdens uppgifter i det våldsförebyggande arbetet

Det våldsförebyggande arbetet hör till social- och hälsovårdens, utbildningsväsendets och polisens grundläggande uppgifter. Tidigt förebyggande av våld i hemmet börjar redan under graviditeten på mödrarådgivningen, fortsätter senare på barnrådgivningen och inom skolhälsovården. (Korpilahti m.fl., 2021). Att förebygga våld mot barn är en viktig faktor ur barn-, familje- och samhällsperspektiv i Finland och globalt (Paavilainen m.fl., 2014). Det våldsförebyggande arbetet bygger enligt Korpilahti (2018) på fem nyckelområden: barns rättigheter, information, stöd och hjälp, stöd för föräldraskap och relationer, utbildning och kommunikation. Våldsförebyggande arbete gynnas av ett multiprofessionellt samarbete mellan olika kommunala och privata aktörer (Korpilahti, 2018; WHO, 2016).

Vid hälsoundersökningar diskuteras parrelationen, föräldraskapet, barnuppfostran, barnens rättigheter, våld och information om Finlands lagstiftning som förbjuder våld mot barn. Föräldrarna erbjuds stöd och vägledning gällande våldsfria och trygga uppväxtmiljöer och uppfostringsmetoder. Föräldrastöd har påvisats att fungera som en förebyggande metod mot våld. (Korpilahti, 2018; Korpilahti m.fl., 2021). Även i WHO:s våldsförebyggande program INSPIRE betonas vikten av föräldrastöd för att minska våld i hemmen. Att skapa en positiv föräldra-barn relation och interaktion, stärka föräldraskapet och icke-våldsamma uppfostringsmetoder förebygger våld. Stärkande av normer och värderingar som stöder icke-våldsamma, respektfulla och positiva relationer på individ- och samhällsnivå fungerar också förebyggande. (WHO, 2016). Paavilainen och Flinck (2013) påpekar också vikten av diskussion med föräldrar om föräldraskapet, relationen till partner och barnet, barnuppfostran och dess metoder för att förebygga våld. Att samtal om våld är särskilt viktigt med föräldrar som själv har blivit utsatta under barndomen. Lindholm m.fl. (2017) framhåller att diskussion om och vägledning i familjelivet har påvisats vara relevant särskilt när det gäller att förebygga upprepat våld eller våld i högriskfamiljer.

De återkommande hälsobesöken ger möjlighet för hälsovårdaren att tidigt kunna identifiera risker för förekomst av våld i hemmet och då föra våldet på tal med föräldrarna, informera om våldets effekter och stödja till en våldsfri hemmamiljö samt implementera stödåtgärder. Familjeförhållanden som tidigare varit dolda kommer ofta fram i samband med de omfattande hälsoundersökningarna. Under hälsoundersökningar inom skolhälsovården diskuteras åldersanpassat med barnet om familjens hälsa och välbefinnande. För tidig identifiering av riskfaktorer för våld och förekomst av våld används *blanketten för screening och kartläggning av närståendevåld* (Bilaga 6) på rådgivningar och även ibland inom

skolhälsovården. (Korpilahti m.fl., 2021). Syftet med blanketten är också att sänka tröskeln för att prata om våld (Korpilahti, 2018). I familjer där risken för våld är hög är tidiga interventioner i form av rådgivning i barnets utveckling, föräldraträning, konkret hjälp och stöd samt stödjande av positiv föräldrar-barn interaktion viktiga. Långsiktiga insatser på familjenivå, gemensamma mål och god samverkan mellan personalen och familjen är viktiga när det gäller våldsförebyggande. (Paavilainen och Flinck, 2015).

Forskning har påvisat att hembesök har en viktig betydelse för att minska och förebygga våld mot barn i hemmet (Korpilahti m.fl., 2021). Hembesök ger möjlighet till diskussion med hela familjen och observation av familjesituationen. Effektiva, välplanerade och resursorienterade hembesök som är anpassade enligt familjens behov antas kunna minska våld och är särskilt effektiva hos familjer i riskzon. (Paavilainen & Flinck, 2013). Även i WHO:s våldsförebyggande program INSPIRE betonas det att hembesök kan förebygga våld (WHO, 2016).

Kraft och Eriksson (2015) påpekar vikten om att hela skolpersonalen känner till tecken på våld mot barn vilket underlättar tidig identifiering och förebyggande. Information om våld kan spridas till barn genom att placera ut broschyrer från olika stödorganisationer i väntrummen, vilket ökar barnens medvetenhet om ämnet. WHO:s riktlinjer för arbete med våld mot barn förespråkar även placering av broschyrer med information om våld och stödtjänster i väntrummen för att öka allmänhetens kunskap om ämnet, vilket kan förebygga våld (Kieselbach & Carai, 2016). Enligt INSPIRE är det viktigt att barn får kunskaper om socialt beteende, kommunikation, konflikthantering, problemlösning och uppbyggande av positiva människorelationer för att förebygga användning av våld senare i livet (WHO, 2016).

6.4.2 Utbildningsbehov bland hälso- och sjukvårdspersonalen

Slutsatsen av flera studier betonar att yrkesutbildade personer som kommer i kontakt med barn i sitt arbete behöver ytterligare utbildning om våld i hemmet för att kunna agera (Järvenpää m.fl., 2017; Koistinen & Holma, 2015, Paavilainen & Flinck, 2013; Sundler m.fl., 2019). Forskning och STM har påvisat att yrkesutbildade som arbetar med barn och familjer har otillräckliga kunskaper och färdigheter för arbetet med våld i hemmen (Korpilahti, 2018).

Järvenpää m.fl. (2017) menar att utbildning bland personalen kan förbättra tidigt ingripande och utbyte av kunskap mellan yrkesverksamma. Paavilainen & Flinck (2013) framhåller att en omfattande utbildning hos anställda är nödvändigt när det gäller identifiering och ingripande i våld mot barn. Utbildning bör innehålla kunskaper om våldsformerna och dess effekter, lagstiftning och olika metoder för identifiering och ingripande vid våld. Utbildningen bör ingå i grundutbildningen hos yrkesutbildade personer som kommer i kontakt med barn och barnfamiljer i sitt arbete. Paavilainen m.fl. (2014) betonar också att mer uppmärksamhet bör fästas vid utbildning om våld mot barn och ingå både i den grundläggande och kompletterande utbildningen. Adekvat utbildning, litteraturkunskap och praktiska erfarenheter krävs för identifiering, tolkning och differentialdiagnostik av somatiska fynd hos barnet (Sinkkonen & Mäkelä, 2018).

Det är känt att genom fortbildning för yrkesutbildade har förmågan att identifiera och ingripa i våld förbättrats (Korpilahti, 2018). I Leppäkoski m.fl. (2019) studie där de undersökte hur utbildning inom våld mot barn i hemmet påverkade de yrkesutbildades kunskaper och agerande dras slutsatsen att utbildning förbättrar personalens identifiering, rapportering och samarbete vid hantering av våldet.

6.5 Multiprofessionellt samarbete

Arbetet med barn som utsätts för våld i hemmet är ett multiprofessionellt samarbete mellan flera aktörer. Under temat *Multiprofessionellt samarbete* sammanfattas det material som behandlar ämnet. Ämnet behandlas i åtta vetenskapliga artiklar och i sex dokument av övrig litteratur. Temat delas in i tre kategorier enligt huvudsakliga innehåll: *Multiprofessionella samarbetspartner och samarbetsprocessen*, *Krav för ett fungerande samarbete* och *Upplevelser och erfarenheter av multiprofessionellt samarbete*.

6.5.1 Multiprofessionella samarbetspartner och samarbetsprocessen

I litteraturen betonas det att vid misstankar eller upptäckt av ett barn som utsätts för våld i hemmet krävs det alltid ett multiprofessionellt samarbete mellan hälso- och sjukvården, socialvården, barnskyddet och polisen (Kieselbach & Carai, 2016; Korpilahti m.fl., 2021; Lindholm m.fl., 2017; Paavilainen & Flinck, 2013; Sankalahti & Lindberg, 2018). Det

rekommenderas även samarbete med utbildningsväsendet för att få en tillförlitlig helhetsbild av barnets situation (Kieselbach & Carai, 2016; Korpilahti m.fl., 2021). Andra studier betonar även samarbete med skolan som betydelsefullt vid misstankar om våld mot barn (Kraft & Eriksson, 2015; Sundler m.fl., 2019). Hanteringen av våld mot barn förenklas av nära, tillgängliga och väl organiserade sektorövergripande tjänster och multiprofessionellt samarbete (Paavilainen & Flinck, 2015). Alla professionella som kommer i kontakt med barn och familjer har en gemensam uppgift i identifiering, ingripande och förebyggande av våld samt att främja barnets och familjens välfärd (Paavilainen & Flinck, 2013; Sankalahti & Lindberg, 2018). Olika yrkesutbildade har möjlighet att observera olika saker kring barnet och dennes närmiljö, därför är ett multiprofessionellt samarbete av störst vikt vid arbete med ett barn som misstänks eller utsätts för våld. Genom samarbetet fås mer ingående information om barnet och situationen (Sankalahti & Lindberg, 2018).

Bedömning av barnets situation skall ske i ett multiprofessionellt samarbete med alla berörda partner (Korpilahti m.fl., 2021). Framgångsrika metoder och förfarande vid samarbete bygger på att dela kunskap mellan samarbetspartnern och ett gemensamt syfte och språk (Notko, Husso, Piippo, Fagerlund & Houtsonen, 2021). Aktörerna bör komma överens om fördelningen av uppgifter och ansvar vid utredning av och ingripande i barnets situation (Sankalahti & Lindberg, 2018). Att ordna gemensamma möten mellan berörda multiprofessionella partner och barnet där de professionella kan tillämpa sin egen kompetens och nödvändiga interventioner förhandlas tillsammans anses stärka arbetet mot gemensamma mål. Samarbetsmöten kan stärka barnets förtroende för de professionella. (Notko m.fl., 2021).

Utöver det multiprofessionella samarbetet är samarbete mellan kollegor på enhetsnivå viktigt. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver få tillräckligt med stöd från kollegor i arbete med barn som utsätts för våld. Personalen bör erbjudas möjlighet att diskutera situationen med kollegorna och fatta gemensamma beslut. (Kieselbach & Carai, 2016). Genom att vid misstankar om våld mot ett barn rådfråga kollegor med mer erfarenhet kan identifiering och stödande av barnet förbättras (Kraft & Eriksson, 2015). I Leppäkoski m.fl. (2019) studie uppgav deltagare att de vid misstankar om våld mot barn gärna diskuterade det först inom arbetsgruppen med kollegorna innan de ingriper i våldet.

I projektet "Lasta malli" har man utvecklat en sektorövergripande modell för multiprofessionellt samarbete och säkerställande av informationsutbyte mellan myndigheterna vid misstanke om eller upptäckt av våld mot barn i hemmet. Modellen

bygger på två steg, där man vid första steget samlar in relevant information i syftet att stödja utredning av våldet och behov av barnskydd. Andra steget innebär att myndigheterna träffas för att tillsammans bedöma barnets situation. För insamling av relevant information om barnets situation används bakgrundsformuläret (Bilaga 7), somatisk undersökning, intervju av barnet och bedömning av våldets allvar samt barnets behov av skydd och hjälp. Det multiprofessionella samarbetet består av hälso- och sjukvårdsmyndigheter, socialvårds- och barnskyddsmyndigheter samt polisen och åklagarmyndigheter. Barnet och familjen inkluderas i processen och har rätt till information i/om processens alla skeden. Hälso- och sjukvårdens roll är att undersöka, vårda och stödja barnets hälsa samt att medverka i polisutredningar och ge stöd till barnskyddet. I projektet dras slutsatsen om att man i Finland behöver ytterligare utveckla samarbetsmodeller för ett multiprofessionellt samarbete vid våld mot barn. (Sinkkonen & Mäkelä, 2018).

