



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för neurovetenskap
Psykiatri

**Personals ställningstagande till fysisk kontakt med
barn, inom barn- och ungdomspsykiatri**

Författare:
Emma Eklöf

Handledare:
Kristina Haglund
Mathilde Hedlund

Specialistsjuksköterskeprogrammet
med inriktning mot psykiatri
Examensarbete, magisternivå
15 hp, VT 2010

Examinator:
Clara Aarts

Nyckelord

Child psychiatry, physical contact, position.

Barnpsykiatri, fysisk kontakt, ställningstagande.

SAMMANFATTNING

Detta är en kvalitativ och kvantitativ tvärsnittsstudie med en deskriptiv och komparativ design. Syftet med studien var att undersöka vilka ställningstaganden till fysisk kontakt som personal inom barn- och ungdomspsykiatri gör, utifrån en fiktiv fallstudie. Syftet var också att jämföra om det är några skillnader i ställningstagande till fysisk kontakt beroende på personalens kön, psykiaterkompetens och yrkeskategori samt att beskriva hur deltagarna kommenterat sina ställningstaganden. Resultatet visade att kvinnor är mer positiva till fysisk kontakt än män, att sjuksköterskor är mer positiva till fysisk beröring än psykologer och att personal som inte är legitimerade psykiater är mer positiva till fysisk beröring än legitimerade psykiater.

Respondenterna lämnade kommentarer till frågeformuläret. Dessa har fördelats i fyra temagrupper. 95 personer har gett kommentarer inom temagruppen *fysisk kontakt*, 150 personer inom temagruppen *fysisk kontakt – vad påverkar?* 59 personer har gett kommentarer inom temagruppen *förhållningssätt till att ingripa fysiskt* och 27 personer inom temagruppen *övriga kategorier*. Respondenterna anser att det finns många olika faktorer som påverkar om/i vilken utsträckning man bör ge fysisk kontakt till ett barn och de anser att det är svårt att avgöra detta utan tillräcklig information om barnet och situationen.

ABSTRACT

This is a quantitative and qualitative cross section study. It has a descriptive and comparative design. The purpose of this study was to investigate which positions to physical contact that personnel within child psychiatry have, from a fictive case study. The purpose was also to compare if there are any differences in position to physical contact depending on the personnel's sex, psychotherapeutic competence and professional category. The study also describes how the participants have made comments on their positions.

The result showed that women have a more positive attitude to physical contact, compared to men. Nurses have a more positive attitude to physical contact, compared to psychologists. Personnel who are not legitimated psychotherapists have a more positive attitude to physical contact compared to legitimated psychotherapists.

The respondents have left comments to the questionnaire. These have been distributed in four groups. 95 persons have given comments within the group *physical contact*, 150 persons within the group *physical contact – what affects?* 59 persons have given comments within the group *attitudes toward a physical intervention* and 27 persons have given comments within the group *other categories*. The respondents think that there are a lot of factors which affect if/in which extent one should give physical contact to a child, and they think that it is difficult to decide this without enough information about the child and the situation.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING _____	s 5
Introduktion till barn och ungdomspsykiatri _____	s 5
Barn och sorg _____	s 6
Fysisk kontakt _____	s 8
Problemformulering _____	s 12
Syfte _____	s 12
Frågeställningar _____	s 13
METOD _____	s 13
Design _____	s 13
Urval och datainsamling _____	s 13
Tillvägagångssätt _____	s 14
Analys/tolkning _____	s 14
Etiska överväganden _____	s 15
RESULTAT _____	s 15
Ställningstaganden till fysisk kontakt _____	s 15
Ställningstagande till fysisk kontakt beroende på respondentens kön, yrkeskategori och om den är legitimerad psykoterapeut eller ej _____	s 16
Kommentarer – respondenternas ställnings- tagande till fysisk kontakt _____	s 18
Fysisk kontakt _____	s 19
Fysisk kontakt – vad påverkar? _____	s 20
Förhållningssätt till att ingripa fysiskt _____	s 22
Övriga kommentarer _____	s 23
DISKUSSION _____	s 25
Resultatdiskussion _____	s 25
Metoddiskussion _____	s 28
REFERENSER _____	s 31
BILAGA 1: FRÅGEFORMULÄRET _____	s 33

INLEDNING

Introduktion till barn- och ungdomspsykiatri

Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Sverige organiseras inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. År 2007 genomförde Sveriges Kommuner och Landsting en enkätundersökning som var riktad till barnpsykiatrins verksamhetschefer. Dessa uppskattade att knappt 100 000 barn och ungdomar hade kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP) år 2007. Detta motsvarar ca 5 % av alla barn i åldern 0-18 år. Man har i internationella befolkningsundersökningar sett att andelen barn i samhället som har allvarliga psykiska symptom är minst tre gånger så många som de som söker vård. Det är väldigt vanligt att de barn och ungdomar med psykiatriska symptom som söker vård hos BUP, uppfyller kriterierna för flera psykiatriska diagnoser samtidigt, så kallad samsjuklighet (Socialstyrelsen a, 2009)

Enligt Gillberg och Hellgren (2000) har i Sverige var åttonde till var fjärde ungdom sökt barn- och ungdomspsykiatrisk hjälp före vuxen ålder. Storstadsmiljö ökar risken att utveckla psykiska problem hos barn och ungdomar. De orsaker som anges till detta är: ensamstående föräldrar, inget stöd från mor- och farföräldrar, alkoholism och narkotikaproblem samt snabb tillkomst av ny förortsbebyggelse med förlust av nätverk och p.g.a. detta utanförskap. Störningar som har genetiska orsaker är vanligare i områden där kulturella faktorer ger en hög frekvens av ingifte. Ungefär en tredjedel till hälften av alla barn- och ungdomspsykiatriska patienter har en betydande biologisk dysfunktion som bidrar till att öka deras problem. Frekvensen av olika psykiska störningar hos barn och ungdomar är ungefär dessa:

- Autistiska syndrom: 0,04-0,12 % av alla barn.
- DAMP/ADHD/generell överaktivitet: 4-7 % av alla skolbarn.
- Mental retardation med svåra psykiska problem: 0,5-1 % av alla skolbarn.
- Anorexia nervosa: 0,5-0,6 % av alla skolbarn.
- Tonårspsykos: 0,5-1 % av alla 20-åringar.
- Aspergers syndrom: 0,4 % av alla skolbarn.
- Selektiv mutism: 0,2 % av alla skolbarn.
- Skolvägran: 5 % av alla ”BUP-fall”.
- Tourettes syndrom: 0,05-0,6 % av alla barn och tonåringar.

- Depression: 2 % av alla lågstadiebarn.
(Gillberg och Hellgren 2000)

I en rapport från Socialstyrelsen (2009 b) framgår att patienternas problematik inom BUP ofta är mångfacetterad, vilket gör att flera personalkategorier med olika kompetens medverkar i vården. Problematiken medför också att personalen ofta får samverka med angränsande verksamheter som t.ex. socialtjänst, skola, barnmedicinsk vård, barnhabilitering och vuxenpsykiatri.

