



SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT SAMTALA MED UNGA OM VÅLD I NÄRA RELATIONER

EN INTERVJUSTUDIE PÅ
UNGDOMSMOTTAGNINGEN

MALIN AXELSSON
THERESE EKELÖF

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT SAMTALA MED UNGA OM VÅLD I NÄRA RELATIONER

EN INTERVJUSTUDIE PÅ UNGDOMSMOTTAGNINGEN

**MALIN AXELSSON
THERESE EKELÖF**

Axelsson, M & Ekelöf, T. Sjuksköterskors erfarenheter av att samtala med unga om våld i nära relationer. En intervjustudie på ungdomsmottagningen. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2021.

Bakgrund: Våld i nära relationer är ett betydande problem för ungdomar som utsätts vad gäller försämrad fysisk och psykisk hälsa och sämre upplevd livskvalitet. Ungdomar berättar sällan om sin utsatthet om de inte blir tillfrågade. Sjuksköterskan på ungdomsmottagningen har i sin roll ett helhetsperspektiv på människan och vana av att rutinmässigt ställa frågor om våld i nära relationer. Trots detta är det endast en mindre del av ungdomarna som berättar om sin utsatthet. **Syfte:** Syftet var att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att samtala med ungdomar om våld i nära relationer. **Metod:** Studien är av kvalitativ ansats där semistrukturerade intervjuer genomfördes och resultatet analyserades med induktiv innehållsanalys. **Resultat:** I resultatet framkommer tre kategorier som beskriver sjuksköterskans erfarenheter. För *att möjliggöra för ungdomens berättelse* krävs en trygg miljö och en trygg relation i mötet med ungdomen samt organisatoriska aspekter och erfarenhet av att ställa frågor om våld. *Bemästra konsten att lyssna* innebär att vara mottaglig i samtalet, att lyssna aktivt på det ungdomen säger och vilka signaler som sänds ut samt att reflektera över det egna beteendet i mötet. *Balansen i samspelet med ungdomen* beskriver svårigheten av att balansera ungdomens vilja och medbestämmande gentemot sjuksköterskans roll och uppdrag för att arbeta mot ungdomens bästa. **Slutsats:** Att samtala med unga om våld är en komplex uppgift där sjuksköterskan praktiserar en balansgång mellan att dels arbeta utifrån barnets perspektiv, dels genom att inta barnperspektivet utifrån sjuksköterskans uppfattning.

Nyckelord: Barncentrerad vård, sjuksköterskans erfarenheter, ungdomar, ungdomsmottagningen, våld i nära relationer.

NURSES' EXPERIENCES OF COMMUNICATING WITH ADOLESCENTS ABOUT DOMESTIC VIOLENCE AND INTIMATE PARTNER VIOLENCE

AN INTERVIEW STUDY AT THE YOUTH
CLINIC

MALIN AXELSSON
THERESE EKELÖF

Axelsson, M & Ekelöf, T. Nurses' experiences of communicating with adolescents about domestic violence and intimate partner violence. An interview study at the youth clinic. *Degree project in Pediatric nursing 15 credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Caring science, 2021.

Background: Domestic violence and intimate partner violence is a significant problem for adolescents who are exposed in terms of impaired physical and mental health and perceives lower quality of life. Young people rarely disclose their vulnerability if they are not asked. The role of the nurse at the youth clinic includes a holistic perspective on people and the nurse is used to routinely asking questions about domestic violence and violence in intimate relationships. Despite this, only a small proportion of adolescents report their vulnerability. **Aim:** The aim was to describe the nurses' experiences of communicating with adolescents about domestic violence and intimate partner violence. **Method:** The study is of a qualitative approach where semi-structured interviews were conducted, and the results were analysed with inductive content analysis. **Results:** The results show three categories that describe the nurses' experiences. *To enable adolescents' story to be told*, a safe environment and a secure relationship with the young person are required, as well as organizational aspects and experience of asking questions about violence. *Mastering the skill of listening* means being receptive in the conversation, listening actively to what the young people are saying and what signals are being sent out, and reflecting on the nurses' own behaviour in the meeting. *The balance in the interaction with adolescent* describes the difficulty of balancing the adolescents will and co-determination in relation to the nurses' role and assignment to work towards the youth's best interests. **Conclusion:** Talking to young people about violence is a complex task where the nurse practices a balance between working from the child perspective, but also by taking the child's perspective based on the nurses' perception.

Keywords: adolescence, child centred care, domestic violence and intimate partner violence, nurses' experiences, youth clinic

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Utbredning och konsekvenser av våld.....	6
Våldsutsatthet utifrån ungdomens perspektiv	6
Ungdomsmottagningen.....	7
Sjuksköterskans erfarenheter av att fråga om våld.....	8
Barncentrerad vård	8
PROBLEMFORMULERING	8
SYFTE.....	9
METOD.....	9
Urval	9
Förförståelse	10
Datainsamling.....	10
Dataanalys	11
Etiska ställningstaganden	12
RESULTAT.....	13
Att möjliggöra för ungdomens berättelse	14
Bemästra konsten att lyssna.....	16
Att balansera i samspel med ungdomen	17
DISKUSSION	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion	22
SLUTSATS	25
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	25
STUDIEANSVARIGAS INSATSER	25
AVSLUTANDE ORD.....	26
REFERENSER	27
BILAGA 1	31
Intervjuguide.....	31
BILAGA 2	32

INLEDNING

Våld är ett globalt och nationellt problem med negativa konsekvenser för både individ och samhälle (BRÅ 2018; WHO 2014). Utöver att leda till skada och död, har våldsutsatthet i unga år negativ inverkan på psykisk och fysisk hälsa på sikt (Gilbert m.fl. 2009; WHO 2002; WHO 2014). Det ger ökad risk för att senare i livet bland annat utveckla drogmissbruk, sexuellt risktagande och våldsbeteende (a.a.). Ungdomsåren är en tid då risken är hög för att bli offer för våld (Finkelhor m.fl. 2015). Våld i nära relationer kännetecknas av att den våldsutsatta har eller har haft en relation med gärningspersonen (Sinisalo & Moser Hällen, 2017). Våld av denna karaktär skiljer sig därför från annat våld där den utsatta och förövaren är okända för varandra och ofta förekommer i det offentliga rummet (a.a.). Ungefär en femtedel av ungdomar mellan 16-25 år har utsatts för brott i en nära relation där kvinnligt kön är högre representerat (BRÅ 2018). Barn och unga kan efter en tids utsatthet för våld få psykosomatiska symtom såsom huvudvärk, magont och trötthet (Jernbro m.fl. 2012). Således måste sjukvårdspersonal som möter barn och unga vara uppmärksam på symtom som kan signalera utsatthet (a.a.).

BAKGRUND

Definitionen av ungdomar är olika i olika länder (WHO 1989). Även om åldern definieras för att användas statistiskt betonas att ungdomsperioden är en process som involverar biologisk, social och utvecklingspsykologisk förändring (a.a.). Begreppet ungdom kommer här att gälla för åldersgruppen 12 till 18 år då myndighetsåldern är 18 år i Sverige (Föräldrabalk 1949:381).

Våld kan definieras utifrån olika aspekter där grunden består i att skada någon annan (Isdal 2001). Här används definitionen "*våld är varje handling riktad mot en annan person, som genom att denna handling skadar, smärtar, skrämmer eller kränker, får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något den vill*" (Isdal 2001, sid 34). Definitionen utgår från att handlingens kärna är makt och att våldet är en relationell handling mellan individer. Våldet, det vill säga handlingen, har ett mål och målet syftar till att påverka andra individer (Isadal 2001). Vidare innefattar begreppet våld fysiskt våld, sexuellt våld, latent våld, psykiskt våld och materiellt våld. *Latent våld* innebär att den utsatta anpassar sitt beteende strategiskt för att undvika nytt våld och styrs således av rädsla inför sin förövare. Vid *materiellt våld* påverkas den utsatta istället av att förövaren riktar sina handlingar mot ting eller föremål som för den utsatta verkar skrämmande eller kränkande (a.a.). Begreppet våld i nära relationer innebär att det finns eller har funnits en emotionell eller nära relation mellan den våldsutsatta och förövaren i motsats till våld där våldsutövaren är okänd för den drabbade och främst förekommer i offentlig miljö (Sinisalo & Moser Hällen 2017). Våld i nära relationer omfattar även att som barn uppleva våld utan att våldet riktas direkt mot denne, såsom att uppleva, se eller höra våldshandlingar i hemmet (Socialstyrelsen 2018).

Utbredning och konsekvenser av våld

Uppskattningsvis dör över en miljon människor världen över varje år till följd av våldshandlingar och många fler får skador efter våld (WHO 2002; WHO 2014). Våld i nära relationer orsakar negativa konsekvenser på lång sikt och påverkar barnet in i vuxenlivet (Dufort m.fl. 2014; Gilbert m.fl. 2009; Palm m.fl. 2016). Våld som sker i en nära relation tenderar att upprepas och successivt öka över tid, både gällande frekvens och allvarlighetsgrad, vilket skiljer sig från andra typer av våld (Socialstyrelsen 2018). Konsekvenserna är allvarliga och drabbar inte bara den direkt utsatta och dess omgivning utan även folkhälsan i stort (Gilbert m.fl. 2009). Majoriteten av det dödliga våldet och kroppsliga skador som behöver sjukhusvård drabbar män medan de livslånga negativa konsekvenserna av fysiskt, psykisk och sexuellt våld gällande hälsa och sociala konsekvenser drabbar främst kvinnor, barn och äldre (WHO 2014). De hälsomässiga konsekvenserna varierar där psykisk ohälsa är överrepresenterat men även kroppsliga symtom och fysiska skador förekommer (Gilbert m.fl. 2009; NCK 2010). En elva gånger ökad risk för posttraumatiskt stressyndrom och självmordstankar och en sexfaldig ökad risk för ångestproblematik ses hos ungdomar av kvinnligt kön i Sverige som blivit våldsutsatta vid mer än ett tillfälle (Palm m.fl. 2016). 35 procent av de som söker vård inom den pediatrika öppenvårdspsykiatrin uppger sig ha upplevt våld i hemmet (Völkl-Kernstock m.fl. 2016). Arbetslöshet, sämre ekonomi och andra sociala problem har också påvisats som en konsekvens av våldsutsatthet (Dufort m.fl. 2014; NCK 2010). En ytterligare konsekvens är att ungdomar som utsatts för våld i nära relationer skattar sin livskvalitet lägre än ungdomar som inte har upplevt våld (Petersson m.fl. 2020).