6.5.2 Krav för ett fungerande samarbete

Ett fungerande multiprofessionellt samarbete kräver en del kunskap och egenskaper hos yrkesutbildade personer. Grunden för ett lyckat samarbete utgörs av ömsesidigt förtroende, förståelse för delat ansvar och utveckling av ett gemensamt tillvägagångssätt. (Notko m.fl., 2021; Sinkkonen & Mäkelä, 2018). Ett gott samarbete kräver en god kommunikation och relation till andra professionella partner (Notko m.fl., 2021). Järvenpää m.fl. (2017) framhåller även vikten av att skapa goda relationer till andra och förtroende för andras styrkor vid multiprofessionellt samarbetet.

Ett väl fungerande samarbete kräver kunskaper om egna och andra organisationer uppgifter, skyldighet och ansvar samt lagar och förordningar som styr de yrkesutbildades arbete. Dessutom krävs kunskaper om våld hos alla partner. En stark yrkesidentitet och förtroende för egen expertis är fördelar vid multiprofessionellt samarbete. (Notko m.fl., 2021). Inkilä, Flinck, Luukkaala, Åstedt-Kurki & Paavilainen (2013) betonar kravet på kunskaper hos yrkesutbildade om ett multiprofessionellt samarbete som är sektorövergripande för att förbättra identifiering och ingripande i våld. Genom en gemensam utbildning som fokuserar på att bekanta sig med andra organisationers verksamhet, diskussion om fördelning av uppgifter i samarbetet och främjande av samarbetet bland yrkesutbildade från olika organisationer kan samarbetet förbättras.

6.5.3 Upplevelser och erfarenheter av multiprofessionellt samarbete

I tidigare studier där hälso- och sjukvårdspersonal kommit i kontakt med barn som blivit utsatta för våld har deras upplevelser och erfarenheter av det multiprofessionella samarbetet varierat. I Inkilä m.fl. (2013) studie tyder resultaten på att största delen av de yrkesutbildade som deltagit i studien har kunskaper gällande multiprofessionellt samarbete. De visste hur de skulle samarbeta med andra för att identifiera barn som utsätts för våld. Vid upptäckt av våld uppgav majoriteten av deltagarna att de fick stöd från andra organisationer, men de fanns också de som påstod att de inte fått något stöd alls. Den vanligaste stödkällan var arbetsledaren och andra yrkesutbildade på den egna enheten. Yrkesutbildade upplevde ändå det multiprofessionella arbetet som positivt och de som hade högst kompetens gällande multiprofessionellt samarbete var deltagare som arbetade inom socialtjänsten och polisen. I en jämförelsestudie bland olika länder där Finland också deltog tyder resultaten på att i alla länder är samarbetet mellan socialen och polisen bra men samarbetet mellan vårdpersonalen har identifierats mindre. Gällande samarbete kan bristen på diskussion samt förtroende gentemot andra yrkespersoner ses som ett problem. (Järvenpää m.fl. 2017). Andra tidigare studier betonar att skolhälsovårdarnas samarbete med socialtjänsten borde förbättras (Engh Kraft m.fl. 2017; Kraft & Eriksson, 2015).

I Notko m.fl. (2021) studie ansåg deltagare att ett väl fungerat samarbete är ovanligt. Dåliga erfarenheter från tidigare samarbeten kunde leda till att man inte längre vill samarbeta med andra organisationer eftersom man inte längre tror på ett fungerande samarbete. Deltagarna i studien ansåg att vid ett multiprofessionellt samarbete uppfattades inte alltid syftet med arbetet på samma sätt bland alla involverade vilket kunde leda till frustration samt att motivationen till att ta ansvar minskades vilket ledde till att samarbetet misslyckades. En viss förvirring upplevdes gällande vem som skall göra vad och i vilken fas samarbetet skall påbörjas vid identifiering av våld i hemmet. Vid utvecklande av det multiprofessionella samarbetet är det en utmaning att alla yrkesverksamma ofta styrs av flera olika och motstridiga lagar och förordningar. Man ansåg att det fanns faktiska skillnader på nationell nivå gällande samarbetsmöjligheter eftersom utbudet av tjänster skiljer sig åt på regional nivå. En total officiell riktlinje för samarbete saknas.

7 Diskussion

I detta kapitel diskuteras metoden som använts i examensarbetet och resultaten som erhållits. Kapitlet är indelat i metoddiskussion, resultatdiskussion och slutsatser.

7.1 Metoddiskussion

Metoddiskussion innebär en kritisk granskning av det egna examensarbete, där såväl styrkor som begränsningar alternativt svagheter i arbetet diskuteras. Syftet med metoddiskussionen är att påvisa hur kvaliteten har säkerställts i arbetet. I metoddiskussionen diskuteras val av metod, datainsamling, urval av datamaterial, dataanalys och etiska övervägande. Metoden diskuteras med hjälp av begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. (Henricsson, 2017, s. 412).

Trovärdighet innebär att resultatet äger giltighet och att skribenterna gör det tydligt för läsaren att skapad kunskap är rimlig. Skribenter kan påvisa detta genom att redovisa att de har bekantat sig med forskningsmiljön innan studiens start. (Henricsson, 2017, s. 431). Skribenterna har arbetat noggrant med bakgrunden för att påvisa att de är insatt i sitt ämne, vilket ökar trovärdigheten. Att vara två skribenter ökar examensarbetets trovärdighet eftersom man under hela processen är två som granskar och tolkar arbetet samt risken för subjektivitet minskar.

Pålitlighet innebär att reflektera över sin egen förståelse för ämnet (Henricsson, 2017, s. 432). Skribenterna hade en del förståelse för ämnet innan examensarbetet start, men genom att läsa relevant material och diskutera tillsammans ökade förståelse för ämnet, vilket vi gjorde innan processens start. På så vis fick vi en förförståelse för ämnet vilket förhoppningsvis har haft en positiv inverkan på hela processen.

Resultatens överförbarhet kan bedömas utifrån trovärdighet och pålitlighet. Överförbarhet handlar om att avgöra ifall resultaten från examensarbetet kan överföras till andra situationer eller sammanhang. (Henricsson, 2017, s. 432). I examensarbetet använde vi oss av både finländskt och svenskt vetenskapligt material, nationell samt internationell grey litteratur. Eftersom resultaten baserar sig på det insamlade datamaterialet som främst innehåller finländsk litteratur kan inte resultatet överföras till andra länder p.g.a. skillnader gällande bl.a. lagar och social- och hälsovårdssystemet.

7.1.1 Diskussion om val av metod

I examensarbetet valdes metoden scoping review utifrån syftet och frågeställningar. Scoping review är en översiktsstudie med bred inriktning, där forskningsfrågan ofta är öppen och bred vilket vårt syfte och frågeställningar är. I en scoping review kan man utöver vetenskapliga artiklar inkludera grey litteratur, vilket innebär litteratur som inte är vetenskaplig och kvalitetsgranskad. För oss var scoping review en lämplig metod eftersom vi kunde inkludera relevant material som inte är vetenskapligt, vilket var nödvändigt för att få aktuell nationell och internationell litteratur inom ämnet. Scoping review innebär en större frihet än andra litteraturstudier eftersom man bl.a. får inkludera icke vetenskapligt material och inklusions- och exklusionskriterier vid urval av datamaterial kan ändra under studiens gång, vilket har varit lämpligt för oss.

Genom att använda metoden har vi fått svar på vårt syfte och forskningsfrågor om vad som finns beskrivet i aktuell litteratur om ämnet, men resultaten uppnådde inte skribenternas förväntningar. Skribenterna hade önskat mer relevant litteratur om tillvägagångssätten vid identifiering, ingripande, förebyggande och multiprofessionellt samarbete vid våld mot barn. Under examensarbetets gång har skribenterna fått erfara att det finns väldigt lite forskning och övrig litteratur från Finland inom området, så tyvärr existerar inte den litteratur som önskats.

7.1.2 Diskussion om datainsamling, urval av datamaterial och dataanalys

Databaser som använts för datainsamling var CINAHL with Full Text (EBSCOhost), PubMed, Google scholar och Terveysportt samt Tritonias sökportal Finna. Genom att använda flera databaser ökar antalet sökresultat och chansen att hitta relevant datamaterial ökar. På så vis stärks studiens trovärdighet (Henricsson, 2017, s. 414). Grey litteraturen har sökts på Institutet för hälsa och välfärd, Hoitotyön tutkimussäätiö och World Health Organizations. Skribenterna valde att endast söka grey litteratur på pålitliga nationella och internationella internetsidor för att få material som är trovärdigt, vilket ökar resultatens pålitlighet och trovärdighet. Grey litteraturen begränsades till att vara från år 2015 och nyare, vilket gav endast aktuell information.

Datainsamlingen inleddes med sökande av vetenskapliga artiklar med breda söktermer, från 2015 och nyare och inom Europa. Antalet resultat vara flera hundra artiklar per sökning. Skribenterna läste igenom flera artiklars titlar, abstrakt och granskade snabbt flera artiklar i

fulltext. Genom att identifiera artiklar insåg skribenterna att våld i hemmet varierar mellan olika kulturer och att hälso- och sjukvården i olika europeiska länder skiljer sig åt på flera vis. Därför begränsades datainsamlingen av vetenskapliga artiklar till endast studier från Finland från år 2010 och nyare, för att få relevant material. Trots nya begränsningar var antalet artiklar fortfarande få. Därför utökades datainsamlingen med artiklar från 2010 och nyare, både från Finland och Sverige. Artiklar från Sverige inkluderades med ett antagande om att den finländska och svenska kulturen samt hälso- och sjukvården är väldigt lika i de båda länderna. De svenska artiklarna söktes först i slutet av datainsamlingen när tiden var mer begränsad vilket kan ha påverkat på att skribenterna inte har hittat så många relevanta studier att inkludera. Tidsbegränsning för att söka relevant litteratur kan påverka på examensarbetets kvalitet enligt Henricsson (2014, s. 473). Dessutom var målet att endast behöva inkludera några få svenska artiklar för att främst få använda finländskt material eftersom studiens syfte är att beskriva inom ett finländskt perspektiv. Datainsamlingen skulle eventuellt ha varit bättre om skribenterna skulle haft en bättre sökstrategi redan från början med mindre begränsningar. Sökorden kunde ha varit bättre ifall skribenterna skulle ha frågat råd av experter inom litteratursökning.

Att hitta relevant datamaterial för examensarbetet har varit väldigt svårt. Skribenterna har upprepade gånger sökt med flera olika sökord och på flera databaser samt utfört manuella webbsökningar utan att hitta relevant material. Under processens gång har vi fått erfara brist på relevant litteratur inom området.