Vården inom BUP sker till stor del inom öppenvård. Även om antalet vårdplatser på flera håll i landet har minskat så har antalet vårdtillfällen ökat under åren 1998-2007. Däremot har vårdtiderna blivit kortare. Det är vårdtillfällena i åldersgruppen 15-19 år, som har ökat. Det är denna grupp som är den största patientgruppen inom BUP, både nu och tidigare (Socialstyrelsen 2009 b)

År 2006 sysselsattes 338 specialistläkare inom barn- och ungdomspsykiatri i Sverige. Mer än hälften av dessa var 55 år eller äldre. Ser en tendens att sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatri är en växande yrkesgrupp inom BUP. Detta beror bl.a. på ett ökat behov av läkemedelsuppföljningar och somatiska undersökningar, där sjuksköterskor medverkar. Psykologer står också för en stor del av de yrkesverksamma inom BUP. Övriga yrkeskategorier som arbetar inom området är: socionomer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, skötare, specialpedagoger, socialpedagoger, behandlingsassistenter och logopedier (Socialstyrelsen b, 2009).

Genom att granska 483 journaler har man sett att de vanligaste orsakerna till att barn och ungdomar får kontakt med BUP är följande: depressivitet och nedstämdhet, annan psykisk sjukdom eller störning (t.ex. ätstörning, ångest, fobi, tvångssyndrom eller psykos), relationsproblem eller beteendestörning i familjen, självskadebeteende eller självmordsbenägenhet, beteendestörning i skolan eller förskolan samt neuropsykiatrisk problematik (Socialstyrelsen b, 2009).

Barn och sorg

År 2000 publicerades en reviewartikel i vilken man kommit till slutsatsen att barn som har upplevt en förälders död reagerar väldigt olika på ett psykologiskt plan. En

femtedel av de barn som varit med om en förälders bortgång kommer sannolikt att utveckla psykisk sjukdom. Året efter den smärtsamma förlusten är det vanligt att barnen upplever sorg, bedrövelse och dysfori. Ospecifika emotionella svårigheter och beteendestörningar hos barnen rapporteras ofta av överlevande föräldrar och av barnen själva. Pojkar uppvisar den högsta frekvensen av svårigheter (Dowdney, 2000).

Före sex eller sju års ålder har barnet ingen sammanhängande förståelse för vad liv innebär. Därför kan inte barn under fem år uppfatta döden som något stadigvarande. När barnet är mellan fem och tio år utvecklar det gradvis en förståelse för att döden är oåterkallelig (Dyregtov, 2007).

När det gäller sorgereaktioner hos barn beskriver Dyregtov (2007) att följande reaktioner är de vanligaste: ångest, starka minnen, sömnrubbingar, ledsenhet, längtan, saknad, skuld, självförebåelser och skam, skolsvårigheter, vrede och beteende som kräver uppmärksamhet samt även kroppsliga smärtor. Barn som bevittnat ett dödsfall kan ibland utveckla så starka posttraumatiska symptom att de blir diagnostiserade med posttraumatiskt stressyndrom – PTSD. Dyregtov beskriver också att de kroppsliga symptom som brukar visa sig vid sorg är huvudvärk, störningar i mag-tarmfunktionen samt muskelvärk (Dyregtov 2007).

I en prospektiv studie från 1990 jämförde man 26 barn, tre till sex år, som hade mist en förälder, med en kontrollgrupp (n=40) av likartade barn som inte var i sorg. De barn som var i sorg, i synnerhet pojkarna, hade signifikant fler symptom enligt ”Child Behavior Checklist-Parent”, jämfört med kontrollgruppen. De sörjande barnen rapporterade att de kände sig mer rädda och mindre glada jämfört med kontrollgruppen. Barn med sorg, särskilt flickor, rapporterade signifikant mer sorgsenhet när de tänkte på sina föräldrar, jämfört med kontrollgruppen. De barn som kom från familjer där man fått en minskad ekonomisk inkomst efter dödsfallet påverkades mer negativt än övriga sörjande barn (Kranzler et al., 1990)

Kirwin och medarbetare publicerade 2005 en reviewartikel i vilken de kom fram till att barn som inte får stöd i den första sorgefasen kan utveckla allvarliga känslomässiga och beteendemässiga problem, som t.ex. skuld känslor, depression, låg självkänsla, separationsångest, ångest, inåtvändhet, skolsvårigheter, aggressivitet och brottslighet. Dessa problem kan leda till utvecklandet av allvarliga psykiska

störningar. Genom att erbjuda hjälpprogram för både sörjande föräldrar och sörjande barn tidigt i förloppet, kan man hjälpa dessa att anpassa och bearbeta sin förlust. De här strukturerade programmen kan minska risken för komplicerad sorg i de sörjande familjerna (Kirwin et al. 2005).

Fysisk kontakt

Det finns få studier som handlar om fysisk beröring inom psykiatrin. De flesta studier om detta ämne fokuserar på geriatrisk vård. Det finns dock en svensk studie från 2005 som tar upp psykospatienters upplevelse av fysisk beröring inom sjukvården. Deltagarna i studien framhöll att fysisk kontakt är ett centralt behov, både fysiskt och andligt. De beskriver också att behovet av fysisk beröring är starkare när deras psykiska hälsa är försämrad. De känner en längtan efter beröring från sjukvårdspersonal, partners, släktingar och vänner. Under tiden de varit inlagda på vårdavdelning har de känt en saknad efter fysisk kontakt från sjukvårdspersonalen. Beröringen kan vara både negativ och positiv beroende på hur de mår och vem det är som rör vid dem. Deltagarna beskriver att om de har en bra relation med den andra personen känns kontakten varm, äkta och empatisk vilket kan bidra till en känsla av lugn och trygghet. Om den fysiska kontakten däremot är oväntad eller oönskad, och om de inte känner den andra personen, kan den ge upphov till känslor av underlägsenhet, rädsla och tillintetgörande, vilket deltagarna upplevde som kvävande och förtryckande. Sammanfattningsvis tyckte de ändå att fysisk kontakt är jätteviktigt för att känna sig bekräftade som människor (Salzmann-Erikson et al., 2005).

Fysisk kontakt handlar om beröring. Om man översätter beröring till engelska blir det: touch. Definitionen av touch är bl.a.:

1 "to bring a bodily part into contact with especially so as to perceive through the tactile sense: handle or feel gently usually with the intent to understand or appreciate <loved to touch the soft silk>"

2 : "to strike or push lightly especially with the hand or foot or an implement"

3 : "to lay hands upon (one afflicted with scrofula) with intent to heal" (Merriam Webster OnLine, 2010).