Drygt en av tio unga i Sverige har utsatts för brott i en nära relation under sin livstid där kvinnor är mer utsatta än män enligt BRÅ (2018). Samtidigt rapporterar ca 20% av elever i nionde klass i Sverige att de utsatts för någon form av misshandel, inkluderat fysisk, psykisk eller emotionell misshandel i hemmet (Jernbro m.fl. 2017). Fysisk misshandel var vanligast rapporterat, psykiskt våld rapporterades av ungefär en tiondel och drygt 6 % hade bevittnat våld i nära relationer. Självrapportering av att ha utsatts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld under barndomen i Sverige visar prevalens på ungefär 75% för kvinnor och män (NCK 2014). Gällande utsatthet för sexuella övergrepp uppgav cirka en fjärdedel av kvinnorna samt en tiondel av männen att de hade blivit utsatta innan 18-års ålder. Prevalensen för att ha utsatts för fysiskt våld innan 18 års ålder var 14% för kvinnorna och något högre för männen. Pojkar var oftast utsatta för våld av jämnåriga medan flickor oftast var utsatta av vuxna. 15% av flickorna och 13% av pojkarna uppgav att de bevittnat eller hört våldshandlingar mellan föräldrarna i hemmet i barndomen. 6 respektive 4 procent uppgav att det varit återkommande våld. Prevalensen för att varit utsatt för psykiskt våld i barndomen är ca 25% för både flickor och pojkar och här är det ofta jämnåriga som står för mobbning, kränkning och liknande händelser (a.a.).

Våldsutsatthet utifrån ungdomens perspektiv

En enkätstudie på svenska skolor har visat att ungdomar som utsätts för våld är mindre benägna att anförtro sig till en vuxen jämfört med en jämnårig på grund av

brist på förtroende för vuxna (Jernbro m.fl. 2017). Vidare uppger ungdomar att de inte fått adekvat stöd eller hjälp när de berättat om sin utsatthet för en professionell vuxen inom skola, socialtjänst eller rättsväsendet. Detta tros ha grund i den vuxnes oförmåga att inta ett barns perspektiv (a.a.).

Petersson m.fl. (2020) har via en webbaserad enkätstudie på en ungdomsmottagning i Sverige undersökt ungdomars utsatthet för våld. Andelen ungdomar som utsatts för våld är hög och de våldsutsatta ungdomarna skattar sin hälsa lägre än ungdomar som inte utsatts för våld. Endast en femtedel uppgav att de berättat för personal på ungdomsmottagningen när de tillfrågats samtidigt som drygt en tredjedel uppgav att de berättat för annan person. Den man anförtrodde sig till då var till exempel personal inom polisväsendet, skolpersonal, annan sjukvårdspersonal eller jämnårig kamrat (Petersson m.fl. 2020). Även om ungdomar kan uppleva negativa känslor vid tillfrågande om våldsutsatthet förespråkar de ändå att tillfrågas rutinmässigt vid besök på ungdomsmottagning (Palm m.fl. 2017). En aspekt som förs fram är att det måste finnas möjlighet till uppföljning och bearbetning om ungdomen berättar om utsatthet (a.a.).

Ungdomsmottagningen

Ungdomsmottagningen är en verksamhet som är lättillgänglig för ungdomar och som ofta är det första stället som ungdomen själv söker vård på baserat på frivillighet (FSUM 2002). I linje med FN:s barnkonvention, som sedan januari 2020 är svensk lag (Lagen om Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter SFS 2018:1197), utgår ungdomsmottagningens verksamhet utifrån ett rättighetsperspektiv som möjliggör ungas rättigheter till information, stöd och behandling (FSUM 2018a). Verksamheten genomsyras av en helhetssyn som utgår ifrån psykosociala, psykologiska och medicinska aspekter (FSUM 2018b). Ungdomsmottagningarna i Sverige har som övergripande mål att främja såväl fysisk som psykisk hälsa med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa. Målgruppen för Sveriges ungdomsmottagningar är unga personer mellan 12–25 år (a.a.).

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans roll på ungdomsmottagningen är mångfacetterad (FSUM 2018a). Arbetsuppgifterna innefattar såväl medicinska som psykosociala delar och varierar beroende på lokala behov och förutsättningar. I huvudsak syftar sjuksköterskans arbete till att stärka ungdomen genom rådgivning, undersökning och behandling med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa. Därtill ingår även psykosocialt stöd i form av samtal enskilt eller i grupp (a.a.). Som en del i de enskilda samtalen ingår bland annat att rutinmässigt ställa frågor om våldsutsatthet (FSUM 2002). För att sjuksköterskan ska kunna erbjuda hjälp och stöd på ett professionellt sätt och för att kunna möta ungdomen är det viktigt att ha kunskap om hur situationen i samhället ser ut för ungdomar (Häggström-Nordin & Mattebo 2014). Sjuksköterskan behöver vara lyhörd, ha ett öppet sinne och visa intresse för ungdomen. För att få möjligheten att ta del av ungdomens tankar bör sjuksköterskan bjuda in till samtal med öppna frågor, visa respekt och förklara tystnadsplikten som gäller på ungdomsmottagningen (a.a.). Sjuksköterskan bör även vara medveten om sociala medier och den roll och påverkan det har på ungdomars välmående (O'Reilly 2020). Frågor om sociala medier och hur det påverkar individen bör ingå i samtalet för att upptäcka och uppmärksamma psykiskt våld (a.a.).

Sjuksköterskans erfarenheter av att fråga om våld

En åtgärd för att tidigt kunna upptäcka våld i nära relationer är att fråga om våldsutsatthet (SOU 2014:49). Sjuksköterskan har en unik tillgänglig roll i vården för att ställa frågor om våld (Gallop m.fl. 1995). Även skolsköterskor har en vital roll i att tidigt upptäcka såväl våldsutsatthet som psykisk ohälsa hos elever vilket är en grund för att kunna erbjuda relevant stöd och minska risken för långvariga problem (Engh Kraft & Eriksson 2015; Jönsson m.fl. 2019). Känslan av att sakna verktyg för att ställa frågor och upplevelsen av att det inte finns tillräckligt med stöd för att ta hand om personer som uttrycker våldsutsatthet förs fram av sjuksköterskor (de Lourdes Galindo m.fl. 2017; Gallop m.fl. 1995). Även oron över att själva frågandet om våldsutsatthet kan öka den känslomässiga stressen hos den vårdsökande förs fram (Gallop m.fl. 1995). Därtill uppges bristande kunskaper om vilka konsekvenser våld medför som i sin tur försämrar sjuksköterskornas förutsättningar att tillhandahålla lämplig vård för denna patientgrupp (de Wit m.fl. 2004). Dessutom upplevs att kvalitén på vården styrs av organisatoriska resurser samt osäkerhet hos sjuksköterskor kring ämnet (a.a.).

Barncentrerad vård

I omvårdnad ingår att möjliggöra förbättrad, bibehållen eller att återfå sin hälsa för personen sjuksköterskan möter i sin profession (Malmö universitet 2016). Helhetssyn på människan genomsyrar omvårdnaden där fokus ska ligga på hela människans mående snarare än på enstaka tillstånd. Grunden ligger i att visa personen respekt och autonomi och att vara tillsammans i ett partnerskap (a.a.). Personcentrerad vård, familjecentrerad vård och barncentrerad vård är exempel på olika fokus och centrering av omvårdnad som påverkar hur barn bemöts i vården (Coyne m.fl. 2018). Barns rättigheter till delaktighet enligt Barnkonventionen (SFS 2018:1197) möjliggörs när barnet bjuds in i diskussion och beslut om sin vård utifrån ålder och mogenhet (Coyne m.fl. 2016). I den barncentrerade vården arbetar vårdpersonalen både utifrån barnperspektivet och utifrån barnets perspektiv. När sjuksköterskan tar steget för att finna barnets perspektiv så tillåts barnets erfarenhet, uppfattning samt förståelse för sammanhanget gällande vad som behöver göras. Följden blir då att kommunikationen är riktad och anpassad till barnet. Detta kan jämföras med barnperspektivet där fokus ligger på de vuxnas kunskap och uppfattning om barnet. Den barncentrerade vården lägger således fokus på barnet som en självständig aktör i sin vård. Sjuksköterskan bygger relation med barnet genom att engagerat lyssna på barnet och bemöta dess åsikter och önskemål. På så vis anpassas vården utifrån varje enskilt barn och barnet ges möjlighet till information och utrymme att diskutera sina valmöjligheter. Barncentrerat tillvägagångssätt värdesätter barnets röst, deltagande och upplevelser vilket innebär erkännande av barnets rätt till självbestämmande (a.a.).

PROBLEMFÖRMULERING

Omfattningen av ungas våldsutsatthet är svårbedömt då mörkertalet är stort (Finkelhor m.fl. 2011). Hinder finns för såväl den utsatta ungdomen att söka hjälp som för den professionelle att fråga om våld (Petersson m.fl. 2020). Våldsutsatta känner ofta skuld och skam över det de varit med om samt brist på tillit till vuxna (Georgsson m.fl. 2011; Leander m.fl. 2012; Lemaigre m.fl. 2017). Ungas attityder till att söka hjälp för våldsutsatthet påverkas av olika faktorer. Dels kan de vara omedvetna om att möjligheten att få hjälp finns, dels kan de vara hotade till

tystnad och risken för repressalier blir för stor (Överlien 2012). De kan även ha en uppfattning om att svårigheter löses inom familjen, och söker därför inte hjälp utifrån (a.a.). Dock har tidigare forskning visat att unga sällan blir upprörda när de tillfrågas om våld (Finkelhor m.fl. 2014; Petersson m.fl. 2020). Oavsett kunskapen om detta frångår fortfarande sjuksköterskor att ställa frågor om våld på grund av otillräckliga verktyg, brist på kunskap, tid eller resurser (Beynon m.fl. 2012; de Lourdes Galindo m.fl. 2017; Gallop m.fl. 1995). Sjuksköterskors erfarenheter av att lyfta samtal om ungdomars våldsutsatthet behöver därför beskrivas ytterligare.

SYFTE

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att samtala med unga om våld i nära relationer.

METOD

För att besvara syftet utgår studien ifrån en kvalitativ ansats där specialistutbildade sjuksköterskor som arbetar på ungdomsmottagning intervjuats. Kvalitativ forskning bidrar till en ökad förståelse för människors upplevda livssituation i olika sammanhang (Bengtsson 2016; Polit & Beck 2021). Genom innehållsanalys presenteras detaljerad och systematisk data utifrån det som tas upp i intervjuerna, vilket möjliggör analys av resultatet (Bengtsson 2016; Burnard 1991).

Urval

För att skapa ett underlag som svarar på en kvalitativ studies syfte eftersträvas att hitta informanter som besitter erfarenheter som ger rika beskrivningar (Polit & Beck 2021). För att besvara studiens syfte är det önskvärt att tillräckligt rikt material samlas in (Kvale & Brinkmann 2014). Med tanke på tidsramen för examensarbetet bestämdes antalet intervjuer av tidsaspekten i kombination med antal sjuksköterskor som visade intresse för att delta. Elva informanter deltog i studien, två deltagare avböjde deltagande innan intervjun genomfördes.

Rekrytering av informanter skedde via ungdomsmottagningar i Sverige. Kriterier för inklusion var sjuksköterskor med grundutbildning eller specialistutbildning som hade erfarenhet av att samtala med ungdomar om våld i nära relationer. Kontakt togs via telefon och e-post med styrelsen för FSUM, verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer och enskilda ungdomsmottagningar i hela Sverige för att finna informanter.