Vid en scoping review behöver materialet inte vara kvalitetsgranskat och därför har skribenterna inte hellre granskat materialet, vilket kan minska resultatens pålitlighet. Men däremot söktes och identifierades endast vetenskapliga artiklar som var peer reviewed, vilket säkerställer kvaliteten. Urvalet av datamaterialet styrdes av syfte och frågeställningar samt inklusions- och exklusionskriterier. Våra inklusions- och exklusionskriterier var olika för vetenskapliga artiklar och grey litteratur, eftersom vi ville få så relevant litteratur som möjligt.

Datamaterialet som använts har varit på svenska, finska och engelska. Att använda material på annat språk än det egna modersmålet innebär alltid en risk för feltolkning. Dessutom har det tidvis varit utmanande och tidskrävande att tillägna sig litteratur på finska och engelska. Skribenterna granskade artiklar individuellt vilket enligt Henricsson (2017, s. 414) sänker trovärdigheten. Vid sammanfattningen av resultaten läste skribenterna upprepade gånger igenom det utvalda materialet tillsammans och resultaten sammanfattades enbart

tillsammans. Att vara två eller fler personer som tillsammans utför dataanalysen stärker studiens trovärdighet (Henricsson, 2017, s. 415).

7.1.3 Diskussion om etiska övervägande

Etiken har tagits i beaktande under hela examensarbetets gång. Skribenterna har inte plagierat andras material och gjort korrekta källhänvisningar. Ett etiskt dilemma har varit användningen av litteratur på annat språk, där risken finns för feltolkning vilket skribenterna har försökt fästa uppmärksamhet vid för att undvika. Både önskade och oönskade resultat presenterades i examensarbetet.

7.2 Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen sammanfattas resultaten relaterade till examensarbetets syfte och frågeställningar. Resultaten jämförs med tidigare forskning och anknyts till examensarbetets teoretiska utgångspunkt. Slutligen diskuteras resultatens användbarhet och framtida forskningsmöjligheter. (Henricsson, 2017, s. 416 – 418).

7.2.1 Sammanfattning av resultat och jämförelse med tidigare forskning

Resultaten från föreliggande studie sammanfattar vad som finns beskrivet i aktuell forskning och litteratur om hälso- och sjukvårdspersonalens identifiering, ingripande och förebyggande av våld mot barn i hemmet samt det multiprofessionella samarbetet vid misstankar om eller upptäckt av våldet. Skribenterna blev förvånad vid litteratursökningen över hur lite finländsk forskning det finns inom området och bristen på rekommendationer och riktlinjer för arbetet med barn som misstänks eller utsätts för våld i hemmet. Bristen på relevant material resulterar i begränsningar i examensarbetets resultat.

I temat *Identifiering av våld* beskrivs metoder för att identifiera barn som utsätts för våld i hemmet. Resultatet påvisar att metoder som underlättar identifiering av våld är ansamling av riskfaktorer vid kontakt med barn och familjer samt att diskutera allmänt om familjelivet med alla familjer och om hälsa, välbefinnande och relationer med barnet. Detta kan leda till misstankar om våld vilket ger möjlighet att föra diskussion om ämnet. Genom att jämföra resultatet med studiens bakgrund kan likheter påvisas. Resultatet påvisar också att det kan vara svårt att skilja mellan skador orsakade av olycksfall och våld och hälso- och

sjukvårdspersonalen bör därför alltid ha våld i åtanke vid ospecifika skador eller upprepade skador och bedöma situationen individuellt från fall till fall för identifiering eller exkludering av våld. Extra uppmärksamhet bör också riktas vid ofta återkommande kliniska besök där barn klagat på somatiska besvär såsom huvudvärk eller magsmärtor. En problematisk aspekt från resultaten är att det i Finland inte finns någon systematisk screening eller screeningsverktyg för att identifiera våld, utan en kombination av olika metoder och en övergripande bedömning av hela familjens situation krävs för identifiering. Hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med barn behöver känna till riskfaktorer och kännetecken på våld för att kunna identifiera det, vilket kan bekräftas med tidigare litteratur i bakgrunden.

Resultaten under temat *Ingripande i våld* beskriver utförligt hur man skall föra våld på tal med ett barn, vilket är ett intressant resultat som skribenterna inte har påträffat i tidigare forskning. Ingripande i våld innebär diskussion med barnet och/eller familjen, observation av skador och föräldra-barn interaktionen, fotografering av fysiska skador, utförlig dokumentation och en omfattande läkarundersökning samt barnskydds- och/eller polisanmälan, vilket kan bekräftas med tidigare litteratur i bakgrunden. Insamling av uppgifter och fysiska undersökningar skall utföras så att det orsakar minsta möjliga obehag för barnet och risken för ytterligare skador i form av rädsla, smärta och trauma minimeras. Resultaten påpekar vikten av att omedelbart bedöma barnets säkerhet och miljö, fysiska och psykiska behov samt andra familjemedlemmars utsatthet för våld. Nödvändiga hjälp- och stödåtgärder implementeras för barnet och även för föräldrarna enligt individuella behov.

I temat *Förebyggande av våld* framkommer det att våldsförebyggande arbetet börjar redan under graviditet på mödrarådgivningen, fortsätter på barnrådgivning och senare inom skolhälsovården. De återkommande hälsoundersökningar har en viktig roll i det förebyggande arbetet. Föräldrastöd anses vara en viktig aspekt i det våldsförebyggande arbetet, där föräldrar får vägledning i barnuppfostran, föräldraskap, trygg och våldsfri uppväxtmiljö samt stödjande föräldra-barn interaktion. Utbildning om våld och agerande bland personalen har en viktig betydelse vid tidig identifiering, ingripande och förebyggande av våld. Allt detta kan bekräftas av studiens bakgrund. I flera studier anses hembesöken under småbarnsåren vara en betydelsefull faktor i det tidiga våldsförebyggande arbetet.

I resultaten under temat *Multiprofessionellt samarbete* framkommer det att arbetet med barn som misstänks eller utsätts för våld i hemmet alltid kräver ett multiprofessionellt samarbete mellan hälso- och sjukvården, socialvården, barnskyddet och polisen, vilket kan bekräftas av litteraturen i bakgrunden. Dessutom rekommenderas samarbete med utbildningsväsendet.

Genom samarbete fås en helhetsbild av barnets situation och därför är samarbetet nödvändigt. Resultaten betonar att situation skall bedömas i ett multiprofessionellt samarbete och gemensamma möten med alla berörda partner föredras. Ett fungerade samarbete kräver ömsesidigt förtroende, en god relation och kommunikation samt fördelning av ansvar och uppgifter. Dessutom krävs kunskaper om våld, om egna och andra organisationer uppgifter, skyldighet och ansvar samt lagar och förordningar som styr de yrkesutbildades arbete. Lasta-malli projektet beskriver en mall och tillvägagångssätt för hur det multiprofessionella samarbetet skall utformas. Tidigare forskning påvisar delade upplevelser och erfarenheter gällande multiprofessionellt samarbete, där en del uppger att samarbetet fungerar bra medan andra var mindre nöjda.

7.2.2 Spegling mot den teoretiska utgångspunkten

Som teoretiska utgångspunkten i examensarbetet används Kolcabas Theory of comfort. Komfortteorin handlar om att tillgodose patientens komfortbehov inom de fyra behovsområden. Genom att använda den taxonomiska strukturen kan man bedöma komfortbehov, implementera komfortåtgärder och utvärdera effekten av åtgärder samt skapa en individualiserad vård och försöka tillgodose patientens unika behov. (Kolcaba, 1995; Peterson & Bredow, 2013).

Kolcabas taxonomiska struktur kan i viss mån förklara resultat från föreliggande studie, där resultaten tyder på att de tre typer av komfort bedöms inom de fyra olika behovsområden och lämpliga stödåtgärder implementeras. I resultaten om agerande vid våld mot barn i hemmet beskrivs det att barnets helhetssituation kartläggs där fysiska och psykiska behov, säkerhet och hemmiljö samt föräldra-barnrelationen och andra familjemedlemmars situation skall bedömas individuellt, vilket innebär alla fyra behovsområden: fysiska, psykospiritueella, miljömässiga och sociokulturella bedöms. Därefter implementeras nödvändiga hjälp- och stödåtgärder, inom de fyra olika behovsområden för barnet och föräldrarna enligt individuella behov. Komfortåtgärder kan vara mänskliga grundläggande behov såsom vila, homeostas, samtalsterapi och att bli behandlad som en holistisk varelse, alltså som en människa som en helhet med kropp, själ, ande och miljö. (Dowd, 2014). Hjälp- och stödåtgärder som beskrivs i resultaten motsvarar dessa komfortåtgärder, där fysiska kan förklaras som sjukhusvård, psykospiritueella som bearbetning av traumatiska händelser bland annat i form av psykoterapi, sociokulturella som familjeterapi, psykosociala stöd och stärkande av föräldraskapet och miljömässiga som stödja till en våldsfri hemmiljö eller att

flytta barnet från en skadlig hemmiljö. Resultaten i examensarbetet betonar en uppföljning av barnets situation, vilket kan relateras till att utvärdera effekten av åtgärderna och bedöma om resultat är *transcendence*, alltså att barnet och familjen har bemästrat problemen. Om komfortåtgärder lyckas uppfylls patientens behov och resultatet blir komfort (Dowd, 2014).

7.2.3 Resultatens användbarhet och framtida forskningsmöjlighet

Resultaten från föreliggande studie om identifiering, ingripande, förebyggande och multiprofessionellt samarbete vid våld mot barn i hemmen är användbara bland studerande och personalen inom hälso- och sjukvården, för att öka kunskaper inom området. Trots att många av resultaten kan förklaras med tidigare forskning beskriver examensarbetet en sammanfattning av den litteratur som berör ämnet och tillför en bättre överblick och helhetsbild om fenomenet.

Framtida forskningsmöjligheter inom ämnet är flertal eftersom det förekommer stor brist på forskning inom området i Finland. En möjlig kvalitativ forskning som skulle vara intressant enligt skribenterna är att undersöka hur finländska skolhälsovårdare identifierar och ingriper i våld mot barn i hemmet samt deras kunskaper och färdigheter inom området. Studier har gjorts bland skolhälsovårdare i Sverige men inga motsvarande har skribenterna hittat från Finland.

I resultat saknas effektiva metoder och tillvägagångssätt för identifiering. Resultaten påpekar att inga screeningar eller effektiva screeningsverktyg för att identifiera våld finns för tillfället i Finland. Dessa resultat tyder på att det är nödvändigt med ytterligare forskning för att utveckla metoder för att underlätta identifiering av våld.

7.3 Slutsatser

Resultaten i examensarbetet påvisar att kunskaper och praktiska färdigheter i identifiering, ingripande, förebyggande och multiprofessionellt samarbete vid våld mot barn är nödvändigt bland hälso- och sjukvårdspersonalen för tidigt agerande. Behov finns av en omfattande utbildning om våld mot barn i hemmet samt hantering av våldet både i den grundläggande utbildningen inom hälso- och sjukvården och som fortbildning bland personalen. Examensarbetet ger en inblick i ämnet men resultaten påvisar att det finns behov av ytterligare forskning inom området.

8 Källförteckning

Amin, A., Reijnders, M. & Carai, S. (2017). *RESPONDING TO CHILDREN AND ADOLESCENTS WHO HAVE BEEN SEXUALLY ABUSED - WHO CLINICAL GUIDELINES*. World health Organization.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1>

Arksey, H. and O'Malley, L. (2005) Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 1, 19-32.