Betydelsen av beröring är med andra ord väldigt komplex. Det handlar om att förstå eller uppfatta omgivningen, att känna på saker och att beröra någon med syftet att få den personen att må bättre.

Bonitz (2008) beskriver i en reviewartikel hur attityden till fysisk beröring under historien har varierat. 1800-talets läkare använde i stor utsträckning beröring utan att reflektera över det. Situationen förändrades dock drastiskt när Freud introducerade sin ”avhållsamhetsteori” (principle of abstinence). Enligt Bonitz bannlyste han fysisk kontakt från den analytiska miljön, detta mest av formella skäl. Han ansåg också att all sorts beröring till sin natur var sexuell. I Freuds efterdyningar var användandet av beröring mycket kontroversiellt bland praktiker. Ända fram till 1970-talet stred man främst kring teoretiska grunder, sedan ändrades tonvikten till att handla om etik och förhållningssätt samt riskerna med beröring. Denna utveckling påskyndades av att det dykte upp empiriska studier inom den vetenskapliga litteraturen som handlade om beröring, särskilt de som tog upp terapeuters sexuella kontakt fick stor respons. Detta bringade fram ämnet i ljuset igen (Bonitz, 2008).

Studier som handlar om frekvensen av användandet av icke-sexuell beröring (t.ex. kramar, handskakningar eller att hålla handen) visar olika resultat men dessa typer av beröringssätt verkar vara mest förekommande, åtminstone hos terapeuter som tillhör mer humanistiska skolor (Bonitz, 2008). Den humanistiska psykologin framträdde på 1960-talet som ett alternativ till behaviorism och psykoanalys. Anhängarna till denna inriktning hade en tilltro till att människan hade kraft att utvecklas på egen hand och försökte åstadkomma ett tillåtande klimat genom att praktisera en accepterande hållning, s.k. terapeutisk hållning (Psykologiguiden, 2010). Även vissa psykoanalytiskt skolade terapeuter verkar ha börjat omvärdera sin inställning till total avhållsamhet från fysisk kontakt och börjar skapa en mer human behandlingsmiljö. Terapeuter som förespråkar att man använder fysisk kontakt anför ofta talrika terapeutiska effekter som man uppnår genom användandet av fysisk beröring. Motståndarna mot detta däremot, påpekar att det finns en inneboende möjlighet att man orsakar skada. Det innefattar beröringens betydelse i terapeuters-klienters sexuella kontakter, faran för missförstånd, risken att främja ett beroendeförhållande samt en möjlighet att man förstärker samhällets maktdynamik (Bonitz, 2008).

När det gäller forskning kring sjukvårdspersonals fysiska kontakt med barn finns inte mycket forskning att tillgå. I en studie från 1983 har man jämfört fysisk kontakt mellan professionell och icke-professionell personal (personal utan utbildning) samt analyserat om det fanns skillnader i beröring beroende på barnets karaktäristika respektive klinikerns karaktäristika. Resultatet blev detta: Professionell personal hade signifikant högre frekvens av fysisk kontakt än icke-professionell personal, vad gäller beröring, sitta i knä samt att krama barnen. Om man ser till personalstyrkan i stort så kramades flickor signifikant oftare än pojkar. Yngre barn fick signifikant högre frekvens av beröring vad gäller i alla former av beröring. Kvinnlig personal rapporterade signifikant högre frekvens av beröring och kramar. Läkare jämfört med icke-läkare hade signifikant mindre fysisk kontakt i alla kategorier av beröring. Privata läkare hade signifikant färre fysiska kontakter med barn jämfört med de som inte arbetade privat (Cowen et al., 1983)

En brittisk studie som beskriver barnpsykiatrikers attityder till fysisk kontakt publicerades 2006. Psykiatrikerna fick besvara ett frågeformulär som beskrev en krisdrabbad flicka som söker tröst och sedan springer mot en hårt trafikerad väg. Respondenterna fick uppskatta lämpligheten i olika sätt att agera (i sin roll som psykiatriker). Resultatet visade att kvinnor och yngre respondenter jämfört med män och deras äldre kollegor, hade en större sannolikhet att minimera sin kontakt med barn. De som tänkte sig att de skulle hindra barnet själva (från att springa ut mot gatan) var signifikant fler än de som tänkte fråga någon annan om de kunde hålla fast barnet. Det fanns inget samband mellan vilja att trösta barnet och vilja att hålla fast barnet. När man frågade om miljöns betydelse svarade 37 % att det skulle vara lika troligt att de höll fast barnet om det var inlagt på en vårdavdelning. I intervjuer med vissa av psykiatrikerna framkom att en del av dem tyckte att deras yrkesroll hindrade dem från att ha fysisk kontakt med barn, jämfört med föräldrar, vårdare och andra yrkesgrupper inom sjukvården. De ansåg att denna professionella gräns var särskilt bevarad när det gällde ineliggande patienter. Ett yngre barn ansågs vara mer troligt att få ta del av och få nytta av fysisk kontakt. Att närma sig tonåringar kändes generellt sett mer obehagligt, t.ex. eftersom detta skulle kunna uppfattas som ett sexuellt närmande. De intervjuade uttryckte särskilda förbehåll gentemot fysisk kontakt med barn som tidigare utsatts för fysiska eller sexuella övergrepp. Träning, utbildning och professionell erfarenhet identifierades vara det som påverkade respondenternas attityder mest. Respondenterna uppgav att fysisk kontakt skulle kunna misstolkas, särskilt sexuellt, med åtföljande risk för barnet och

psykiatrikern. Vissa psykiatriker framförde att fysisk kontakt skulle kunna vara förvirrande och eventuellt skadligt för barnet (Blower et al., 2006).

I en reviewstudie av McNeil-Haber (2004) fokuserar författaren på vilka etiska överväganden man måste göra i samband med icke-erotisk beröring i psykoterapi med barn. Eftersom barnet ibland inte kan välja om det vill gå i psykoterapi eller ej (föräldrarna eller psykoterapeuten bestämmer oftast det) är det extra viktigt för terapeuten att fundera över när fysisk beröring är lämplig och när det är olämpligt. För att undvika skada och använda beröring som ett sätt att främja utveckling, bör terapeuten, enligt McNeil-Haber hänsyn till ett antal riktlinjer och fråga sig själva några viktiga frågor innan den beslutar sig för att använda beröring i kontakten med ett barn:

1. Vems behov blir tillfredsställt av beröringen, barnets eller klinikerns? Det är alltid barnets behov som ska gå först.
2. Är det nödvändigt med beröring för att uppnå säkerhet för barnet? Är det några säkerhetsåtgärder som bör tas för att undvika en osäker situation?
3. Är det nödvändigt med beröring för att uppnå säkerhet för terapeuten? Om det är nödvändigt, a) följ föräldrarnas instruktioner om de är närvarande, och b) använd minsta möjliga tvång för att avstyra barnets attack.
4. Var tydlig med vilka personliga uppfattningar du har och vilken policy som finns på institutionen gällande beröring.
5. Ta barnets kultur och kön i beaktande innan beröring eftersom detta kan påverka hur barnet eller dess föräldrar upplever beröring.
6. Ta hänsyn till barnets diagnos, eventuell erfarenhet av misshandel och familjens erfarenhet av misshandel.
7. Var försiktig med att inte förstärka kulturella maktstrukturer.
8. Diskutera barnets upplevelser av beröring i terapi med honom/henne. Var uppmärksam på barnets kroppsspråk när det gäller beröring.
9. Diskutera beröring med föräldrarna.
10. Öva på att barnet ska kunna säga nej till beröring och berätta för sina föräldrar om beröring.
11. Använd informerat samtycke från föräldrarna och be om barnets samtycke.