Studieinformationen i form av skriftlig information samt en kort film om studien skickades ut till berörda parter på ungdomsmottagningarna som sedan vidarebefordrades till sjuksköterskor som matchade inklusionskriterierna. Vid intresse för deltagande tog informanten i sin tur kontakt med författarna och tidpunkt för intervju bokades in. Skriftligt samtycke inhämtades av alla deltagare innan intervjutillfället. Genom att möjliggöra för frågor om studien inför och i

anslutning till intervjun samt att intervjuaren ställde en direkt fråga om något kring studien behövde klargöras vid intervjun anses informerat samtycke inhämtats. Vid ett tillfälle rekryterades även informant via informant. Således användes bekvämlighets- respektive snöbollsurval som urvalsstrategier (Polit & Beck 2021). Endast grund- och specialistutbildade sjuksköterskor inkluderades i studien, andra yrkeskategorier exkluderades. Informanterna hade arbetat på ungdomsmottagning mellan 2,5 och 25 år inom åtta olika regioner i södra och mellersta Sverige. Alla deltagarna var vidareutbildade sjuksköterskor där tio hade specialistutbildning till barnmorska och en var specialistsjuksköterska med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.

Anledningen till att rekrytering skedde på ungdomsmottagningar var på grund av att personal inom detta område besitter tradition och erfarenhet av att rutinmässigt ställa frågor om våldsutsatthet (FSUM 2002). Sjuksköterskor som arbetar på ungdomsmottagningen är också lättillgängliga för ungdomar och fyller en viktig funktion för gruppen (Danielsson m.fl. 2012).

Förförståelse

Författarna har erfarenhet av att möta ungdomar vilket ger viss förförståelse för ämnet vilket togs i beaktning under arbetes gång. I tidigare yrkesliv har endast sporadisk kontakt med personal på ungdomsmottagning förekommit vilket leder till att författarna hade liten insyn i hur verksamheten fungerar. Dock skapades viss förförståelse av sjuksköterskors erfarenheter av att ställa frågor om våld i nära relationer till ungdomar genom sökandet efter liknande litteratur inom detta område.

Datainsamling

Semi-strukturerade intervjuer genomfördes. En sådan intervjuemetod ger forskaren möjlighet till både struktur och flexibilitet (Polit & Beck 2021). Nödvändiga ämnen lyftes fram samtidigt som intervjupersonerna gavs möjlighet att tala fritt och delge så många beskrivningar de önskade (a.a.). I enlighet med Polit och Beck (2021) utformades dels en intervjuguide (se Bilaga 1), dels genomfördes en pilotintervju inför de semistrukturerade intervjuerna. Intervjuguiden innefattade ämnen som berördes samt intervjufrågor och möjliga följdfrågor (Kvale & Brinkmann 2014). Under pilotintervjun testades utöver planerade frågor, teknisk utrustning och tidsåtgång. Efter pilotintervjun gjordes mindre revideringar av intervjuguiden och beslut togs att använda även denna intervju i analysprocessen.

Vid alla intervjuer utom en deltog båda författarna och var omväxlande huvudintervjuare respektive observerande deltagare. Innan intervjufrågor ställdes presenterade författarna sig och examensarbetets syfte. Informanten gavs också möjlighet att presentera sig och att ställa frågor innan intervjustart. Frågor utifrån intervjuguiden (Bilaga 1) ställdes och följdfrågor utifrån informantens berättelse ställdes kontinuerligt under intervjun. Majoriteten av intervjuerna genomfördes via videotelefoniprogrammet Zoom där deltagarna både kunde höra och se varandra. Vid en intervju ville informanten ha kameran av under halva intervjun och en intervju genomfördes via telefon. Intervjuerna spelades in via mikrofon på två telefoner via ljudet från Zoom. Medianlängden på intervjuerna var 58 minuter exklusive introduktion av deltagarna och studien. Samtliga informanter uttryckte att de ansåg att fråga ungdomar om våld i nära relationer var ett viktigt område inom sin yrkesutövning.

Intervjusamtalen transkriberades ordagrant så fort som möjligt efter att de genomförts. Transkriberingen delades upp genom att när en transkribering var färdig togs nästa i turordningen oberoende av vem som varit huvudintervjuare/observerande under intervjun. Alla intervjuer blev sedan genomlyssnade och kontrollerade av den andre författaren för att se att transkriptionen blivit korrekt. Intervjun och transkriberingen kan ses som en inledande del i analysprocessen och lämpar sig väl för närmare analys (Burnard 2008; Kvale & Brinkmann 2014). Samtliga dokument och ljudfiler sparades på en extern hårddisk. Informanternas namn, kontaktuppgift finns uppskrivet på en kodlista som förvaras i ett låst utrymme. Informanterna tilldelades en kod och det är den koden som användes under dataanalysen. På så vis skyddades informanternas integritet och konfidentialitet (World Medical Association 2013). Inspelningarna och utskrifterna av intervjuerna förvarades så att inga obehöriga kunde ta del av dem.

Dataanalys

Dataanalysen av intervjuerna genomfördes med manifest induktiv innehållsanalys inspirerad av Burnard m.fl. (2008). Den manifesta ansatsen utgår från att materialet ska få tala utifrån innehåll och beskrivningar i texten och att egna tolkningar ska minimeras (a.a.). Kvalitativ innehållsanalys ger möjlighet att skapa förståelse för den data som samlats in (Burnard 1991; Polit & Beck 2021) och induktiv metod används när data analyseras utan bakomliggande teori (Burnard m.fl. 2008). Genom att identifiera och organisera framstående kategorier och mönster i materialet ges en strukturerad bild av materialets mening (Polit & Beck 2021).

Processen startade med att det transkriberade materialet lästes igenom flera gånger för att få en fördjupad förståelse för innehållet enligt informanternas världsbild enligt Burnard m.fl. (2008). Nästkommande steg i analysprocessen innebar en öppen kodning vid genomläsning för att sedan genomarbeta och gruppera dessa i underkategorier som sedan utmynnade i kategorier (Burnard m.fl. 2008).

Den öppna kodningen hade som syfte att sammanfatta vad som sades i intervjuerna och genomfördes gemensamt av båda författarna. Baserat på innehållet i intervjuerna som svarade på studiens syfte bestämdes de öppna koderna i diskussion mellan författarna. Stycke för stycke gick igenom i de transkriberade intervjuerna och intervjutexten klipptes ut i ett separat dokument där den öppna kodningen också lades in. Nästa steg i analysprocessen bestod av att dela upp de öppna koderna i två grupper baserat på om innehållet ansågs representera aspekter utifrån sjuksköterskans perspektiv eller utifrån ungdomens perspektiv. Detta steg genomfördes dels av praktiska skäl på grund av mängden data som framkommit i intervjuerna, dels på grund av de tidiga tankarna hos författarna om dessa två viktiga aspekter i intervjuerna. Arbetet med att dela upp materialet i dessa två grupper gjordes gemensamt av författarna i de tre första intervjuerna. Kvarvarande åtta intervjuer arbetade författarna med enskilt då samstämmigheten över uppdelningen var stor i de tre första intervjuerna. Vid osäkerhet i det enskilda arbetet fördes en diskussion kring gruppering tills samsyn mellan författarna framkom. Det vidare arbetet med de öppna koderna bestod av att dubletter ströks och underkategorier framarbetades. Inför att underkategorierna arbetades fram lades alla öppna koder ihop till ett gemensamt dokument och vidare arbete utfördes samlat. De nio underkategorierna

diskuterades fram gemensamt av författarna och vikt lades vid att inga underkategorier överlappade varandra. Författarna gick även tillbaka till de transkriberade intervjuerna under arbetets gång för att se att underkategorierna representerade innehållet. Utifrån författarnas förståelse av innehållet i intervjuerna arbetades tre huvudkategorier fram utifrån de nio underkategorierna. Exempel från arbetet med analysprocessen finns presenterat i tabell 1.

Under analysarbetet när koder och kategorier preliminärt var sammanställda diskuterade dessa med en utomstående med tidigare erfarenhet av kvalitativ analysmetodik. Syftet med detta steg var att enligt Polit och Beck (2021) låta materialet granskas avseende överensstämmelse mellan koder och kategorier, att viktigt innehåll inte blivit missat och att materialet inte blivit tolkat på ett felaktigt sätt av författarna.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Citat	Öppen kodning	Underkategori	Kategori
“...men jag jobbar alltid med att försöka få med mig den här unge på den banan, på den vägen, så att dom känner att dom är med i det beslutet att det vi nu gör, exempelvis en socialtjänstanmälan...”	Viktigt att göra ungdomen delaktig i vidare planering	Respekt för ungdomens medbestämmande	Att balansera i samspel med ungdomen
“...det kan vara att ungdomen verkar ha otroligt dålig självkänsla, självförtroende, inte vågar titta en i ögonen, sällan har raka svar utan slingrar sig lite hit och dit...”	Beteenden hos ungdomen som ger oro och misstanke på utsatthet	Aktivt lyssnande	Bemästra konsten att lyssna
“.. sen är det viktigt vad man har för attribut tex. i sitt rum på en ungdomsmottagning. Det kan göra jättemycket.../.../...för att hon såg den där muggen eller för att jag kanske har en, en regnbågsflagga i fönstret ...”	Attribut på arbetsrummet kan användas för att signalera till ungdomen om sjuksköterskans tillåtande inställning	Skapa trygg plats	Att möjliggöra för berättelse

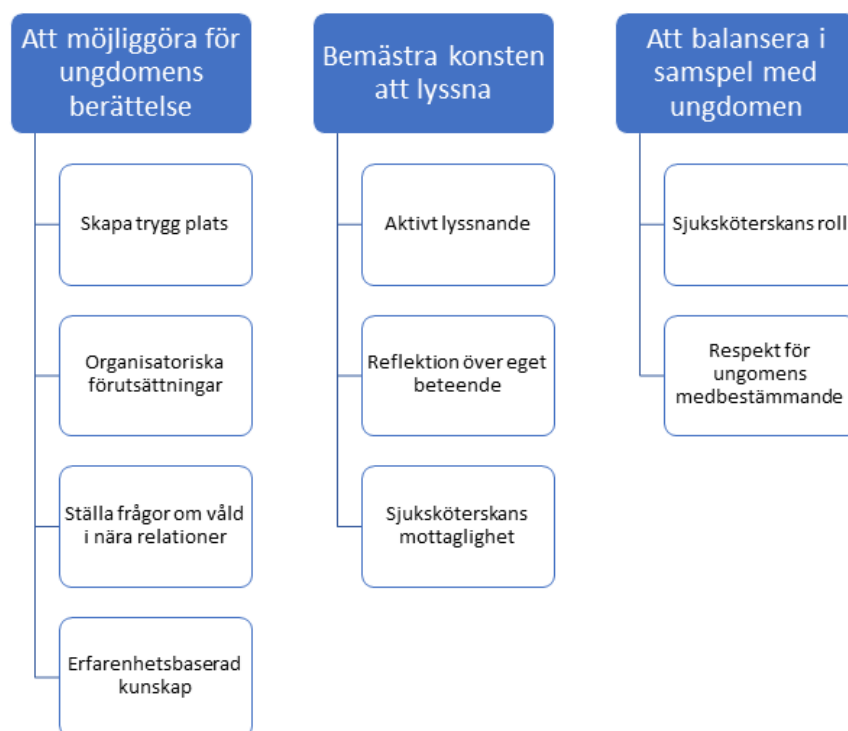
Etiska ställningstaganden

Helsingforsdeklarationen tar upp etiska aspekter kring forskning med människor (World Medical Association 2013). Den som utför forskning har i uppdrag att skydda deltagaren gällande dennes hälsa, välbefinnande och rättigheter. Likaså ska forskning utföras på det skonsammaste sättet och alltid sätta individens bästa