Barnskyddslag 2007/417. (28.10.2020). Hämtad från:

<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070417>

Eija, P., Mika, H., Aune, F. & Leila, L. (2014). How Public Health Nurses Identify and Intervene in Child Maltreatment Based on the National Clinical Guideline. *Nursing Research and Practice*, 2014(2014), 425460-7. <https://doi.org/10.1155/2014/425460>

Engh Kraft, L., Rahm, G. & Eriksson, U. (2017). School Nurses Avoid Addressing Child Sexual Abuse. *The Journal of school nursing*, 33(2), 133-142. <https://doi.org/10.1177/1059840516633729>

Ermertcan, A. & Ertan, P. (2010). Skin manifestations of child abuse. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology*, 76(4), pp. 317-326.

Dijkers, M., 2015. What is a Scoping Review?. *KT Update*, 4(1).

Tillgänglig online: http://ktdrr.org/products/update/v4n1/dijkers_ktupdate_v4n1_12-15.pdf

Dowd, T., 2014. *Theory of Comfort*. i: M. R. Alligood, red. *Nursing theorists and their work*. St. Louis, Missouri: Elsevier/Mosby, pp. 657-671.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (Fjärde utgåvan.). Stockholm: Natur & Kultur.

Forskningssetiska delegationen. (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Hämtad. 29.12.2020 från: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Giardino, A. P. (2015). *Recognition of child abuse for the mandated reporter* (Fourth edition.). Saint Louis: STM Learning, Inc. Giardino, A. P. (2015).

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:2.). Lund: Studentlitteratur AB.

Inkilä, J., Flinck, A., Luukkaala, T., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. (2013). Interprofessional Collaboration in the Detection of and Early Intervention in Child Maltreatment: Employees' Experiences. *Nursing Research and Practice*, 2013, 186414-10. <https://doi.org/10.1155/2013/186414>

Johansson, B., Källström, Å. & Flygare, E. (2019). *Barns och ungas utsatthet: Våld och kränkningar i barns och ungas relationer* (Upplaga 1:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Järvenpää, Elina & Martínez-Molina, Sandra & Ferrer, Jorge & Haage, Barbara. (2017). Professional Coordination in Cases of Child Maltreatment: Challenging Issues in Estonia, Finland, Slovenia and Spain. a Comparative Study. *European Journal of Social Sciences Education and Research*. 9. 43. 10.26417/ejser.v9i2.p43-53

Kielikone. *MOT Ordböcker*. (2020) *MOT NE:s stora engelska ordbok*. Hämtad. 11.11.2020 från: <https://www-sanakirja-fi.ezproxy.novia.fi>

Kieselbach, B. & Carai, S. (ed). (2019). *WHO GUIDELINES FOR THE HEALTH SECTOR RESPONSE TO CHILD MALTREATMENT*. World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/child-maltreatment/technical-report-who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment-2.pdf?sfvrsn=6e0454bb_2&download=true

Kjellström, S., (2017). Forskningsetik i: Henricson M. red. *Vetenskaplig teori och metod*. (Upplaga 2:2) Lund: Studentlitteratur AB.

Koistinen, I. & Holma, J. (2015). Finnish Health Care Professionals' Views of Patients Who Experience Family Violence. *SAGE open*, 5(1), 215824401557039. <https://doi.org/10.1177/2158244015570392>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Pub. Co.

Kolcaba, K. Y. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image: the journal of nursing scholarship*, 23(4), pp. 237-240. doi:10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x

Kolcaba, K. Y. (1995). The Art of Comfort Care. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), pp. 287-289. doi:10.1111/j.1547-5069.1995.tb00889.x

Korpilahti, U. (toim.), (2018). *Kansallisen lasten ja nuorten turvallisuuden edistämisen ohjelman tavoite- ja toimenpidesuunnitelma vuosille 2018 - 2025, Osa 1*. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-082-2>

Korpilahti, U., Korhonen, L., Kettunen, H., Nuotio, E., Jokela, S., Nummi VM & Lillsunde, P. (2021). *En barndom utan våld – åtgärdsplan för förebyggande av våld mot barn 2020–2025*. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8467-7>

Kraft, L. E. & Eriksson, U. (2015). The School Nurse's Ability to Detect and Support Abused Children: A Trust-Creating Process. *The Journal of school nursing*, 31(5), 353-362. <https://doi.org/10.1177/1059840514550483>

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, M., Zwi, A., Lozano, R. 2002. World report on violence and health. World Health Organization Geneva.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1

Lastensuojelun keskusliitto (u.å.). *Ordlista*. Hämtad. 27.02.2021 från: <https://www.lastensuojelu.info/sv/ordlista/>

Leppäkoski, T., Rantanen, H., Helminen, M., & Paavilainen, E. (2019). How Training Impacts the Identification and Discussion of the Risks of Child Maltreatment : A Finnish Follow-Up Study.

Lindholm, P., Tenhunen, T., & Tossavainen, P. (2017). Lapsen pahoinpitely, seksuaalinen hyväksikäyttö ja niiden epäily (PPSHP). *Lääkärin käsikirja* . Duodecim. Tillgänglig online: [Lapsen pahoinpitely, seksuaalinen hyväksikäyttö ja niiden epäily \(PPSHP\) - Duodecim \(terveysportti.fi\)](https://www.duodecim.fi/terveysportti/fi/lapsen-pahoinpitely-seksuaalinen-hyvaeksikayttö-ja-niiden-epäily-ppsHP)

Luoma I., Joki - Erikilä M. ja Taskinen S. (2016). Menettely lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä epäiltäessä. *Lääkärin käsikirja*. Duodecim. Tillgänglig online: [Menettely lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä epäiltäessä - Duodecim \(terveysportti.fi\)](https://www.duodecim.fi/terveysportti/fi/menettely-lapsen-seksuaalista-hyvaeksikayttöa-epailtaessa)

Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen-Viitanen, T. & Laatikainen, T. (2018) Hälsoundersökningar vid barnrådgivningen & inom skolhälsovården Metodhandbok. Institutet för hälsa och välfärd.

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012). *The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *PLoS medicine*, 9(11), p. e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349

Notko, M., Husso, M., Piippo, S., Fagerlund, M. & Houtsonen, J. Intervening in domestic violence: Interprofessional collaboration among social and health care professionals and the police. *Journal of interprofessional care, ahead-of-print*(ahead-of-print), 1-9. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1876645>

Paavilainen, E. & Flinck, A. (2013). National Clinical Nursing Guideline for Identifying and Intervening in Child Maltreatment within the Family in Finland. *Child abuse review (Chichester, England : 1992)*, 22(3), 209-220. <https://doi.org/10.1002/car.2207>

Paavilainen, E. & Flinck, A. (2015). *Lasten kaltoinkohtelun tunnistamisen tehokkaat menetelmät sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Hoitotyön Tutkimussäätiö. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/kaltoinkohtelu-hs.pdf>

Peterson, S. J. & Bredow, T. S. (2013). *Middle range theories: Application to nursing research* (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.

Polisen. (u.å.a.). *Brott mot barn*. Hämtad. 20.02.2021 från:

<https://poliisi.fi/sv/barn-som-brottsoffer>

Polisen. (u.å.b.). *Har du blivit utsatt för ett brott?* Hämtad. 20.02.2021 från:

<https://poliisi.fi/sv/har-du-blivit-utsatt-for-ett-brott>

Polisen. (u.å.c.). *Våld i nära relationer*. Hämtad. 20.02.2021 från:

<https://poliisi.fi/sv/vald-i-nara-relationer>

Riksdagens justitieombudsman. (u.å.). *Barns rättigheter*. Hämtad. 28.10.2020 från:

https://www.oikeusasiames.fi/sv_SE/web/lasten-ja-nuorten-sivut/vilka-ar-barnets-rattigheter-

Sankalahti, K. & Lindberg, P. (2018). *Skapa förtroende skydda barnet: Guide om samarbete för personer som möter barn och familjer i sitt arbete*. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-096-9>

Simmel, C., Merritt, D., Kim, H. M. & Kim, S. (2016). An Exploratory Study of Neglect and Emotional Abuse in Adolescents: Classifications of Caregiver Risk Factors. *Journal of child and family studies*, 25(8), pp. 2372-2386. doi:10.1007/s10826-016-0414-9

Sinkkonen, M. ja Mäkelä, J. (toim.) (2017). *LASTA-hanke: Kokemuksia viranomaisten yhteistyön ja tietojenvaihdon koordinoinnista lapseen kohdistuneissa pahoinpitely- tai seksuaalirikoksen epäilytilanteissa*. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-850-0>

Sotkanet. (u.å.). *Statistikuppgifter om finländarnas välfärd och hälsa*. Hämtad. 28.10.2020 från:

<https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko?indicator=szZMKbbWNTSKN7Q2NAEA®ion=s07MBAA=&year=sy6rAgA=&gender=t>

Strafflag 1889/39. (28-10-2020). Hämtad från:

<https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1889/18890039001>

Statistikcentralen. (2019) *Statistik*. Hämtad 11.05.2020 från:

https://www.stat.fi/til/rpk/2018/15/rpk_2018_15_2019-06-06_tie_001_sv.html

Statistikcentralen. (u.å.). *Statistikcentralens PxWeb databaser*. Hämtad 11.05.2020 från:

http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/sv/StatFin/StatFin_oik_rpk_uhri/statfin_rpk_pxt_11_ch.px/

STM. (u.å.b.). *Barnskydd*. Hämtad 16.12.2020 från:

<https://stm.fi/sv/barnskydd>

STM. (u.å.a.). *Skolhälsovården*. Hämtad 15.12.2020 från:

<https://stm.fi/sv/skolhalsovarden>

Sundler, A. J., Whilson, M., Darcy, L. & Larsson, M. (2019). Swedish School Nurses' Experiences of Child Abuse. *The Journal of school nursing*, 1059840519863843. <https://doi.org/10.1177/1059840519863843>

THL. (2019). *Att identifiera och ingripa i våld*. Hämtad 28.10.2020 från:

<https://thl.fi/sv/web/handbok-om-funktionshinderservice/funktionshinder-i-samhallet/vald-och-funktionsnedsattning/att-identifiera-och-ingripa-i-vald>

THL. (2018). *Barnaga har inte försvunnit från Finland*. Hämtad 08.05.2020 från:

<https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/-/barnagan-har-inte-forsvunnit-fran-finland>

THL. (2020c). *Barnskyddsanmälan*. Hämtad 15.12.2020.