12. Se till att ha en annan person, t.ex. en medarbetare eller förälder, i rummet vid de tillfällen be röring oftast förekommer.
13. Rådgör med andra professionella om att använda beröring inom terapi.
14. Dokumentera den terapeutiska beröringen. Använd dokumentationen som en möjlighet att på nytt gå igenom och utvärdera den beröring som uppstår i patientens terapi (McNeil-Haber 2004).

I en studie av Rae & Worchel som McNeil-Haber refererar till i sin studie, fick en grupp barnpsykologer besvara frågor om deras beteende och etiska ståndpunkt när det gällde att beröra sina klienter. Beteendena klassades på en skala från ett (aldrig) till fem (väldigt ofta). Kramar och pussar var de enda former av beröring som mättes. Fyrtiotvå procent av respondenterna uppgav att de *ibland* kramade ett barn, 21,9 % uppgav *sällan* och 13% uppgav att de *ganska ofta* kramade barnen. 92 % av respondenterna uppgav att de *aldrig* eller *sällan* pussade något barn, inga uppgav att de pussade barnen *ganska ofta* eller *väldigt ofta*. Respondenterna blev också tillfrågade om sin etiska ståndpunkt gällande att krama och pussa sina klienter (barn) i terapi. 81 % av de tillfrågade uppgav att de *obestridligen inte* eller under *sällsynta omständigheter* skulle pussa ett barn i terapi. När det gällde att krama ett barn, var uppfattningarna mer varierande. 21 % skulle krama ett barn under *sällsynta omständigheter* och 73,4 % under *många omständigheter* eller *obestridligen ja* (McNeil-Haber, 2004).

Problemformulering

Få studier är genomförda där fysisk kontakt mellan personal och barn undersöks. Det är ett komplext område där det inte finns några givna regler hur man ska hantera fysisk kontakt.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka vilka ställningstaganden till fysisk kontakt som omvårdnadspersonal, paramedicinsk personal och pedagoger inom barn och ungdomspsykiatri tar, utifrån en fiktiv fallstudie. Studien jämförde också om det är några skillnader i ställningstagande till fysisk kontakt beroende på personalens kön, psykoterapeutkompetens och yrkeskategori. Syftet var också att

beskriva hur deltagarna kommenterat sina ställningstaganden.

Frågeställningar

1. Vilka ställningstaganden till fysisk beröring inom barn- och ungdomspsykiatri tar personal inom disciplinen?
2. Skiljer sig ställningstagandet till fysisk beröring beroende på respondentens kön, om den är legitimerad terapeut eller ej och vilken yrkeskategori den tillhör?
3. Hur kommenterar respondenterna sina ställningstaganden till fysisk beröring?

METOD

Design

Designen är en deskriptiv och komparativ tvärsnittsstudie (Polit & Beck, 2004).

Urval och datainsamling

Studien är en fortsättning på en studie där en fiktiv fallbeskrivning tillsammans med ett frågeformulär (bilaga 1) skickades till svenska barn- och ungdomspsykiatriker år 2006 (Haglund K, et al., manus) Samma fallbeskrivning och frågeformulär har skickats ut till samtliga verksamhetschefer inom barn- och ungdomspsykiatri i Sverige våren 2007. Sammanlagt skickades 1372 frågeformulär ut.

Verksamhetscheferna vidarebefordrade fallbeskrivningen och frågeformuläret till all personal som arbetade inom BUP, utom till psykiatriker. Det är resultat från frågeformuläret, distribuerat 2007, som undersökts i denna studie. Formuläret besvarades anonymt av 626 personer. Varje frågeformulär har kodats med hjälp av en siffra. Inga påminnelser skickades ut. Formuläret var riktat till all personal som arbetade inom området utom läkare. Svarsfrekvensen uppgick till ca 45,5 %, givet att alla formulär delades ut. En fjärdedel av de 626 besvarade enkäterna hade kommentarer varav tre fjärdedelar analyserades inom detta examensarbete.

Tillvägagångssätt

I denna studie har all personal utom läkare och psykiatriker, inom barn- och ungdomspsykiatri, fått möjlighet att besvara ett frågeformulär. Denna data, som insamlats av professor Lars von Knorrings forskargrupp, har tillhandahållits via institutionen för neuropsykiatri, Uppsala universitet.

Analys/tolkning

Tillvägagångssättet har varit att beskriva respondenternas könsfördelning, åldersfördelning samt uppdelning i olika yrkeskategorier. Svartsfördelningen på varje fråga har redovisats utan hänsyn till bakgrundsvariabler. Sedan har skillnader i svartsfördelning på de olika frågorna redovisats, beroende vilket kön och vilken yrkeskategori respondenterna tillhör samt om de är legitimerade psykoterapeuter eller ej. Signifikansnivån är minst fem procent. Slutligen har kommentarerna som respondenterna lämnat analyserats med hjälp av innehållsanalys

Deskriptiv statistik användes för att beskriva respondenternas ställningstagande till fysisk kontakt samt bakgrundsvariablerna. Icke parametrisk statistik, i form av Mann-Whitney test användes för att undersöka om det föreligger några skillnader i ställningstagande till fysisk kontakt mellan könen samt mellan legitimerade psykoterapeuter och övriga respondenter och Kruskal-Wallis test användes för att undersöka om det förlåg några skillnader i ställningstagande till fysisk kontakt mellan de olika yrkeskategorierna (Polit & Beck, 2004). Deltagarnas kommentarer till sina ställningstaganden analyserades med innehållsanalys, inspirerad av Graneheim och Lundman (2004). Denna analys går till så här:

1. Hela texten (analysenheten) läses igenom upprepade gånger för att man ska få en känsla för helheten.
2. Meningar eller fraser som innehåller information som är relevant för frågeställningen, plockas ut. Omgivande text måste tas med så att sammanhanget kvarstår. Dessa meningar eller fraser kallas meningsbärande enheter.
3. De meningsbärande enheterna kondenseras i syfte att korta ned texten men ändå behålla hela innehållet.