före allmänhetens vinning. Inför studiestart identifieras potentiella risker för deltagarna för att på så sätt minimera bördan av studiedeltagandet (World Medical Association 2013). I situationer där deltagarnas välmående väger mot forskningens förmodade framtida nytta, uppstår ett dilemma (Polit & Beck 2021). När individer intervjuas om känsliga ämnen som kan orsaka lidande vid tidpunkten är förhoppningen att resultatet ska minska lidandet på lång sikt, i andra liknande situationer. I genomförandet av studier ska strävan vara att undvika, förebygga eller att minimera skada för deltagarna. Rekommendationen är inte att undvika att ställa känsliga frågor utan att vara medveten om att det kan vara ett intrång på individens integritet. Ett sätt att skydda forskningsdeltagare är att göra en bedömning av risk/nyttan av att delta (a.a.). Eftersom intervjuerna genomfördes med vidareutbildade sjuksköterskor som berättade om sina professionella erfarenheter inom ramen för högskolestudier krävdes ingen ansökan från etikprövningsmyndigheten (SFS 2003:460) eller Malmö universitets etikråd.

RESULTAT

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att samtala med unga om våld i nära relationer. Resultat från denna studie visade att sjuksköterskorna såg samtal om våld med unga som en viktig del i sitt arbete. Erfarenheterna av att samtala med ungdomar om våld beskrevs huvudsakligen som unika för respektive ungdom vilket ansågs kunde bero på omständigheter och förutsättningar för just det mötet. Resultatet kommer utifrån genomförd dataanalys presenteras i nio underkategorier som mynnade ut i tre övergripande kategorier (Figur 1).



Figur 1. Redovisning av kategorier och underkategorier.

Att möjliggöra för ungdomens berättelse

För att ungdomen skulle ges möjlighet att berätta om våldsutsatthet beskrev sjuksköterskorna olika aspekter som möjliggör och underlättar för ungdomen. De delar som framkom var *Skapa trygg plats*, *Organisatoriska förutsättningar*, *Ställa frågor om våld i nära relationer* och *Erfarenhetsbaserad kunskap*.

Skapa trygg plats

Sjuksköterskorna framförde olika arbetssätt och strategier för att skapa ett bra möte med ungdomen, vilket beskrevs vara en grund för att kunna samtala om våld. För att kunna skapa ett bra möte behövde mötet genomsyras av trygghet. Dels skulle miljön och klimatet i rummet på mottagningen vara välkomnande och tryggt, dels skulle relationen mellan ungdom och sjuksköterska kännas trygg. Relationsbyggandet var en ingång för sjuksköterskorna att nå ungdomen. Trygg miljö innebar bland annat att mötet hölls enskilt utan medföljare och en försäkran om att ungdomen var ensam i rummet vid virtuellt möte. Andra exempel kunde vara attribut i vårdmiljön som signalerade acceptans inför olikheter, såsom en synlig regnbågsflagga. Trygg relation handlade om att tillit skapades och bevarades i mötet.

“...att man har en god känsla i mötet, att man trivs med varandra, att man känner att man kan lita på den andra personen, och att man känner att man kan bli litad på...” (Informant 6)

Genom att söka flera gånger för olika svepskäl, så som att testa sig för en könssjukdom vid upprepade tillfällen, testade ungdomen personalen och fick en känsla för hur ungdomsmottagningen fungerade. Därigenom kunde ungdomen skapa sig en bild av huruvida det gick att söka hjälp för det som tyngde eller inte. Med vetskapen om att relationen byggs upp under de första kontakterna och att det tar ett tag innan ungdomen släpper på sin berättelse beskrev sjuksköterskorna att de var inkännande och försiktiga i sin framtoning. Intentionen var att få avslappnad stämning genom att exempelvis ställa allmänna frågor om ungdomens liv eller använda sig av humor.

Organisatoriska förutsättningar

För att ungdomen skulle berätta om sin utsatthet beskrevs organisatoriska förutsättningar. Utbildning i att ställa frågor om våld och hur våld tar sig uttryck är en del, kollegialt stöd en annan. Sjuksköterskorna sökte gärna stöd hos sina kollegor och reflekterade över svåra situationer gällande våldsutsatta ungdomar. För att kunna hantera sitt arbete med att ställa känsliga frågor till ungdomar, och kunna ta emot tunga berättelser, betonade sjuksköterskorna vikten av öppet och nära samarbete i arbetsgruppen samt viljan och behovet av att få handledning. Sjuksköterskorna beskrev att de använde sig själva som ett redskap i samtalen med ungdomar vilket utgjorde ytterligare en anledning till att få handledning i arbetet för att kunna förhålla sig professionell. Handledning med en professionell eller tillsammans med kollegor användes för att reflektera över sitt arbete och för att förbättras och utvecklas. Även tidsaspekten togs upp som väsentlig i mötet.

“...att man har lite paus emellan besöken och...alltså så att man hinner ladda och vara riktigt sugen på att ge och... och liksom dansa den här dansen liksom.” (Informant 3)

I linje med detta beskrev sjuksköterskorna behov av frihet och möjlighet att erbjuda individanpassat stöd utifrån ungdomens behov och önskemål. Som exempel gavs möjligheten att kunna boka in ett extra besök fram tills att ungdomen var motiverad eller redo att prata med kurator vid utsatthet. Av vikt var också att kunna välja att fördjupa ett samtal vid ett nytt tillfälle om det inte fanns möjlighet att ge den närvaro som krävdes i stunden, till exempel på grund av tidsbrist. Sjuksköterskan kunde då bjuda in till nytt besök för till exempel en extra blodtrycksmätning för att garantera att ungdomen kom tillbaka.

“...det är ju att vi styr ju jättemycket själva över våra arbetstider och alltså, hur mycket vi får lov att lägga tid på ungdomarna, vi får lov att boka tillbaks en tjej oavsett vad det är för nånting.” (Informant 11)

Ställa frågor om våld i nära relationer

Sjuksköterskorna beskrev att ungdomar sällan berättar självmant om våldsutsatthet och därav inledde sjuksköterskorna samtal om våld med rutinmässiga frågor utifrån riktlinjer på respektive mottagning. Genom att därefter ställa följdfrågor visade sjuksköterskan intresse och engagemang vilket uppmuntrade ungdomen till fortsatt berättelse. I samband med att frågor ställdes gavs även förklaringar på hur våldshandlingar kunde se ut vilket ökade ungdomens förståelse för vad våld innebar. Sjuksköterskorna fångade upp ungdomens resonemang och vävde in olika aspekter av våld för att väcka en tanke hos ungdomen.

”...att gubbar tafsar på dem lite och sådär, det tycker inte de heller knappt är våld. Så om jag skulle förklara vad jag anses som är våld då tycker de att det är vardagsmat.” (Informant 3)

Samtyckeslagen beskrevs som en utgångspunkt för att kunna väcka tankar om hur man läser av andra människors signaler för såväl utsatta ungdomar som för de som utövar våld. Raka frågor och tydliga begrepp så som “kontrollerande beteende hos partner” eller “sex utan samtycke” underlättade för att ungdomen skulle berätta. Oavsett om ungdomen berättade eller inte vid aktuellt möte, beskrev sjuksköterskorna att frågor om våld signalerade att ungdomsmottagningen är en plats där våld tas på allvar och erfarenhet finns. Detta var ett sätt att förmedla till ungdomen att ungdomsmottagningen är en arena där sådana frågor är tillåtna och personalen kan hantera svaret.

“...för en del vill ju alltså inte prata om det av olika anledningar och jag brukar vara ganska tydlig med att det också är okej. För vi finns här om du ångrar dig, och vi kan prata en annan gång.” (Informant 5)

Erfarenhetsbaserad kunskap

Tidigare erfarenhetsbaserad kunskap beskrevs som positivt för sjuksköterskorna i mötet och gav en trygghet, för båda parter, när känsliga frågor ställdes. Medan kort erfarenhet av att ställa känsliga frågor till ungdomar och den otrygghet det kan ge fördes fram som hindrande. Bristande erfarenhet ledde till att frågor om våldsutsatthet undveks och ställdes mindre utsträckning.

“...men ju mer ju längre jag har jobbat här, desto mer så lyssnar man och lär sig...” (Informant 7)

Erfarenhetsbaserad kunskap utvecklades enskilt men även tillsammans i arbetsgruppen. Sjuksköterskorna utvecklade sin förmåga genom att diskutera och att lära av andra i samtal kring våldsutsatthet. Vidare beskrevs att de i början av karriären kände en viss rädsla för att ungdomarna skulle känna sig ifrågasatta eller illa till mods av att få svara på frågor om våld. Efter egenreflektion visade det sig med tiden att känslan varit en föreställning hos sjuksköterskorna och inte hos ungdomarna som generellt sett beskrevs som svarsvilliga.

Bemästra konsten att lyssna

I mötet med ungdomen var konsten att lyssna till vad ungdomen sade och signalerade viktigt. Samtalet krävde att sjuksköterskorna var närvarande för att kunna bearbeta informationen som framkom samtidigt som det egna beteendet skulle vara genomtänkt. *Aktivt lyssnande, Reflektion över eget beteende och Sjuksköterskans mottaglighet* är delar som beskrevs.

Aktivt lyssnande

Närvaro i mötet med ungdomen beskrevs som en väsentlig del i samtalet. Genom att använda sina tentakler fångade sjuksköterskorna upp signaler som kunde tyda på våldsutsatthet. Exempel på sådana signaler som gavs var riskfyllt beteende, fysiska skador, somatiska besvär eller ett visst kroppsspråk under besöket. Sjuksköterskorna fick en misstanke när ungdomen var blyg i mötet, flackade med blicken eller svarade kortfattat och tedde sig sluten när frågor om våld i nära relationer ställdes. Misstanke väcktes särskilt om ungdomen tidigare i samtalet varit mer öppen och villig att berätta om sitt liv. Likaså väcktes misstanke om ungdomen använde sig av ett konstlat språk eller uttryck som avvek från resten av samtalet när frågor om våldsutsatthet ställdes. En känsla av att ungdomen undanhöll eller inte berättade allt väckte en subtil känsla vilket förklarades med att sjuksköterskorna inte fick ihop bilden av ungdomens berättelse.