<https://thl.fi/sv/web/handbok-for-barnskyddet/arbetsprocesser/barnskyddsanmalan>

THL. (u.å.). *Blanketter för att dokumentera våld i nära relationer och inom familjen*. Hämtad 03.05.2021 från:

https://thl.fi/documents/605886/1482247/Blankett_för_screening_och_kartlaggn.pdf/3bf399ae-15ef-f726-c88a-2897327ce2dc?t=1580482306322

THL. (2020b). *Elev- och studerandevård*. Hämtad 15.12.2020 från:

<https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/basservice/elevvard>

THL. (2020e). *Familjecenter*. Hämtad 01.03.2020 från:

<https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/basservice/familjecenter>

THL. (2020d). *Förebyggande av våld*. Hämtad 01.03.2020 från:

<https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/stodmaterial/forebyggande-av-vald-i-nara-relationer-och-inom-familjen>

THL. (2020a). *Skolhälsovård*. Hämtad 15.12.2020 från:

<https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/basservice/elevvard/skolhalsovard>

Tupola, S & Kallio, P. (2020) Lapsen pahoinpitelyepäily ja sen aiheuttamat toimenpiteet. *Lääkärin käsikirja*. Duodecim. Tillgänglig online: [Lapsen pahoinpitelyepäily ja sen aiheuttamat toimenpiteet - Duodecim \(terveysportti.fi\)](#)

UNC university libraries health sciences library. (2021). *PRISMA 2009 flow diagram templates*. [online]. Hämtad 29-04-21 från: <https://guides.lib.unc.edu/prisma>

UNICEF Sverige. (2009). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: UNICEF Sverige. Tillgänglig online: <https://unicef.se/rapporter-och-publikationer/barnkonventionen>

World Health Organization. (2016). *INSPIRE: seven strategies for ending violence against children*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/207717>.

World Health Organization. (2020a). *Child maltreatment*. Hämtad 27.10.2020 från:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

World Health Organisation. (2020b). *Violence against children*. Hämtad 27.10.2020 från:

https://www.who.int/health-topics/violence-against-children#tab=tab_1

World Health Organisation. (u.å.). *Violence against children*. Hämtad 27.10.2020 från:

https://www.who.int/health-topics/violence-against-children#tab=tab_1

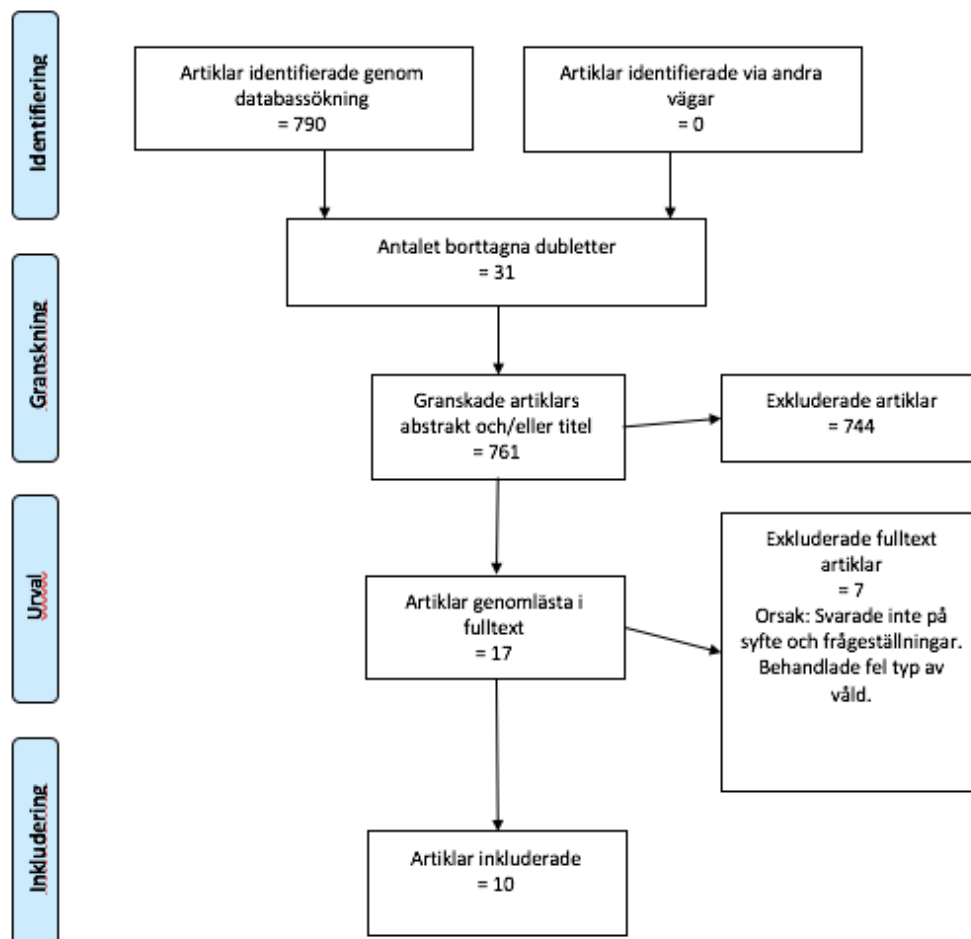
Bilaga 1 (Artikelsökningar)

Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Utvalda
FINNA	Child maltreatment AND finnish healthcare	2010 -> Fulltext Peer review	142	3
FINNA	Domestic violence AND finnish healthcare	2010 -> Fulltext Peer review	209	1
FINNA	Child abuse AND swedish nurses	2010 -> Fulltext Peer review	1564	1
FINNA	Swedish school nurses identifying child abuse	2010 -> Fulltext Peer review	427	1
Cinahl with Full Text EBSCOhost	"Child abuse AND finland"	2010 -> Fulltext Peer review	32	1
Cinahl with Full Text EBSCOhost	Swedish school nurses and child abuse	2010 -> Fulltext Peer review	520	1
Google scholar	Child maltreatment AND finnish healthcare	2010 ->	3390	1
Google scholar	Child maltreatment identification in finland / "Child maltreatment identification" 2015 - 2020	2015 - 2020	7	1

Bilaga 2 (Prisma vetenskapliga artiklar)



PRISMA 2009 Flow Diagram



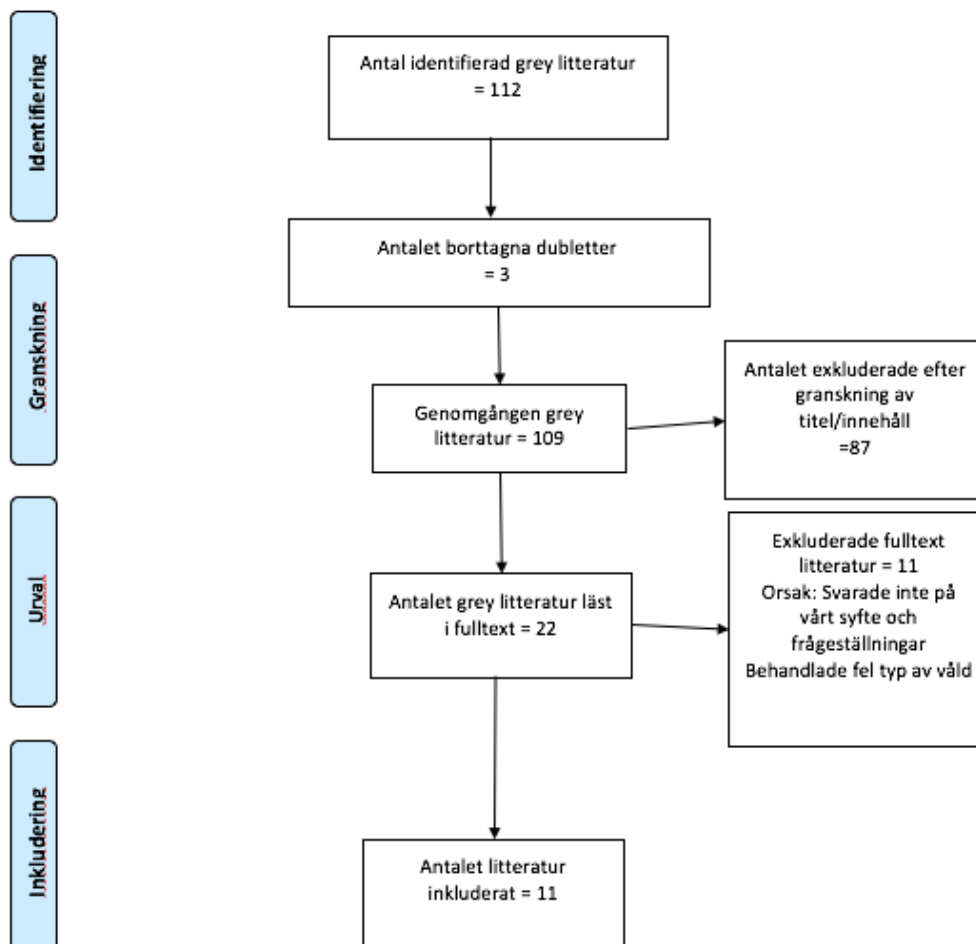
From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Bilaga 3 (Prisma grey litteratur)



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Bilaga 4 (Tabell för vetenskapliga artiklar)

Författare, tidskrift, årtal	Titel	Syfte	Metod	Resultat
<p>Författare: Tuija Leppäkoski, Heidi Rantanen, Mika Helminen, Eija Paavilainen</p> <p>Tidsskrift: Global Journal of Health Science & Nursing. 2019; 2:115.</p> <p>Årtal: 2019</p>	How Training Impacts the Identification and Discussion of the Risks of Child Maltreatment: A Finnish Follow-Up Study	Syftet med studien var att undersöka om utbildning kan förbättra anställdas kunskaper om och attityder till identifiering och hantering av barnmisshandel.	Studien är en uppföljningsstudie med baslinje- och uppföljningsstudie där både kvantitativa och kvalitativa metoder använts. I studien användes elektroniska frågeformulär med både flervalfrågor och öppna frågor. Deltagare svarade på formulären först innan utbildningen och sedan efter. Antalet deltagare var 167 i baslinjestudien och 96 i uppföljningsstudien.	Resultaten påvisade att en liten positiv förändring inträffade mellan studieperioderna. Yrkesverksamma personers kunskaper gällande identifiering, rapportering och samarbete vid barnmisshandel förbättrades genom utbildning. Utbildning och träning ökade anställdas bekvämlighet i att diskutera och rapportera detta känsliga och komplexa fenomen. Viktigaste var ändå att de anställda var medveten om sina egna brister i att identifiera och hantera barnmisshandel.
<p>Författare: Paavilainen Eija, Helminen Mika, Flinck Aune & Lehtomäki Leila</p> <p>Tidsskrift: Nursing Research and Practice 2014-12-01, Vol.2014 (2014), p.425460-7</p> <p>Årtal: 2014</p>	How Public Health Nurses Identify and Intervene in Child Maltreatment Based on the National Clinical Guideline	Syftet med studien var att beskriva hur finländska hälsovårdare identifierar och ingriper i barnmisshandel och hur de implementerar de nationella kliniska riktlinjen i deras arbete.	Studien är gjord med en kvantitativ metod, som en tvärsnittsstudie bland 367 hälsovårdare i Finland med ett elektroniskt frågeformulär som utvecklades på basen av riktlinjens innehållsområden: identifiering, ingripande och genomförande.	Resultat av studie visade att respondenterna rapporterade att de identifierade barnmisshandel måttligt, ingrep bättre och implementerade riktlinjen måttligt. Respondenter med erfarenhet av att arbeta med misshandlade barn rapporterade att de identifierade, ingrep och implementerade riktlinjen bättre än de som saknade erfarenhet. Samma skillnad hittades även när det gällde de som var medveten om riktlinjen, hade läst den och deltagit i utbildning gällande barnmisshandel än de som inte hade det. Resultat av studien påpekade att hälsovårdare arbetade

				ganska bra med barn som utsatts för misshandel och familjen. Men flera utvecklingsmål finns när det gäller övning i arbete med barnmisshandel, för att utforma rekommendationer och för att systematiskt tillämpa rekommendationerna i det praktiska arbetet.
<p>Författare: Paavilainen Eija & Flinck Aune</p> <p>Tidsskrift: Child abuse review (Chichester, England : 1992) 2013-05, Vol.22 (3), p.209-22</p> <p>Årtal: 2013</p>	National Clinical Nursing Guideline for Identifying and Intervening in Child Maltreatment within the Family in Finland	Syftet med artikeln var att presentera den kliniska omvårdnadens riktlinje som utvecklats för att hjälpa sjukskötare att identifiera och ingripa vid fysiskt våld, psykiskt våld och försummelse av barn.	En systematisk litteraturstudie. I studien inkluderades 77 artiklar utgående från studiens inklusions- och exklusionskriterier.	Resultaten har sammanfattats som en nationell riktlinje för sjukskötare och andra yrkesverksamma som arbetar med barn. Riktlinjen innehåller tvärvetenskapliga forskningsbevis gällande identifierings- och ingripande i våld mot barn. Riktlinjen fungerar som verktyg för yrkesverksamma i det känsliga ämnet barnmisshandel som är visat sig vara väldigt svårt att hantera. Resultaten påpekar att kunskaper om riskfaktor och tecken på våld mot barn är viktigt för att kunna identifiera våldet och att ett multiprofessionellt arbete är nödvändigt vid ingripande i våldet. En viktig möjlighet för identifiering och ingripande i våld är diskussion om familjelivet i allmänhet vid hembesök och kliniska besök. Särskilt uppmärksamhet måste tillägnas åt familjer där riskfaktor för våld förekommer.
Författare:	Interprofessional Collaboration	Syftet med studien var att beskriva	En kvantitativ studie där	Resultaten påvisade att interprofessionellt