4. De kondenserade meningensenheterna kodas och grupperas i kategorier som återspeglar det centrala budskapet i kommentarerna. Dessa kategorier utgör det manifesta innehållet.
5. Slutligen kan man formulera teman, där det latent innehåll i intervjuerna framgår.

Etiska överväganden

När det gäller de etiska övervägandena för denna studie så skickades en ansökan om ändring av tidigare godkänd ansökan (diarienummer: 2006/232) in till Regionala etikprövningsnämnden i Uppsala 2007. Ändringen avsåg att få utöka urvalet. Ett rådgivande yttrande lämnades av etikprövningsnämnden. Nämnden hade ingen invändning avseende ändring av ansökan. Deltagandet är frivilligt, ifall det är någon som inte skulle vilja delta i studien. Det är ett fiktivt fall, vilket gör att inget barn som har kontakt med barn- och ungdomspsykiatri behöver känna sig orolig för att exponeras.

RESULTAT

Enkäten har besvarats av 626 personer. 20,7 % av dessa var män och 79,3 % var kvinnor. Åldersfördelningen sträckte sig från 25 år till 67 år, med en medelålder på 49 år. Fördelningen i yrkeskategorier var följande: psykologer: 39,1 %, kuratorer 28,8 %, sjuksköterskor 13,3 %, skötare 10,2 %, beteendevetare och konstterapeuter 3,9 %, legitimerade tvåstegsterapeuter 3,4 % samt pedagoger 1,2 %.

Ställningstaganden till fysisk kontakt

Nedan redovisas svarsfördelningen från enkäten (se bilaga):

På fråga ett (du lägger din hand på barnets arm) har respondenterna svarat som följer: 1,1 % mycket olämpligt, 10,7 % olämpligt, 52,9 % lämpligt samt 35,3 % mycket lämpligt. Fråga ett har ett internt bortfall på 9,1 %.

På fråga två (du lägger armen om barnet) har respondenterna svarat som följer: 4,8 % mycket olämpligt, 29,3 % olämpligt, 48,9 % lämpligt samt 17,1 % mycket lämpligt. Fråga två har ett internt bortfall på 9,4 %.

På fråga tre (du ger barnet en kram) har respondenterna svarat som följer: 13,2 % mycket olämpligt, 48,0 % olämpligt, 31,8 % lämpligt samt 7 % mycket lämpligt. Fråga tre har ett internt bortfall på 10,5 %.

På fråga fyra (du rör inte barnet överhuvudtaget) har respondenterna svarat som följer: 24,9 % mycket olämpligt, 42,6 % olämpligt, 28,4 % lämpligt samt 4,1 % mycket lämpligt. Fråga fyra har ett internt bortfall på 10,7 %.

På fråga fem (vad skulle du göra?) har respondenterna svarat som följer: 0,2 % skulle göra ingenting, 4,6 % skulle ropa på henne, 29,4 % skulle följa efter henne, 65,3 % skulle hålla fast henne samt 0,5 % skulle be någon annan hålla fast henne. Fråga fem har ett internt bortfall på 8,8 %.

På fråga sex (skulle du vara mer benägen att hålla fast henne om hon var inneliggande?) har respondenterna svarat som följer: 21 % mer benägen, 75,1 % precis lika benägen/obenägen samt 3,1 % mindre benägen. Fråga sex har ett internt bortfall på 8,3 %.

Ställningstagande till fysisk beröring beroende på respondentens kön, yrkeskategori och om den är legitimerad terapeut eller ej

Vid en jämförelse om det är någon skillnad i hur respondenterna besvarat frågorna, beroende på vilket kön de tillhör, visades följande resultat: kvinnor var signifikant mer benägna att lägga handen på barnets arm jämfört med män ($p=0,007$). Kvinnor var också signifikant mer benägna att lägga armen om barnet jämfört med män ($p=0,008$). Svaren på övriga frågor hade ingen signifikant skillnad när man jämförde mäns och kvinnors svar. Se tabell 1 nedan:

Tabell 1

	Fråga 1	Fråga 2
Kvinnor jämfört med män	P=0,007	P=0,008
	Kvinnor: Mean	Kvinnor: Mean
	Rank=298	Rank=291
	Män: Mean	Män: Mean
	Rank=250	Rank=250

Mann-Whitney u test

Vid en jämförelse om det var någon skillnad i hur respondenterna besvarade frågorna, beroende på vilken yrkeskategori de tillhör, visades följande resultat: sjuksköterskor var signifikant mer benägna att lägga armen om barnet jämfört med psykologer ($p=0,001$) och kuratorer ($p=0,003$). Sjuksköterskor var signifikant mer benägna att ge barnet en kram jämfört med psykologer ($p=0,003$). Övriga beteendevetare och konstpedagoger var signifikant mer benägna att ge barnet en kram jämfört med psykologer ($p=0,046$). Psykologer ansåg att det var signifikant mer olämpligt att röra barnet överhuvudtaget jämfört med sjuksköterskor ($p=0,001$) och skötare ($p=0,011$). Övriga frågor skiljde sig inte åt mellan yrkeskategorierna. Se tabell 2 nedan:

Tabell 2

	Fråga 2	Fråga 3	Fråga 4
Sjuksköterskor jämfört med psykologer	P=0,001	P=0,003	P=0,001
Sjuksköterskor jämfört med kuratorer	P=0,003	P=0,180	P=0,091
Övriga beteendevetare och konstpedagoger jämfört med psykologer	P=0,224	P=0,046.	P=0,587
Psykologer jämfört med skötare	P=0,370.	P=0,124	P=0,011

Kruskal-Wallis test

Vid en jämförelse av ställningstagande till fysisk beröring beroende på om respondenterna var legitimerade psykoterapeuter eller ej framkom följande resultat: De som inte var legitimerade psykoterapeuter var signifikant mer benägna att lägga armen om barnet jämfört med legitimerade psykoterapeuter ($p=0,027$). De som inte var legitimerade psykoterapeuter var signifikant mer benägna att ge barnet en kram jämfört med legitimerade psykoterapeuter ($p=0,003$). Legitimerade psykoterapeuter

ansåg att det var signifikant mer olämpligt att röra barnet överhuvudtaget jämfört med de som inte är legitimerade psykoterapeuter ($p=0,014$). Övriga frågor skilde sig inte åt beroende på om det var legitimerade psykoterapeuter eller ej. Se tabell 3 nedan:

Tabell 3

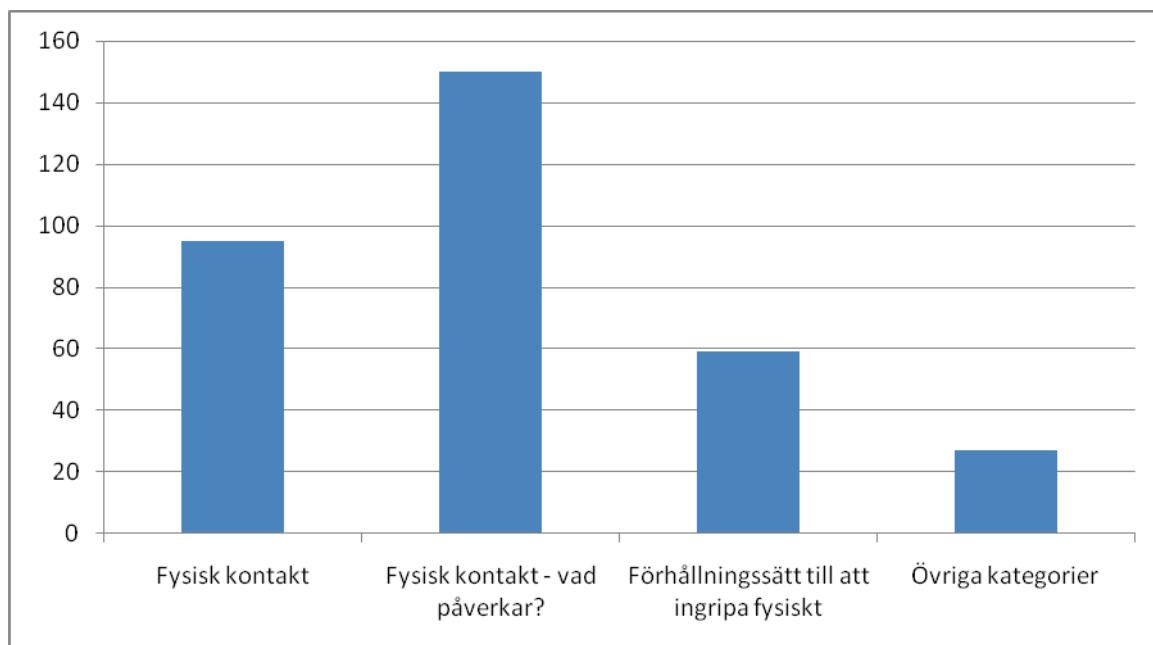
	Fråga 2	Fråga 3	Fråga 4
Respondenter som inte är legitimerade psykoterapeuter jämfört med legitimerade psykoterapeuter	P=0,027	P=0,003	P=0,014
	Leg: Mean	Leg: Mean	Leg: Mean
	Rank=237	Rank=228	Rank=245
	Ej leg: Mean	Ej leg: Mean	Ej leg: Mean
	Rank=267	Rank=267	Rank= 279

Mann-Whitney u test

Kommentarer – respondenternas ställningstagande till fysisk kontakt

Respondenterna har haft möjlighet att skriva kommentarer. Kommentarer från 167 respondenter har analyserats. Kommentarer har delats in i 16 olika kategorier Dessa kategorier har i sin tur grupperats i fyra större temagrupper. Fyra av kategorierna återfinns i temagruppen ”Fysisk kontakt?” som tar upp vad som vad man har för inställning till fysisk kontakt med barnet. Fem av kategorierna återfinns i temagruppen ”Fysisk kontakt – vad påverkar?” som tar upp vad som påverkar om/i vilken utsträckning man ger fysisk kontakt till barnet. Fem av kategorierna återfinns i temagruppen ”Förhållningssätt till att ingripa fysiskt” som tar upp vilket förhållningssätt man har till att ingripa fysiskt när barnet rusar ut mot gatan. . Två kommentarer passar inte in i någon av dessa övergripande kategorier och hamnar därmed i temagruppen ”Övriga kommentarer”. Se diagram 1 på nästa sida:

Diagram 1. Svarsfördelning uppdelat i de fyra temagrupper som urskiljts. Siffrorna till vänster anger antal personer som angett kommentarer inom respektive grupp.



Kategoribeskrivningarna illustreras med citat och diagram (nr 2) visas på sid 21, efter sammanställningen.

Sammanställningen på kommentarerna ser ut som följer:

Fysisk kontakt

1. Utbildning om fysisk kontakt.

Kategorin beskriver huruvida fysisk kontakt behandlats under utbildningen eller ej.

Citat: *”Det jag lärde mig under grundutbildningen, som var psykoanalytiskt inriktad har jag lämnat – att inte ens ta i hand eftersom patienten kan få för mycket information om terapeutens känsloläge” (nr 130, kvinna, kurator, leg. psykoterapeut med psykodynamisk inriktning).*

2. Tveksamhet till fysisk kontakt.

Kategorin beskriver att det finns en viss tveksamhet eller försiktighet till att använda fysisk kontakt i sitt yrkesutövande. Citat: *”I detta fall som här beskrivs skulle jag främst låta flickan få sörja eftersom hon redan kunnat verbalisera vad hon saknar. Om jag i det läget ger fysisk beröring kan det stoppa sorgen om man skulle försöka ge det hon saknar” (nr 127, man, psykolog) och ”Som generell regel vill jag dock rekommendera försiktighet och lyhördhet, inte att man bör kramas*

vilket ofta kan få negativa följder” (nr 165, man, psykolog, leg. psykoterapeut med psykodynamisk inriktning).

3. Fysisk kontakt bra.

Kategorin beskriver att respondenterna har en inställning till att det är positivt med fysisk kontakt i sitt yrkesutövande. Citat: *”Ett varmt, empatiskt, sunt förhållningssätt är för mig en självklarhet. Fysisk beröring kan vara ett sätt att visa deltagande, empati utan att för den skull bli för nära. Alla kan väl behöva en kram ibland” (nr 42, kvinna, kurator, familjeterapeut) och ” Fysisk kontakt är mer naturlig och självklar med små barn. Med tonåringar och vuxna känns det i rummet vad som är lämpligt” (nr 56, kvinna, kurator).*

4. Hänvisning till anhöriga.

Kategorin beskriver funderingar huruvida det finns anhöriga medverkande i mötet med barnet och att de i sådana fall borde ge barnet fysisk kontakt. Citat: *”För det mesta har jag minst en vårdnadshavare i rummet med barnet och ser till att*

föräldern ger fysisk kontakt vilket de oftast ger utan vidare” (nr 128, kvinna, psykolog, leg. psykoterapeut med inriktning familjeterapi) och ”Av fallbeskrivningen framgår inte om terapeuten är ensam med barnet eller om annan anhörig finns med i rummet. Om anhörig finns med skulle jag sannolikt inte ta initiativ till fysisk kontakt” ” (nr 29, kvinna, psykolog, leg. psykoterapeut med psykodynamisk inriktning).

Fysisk kontakt – vad påverkar?