“...det där en bara en slags känsla på nåt sätt av hur hur de, också hur de reagerar. Är det någon som blir väldigt sluten och lite liksom så defensiv så tänker jag kanske att det inte är läge att hålla på och rota i saker och ting. För de signalerar ju till mig på nåt sätt att de inte är redo för det där och då...” (Informant 2)

När fysiska skador upptäcktes, till exempel stora blåmärken, som inte stämde överens med ungdomens förklaring väcktes en oro att ungdomen kunde vara utsatt för våld. Likaså när sexuell- eller annat risktagande framkom i samtalet. Vidare skapades en vilja att nysta vidare när ungdomen värderade sig själv lågt eller såg sina åsikter som betydelselösa. Om flera detaljer i mötet väckte misstanke eller oro hos sjuksköterskan förstärktes oron ytterligare. När sjuksköterskorna däremot mötte en ungdom som hade ett beteende som signalerade självvärde, öppenhet och svarade från hjärtat på ett icke-konstlat sätt gav det ett lugn och ingen grund för oro.

“...ungdomar som känner sig självklara på vår jord och självklara här på mottagningen och som tittar en i ögonen och svarar direkt på frågor.” (Informant 5)

Reflektion över eget beteende

Sjuksköterskornas egna känslor och beteende gav konsekvenser i mötet med ungdomar. Genom att visa att fokus låg på ungdomen och att sjuksköterskorna

hade en avslappnad kroppsställning kunde signaler sändas om att det fanns tid för samtal. Genom att sitta kvar lugnt och lyssna på ungdomens berättelse möjliggjordes att ungdomen kunde få hjälp och kände fortsatt förtroende i mötet. Det beskrevs som väsentligt att hålla inne sina personliga reaktioner utifrån ungdomens berättelse för att inte skrämma ungdomen till tystnad och således avbryta berättelsen. Exempel på personliga reaktioner som sjuksköterskorna undvek var chock, upprördhet och skambeläggande.

“...där handlar det om att sitta kvar på stolen och ta emot svaret och lyssna på det.” (Informant 7)

Mod att ta emot en berättelse och att ställa följdfrågor utifrån det som framkom beskrevs. Likaså rädsla över att skapa obehag hos ungdomen genom att ställa frågor om våld i nära relationer som påminde om tidigare händelser. Medvetenhet över vad känslorna gör med en själv och vilka konsekvenser det får i samtalet var en del i sjuksköterskornas reflektion.

Sjuksköterskans mottaglighet

För att kunna fånga upp vad som sades mellan raderna under samtalet om våld, behövde sjuksköterskorna vara mottagliga för det som framkom. Detta genom att var närvarande och inlyssnande när ungdomen berättade. Svaren skulle inte forceras fram utifrån checklista vilket istället avvisade ungdomen. Mottagligheten hos sjuksköterskorna berodde bland annat på dagsform eller mängden ork. Vid slutet av en lång arbetsdag eller andra perioder i livet när sjuksköterskorna hade mindre resurser, kunde graden av mottaglighet vara mindre. När ungdomen öppnade upp kände sjuksköterskorna glädje över att ha varit mottaglig eftersom det givit möjlighet att hjälpa ungdomen. Sjuksköterskorna utvecklades i samtalen med ungdomar vilket var en drivkraft att fortsätta mottaga ungdomars berättelser.

“... kunna hjälpa, det är ju fantastiskt att kunna hjälpa en ...alltså med något ganska litet. Det kan vara allt från liksom...anstränger mig för att detta ska bli superbra för dom liksom. Det det är jätteviktigt för mig. eehm, ja. Det är kul...” (Informant 4)

Att balansera i samspel med ungdomen

Balansen i samspelet karakteriserades av en avvägning där eventuella motstridiga intressen skulle enas. Parterna i mötet kunde ha olika syn på vad den optimala lösningen skulle bli. Balansgången upplevdes som en av de största utmaningarna i samspelet med ungdomar och innefattade *Sjuksköterskans roll* och *Respekt för ungdomens medbestämmande*.

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans roll på ungdomsmottagning handlade om att se till hela individens mående där den psykiska hälsan var lika viktig som den sexuella hälsan. Rollen beskrevs utifrån flera aspekter där finnas till för att stödja ungdomen i en psykosocial utvecklingsmässig turbulent tid nämndes. Ytterligare en aspekt som sjuksköterskorna uppgav var att arbeta på uppdrag åt ungdomen. Att balansera mellan att ha uppfattningar om vad som är bäst för ungdomen och samtidigt tillmötesgå ungdomens vilja beskrevs som en grandios uppgift. Samtidigt fanns anmälningsplikten till socialtjänsten vid oro för ungdomen samt anmälan till polismyndigheten enligt gällande lagstiftning vilket tillförde ännu ett perspektiv i samspelet med ungdomen. Trots en skyldighet kring anmälningar

beskrev sjuksköterskorna en osäkerhet kring när en orosanmälan skulle ske, om en anmälan kunde hjälpa ungdomen eller om det kunde vara mer passande med andra insatser.

“.. många unga känner sig lite övergivna från vuxenvärlden att kunna prata om den här saken för då skall det liksom direkt till en åtgärd /.../ Det är kanske precis prata man behöver, för att sen kunna göra ett annat beslut nästa gång...” (Informant 10)

Inställningen var att sjuksköterskans roll är att öppna upp så att ungdomen kan ges möjlighet att berätta om sin utsatthet. Vid en oro eller vid konstaterad våldsutsatthet var sjuksköterskornas uppfattning att mer fördjupade samtal var utöver deras kompetens och att kollegor eller andra instanser, exempelvis en kurator eller barnpsykiatrin, var bättre lämpade att hjälpa ungdomen.

“... jag har ju kanske inte riktigt den utbildningen att prata vidare och så om det.../.../...upptäcka det och så ta emot den informationen...” (Informant 9)

Respekt för ungdomens medbestämmande

När ungdomen kommer för besök och samtal är det på frivillig basis vilket upplevdes som positivt av sjuksköterskorna. Ungdomen söker själv vård och det var därför viktigt att gå ungdomen tillmötes med vilken hjälp som efterfrågades vid besöket. Frivilligt vårdsökande sågs som en del som kunde jämna ut förhållandet mellan parterna i mötet då det var frivilligt för ungdomen att komma tillbaka eller inte. Strävan efter att jämna ut maktbalansen i relationen fanns hos sjuksköterskorna.

“Jag tror - respekt handlar mer om ändå autonomi ... jag tänker vi jobbar ändå på ungdomens uppdrag så liksom det skall ändå vara värdefullt för personen, de ska komma hit för att - det här vill jag ha hjälp med, det här vill jag ta upp, det här vill jag prata om.” (Informant 8)

Inför samtalet om våldsutsatthet beskrev sjuksköterskorna att ungdomen gavs tydlig information kring sekretess och sjuksköterskans anmälningsplikt. Sjuksköterskorna var angelägna om att ungdomen skulle få valet att svara ärligt eller inte på frågorna för att förhindra att ungdomen delgav sin berättelse utan att känna sig redo eller mogen för det. När misstanke fanns men ungdomen inte berättade om våldsutsatthet kunde sjuksköterskorna få känslan av misslyckande även om inställningen var att det är ungdomen som styr i den situationen.

“...så kan det va liksom att nånting låste vi väl upp då i de här första kontakterna vi hade men sen så blev det för nära och då klev hon av taget på något vis och så kom hon tillbaka när hon själv hade liksom styrkan till det och lusten till det.” (Informant 1)

I samma situation som ungdomen öppnade upp för sin berättelse så påbörjades en avvägning hos sjuksköterskan att å ena sidan vara en trygg vuxen som skulle hjälpa ungdomen ur sin situation, å andra sidan bevara det förtroende som skapats. Beskrivningen av att det ofta inte kom något gott utav att förhastat ringa ungdomens vårdnadshavare eller göra orosanmälan såvida det inte var fara för ungdomens liv gavs. Istället föredrogs långsiktig planering tillsammans med

ungdomen hur hjälpen kunde ges på bästa sätt med hänsyn till både ungdomens önskemål och sjuksköterskans skyldigheter.

”...och sällan är det så illa så man behöver göra något radikalt. För det kan ju också förstöra deras privata situation. Om man, om man bara kör på. Mm, hm...men ibland händer det/.../ måste anmäla. Och men då att ungdomen vet om det men, (djup inandning) men det här kan ju viss allians eh, bli bruten förstås...” (Informant 4)

En strävan fanns hos sjuksköterskorna att ungdomen skulle vara med på beslutet vid en orosanmälan även om det framkom situationer då sjuksköterskan anmälde utan att ungdomen samtyckte. I situationer där det fanns en oro för utsatthet uttryckte sjuksköterskorna ett vägande av för- och nackdelar för ungdomen gällande tillfället för anmälan där ungdomens åsikter togs in i beslutet.

DISKUSSION

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att samtala med unga om våld i nära relationer. Nedan diskuteras vald metod och utförandet utifrån dess styrkor och svagheter och därefter lyfts valda delar ur studiens resultat upp till diskussion och i förhållande till befintlig forskning. För att sträva efter vetenskaplig kvalitet i metoden presenteras resonemang i metoddiskussionen i enlighet med Lincoln och Guba (1985) gällande *trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet.*

Metoddiskussion

En kvalitativ metod med induktiv design valdes då syftet för den presenterade studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter att samtala om våld. Valet att använda en kvalitativ design anses som en styrka då det är en metod som passar för att undersöka erfarenheter enligt Polit och Beck (2021). En induktiv ansats bedömdes var bäst lämpad för att besvara studiens syfte. Det induktiva tillvägagångssättet i dataanalys ger möjlighet till en öppen och flexibel analys då ingen förutbestämd teori ligger till grund för analysen. (Burnard m.fl. 2008; Polit & Beck 2021). Då begränsat med tidigare forskning angående sjuksköterskors erfarenheter av att samtala med unga om våld i nära relationer fanns, valdes induktiv ansats. Kvalitativ innehållsanalys skapar möjlighet till förståelse för den data som samlats in (Burnard 1991; Polit & Beck 2021).

Burnard m.fl. (2008) valdes då metodbeskrivningen uppfattades som enkel och lättillgänglig för noviser inom området. Efter avslutad analysprocess har dock diskussioner förts om en eventuell fördel hade varit att välja en tidigare metod av Burnard (1991) som beskriver processen i fler steg och på så sätt hade risken för möjliga misstolkningar minskat. Valet av att behålla Burnard m.fl. (2008) senare publicerade innehållsanalys togs eftersom författarna trots betänkligheterna kände sig tillräckligt bekväma med metoden.

Vid första intervjun upplevdes osäkerhet kring att informant och intervjuare var samstämmiga kring vad våld i nära relationer innefattade. De två nästkommande intervjuerna startades med frågan “Vad är våld i nära relation för dig?” för att se till att samtalet fördes kring en gemensam grund. Reflektioner efter dessa två

intervjuer var dock att det var svårt att komma vidare till informantens egna erfarenheter om att ställa frågor om våld om en allmän fråga ställdes inledningsvis. Burnard m.fl. (2008) skriver att intervjuguiden kan behöva ändras när förtydligande krävs utifrån den data som framkommer. Efter diskussion beslutades att inför intervjun kort redogöra vad definitionen av våld i nära relation kunde vara och att det var informanten som bestämde vad som skulle ingå i begreppet under intervjun. Uppfattningen är att detta inte påverkat intervjuerna i större utsträckning baserat på att en relativt samstämmig definition av våld i nära relationer funnits.