<p>Inkilä Jaana, Flinck Aune, Luukkaala Tiina, Åstedt-Kurki Päivi & Paavilainen Eija</p> <p>Tidsskrift: Nursing Research and Practice 2013-12-01, Vol.2013, p.186414-10</p> <p>Årtal: 2013</p>	<p>in the Detection of and Early Intervention in Child Maltreatment: Employees' Experiences</p>	<p>anställdas kompetens vid ett interprofessionellt samarbete, hur andra organisationers perspektiv har beaktats och det stöd som mottagits för att samarbeta vid upptäckt av och tidigt ingripande vid barnmisshandel i hemmet.</p>	<p>datainsamlingen bestod av en enkät. Deltagare i studien är personal inom dagvård, grundläggande utbildning, sociala tjänster, hälsovård och poliser. I studien deltog 865 personer.</p>	<p>samarbetet vid upptäckt av och ingripande vid våld mot barn bäst uppnåddes av socialtjänstpersonalen och polisen. Anställda inom dagvård, grundutbildning, hälsovård och polisen hade bristfälliga kunskaper om de metoder som används inom andra enheter. Studiens resultat ger grundläggande kunskaper om interprofessionellt samarbete i samband med våld mot barn mellan de organisationer som deltog i studien.</p>
<p>Författare: Notko Marianne, Husso Marita, Piippo Sisko, Fagerlund, Monica & Houtsonen Jarmo</p> <p>Tidsskrift: Journal of interprofessional care Vol. ahead-of-print (ahead-of-print), p.1-9</p> <p>Årtal: 2021</p>	<p>Intervening in domestic violence: interprofessional collaboration among social and health care professionals and the police</p>	<p>Syftet med studien är att undersöka det interprofessionella samarbetet mellan finländska social- och hälsovårdspersonal och poliser, med fokus på praxis och uppfattningar om våld i hemmet.</p>	<p>Kvalitativ studie, med fokusgruppsintervjuer med social- och hälsovårdspersonalen (10 grupper) och med poliser (6 grupper), sammanlagt med 16 fokusgrupper.</p>	<p>Resultaten påpekade att ett framgångsrikt interprofessionellt samarbete kräver omfattande kunskaper och utbildning om fenomenet våld i hemmet, om olika yrkesutövarers uppgifter och skyldigheter samt flexibilitet och tolerans i gemensamma insatser.</p>
<p>Författare: Inka Koistinen & Juha Holma</p> <p>Tidsskrift: SAGE Open 2015: Vol. 5 (1), p. 1–10</p> <p>Årtal: 2015</p>	<p>Finnish Health Care Professionals' Views of Patients Who Experience Family Violence</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka vilka uppfattningar vårdpersonal har om patienter som blir utsatta för våld inom familjen.</p>	<p>Studien är en innehållsanalys. Insamlingen av datamaterialet gjordes med fokusgruppsintervjuer. Fokusgrupperna bestod av tre till sex yrkespersoner (läkare, socialarbetare, sjuksköterskor och psykologer). Det var totalt 30</p>	<p>Resultatet från studien visade att patienter som upplever familjevåld placeras av vårdpersonal på olika sätt in i olika kategorier. Dessa kategorier är: Ett offer som är lätt igenkännbart och synligt, en patient som skadats latent av våldet och en patient som bidrar till och stödjer våldet. Att vårdpersonal ofta har stereotypa och</p>

			<p>personer som deltog i studien. Intervjuerna pågick i medeltal 1,5h de filmades, spelades in och sedan transkriberades till text. Man analyserade datamaterialet med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>förvrängda uppfattningar om personer som upplever våld i familjen stöds av resultatet från studien. Det skulle vara viktigt för vårdpersonal att utbildas inom detta område.</p>
<p>Författare: Lisbet Engh Kraft, GullBritt Rahm & Ulla-Britt Eriksson</p> <p>Tidsskrift: The Journal of School Nursing 2017, Vol. 33(2) p. 133 –142</p> <p>Årtal: 2017</p>	<p>School Nurses Avoid Addressing Child Sexual Abuse</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka vilka förmågor skolhälsovårdare har när det gäller att upptäcka och stödja barn som blivit sexuellt utnyttjade.</p>	<p>Studien är en sekundär analys som bygger på fokusgruppsintervjuer med skolhälsovårdare. Skolhälsovårdarens förmåga att upptäcka och stödja misshandlade barn var forskningsfrågan. Studien bestod av två fokusgruppsintervjuer med totalt 23 skolhälsovårdare. Av den aktuella studien inleddes dataanalysen med att författarna läste utskriften från fokusgruppsintervjuerna. En tematisk analys utfördes.</p>	<p>Resultatet från studien visade att skolhälsovårdare undvek att ta itu med fall där barn blivit sexuellt utnyttjade. De undvek detta p.g.a. ambivalens inom området, de ville inte hetsa upp starka känslor och det var en komplicerad avslöjande process. Skolhälsovårdare bör vara uppmärksamma på att fysisk eller psykisk ohälsa kan vara tecken på sexuellt våld.</p>
<p>Författare: Lisbeth Engh Kraft & Ulla-Britt Eriksson</p> <p>Tidskrift: The Journal of School Nursing Vol. 31(5) p. 353-362</p> <p>Årtal: 2015</p>	<p>The School Nurse's Ability to Detect and Support Abused Children: A Trust-Creating Process</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka hur skolhälsovårdare upptäcker barnmisshandel och hur de inleder stödåtgärder.</p>	<p>Studien genomfördes med ett kvalitativt tillvägagångssätt där man använde sig av fokusgruppsintervjuer med 23 skolhälsovårdare. Intervjuerna omfattade fyra teman: Möjligheter och hinder för att</p>	<p>Resultaten från studien påvisade att skolhälsovårdare ville att barn som blivit utsatta för misshandel skulle få stöd och skolhälsovårdarna skulle ge det åt dem genom en förtroendeskapande process. Att bygga förtroendefulla relationer är tidskrävande men kan underlättas av nätverkande, förbättrade bedömningsi</p>

			upptäcka barnmisshandel, att ställa känsliga frågor, att initiera stödåtgärder och att förbättra skolhälsovårdarnas medel för tidig upptäckt.	Instrument och samarbete.
<p>Författare: Annelie J. Sundler, Marie Whilson, Laura Darcy & Margaretha Larsson</p> <p>Tidsskrift: The Journal of School Nursing, p. 1-9</p> <p>Årtal: 2019</p>	Swedish School Nurses' Experiences of Child Abuse	Syftet med studien var att beskriva svenska skolhälsovårdares upplevelser gällande misstankar, identifiering och rapportering av barnmisshandel och att jämföra dessa med tanke på skolhälsovårdarnas års erfarenhet, deras ålder och elevpopulationens storlek.	En deskriptiv design användes. I studien deltog 233 skolhälsovårdare där de fick beskriva sina erfarenheter av barnmisshandel. Undersökningen var kombinerad med både slutna och öppna frågor. För de öppna frågorna användes kvalitativ innehållsanalys.	Resultaten från studien visade att skolhälsovårdares erfarenheter och upplevelser av barnmisshandel är vanliga och att det därför är mycket viktigt för skolhälsovårdare att ha nödvändig kompetens och stöd för att kunna identifiera och rapportera misstänkt barnmisshandel. Skolhälsovårdare med mindre erfarenheter rapporterade mindre fall av barnmisshandel. Gällande elevpopulationens storlek hittades inga skillnader mellan skolhälsovårdarnas erfarenheter. Några signifikanta skillnader mellan upplevelser av misshandel fanns gällande skolhälsovårdarnas ålder.
<p>Författare: Elina Järvenpää, Sandra Martinez - Molina, Jorge Gracés Ferrer & Barbara Haage</p> <p>Tidsskrift: European Journal of Social Sciences Education and Research Vol. 4 (2), p. 42 - 52</p>	Professional Coordination in Cases of Child Maltreatment: Challenging Issues in Estonia, Finland, Slovenia and Spain. A Comparative Study	Syftet med studien är att analysera samarbetet mellan yrkespersoner gällande barnmisshandel i Estland, Finland, Slovakien och Spanien och jämföra resultaten från de olika länderna.	En kvalitativ studien där flera olika metoder användes vid insamlingen av datamaterial, så som skrivbordsforskning, fokusgruppsintervjuer och frågeformulär med öppna frågor.	Resultaten från studien tyder på att huvudproblemen i alla länder är i stort sett likadana. Det handlar om att yrkespersoner ingriper relativt sent i fall där barnmisshandel misstänks, och samarbetsproblem mellan yrkesverksamma uppstår p.g.a brist på tid att samarbeta och diskutera samt brist på förtroende.