5. Fysisk kontakt beroende på ålder och kön.

Kategorin beskriver att det beror på barnets ålder eller barnets/behandlarens kön huruvida det är lämpligt med fysisk kontakt. Citat: *”Jag tänker att det har att göra med en massa saker, behandlarens kön, barnets beteende i övrigt och vilken kontakt man fått. Barnets ålder är central också, jag skulle vara mer restriktiv med ett äldre barn” (nr 100, kvinna, psykolog) och ”Det är svårt att generellt prata om olämpligt/ lämpligt då situationen även bestäms av relationen. För min del har även barnets kön och ålder stor betydelse” (nr 145, man, kurator).*

6. Fysisk kontakt - barnets beteende, reaktion eller önskan och initiativ.

Kategorin beskriver att det beror på barnets beteende, reaktion eller önskan och

initiativ huruvida det är lämpligt med fysisk kontakt. Citat: *"Om barnet initierar att hon vill bli omkramad eller omhållen så är det lämpligt. Om barnet inte visar att hon vill det så är det olämpligt"* (nr 89, kvinna, psykolog) och *"Hur den fysiska kontakten ser ut beror på flickans reaktioner. Som terapeut är man lyhörd för patientens behov, iakttar patienten, lyssnar in"* (nr 368, kvinna, kurator).

7. Fysisk kontakt beroende på barnet och dess bakgrund.

Kategorin beskriver att det beror på hur respondenterna upplever barnet och dess bakgrund, huruvida det är lämpligt med fysisk kontakt eller ej. Citat: *"Det finns inga givna svar på dessa frågor pga. Att varje individ/familj är speciell/ unik. Det är skillnad på ett sexårigt barn och en tonåring. Vilken familjekultur kommer barnet ifrån? Vilka svårigheter har barnet?"* (nr 133, kvinna, skötare) och *"Det handlar också om barnets personlighet som du efter tre samtal bör ha en viss uppfattning om"* (nr 383, kvinna, sjuksköterska).

8. Fysisk kontakt beroende på situation och kontakt.

Kategorin beskriver att det beror på hur situationen ser ut och vilken kontakt de fått med barnet, huruvida det är lämpligt med fysisk kontakt. Citat: *"Mycket beror på här och nu situation i fall man har fysisk kontakt med barn/ungdom"* (nr 308, man, skötare) och *"Flera alternativa svar kan passa, beroende på situation i övrigt och upplevelse av och bedömning av relationen till flickan"* (nr 23, man, psykolog).

9. Fysisk kontakt - behandlarens intuition, erfarenhet och förhållningssätt.

Kategorin beskriver att behandlarens intuition, erfarenhet och förhållningssätt påverkar i vilken utsträckning de ger fysisk kontakt. Citat: *"Om jag fått frågan vid början av min yrkesvana hade svaret möjligen sett annorlunda ut. Jag tror egentligen att det är viktigt att hela tiden ha en medvetenhet om att och varför man gör på ett visst sätt"* (nr 64, kvinna, psykolog, leg. psykoterapeut med psykodynamisk inriktning) och *"Det finns en intuitiv aspekt i detta med fysisk beröring som avgör vad jag gör. Det är viktigt att sätta ord på saker som sker om jag känner att barnet reagerar negativt. Ta reda på vad barnet reagerade på. Det är också viktigt att du är sann själv, ligger det inte naturligt till för dig tror jag inte du ska använda fysisk beröring. Det är då fullt möjligt att ge värme och medkänsla med ord och närvaro"* (nr 383, kvinna, sjuksköterska).

Förhållningssätt till att ingripa fysiskt

10. Hålla fast flickan

Kategorin beskriver att respondenterna skulle hålla fast flickan för att skydda henne från att springa ut i gatan. Citat: *”Med tanke på åldern skulle jag hålla fast. Det handlar ju om att skydda/ avvärja farlig situation”* (nr 376, kvinna, psykolog) och *”Eftersom det finns en risk att hon blir påkörd skulle jag hålla i henne. I ett annat läge där det inte är risk för hennes liv skulle jag vara mera försiktigt då hon inte är inlagd”* (nr 30, kvinna, skötare).

11. Följa efter, hindra eller beakta säkerheten främst.

Kategorin beskriver att respondenterna antingen skulle följa efter eller hindra flickan från att springa ut i gatan, att de ser till säkerheten i första hand. Citat: *”Jag skulle inte hålla fast henne, men följa med henne om hon sprang ut på gatan p.g.a. säkerhetskäl”* (nr 111, kvinna, psykolog) och *”Alltid stoppa barn så att det inte gör sig illa. Kalla först, räcker det ej, handla, och då frågar jag inte om lov utan säger att jag är vuxen och skall skydda henne från att göra sig illa”* (nr 169, kvinna, socionom).

12. Anhörig gripa in.

Kategorin beskriver att respondenterna anser att en anhörig ska gripa in när flickan vill rusa ut mot den trafikerade gatan. Citat: *”Jag uppmanar föräldern att agera och hålla fast barnet, men om det inte finns föräldrar med skulle jag självklart stoppa barnet att göra sig illa eller hindra att barnet blir överkörd”* (nr 128, kvinna, psykolog).

13. Inte hålla fast flickan.

Kategorin beskriver att respondenterna inte skulle hålla fast flickan för att hindra henne från att springa ut i gatan. Citat: *”I detta fall tror jag ett en hand på hennes arm ger ökad tillit men att hålla fast skulle vara att gå över en gräns”* (nr 174, kvinna, psykolog).

14. Följa intuitionen.

Kategorin beskriver att respondenten följer sin intuition när det gäller situationen där flickan tänker springa ut mot en trafikerad gata. Citat: *”Jag gör det som intuitivt känns bäst och handlar utifrån att trygga och tänka på säkerheten framför allt”* (nr 131, kvinna, psykolog).