Intervjuerna genomfördes omväxlande av författarna som saknar erfarenhet av att forskningsmässigt genomföra kvalitativa intervjuer och detta kan utgöra en svaghet för resultatet. Däremot finns avsevärd erfarenhet av att interagera i patientmöten. Ytterligare en svaghet i intervjusituationen var att den sista intervjun genomfördes endast av en författare vilket kan ha påverkat intervjuinnehållet. Dock var detta den elfte intervjun och således hade författaren utvecklat vana i intervjuteknik. Författarna har under studiegången aktivt arbetat med att inhämta kunskap kring intervjuteknik inför intervjuerna och författarna genomförde även fiktiva intervjuer innan pilotintervjun genomfördes. Efter pilotintervjun fördes reflektioner tillsammans med handledare om möjlighet till förbättring och viktiga aspekter gällande semistrukturerade intervjuer togs upp på nytt för påminnelse. Författarna har kontinuerligt givit varandra återkoppling efter genomförda intervjuer för att framhålla positiva och negativa aspekter gällande intervjuteknik. Reflektion kring att förhålla sig objektiv till tidiga teser av innehållet som infinner sig i samband med kvalitativ intervju (Burnard m.fl. 2008) har även förts. Strävan har varit att vid återkommande berättelser hos olika informanter ställa följdfrågor för att söka individens nyanser av erfarenheten.

Analysen av resultatet har skett med Burnard m.fl. (2008) som inspiration för att använda ett välbeprövat och strukturerat sätt att ta sig an informanternas berättelser. I studien har metodologisk transparens eftersträvat för *bekräftelsebarhet* enligt Lincoln och Guba (1985) och gällande *överförbarhet* har ambitionen varit att beskriva genomförandet tydligt. Dock har vissa avsteg tagits från analysmodellen, fram för allt eftersom intervjuerna och transkriptionsarbetet tog längre tid än planerat. I analysarbetet lades vikt vid att all information som svarade på syftet kom med i analysprocessen oavsett om endast en informant beskrev en erfarenhet eller om det beskrevs av flertalet. Burnard m.fl. (2008) beskriver att den öppna kodningen i första steget består i att läsa intervjutexten och skriva kommentarer i dokumentet för att i steg två sammanställa dessa koder och sedan ta bort duplikationer. Den sistnämnda delen av dataanalysen delades upp i två grupper utifrån sjuksköterskans och ungdomens perspektiv, detta medför en risk att feltolkning gjordes av berättelser som hade information utifrån båda aspekterna vilket är en svaghet. Dock slogs dessa två grupper ihop i ett senare skede i analysprocessen och det var således den samlade datan som låg till grund för vidare arbete i underkategorier och kategorier. Viss del av analysarbetet genomfördes enskilt av författarna på grund av tidsbrist vilket är en svaghet. Styrkan i att ha flera som granskar ett material går då förlorad. Kontinuerlig diskussion, och återgång till de transkriberade intervjuerna, om innehållet har förts under arbetes gång och styrkan i att båda författare deltog i intervjuerna anses minska den svagheten. Diskussion av koder och kategorier tillsammans med en utomstående person genomfördes också för att öka *trovärdigheten* och *pålitligheten* i resultatet enligt Lincoln och Guba (1985). Diskussionen resulterade

i att några aspekter i materialet utvecklades dock visade den externa återkopplingen överlag god överensstämmelse mellan presenterade kategorier och intervjuinnehållet.

Diskussion har förts under arbetes gång om resultatet av sjuksköterskors erfarenheter är relevant för barnspecialistutbildningen eftersom merparten av informanterna inte hade sin specialistutbildning riktad mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Sammantaget visar dock erfarenheterna att sjuksköterskorna har reflekterat över det speciella med ungdomsperioden och de aspekter som ska tas hänsyn till när man arbetar med barn och ungdomar. Majoriteten har också uttryckt ett intresse av att arbeta med ungdomar utifrån en helhetssyn på människan och den speciella utvecklingsperioden som ungdomen befinner sig i. Sjuksköterskorna har också sökt sig till ungdomsmottagningen för att de finner det intressant och utmanade att arbeta med människor som ännu inte "trätt in i vuxenvärlden". Många av informanterna har även poängterat att ha ungdomen i centrum är en viktig del i mötet. Intressant hade varit att undersöka om till exempel skolsköterskors erfarenheter av att samtala med ungdomar om våld skiljer sig eller liknar erfarenheterna från specialistutbildade sjuksköterskor på ungdomsmottagning.

Informanter som deltog i intervjuerna har alla uttryckt att samtala om våld med ungdomar är en viktig del i arbetet. Sjuksköterskorna hade således erfarenhet och vana av att ställa frågor och erfarenheterna representerade därför den gruppen. Tilläggas kan att informanterna har haft olika utbildning, använt olika instrument och har olika lång erfarenhet vilket kan spegla en viss bredd. Fördelen med att ha informanter från olika delar av Sverige med olika traditioner och rutiner kan vara positivt för att få bredd i erfarenheter.

Utifrån etiska betänkligheter var ställandet av frågor om våld i nära relationer en av de främsta riskerna för informanterna i studien. Potentiellt kan deltagarna ha egna erfarenheter av våld i nära relationer eller ha varit med i situationer med ungdomar i sitt arbete som väcker obehagliga känslor och minnen. Det är också en risk att studenter med liten övning i intervjuteknik intervjuar deltagarna. En pilotintervju som bland annat hade till syfte att se om intervjuerna var redo för uppdraget genomfördes innan studien påbörjades. Beslut togs att intervjuerna hade tillräcklig kunskap och övning för fortsatta intervjuar. En annan aspekt som eventuellt var negativt för informanterna var att de var i numerärt underläge då båda författarna deltog vid intervjuerna. Förhoppningen är att informanterna kände sig tryggare i situationen då intervjun hölls av en av författarna och den andre var mer passiv deltagare. För att göra informanten avslappnad i mötet hade intervjuerna intentionen att skapa en positiv och avspänd stämning. Inledande i intervjun var personlig och yrkesmässig presentation en del samt kontinuerlig bekräftelse av informanten i intervjun.

Intervjuerna genomfördes via Zoom på grund av pågående pandemi och detta faktum att parterna inte möts personligen kan också utgöra en risk för deltagarna. Det kan väcka tankar hos deltagarna om svårigheten att bibehålla integritet och om det är möjligt att upprätthålla sekretessen över en digital plattform. För att motverka denna känsla har budskapet att detaljer om ungdomen inte är viktiga i berättelsen utan det är vad som skett i mötet som önskas i intervjun. Det kan också vara svårare att uppfatta nyanser i det som sägs och vara svårare att känna förtroende för någon som sitter på andra sidan av en skärm, fram för allt om

deltagaren väljer att inte ha kameran på. För att undvika att det digitala mötet blev ett problem redogjordes för säkerhetsaspekten kring mötet i början av intervjun samt att personen som intervjuade var lyhörd och använde tillgängliga sinnen i intervjun. I efterhand bedöms detta inte utgjort något problem men kan naturligtvis påverkat intervjun utan att den som intervjuat noterat det. En fördel med att använda sig av Zoom i intervjun, i motsats till att ses i verkliga livet, är ökad flexibilitet och minskad tidsåtgång för alla parter. Den geografiska spridningen av informanter är en positiv aspekt av den digitala intervjun. En ytterligare risk för deltagaren är att tid investeras i studien utan att garantera att utfallet av studien blir till gagn för individen. Deltagaren fick själv välja tidpunkt för intervjun enligt tidsplanen och resultatet av studien kommer att delas med informanterna, därtill gavs information om att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas. Genom att dialog om deltagande endast skedde via författarna och de potentiella deltagarna minimerades risken att deltagarna kände sig påtvingade att delta av överordnad.

I kvalitativ forskning är det viktigt för forskaren att vara medveten om den egna rollen i processen och att reflektera över hur det påverkar insamlingen av data (Polit & Beck 2021). För att öka *pålitligheten* i studier enligt Lincoln och Guba (1985) är det av vikt att författarna presenterar sin förförståelse. Under utbildningen till specialistsjuksköterskor inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar har författarna reflekterat över att sjuksköterskor sällan berör våld i patientmötet trots att våld i nära relationer är ett vedertaget och utbrett problem. I arbetet med intervjuerna reflekterade författarna kontinuerligt över att hålla sig objektiva till samtalen och att ställa öppna frågor. Ovan redovisade svagheter kan också utgöra en styrka för studien då författarna haft förutsättningen att vara objektiva. Vikt lades också vid att informanten fick berätta fritt om sina erfarenheter och författarna hade ansatsen att inte styra berättelsen utifrån tidigare informanters erfarenheter. Genom reflektioner efter intervjuerna kom dock insikten att tidigare intervjuers material påverkat ställandet av följdfrågor till viss del. Exempelvis kan erfarenheter som tidigare informanter berättat om gjort att följdfrågor om den aktuella informantens berättelse inte ställts.

Resultatdiskussion

Resultat inhämtat ur sjuksköterskors erfarenheter av att samtala med ungdomar om våld i nära relationer visar att arbetet anses vara viktigt men att det är komplext. Vidare att det krävs organisatoriska förutsättningar för att sjuksköterskor ska kunna samtala om våld. Det behövs tid för att dels kunna ha längre samtal vid de tillfällen våld framkommer, dels för att möjliggöra reflektion hos sjuksköterskan för att bland annat kunna vara lyhörd för symtom eller tecken som kan tyda på våld. Andra förutsättningar som framkommer är möjlighet till utbildning, handledning, kollegialt stöd samt frihet i arbetet för att kunna ge individanpassat stöd.