Bilaga 5 (Tabell för grey litteratur)

Källa	Huvudsakliga innehåll
<p>Titel: En barndom utan våld Åtgärdsplan för förebyggande av våld mot barn 2020-2025</p> <p>Social- och hälsovårdsministeriet 2021</p> <p>Författare: Ulla Korpilahti, Laura Korhonen, Hanna Kettunen, Erika Nuotio, Satu Jokela, Vuokko Maria Nummi & Pirjo Lillsunde</p> <p>Årtal: 2021</p> <p>Kap. 6 (s. 123), Kap. 8 (s. 190 – 194, 200 – 205, 278 – 279)</p>	<p>Syftet med åtgärdsplanen En barndom utan våld 2020-2025, är att förebygga våld mot barn i ålder 0-17 år under olika förhållanden och i olika uppväxtmiljöer. Åtgärdsplanen innehåller totalt 93 åtgärder.</p>
<p>Titel: Skapa förtroende, skydda barnet</p> <p>Guide om samarbete för personer som möter barn och familjer i sitt arbete</p> <p>Redaktörer: Katja Sankalahti & Päivi Lindberg. Redaktör för avsnittet om lagstiftning Jaana Tervo (THL)</p> <p>Årtal: 2017</p> <p>Kap 2 (s. 25), Kap 4 (s. 33 – 39)</p>	<p>En guide avsedd för yrkesutbildade personer inom kommunernas och landskapens tjänster som möter barn, ungdomar och familjer i sitt arbete. Guidens innehåll betonar bemötande av barnet och familjen, ett arbetssätt som utgår från barnets och familjens behov samt ett respektfullt och smidigt samarbete mellan olika aktörer (del 1). Del 1 behandlar även våld och försummelse av barn.</p> <p>Del 2 av guiden innehåller lagar och andra bestämmelser som styr samarbetet mellan olika aktörer samt utlämnande av information (Del 2 används inte i examensarbetet).</p>
<p>Titel: Lasten kaltoinkohtelun tunnistamisen tehokkaat menetelmät sosiaali- ja terveydenhuollossa</p> <p>Författare: Eija Paavilainen, Aune Flinck, Jorma Komulainen, Hanna Lahtinen, Pia Pörfors, Tarja Pösö, Helena Rautakorpi & Lea Tuovinen</p>	<p>Vårdrekommendationer för effektiva metoder för identifiering av barnmisshandel inom social- och hälsovården. Vårdrekommendationen baserar sig på forskningsbevis. (Finländsk riktlinje).</p>

<p>Årtal: 2015</p> <p>(s. 11 – 20)</p>	
<p>Titel: Kansallisen lasten ja nuorten turvallisuuden edistämisen ohjelman tavoite- ja toimenpidesuunnitelma vuosille 2018–2025</p> <p>Författare: Ulla Korpilahti (toim.)</p> <p>Årtal: 2018</p> <p>Kap 8 (s. 61 – 66)</p>	<p>Det nationella programmet för främjande av barn och ungas trygghet, en mål- och åtgärdsplan under åren 2018 – 2025 som koordinerats av Institutet för hälsa och välfärd. Målet med programmet är att långsiktigt och systematiskt förebygga och minska olyckor och självmord bland unga under 25 år samt att förebygga och minska våld som riktas mot barn under 18 år. Syftet är att få en bättre riksomfattande koordinering av det förebyggande arbetet och minskande av hälsoproblem till följd av våld, olycksfall och självdestruktivitet, detta skulle uppnås genom ett multiprofessionellt samarbete mellan olika aktörer.</p>
<p>Titel: Lapsen pahoinpitelyepäily ja sen aiheuttamat toimenpiteet</p> <p>Författare: Sarimari Tupola & Pentti Kallio</p> <p>Årtal: 2020</p>	<p>Tecken på barnmisshandel, när misstankar bör väckas och åtgärder vid barnmisshandel. (Läkärens tietokannat artikel).</p>
<p>Titel: Menettely lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä epäiltäessä</p> <p>Författare: Ilona Luoma, Minna Joki-Erkkilä & Sirpa Taskinen</p> <p>Årtal: 2016</p>	<p>Förfarande och informationsflöde vid misstankar om sexuellt våld mot barn. (Bildillustration på Läkärens tietokannat).</p>
<p>Titel: Lapsen pahoinpity, seksuaalinen hyväksikäyttö ja niiden epäily (PPSHP)</p> <p>Författare: Päivi Lindholm, Tiina Tenhunen & Päivi Tossavainen</p> <p>Årtal: 2017 (uppdaterad 2018)</p>	<p>Kännetecknen på fysiskt och sexuellt våld mot barn som bör väcka misstankar om våldet samt åtgärder och behandlingsstrategier vid dessa fall. (Läkärens tietokannat artikel).</p> <p>(Vårdkedja. Uppgjord inom Uleåborgsuniversitetets- sjukhus, Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt)</p>

<p>Titel: Kokemuksia viranomaisten yhteistyön ja tietojenvaihdon koordinoinnista lapseen kohdistuneissa pahoinpitely- tai seksuaalirikoksen epäilytilanteissa</p> <p>Författare: Minna Sinkkonen & Jukka Mäkelä</p> <p>Årtal: 2017</p> <p>Kap 2 (s. 13, 16 – 18), 5 (s. 35), 6 (s. 51, 55 - 56).</p>	<p>En slutrapport för projektet med Lasta - malli som handlar främst om samarbetet och informationsbyte mellan olika myndigheter vid misstankar om att ett barn utsätts för våld. Syftet var även att utveckla somatisk undersökning av barn och åtgärder för att hjälpa barn och familjer.</p>
<p>Titel: WHO GUIDELINES FOR THE HEALTH SECTOR RESPONSE TO CHILD MALTREATMENT (WHO)</p> <p>Författare: Berit Kieselbach & Susanne Carai.</p> <p>Årtal: 2019</p> <p>Kap 4 och 6 (s. 30 – 69).</p>	<p>WHO:s globala riktlinjer för anställda inom hälso- och sjukvårdssektorn vid arbete med barn som misstänks eller upptäckts att utsätts för våld. I riktlinjen behandlas identifiering och ingripande vid våld mot barn samt förebyggande av våld. (Behandlar inte sexuellt våld).</p>
<p>Titel: INSPIRE Seven Strategies for Ending Violence Against Children (WHO)</p> <p>Författare: Alexander Butchart (WHO) & Susan Hillis (CDC) + m.fl.</p> <p>Årtal: 2016</p> <p>(s. 18, 24, 36 – 38, 48 – 50, 66 - 68, 75).</p>	<p>WHO:s program med sju evidensbaserade strategier för att förebygga och stoppa våld mot barn. Syftet med programmet är att stödja länder i deras försök att förebygga och agera vid våld mot barn i åldern 0 – 17 år. De sju strategierna är avsedda att fungera i kombination och förstärka varandra, därför är de effektivast när de implementeras som en del av en omfattande multisektor plan. Tre av strategierna hör till social- och hälsovårdens uppgifter.</p>
<p>Titel: RESPONDING TO CHILDREN AND ADOLESCENTS WHO HAVE BEEN SEXUALLY ABUSED - WHO CLINICAL GUIDELINES</p> <p>Författare: Avni Amin, Megin Reijnders & Susanne Carai</p>	<p>Riktlinjen ger rekommendationer som riktar sig främst till vårdgivare i frontlinjen vilka erbjuder vård till barn och ungdomar upp till 18 års ålder som har eller misstänks ha blivit utsatta för sexuella övergrepp eller våldtäkt. För att mildra de negativa hälsokonsekvenserna och förbättra välbefinnandet hos de barn och ungdomar som blivit utsatta för sexuella övergrepp syftar sig denna riktlinje till att ge evidensbaserade rekommendationer för klinisk vård av hög kvalitet. Att stödja vårdgivare att kunna erbjuda omedelbar klinisk vård av god kvalitet och långsiktig är målet med riktlinjen, samt att i</p>

<p>Årtal: 2017</p> <p>Kap 4 (s. 18 – 22, 34, 39), Kap 5 (s. 43 – 45)</p>	<p>vården också tillämpa etiska, mänskliga rättighetsbaserade och traumainformerad vård.</p>
---	--

Bilaga 6 (Blankett för screening och kartläggning av närståendevåld)



Blankett för screening och kartläggning av närståendevåld (1)

Klientens/patientens namn: _____ Personbeteckning: _____ - _____

Verksamhets-/vårdenhet: _____

Anställd: _____

Datum: _____

Screeningsfrågor

- 1 Har du i en nära relation* i något skede av ditt liv varit utsatt för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld eller blivit illa behandlad?
Ja Nej
- 2 Påverkar det våld du upplevt fortfarande din hälsa, ditt välbefinnande eller dina möjligheter att bemästra ditt liv?
Ja Nej
- 3 Förkommer det för närvarande fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld eller dålig behandling i dina nära relationer?
Ja Nej

Om svaret på 2 eller 3 är JA ska du ställa följande kartläggningsfrågor:

Kartläggningsfrågor

- 1 Hurdant närståendevåld har du upplevt?
 fysiskt våld (t.ex. att knuffa, slå, sparka, lugga, dunka huvudet mot föremål, klösa, riva, att skaka spädbarn, använda skjut- eller eggvapen, hota om fysiskt våld)
 psykiskt våld (t.ex. att underkuva, kritisera, kalla vid öknamn, visaförakt, kontrollera, begränsa det sociala umgänget, visa stark svartsjuka, isolera, förstöra saker, skada husdjur eller till exempel att hota med självmord)
 sexuellt våld (t.ex. våldtäkt, våldtäktsförsök eller påtryckningar för att förmå en person till olika former av sexuell umgänge eller att tvinga till sex, hot om sexuellt våld, sexuellt förakt, tvinga någon till pornografi, förbjuda användning av preventivmedel, tvinga till abort, begränsa den sexuella självbestämmanderätten)
 illa behandling eller försummelse (t.ex. att lämna ett barn, en äldre eller funktionshindrad utan vård, hjälp eller omsorg i situationer när han/hon är beroende av det, att skada en annan person med läkemedel, droger, kemikalier eller lösningsmedel.)
 ekonomiskt våld (t.ex. hindra självständig penninganvändning, hindra deltagande i ekonomiskt beslut eller tvinga någon att ge sina egna pengar till någon annan, hota med ekonomiskt våld eller utpressning)
 kulturellt eller religiöst våld (t.ex. tvinga på någon en religiös övertygelse, hota med våld eller utöva våld med hänvisning till religion eller kultur, exempelvis s.k. hedersvåld, hota med saker som hör till religionen)
- 2 När har du senast varit utsatt för sådant närståendevåld som du beskriver?
 senaste dygn vecka månad år någon gång tidigare
- 3 Hur ofta har du utsatts för närståendevåld?
 bara en gång flera gånger många gånger ständigt
- 4 Vem eller vilka har utövat våld mot dig?

- 5 Den här frågan ställs bara om närståendevåld förekommer för närvarande.
 Finns det i din familj minderåriga barn som har utsatts för våld?
 Ja Nej
- 6 Den här frågan ställs bara om klienten/patienten är gravid.
 Har din make utsatt dig för våld under graviditeten?
 Ja Nej

* Med närstående avses klientens/patientens familjemedlemmar, släktingar eller partner eller andra personer i jämförbara beroendeförhållanden eller i mycket nära känslomässiga relationer.

Bedömning av hjälp/vård behovet (2)**Klientens/patientens egen bedömning** (0 = ingen påverkan, 5 = stor påverkan)

Hur bedömer du att det närståendevåld som du har upplevt påverkar din nuvarande hälsa på skalan 0-5?

Bedömning: _____

Hur bedömer du att det närståendevåld som du har upplevt påverkar ditt nuvarande välbefinnande på skalan 0-5?

Bedömning: _____

Hur bedömer du att det närståendevåld som du har upplevt påverkar din nuvarande säkerhet på skalan 0-5?

Bedömning: _____

Hurdan hjälp skulle du önska i din situation?

Den anställdas bedömning

Bedöm risken för klientens/patientens hälsa, välbefinnande och säkerhet. Om du bedömer att någon av riskerna är betydande, ska du noggrant tillsammans med klienten/patienten gå igenom hurdana åtgärder man borde vidta för att främja hennes hälsa, välbefinnande och säkerhet.