Föreliggande studies resultat visar på att det krävs kunskap om hur en trygg plats skapas gällande både miljö och relation för att möjliggöra öppet samtal om våld med ungdomar, vilket även påvisats i tidigare studier (Eng Kraft & Eriksson 2015; Martin 2002; Petersson m.fl. 2020). Martin (2002) rapporterar att varmt bemötande i kombination med att personalen inte är dömande som viktiga aspekter i arbetet med våldsutsatthet. Även Petersson m.fl. (2020) samt Engh

Kraft och Eriksson (2015) poängterar vikten av relationsbyggande i vårdmiljöer dit ungdomar söker sig för att inge trygghet och på så vis möjliggöra för ungdomen att berätta om sin utsatthet. Resultatet i föreliggande studie visar att sjuksköterskor har god kunskap om att ställa frågor och skapa en trygg relation. Trots detta visar erfarenheter på utmaningar i arbetet med att lyckas få ett fungerande samspel. Detta beskrivs bland annat som att personkemin inte stämmer, tid för samtal saknas eller att ungdomen inte är redo att berätta. Enligt föreliggande studie arbetar sjuksköterskan utifrån ungdomens perspektiv och med respekt för ungdomens medbestämmande enligt Coyne m.fl. (2016). Detta medför att sjuksköterskan väljer att avvakta med att ställa frågor om våld som annars tillhör rutin för besöket. Sjuksköterskan backar således när ungdomen visar tecken på att vara obekvämt att tala om utsatthet i samtalet och ställer istället mindre laddade frågor om ungdomens liv som handlar om till exempel fritidsintressen eller skola. Sjuksköterskan anpassar innehållet i samtalet dels utifrån ungdomens signaler, dels utifrån vad som borde gås igenom på besöket. Uppdraget att ställa frågor om våld fullföljs således, dock på ett sätt som är anpassat efter ungdomens förutsättningar och behov. Vägen fram till ungdomens berättelse visar sig inte vara en process enbart utifrån ungdomen utan i ett samspel mellan den unga och sjuksköterskan. Staller m.fl. (2005) visar liknande resultat där unga intervjuats om sin utsatthet för sexuellt våld, att den unga bedömer och agerar utifrån det bemötande som den vuxne ger. Erfarenheter från föreliggande studie visar på att det är en balans i mötet mellan att å ena sidan arbeta utifrån barnets perspektiv och dess tankesätt, å andra sidan inta barnperspektivet utifrån sjuksköterskans uppfattning och bedömning av situationen enligt Coyne m.fl. (2016). Jernbro m.fl. (2017) tolkar att vuxnas oförmåga att inta ett barns perspektiv leder till att ungdomar inte får adekvat hjälp vid berättelse om utsatthet. Komplexiteten i samtalet visas även av Petersson m.fl. (2020) eftersom endast en femtedel av ungdomarna berättade för personalen om sin våldsutsatthet vid besök på ungdomsmottagning.

Samtalen är utmanande och även när frågorna ställs rutinmässigt finns svårigheter. Dock krävs att sjuksköterskan faktiskt ställer frågor om våldsutsatthet och på så vis startar ett möjliggörande för ungdomens berättelse och möjlighet till hjälp. Palm m.fl. (2020) kunde i sin studie inte påvisa märkbar skillnad på ungdomars livskvalitet hos de ungdomar som tillfrågats rutinmässigt om våld jämfört med en kontrollgrupp som inte fick frågorna. Däremot ansågs det av vikt att ungdomar gavs möjlighet att berätta om sin utsatthet för att på så vis kunna erbjudas adekvat stöd för sina hälsoproblem (a.a.).

Sjuksköterskorna i föreliggande studie beskriver en negativ känsla av misslyckande och frustration när samtalet och samspelet inte utvecklas som önskat. Sjuksköterskorna kan ha en misstanke eller oro om utsatthet där ungdomen inte ger något gensvar eller nekande svar på ställda frågor om utsatthet. Även i denna situation agerar sjuksköterskorna utifrån ett barncentrerat perspektiv med ungdomen i centrum genom att ungdomen ges utrymme att styra mötet och själv bestämma när en berättelse om utsatthet ska delges (Coyne m.fl. 2016). Vidare vittnar sjuksköterskorna i denna studie om en kontinuerlig reflektion över sitt arbetssätt enskilt och tillsammans med kollegor för att förbättra sin förmåga att bemöta ungdomar i svåra samtal. En reflektion som syftar till att frågor om

våldsutsatthet ställs till ungdomar på ett sätt som möjliggör en berättelse om utsatthet och hur sjuksköterskan kan agera för att underlätta processen. Detta bekräftas av Harder m.fl. (2016) som menar att reflektion kring ungas rätt till självbestämmande i sin vård behövs för att kunna möjliggöra barncentrerad vård. I motsats till detta kan sjuksköterskor undvika att ta itu med ungdomars utsatthet på grund av egna starka känslor som väcks i samtal om våld och uteblivet stöd från kollegor vilket Engh Kraft m.fl. (2016) beskriver. Trots känslan av misslyckande beskriver sjuksköterskorna i denna studie samtidigt en positiv känsla i förhoppningen att frågorna om våld ändå har lyckats ge ungdomen en möjlighet till reflektion om vad våld innebär, den egna utsattheten och en eventuell framtida berättelse. Det långsiktiga perspektivet av att frågor som ställs kan hjälpa ungdomen på sikt framförs även av Palm m.fl. (2020) och Engh Kraft m.fl. (2016). Genom att i samspel med andra aktörer vara en del i den process ungdomen behöver gå igenom för att slutligen öppna upp för sin berättelse om utsatthet beskrivs som en tröst i föreliggande studie. Likaså att ha varit den som möjliggjort en tanke och reflektion hos ungdomen om att våldsutsatthet inte är acceptabelt.

En annan aspekt som denna studie visar på är att sjuksköterskorna upplever en balansgång när ungdomen berättar om utsatthet. Berättelsen om utsatthet uppfattas som en skatt, ett förtroende, som ska förvaltas med omsorg och inte upplevas som ett möte med en vuxen som sviker. Engh Kraft m.fl. (2016) visar på att den unga går igenom en urvalsprocess där tillfälle, plats och person att berätta för väljs ut. Sjuksköterskan behöver således ha tid att lyssna, tro på den ungas berättelse och reagera på ett stödjande sätt för att möjliggöra att ungdomen berättar (a.a.). Därtill är det av stor vikt att den som ungdomen väljer att berätta för vet hur situationen ska hanteras för att säkerställa att ungdomens skamkänslor eller att ungdomens situation inte förvärras (Lemaigre m.fl. 2017). I föreliggande studie beskriver sjuksköterskorna att skyldigheter utifrån bland annat lagstiftning och anmälningsplikt kan vara svårt att kombinera med ungdomens vilja och uppdraget på ungdomsmottagningen. Utifrån beskriven erfarenhet visar sjuksköterskorna även här en vilja och strävan av att arbeta barncentrerat enligt Coyne m.fl. (2016). Jernbro m.fl. (2017) beskriver att den främsta orsaken till att ungdomar inte berättar om utsatthet beror på avsaknad av förtroende till vuxna och myndighetsutövare. Denna erfarenhet tillför ytterligare komplexitet i balansgången som beskrivs av sjuksköterskorna, i föreliggande studie, som ett dilemma i arbetet. Då relationsskapandet bygger på båda parternas förtroende vill inte sjuksköterskan vara den som bryter alliansen om det inte är nödvändigt för ungdomens säkerhet. Detta beskrivs av Nayda (2002) som en känsla av att man förråder den vars förtroende man har genom att kontakta socialtjänsten, vilket blir ett hinder för att anmäla ärendet. Denna svårighet försöker sjuksköterskorna i föreliggande studie övervinna genom att ha ungdomens rätt till självbestämmande i åtanke (Coyne m.fl. 2016). Detta genom att samtala ytterligare med ungdomen och hitta en kompromiss eller få ungdomen att inse, eller acceptera, att åtgärden som sjuksköterskan föreslår är för ungdomens bästa. Buckley m.fl. (2007) skildrar liknande resonemang utifrån att unga reagerar olika på våldsutsatthet vilket medför att hjälpinsatser behöver anpassas efter deras unika situationer. I föreliggande studies resultat anpassar sjuksköterskorna arbetsgången utifrån ungdomen vilket beskrivs kräva mod och erfarenhet. Vidare är det av vikt att kunna motivera anpassningen och stå för sitt beslut både inför sig själv men även inför kollegor. Detta kan tolkas som att sjuksköterskan är angelägen om att bibehålla relationen med ungdomen genom hela processen, från första besöket till

att ungdomen fått hjälp och stöd i sin situation. Återigen visar resultatet sjuksköterskans balansgång mellan barnperspektivet, så som sjuksköterskan tolkar ungdomen och situationen, och barnets perspektiv som är ungdomens egna önskemål och behov i fokus (Coyne m.fl. 2016).

SLUTSATS

Resultatet från denna studie indikerar att samtal med ungdomar om våld i nära relationer ställer krav på sjuksköterskans förmåga att bygga relation, möjliggöra ömsesidigt samspel och att arbeta barncentrerat. Dessutom visar studien att handledning, utbildning, kollegialt stöd samt andra organisatoriska möjligheterna stöttar sjuksköterskan för att kunna lyfta och utveckla samtal om våld eftersom området är komplext. Om ovan beskrivna förutsättningar är tillgängliga finns förhoppningen att sjuksköterskans roll kan stärkas gällande samtalet och förmågan att arbeta barncentrerat prioriteras i arbetet.

Ytterligare studier med samma syfte och ansats efterfrågas för att verifiera resultaten i föreliggande studie men även forskning som inriktar sig på att förstå och förklara ovan beskrivna balansgång i samtalet. Även studier som undersöker om det har effekt på ungdomens hälsa och livskvalitet att använda det barncentrerade perspektivet i samtal om våld i nära relationer ses som framtida forskningsmöjligheter. Därutöver kan erfarenheter ur ungdomens perspektiv tillföra ytterligare kunskap i ämnet.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Föreliggande studie påvisar specialistutbildade sjuksköterskors roll i att fånga upp och ge adekvat stöd till våldsutsatta ungdomar på ungdomsmottagningen. Genom att sjuksköterskan rutinmässigt samtalar med ungdomar om våldsutsatthet möjliggörs berättelsen som kan vara ett första steg till hjälpsökande och stöd att förbättra och återfå hälsa. Samtalet om våldsutsatthet kan också signalera att våld inte är acceptabelt och kan på så vis stärka ungdomens förståelse och vilja att få en förbättrad situation. För att fånga upp ungdomar som är utsatta för våld i nära relationer i högre utsträckning rekommenderas att rutinmässigt frågande sker även på andra arenor där sjuksköterskor träffar ungdomar. Utbildning inom området rekommenderas då det är ett komplext uppdrag. Förhoppningen är att de negativa konsekvenserna av våldsutsatthet på sikt kan minska och då även lidandet för enskilda individer och belastningen på samhället i stort.

STUDIEANSVARIGAS INSATSER

Insatserna i denna studie har varit jämnt fördelade mellan författarna. Datainsamling, dataanalys och skrivande har utförts gemensamt. I vissa fall har

delar genomförts individuellt men författarna har då efteråt granskat, diskuterat och reviderat tillsammans tills konsensus nåtts. Då mycket av arbetet genomfördes gemensamt och i dialog med varandra har författarna enskilt och tillsammans haft möjlighet att utvecklat sina förmågor och kunskaper i akademiskt skrivande och forskningsmetodologi.

AVSLUTANDE ORD

Författarna vill rikta ett stort och hjärtligt tack till deltagarna i intervjuerna för möjliggörande av studien. Även ett stort tack vill riktas till handledare Vedrana Vejzovic för värdefulla kommentarer och synpunkter under arbetets gång.

REFERENSER

Bengtsson M, (2016) How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8–14.

Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL, (2012) Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12, 1-12.

BRÅ, (2018) *Brott i nära relationer bland unga*. >www.bra.se< PDF (2021-04-12)

Buckley H, Holt S, Whelan S, (2007) Listen to Me! Children's experiences of domestic violence. *Child Abuse Review*, 16, 296-310.

Burnard P, (1991) A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461–466.

Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B, (2008) Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204, 429-432.

Coyne I, Dip N H, Holmström I, Söderbäck M, (2018) Centeredness in Healthcare: A Concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of Pediatric*, 42, 45-56.

Coyne I, Hallström I, Söderbäck M, (2016) Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*, 20, 494–502.

Danielsson M, Berglund T, Forsberg M, Larsson M, Rogala C, Tydén T, (2012) Sexual and reproductive health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 9. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 176–196.

de Lourdes Galindo NA, Gomes Goncalves CF, Galindo Neto NM, Cavalcanti dos Santos S, Cavalcanti de Santana CS, Silva Alexandre AC, (2017) Child and Youth Violence under the Perspective of Nursing. *Journal of Nursing*, 3, 1420-1429.

de Wit K, Davis K, (2004) Nurses' knowledge and learning experiences in relation to the effects of domestic abuse on the mental health of children and adolescents. *Contemporary Nurse*, 16, 214-227.

Dufort M, Stenbacka M, Gumpert CH, (2014) Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. *The European Journal of Public Health*, 25, 413-418.

Engk Kraft L, Eriksson U-B, (2015) The School Nurse's Ability to Detect and Support Abused Children: A Trust-Creating process. *The Journal of School Nursing*, 31, 353-362.

Engh Kraft L, Rahm G, Eriksson U-B, (2016) School Nurses Avoid Addressing Child Sexual Abuse. *The Journal of School Nursing*, 33, 133-142.

Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby S, (2011) School, police and medical authority involvement with children who have experienced victimization. *Arch Pediatr Adolescent Med*, 165, 9-15.

Finkelhor, D, Turner H. A, Shattuck A, Hamby S. L, (2015) Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatrics*, 169, 746-754.

Finkelhor D, Vanderminden J, Turner H, Hamby S, Shattuck A, (2014) Upset among youth in response to questions about exposure to violence, sexual assault and family maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 38, 217-223.

FSUM, (2018a) *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar*. >www.fsum.nu< PDF (2021-04-20)

FSUM, (2018b) *Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar*. >www.fsum.nu< PDF (2021-04-20)

FSUM, (2002) *Policyprogram för Sveriges ungdomsmottagningar*. >www.fsum.nu< (2021-04-01)

Föräldrabalk 1949:381

Gallop R, McKeever P, Toner B, Lancee W, Lueck M, (1995) Inquiring About Childhood Sexual Abuse as Part of the Nursing History: Opinions of Abused and Nonabused Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9, 146-151.

Georgsson A, Almqvist K, Broberg A.G, (2011) Naming the unmentionable: How children exposed to intimate partner violence articulate their experiences. *Journal of Family Violence*, 26, 117-129.

Gilbert R, Widom C S, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S, (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373, 68-81.

Harder M, Söderbäck M, Ranheim A, (2016) Being in care situations with young children presents ambiguous challenges. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36, 68-73.

Häggström-Nordin E, Mattebo M, (2014) *Kommunikation inom ungdomsmottagning*. I: Söderbäck M, (Red) *Kommunikation med barn och unga i vården* (Första upplagan). Stockholm, Liber.

Isdal P, (2001) *Meningen med våld*. Stockholm, Gothia.

Jernbro C, Otterman G, Lucas S, Tindberg Y, Janson S, (2017) Disclosure of child physical abuse and perceived adult support among Swedish adolescents. *Child Abuse Review*, 26, 451-464.

- Jernbro C, Svensson B, Tindberg Y, Janson S, (2012) Multiple psychosomatic symptoms can indicate child physical abuse—results from a study of Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica*, 101, 324-329.
- Jönsson J, Maltestam M, Bengtsson A, Garmy P, (2019) School nurses' experiences working with students with mental health problems: A qualitative study. *The Journal of School Nursing*, 35, 203-209.
- Kvale S, Brinkmann S, (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund, Studentlitteratur.
- Lagen om Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter SFS 2018:1197.
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor. SFS 2003:460.
- Leander K, Berlin M, Eriksson A, Gådin KG, Hensing G, Krantz G, Swahnberg K, Danielsson M, (2012) Violence: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 12. *Scandinavian Journal Public Health*, 40, 229–254.
- Lemaigre C, Taylor E P, Gittoes C, (2017) Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 70, 39-52.
- Lincoln Y S, Guba E G, (1985) *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills CA, Sage.
- Malmö Universitet, (2016) *Omvårdnad är...* >www.mau.se< PDF (2021-04-20)
- Martin S, (2002) Children Exposed to Domestic Violence: Psychological Considerations for Health Care Practitioners. *Holistic Nursing Practice*, 16, 7-15.
- Nayda R, (2002) Influences on Registered Nurses' Decision-Making in Cases of Suspected Child Abuse. *Child Abuse Review*, 11, 168-178.
- NCK, (2010) *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. >www.kunskapsbanken.nck.uu.se< PDF (2021-04-20)
- NCK, (2014) *Våld och hälsa, En befolkningsundersökning om kvinnor och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. >www.kunskapsbanken.nck.uu.se< PDF (2021-04-17)
- O'Reilly M, (2020) Social media and adolescent mental health: the good, the bad and the ugly. *Journal of Mental Health*. 29, 200-206.
- Palm A, Danielsson I, Högberg U, Norbergh K-G, (2017) How do youth with experience of violence victimization and/or risk drinking perceive routine inquiry about violence and alcohol consumption in Swedish youth clinics? A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 13, 51–57.
- Palm A, Danielsson I, Skalkidou A, Olofsson N, Högberg U, (2016) Violence victimisation—a watershed for young women's mental and physical health. *The European Journal of Public Health*, 26, 861–867.

Palm A, Högberg U, Olofsson N, Skalkidou, Danielsson I, (2020) No Differences in Health Outcomes After Routine Inquiry About Violence Victimization in Young Women: A Randomized Controlled Study in Swedish Youth Health Centers. *Journal of Interpersonal Violence*, 35, 77–99.

Petersson C, Swahnberg K, Peterson U, Oscarsson M, (2020) Experience of violence and self-rated health: Do youths disclose their experiences when visiting a Youth Centre in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48, 1-8.

Polit D F, Beck C T, (2021) *Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Wolters Kluwer.

Sinisalo E, Moser Hällén L, (2017) *Vad är mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer?* I: Sinisalo E, Moser Hällén L, (Red.) *Våld i nära relationer. Socialt arbete i forskning, teori och praktik* (Första upplagan). Stockholm, Liber.

Socialstyrelsen, (2018) *Frågor om våld- En kartläggning av hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården frågar om våldsutsatthet och våldsutövande samt användning av bedömningsmetoder*. >www.socialstyrelsen.se< PDF (2021-04-20)

SOU (2014:49) *Våld i nära relationer- en folkhälsofråga*.

Staller K M, Nelson-Gardell D, (2005) A burden in your heart: Lessons of disclosure from female preadolescent and adolescent survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1415–1432.

Völkl-Kernstock S, Huemer J, Jandl-Jäger E, Abensberg-Traun M, Marecek S, Pellegrini E, Plattner B, Skala K, (2016) Experiences of Domestic and School Violence Among Child and Adolescent Psychiatric Outpatients. *Child Psychiatry Human Development* 47, 691–695.

WHO, (2014) *Global status report on violence prevention 2014*. >www.who.int< PDF (2021-04-20)

WHO, (1989) *The health of youth*. > apps.who.int < PDF (21-04-15)

WHO, (2002) *World report on violence and health*. >www.who.int< PDF (2021-04-17)

World Medical Association, (2013) *WMA declaration of Helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects*. > www.wma.net< PDF (2021-04-02)

Överlien C, (2012) *Våld i hemmet- barns strategier*. Malmö, Gleerup.

BILAGA 1

Intervjuguide

Områden som vi vill beröra:

- Tillitsskapande
- Bemötande
- Signaler för utsatthet
- Stöd vid utsatthet (vilka reaktioner både hos ungdomen och personalen?)

Frågor:

- Berätta för oss om mötet när du ställer frågor om våld i nära relationer till ungdomar?
- Berätta om ett exempel på en situation där en ungdom berättar om våld i nära relationer (känslor kring att fråga om våld, möjlighet till delaktighet, etc.).
- Vad händer i dig när du ställer frågor om våld i nära relationer?
- Vilka reaktioner får du från ungdomar när du frågar om våld?
- Vad händer i dig när du får en berättelse om våldsutsatthet?
- Vilka signaler får du från ungdomar så att du misstänker att de blir utsatta?
- Vad upplever du som underlättande i mötet när du ställer frågor om våld i nära relationer?
- Finns det något ytterligare som du skulle vilja tillägga, som vi inte ställt frågor kring?

Följdfrågor:

- Berätta mer...
- Hur känner du?
- Vad händer i dig då?
- Kan du utveckla?
- Hur menar du?
- Vad innebär detta?
- Har du fler exempel?
- Kan du säga något mer om det?
- Vad kände du var orsaken till att ungdomen berättade?
- Hur reagerade ungdomen?
- Sammanfatta vad respondenten sagt kontinuerligt under intervjun

BILAGA 2

Personalens erfarenheter av att fråga ungdomar om våld i nära relationer

Information om studien

Härmed tillfrågas du om att delta i en studie som görs inom ramen för ett examensarbete för specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta. Läs igenom informationen noga så att du kan ta ställning om du vill delta eller inte.

Du tillfrågas om deltagande i studien eftersom du arbetar på en ungdomsmottagning och är legitimerad sjuksköterska eller legitimerad barnmorska. Du kommer att intervjuas om dina erfarenheter av att prata om våld i nära relationer. Resultatet kommer att bearbetas på gruppnivå och kommer att presenteras som en magisteruppsats. Forskningshuvudman för projektet är Malmö universitet.

Studien innebär en webbaserad intervju via Zoom där du kommer att svara på frågor om din erfarenhet att fråga ungdomar i åldern 13-18 år om våld i nära relationer. Intervjun kommer att genomföras på en tid som anpassas efter dina möjligheter mellan vecka 8-10 2021 och vara cirka 20-60 minuter. Intervjun kommer att spelas in. Väljer du att delta i denna studie behöver du skicka in undertecknat samtycke till nedanstående adress. Intervjuarna kommer då att kontakta dig via din e-postadress för bokning av tid för intervju.

Information om dig kommer vara tillgänglig endast för intervjuarna som i anslutning till intervjun kommer att koda in all personlig information. Kodat och avidentifierat material kommer sedan att analyseras. All personlig information kommer att hållas inlåst i ett brandsäkert skåp på Malmö universitet och kodnyckeln kommer bara att vara tillgänglig för projektansvarig. När examensarbetet är godkänt kommer studiens resultat skickas till berörda ungdomsmottagningar via e-post.

Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Vedrana Vejzovic via e-postadress vedrana.vejzovic@mau.se.

Ditt deltagande är frivilligt och du kan om du så önskar avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge anledning.

Kontaktpersoner

Therese Ekelöf e-post: therese.ekelof@gmail.com och telefonnummer: 0730-XXXXXX

Malin Axelsson telefonnummer: 0705-XXXXXX

Ansvarig för studie

vedrana.vejzovic@mau.se

Samtycke till att delta i studien *Personalens erfarenheter av att fråga ungdomar om våld i nära relationer*

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformationen.

Plats och datum	Underskrift

Namnförtydligande