Du ska alltid vidta åtgärder i följande situationer:

- 1 om klienten/patienten har berättat, att hon för närvarande är utsatt för våld i nära relation
- 2 om närståendevåldet som klienten/patienten i något annat skede av livet upplevt enligt din bedömning tydligt påverkar klientens/patientens hälsa och välbefinnande **ELLER**
- 3 om du bedömer att åtgärder är nödvändiga på grund av någon orsak eller oro för klientens/patientens nuvarande hälsa som väcks hos dig av hennes berättelse om våldet.

Utgående från bedömningen vidtas följande åtgärder:

I följande fall ifylls en separat blankett för bedömning av säkerhetsrisk:

- a) om klienten/patienten i sin nuvarande nära relation är utsatt för våld OCH om hennes egen bedömning av inverkan på den egna säkerheten är minst 3
- b) om klienten/patienten i sin nuvarande nära relation är utsatt för våld OCH om hon är gravid.
- en säkerhetsplan görs upp
- en plats på ett skyddshem ordnas för klienten/patienten
- kontakt tas med socialjouren i klientens/patientens hemkommun eller till nödcentralen
- en barnskyddsanmälan görs (görs ALLTID, om svaret på kartlägningsfråga 5 är JA)
- en föregripande barnskyddsanmälan görs, om klienten/patienten är gravid och hon för närvarande utsätts för våld
- uppgifter om klienten/patienten förmedlas till en MARAK-kontaktperson*, när risken för förmyat våld är förhöjd
- behandlingen av upplevelsorna av närståendevåld fortsätter som en del av klientarbetet/vården
- klienten/patienten uppmanas att ta kontakt med läkare/moderskapspoliklinik
- du kontakter eller uppmanar klienten/patienten att kontakta dejourerande kristjänst
- klienten/patienten uppmanas att kontakta polisen eller Brottsofferjouren för en brottsanmälan och/eller ansökan om besöksförbud eller konsultation med polis begärs eller en brottsanmälan görs med klientens/patientens samtycke
- du kontakter eller uppmanar klienten/patienten att kontakta enhetens socialarbetare (t.ex. inom hälsovården eller hos polisen) för kartläggning av hemkommunens tjänster
- fortsatta åtgärder behövs inte (t.ex. för att klienten/patienten redan får hjälp, exempelvis i form av familjerådgivning, terapi, mentalvårdsbyrå, kommunalt socialarbete)

*) MARAK-riskbedömningmetoden används i alla län (mer information www.thi.fi/marak). Nollinjen tel.080 005 005 ger stöd för klientarbetet och information om tjänster som fokuserar på arbetet med våld i nära relationer på ditt område (www.nollinja.fi).

Bilaga 7 (Bakgrundsformulär – Lasta screening)



1/4

LASTA-SCREENING, BLANKETT FÖR BAKGRUNDSUPPGIFTER					
1. Bakgrundsuppgifter					
a) Polisens R/S-nummer: <input type="text"/>	b) Datum för polisanmälan: <input type="text"/>	c) Datum för barnskyddsanmälan: <input type="text"/>	d) Datum då konsultationsbegäran kom in: <input type="text"/>	e) Datum för ifyllande av blanketten: <input type="text"/>	f) Datum för behandling av Lasta-screeningen: <input type="text"/>
g) Barnets namn: <input type="text"/>		h) Barnets personbeteckning: <input type="text"/>	i) Barnets ålder: <input type="text"/>	j) Barnets kön: <input type="text"/>	
k) Den s.k. egna arbetstagaren som ansvarar för barnets angelägenheter: <input type="text"/>					
l) Polisen som utreder det misstänkta brottet: <input type="text"/>					
2. Misstänkt brott och tidpunkten då det senast inträffade					
a) Tidpunkt för det misstänkta brottet: <input type="text"/>		ja	nej	Övriga upplysningar: <input type="text"/>	
b) Är det misstänkta brottet	En engångshändelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	En återkommande händelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) Det misstänkta brottet:	Misshandel (mh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Sexualbrott (sb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Något annat. Vad? <input type="text"/>					
3. Somatiska undersökningar och bedömning av deras brådskandegrad					
a) Somatiska undersökningar har utförts. Plats och datum: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Bedömning av brådskandegrad					
Akut	mh < 7(-14) dygn eller observerad skada: undersökning omedelbart, jouten; sb < 72 h eller skada som kräver vård: undersökning omedelbart, jouten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brådskande	sb ≥ 72 h, men < 2 veckor, så snart som möjligt, mål = 1 dygn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Icke-brådskande	mh > 7 dygn och barnet symtomfritt, undersökning vid en tidpunkt som avtalas separat enligt lokal praxis, sb > 2 veckor, undersökning vid en tidpunkt som avtalas separat enligt lokal praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Barnets boende, vårdnad, familjeförhållanden, småbarnspedagogik/skola och barnets och föräldrarnas modersmål och medborgarskap					
a) Barnets boende <input type="text"/>		ja	nej	Övriga upplysningar om bl.a. familjeförhållanden: <input type="text"/>	
Med båda föräldrarna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Med den ena föräldern		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Växelvis hos föräldrarna enligt avtal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Placerad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Barnets vårdnad <input type="text"/>					
Gemensam vårdnad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vårdnad vid sidan av föräldrarna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gemensam vårdnad; fränskilda		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ensam vårdnadshavare, vem:					
	Barnets:	Moderns:	Faderns:		
c) Modersmål <input type="text"/>					
d) Medborgarskap <input type="text"/>					
e) Dagvård: <input type="text"/>		f) Skola: <input type="text"/>			

PRINT

thl.fi • Twitter: @THLorg

ÅTERSTÄLLA

5. Befintligt aktivt samarbete:		
6. Omfattas barnet av vård/stöd?		
7. Önskemål om multiprofessionellt möte/LASTA-möte:		
8. Basuppgifter om processen		Övriga upplysningar: i
a) Brottsmisstanke har uppstått	ja	nej
Barnet har berättat för föräldern/föräldrarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet har berättat för någon annan, vem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon annan har berättat, vem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På grund av barnets beteende, hurdant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observationer av fysiska spår, var?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av någon annan orsak, vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Har man i samband med förundersökningen hört		
Barnet, vem och när?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den misstänkta, vem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon annan person, vem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Har man sökt en intressebevakare till barnet för straffprocessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, personens namn och kontaktuppgifter:		
d) Den misstänkta är		
En person inom familjen, vem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En person i den närmaste kretsen, vem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En utomstående person, vem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Basuppgifter om socialförvaltningens arbete		
a) I vilket skede befinner sig processen för misstanken i fråga?		
Bedömning av servicebehovet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klientrelation inom socialvården (inte klientrelation inom barnskyddet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klientrelation inom barnskyddets öppenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placering inom öppenvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brädslande placering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omhändertagande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klientrelation inom barnskyddets vård utom hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Har det gjorts andra barnskyddsanmälningar om barnet före misstanken i fråga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Har barnets familj/familjer haft en klientrelation inom socialvården och/eller barnskyddet före misstanken i fråga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har följande åtgärder vidtagits i samband med misstanken i fråga?		
Berättat för föräldern/föräldrarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berättat för barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Träffat barnet ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Träffat barnet med föräldern/föräldrarna e.d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Träffat föräldern/föräldrarna utan barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialförvaltningen väntar på information om polisen ska inleda förundersökning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Har man sökt en intressebevakare för barnskyddsprocessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, personens namn och kontaktuppgifter:		

PRINT

thl.fi • Twitter: @THLorg

ÅTERSTÄLLA

10. Faktorer som rör barnets hälsotillstånd och utveckling	Uppgiften har erhållits						Övriga upplysningar:
	från hälso- och sjukvården			från socialförvaltningen			
	ja	nej	vet ej	ja	nej	vet ej	
a) Har en myndighet tidigare misstänkt/konstaterat att barnet blivit misshandlat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Har en myndighet tidigare misstänkt/konstaterat att barnet blivit sexuellt utnyttjat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Finns det tidigare anteckningar som kan tyda på att barnet har blivit utsatt för sexualbrott eller misshandel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Är barnet gravid/har barnet könssjukdomar/har barnet haft könssjukdomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Har barnet kroniska sjukdomar? Vilka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Finns det anteckningar om tidigare traumatiska upplevelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Har barnet gjort återkommande eller på annat sätt betydande besök inom den offentliga hälso- och sjukvården?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) Har barnet gjort återkommande eller på annat sätt betydande besök inom den privata sektorn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) Har barnet återkommande frånvaro från hälsovårdsbesök?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) Finns det anteckningar om riskbeteende hos barnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) Finns det anteckningar om att barnet har beteendeproblem eller problem med känsloreglering (t.ex. en beteendestörning)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l) Finns det anteckningar om problem med barnets utveckling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m) Finns det annan betydande information om barnets hälsotillstånd och utveckling (t.ex. försummelse av vård och omsorg, utebliven vaccination)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n) Finns det anteckningar om försummad tandhälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Uppgifter om föräldrar, familj och förhållanden							
a) Har barnet/familjen en betydande flytt historia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Finns det oro för andra barn i barnets familj/familjer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Är barnets förälder eller någon av föräldrarna positiv till att använda aga för att fostra sitt/sina barn? Ange i fältet för övriga upplysningar varifrån uppgiften har erhållits.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har							
d) barnskyddet gjort akuta hembesök?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) polisen utrett familjevåld och/eller gjort hemutryckningar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Har föräldrarna en tvist om barnets vårdnad, boende eller umgänge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Har föräldern/föräldrarna eller någon annan familjemedlem missbruksproblem, psykiska problem, spelberoende eller andra beroenden? Ange i fältet för övriga upplysningar den befintliga vård- eller servicekontakten, om den är känd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) Har föräldrarna betydande eller flera belastningsfaktorer i livet (t.ex. bristfälligt socialt nätverk, utmattning, ekonomiska svårigheter, sjukdom eller problem med parrelationen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) Har föräldrarna tidigare upplevt våld eller andra chockerande upplevelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) Hotas barnet att bli föremål för hedersrelaterat eller annat kulturellt våld (t.ex. omskärelse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) Finns det tecken på bristfällig tillsyn och/eller omvårdnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12. Föreligger riskerna som nämns nedan på basis av de nuvarande uppgifterna			i			Övriga upplysningar: i
	ja	nej	vet ej			
a) Risk för självmord hos förälder eller annan familjemedlem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Risk för familjemord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Risk för förföljelse av en förälder eller annan familjemedlem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) Finns det något annat oroande i samband med föräldrarna, familjen eller förhållandena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			i
13. Fallets fortsättning						Övriga upplysningar:
a) Begäran om handräckning till rättspsykiatriska enheten för barn och unga						
Grund till begäran om handräckning	Barnets ålder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Försenad utveckling hos barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Psykiska symtom hos barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Barnet har eventuellt blivit styrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Annan grund. Vilken?					
b) Undersökningen begränsas i						
Grund till begränsningen	Rimlighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Knapphet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Inga bevis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Annan grund. Vilken?					
c) Andra fortsatta åtgärder						
	Polisen tar över ansvaret, förhör ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Polisen förhör med stöd av en arbetstagare på enheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Barnskyddet tar över ansvaret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) Åtgärder för att stöda föräldrarna och familjen:						
14. Alternativa hypoteser bildade utifrån bakgrundsuppgifterna:						
Kontaktuppgifter till personen som fyllt i blanketten:						

Mer information