Övriga kommentarer

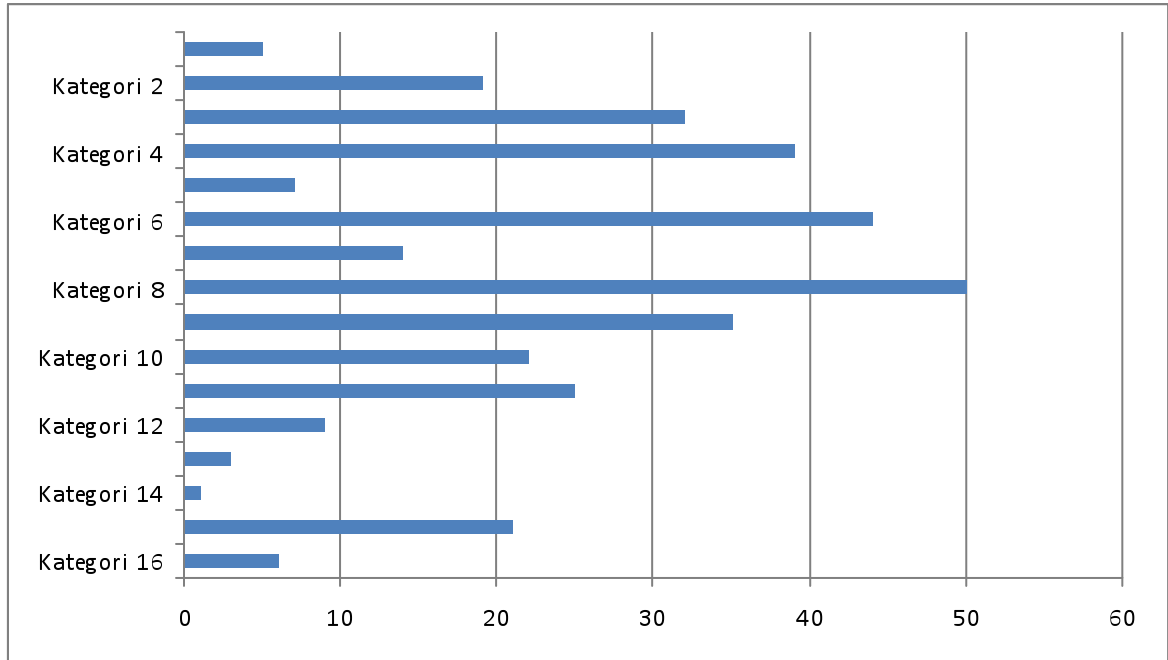
15. Svårt att besvara.

Kategorin beskriver att enkäten upplevdes som svår att besvara. Citat: *”Det är inte möjligt att svara på frågorna utan att först veta hur ofta vi har träffats eller om föräldrarna är med i rummet och hur flickan själv degraderar sig”* (nr 102, kvinna, psykolog) och *”Inte så enkelt att besvara frågor, utan frågorna borde vara mera detaljerade! Bl.a. vem som är närvarande vid det aktuella testet”* (nr 138, kvinna, psykolog).

16. Behandlaren ej ett föräldrasubstitut

Kategorin beskriver att behandlaren inte ska försöka ersätta förälderns roll. Citat: *”Tröst bör hon få av närstående, om terapeuten ger det kan förhoppningen väckas om att denne/denna ska ersätta modern”* (nr 329, kvinna, psykolog) och *”En behandlare kan inte ersätta mammans kramar, men visa sympati”* (nr 345, kvinna, psykolog).

Diagram 2. Svarsfördelning i antal personer, fördelat i de olika kategorierna.



Om man delar upp kommentarerna i de fyra temagrupper som urskiljs, blir resultatet som följer:

- Nittiofem personer har gett kommentarer inom området *fysisk kontakt*. Kategori 1-4.

- Hundrafemtio personer har gett kommentarer inom området *fysisk kontakt – vad påverkar?* Kategori 5-9.

- Femtionio personer har gett kommentarer inom området *förhållningssätt till barnet när det springer ut mot en trafikerad gata*. Kategori 10-14.

Tjugosju personer har gett kommentarer inom området *övriga kategorier* Kategori 15-16.

DISKUSSION

Detta är en kvalitativ och kvantitativ tvärsnittsstudie med en deskriptiv och komparativ design. Syftet med studien var att undersöka vilka ställningstaganden till fysisk kontakt som personal inom barn- och ungdomspsykiatri gjorde, utifrån en fiktiv fallstudie. Syftet var också att jämföra om det är några skillnader i ställningstagande till fysisk kontakt beroende på personalens kön, psykoterapeutkompetens och yrkeskategori samt att beskriva hur deltagarna kommenterat sina ställningstaganden. Resultatet visade att kvinnor är mer positiva till fysisk kontakt jämfört med män, att sjuksköterskor är mer positiva till fysisk beröring jämfört med psykologer, att personal som inte är legitimerade psykoterapeuter är mer positiva till fysisk beröring jämfört med legitimerade psykoterapeuter.

Respondenterna ansåg att det finns många olika faktorer som påverkar om/i vilken utsträckning man bör ge fysisk kontakt till ett barn och de anser att det är svårt att avgöra detta utan tillräcklig information om barnet och situationen. Respondenterna lämnade kommentarer till enkäten. Dessa har fördelades i fyra temagrupper. Nittiofem personer har gett kommentarer inom temagruppen *fysisk kontakt*, 150 personer inom temagruppen *fysisk kontakt – vad påverkar?* 59 personer har gett kommentarer inom temagruppen *förhållningssätt till att ingripa fysiskt* och 27 personer inom temagruppen *övriga kategorier*.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka vilka ställningstaganden till fysisk kontakt som personal inom barn- och ungdomspsykiatri tar, utifrån en fiktiv fallstudie. Syftet var också att jämföra om det är några skillnader i ställningstagande till fysisk kontakt beroende på personalens kön, psykoterapeutkompetens och yrkeskategori samt att beskriva hur deltagarna kommenterade sina ställningstaganden. När det gäller ställningstagande till fysisk kontakt kom denna studie fram till att 88,2 % av den personal som besvarat frågeformuläret tycker att det är lämpligt att lägga handen på flickans arm (efter informationen i fallbeskrivningen i frågeformuläret), 66 % tycker att det är lämpligt att lägga armen om barnet medan bara 38,8 % tycker att det är lämpligt att krama barnet. Att inte röra flickan alls tycker 32,5 % av respondenterna är lämpligt. Av detta tycker jag att man kan dra slutsatsen att den personal inom BUP, som besvarat denna enkät, har

en generellt sett, positiv inställning till fysisk kontakt men att stödet för fysisk kontakt minskar ju mer närgången den fysiska kontakten blir. Om man jämför med den engelska studien som det refereras till i inledningen (Blower et al., 2006) har de fått fram följande resultat: 70 % tycker att det är lämpligt att lägga handen på armen och 74 % tycker att det är lämpligt att inte röra flickan alls. Det skiljer sig en hel del från denna studie. Hela 18,2 procentenheter fler av de svenska respondenterna anser att det är lämpligt att lägga handen på barnets arm. När det gäller lämpligheten att röra flickan överhuvudtaget, skiljer det 41,5 procentenheter, då 32,5 % av svenskarna tycker att man inte borde röra flickan alls mot engelsmännens 74 %. Skillnaderna mellan länderna är alltså väldigt stora. En orsak kan vara att deras studie bara har tillfrågat psykiatriker. Eftersom denna studie inte inkluderar psykiatriker är det inte meningsfullt att dra några större slutsatser.

När det gäller frågan om att hålla fast flickan för att hindra henne från att springa ut mot gatan svarade 65,3 % (i den här studien) att de skulle hålla fast henne. Det är en ganska hög siffra som kan tyda på att personalen verkar känna ett stort ansvar för barnets säkerhet. För 75,1 % av respondenterna spelar det ingen roll om flickan är inneliggande eller ej, de skulle vara lika benägna att hålla fast henne oavsett. 21,8 % av de tillfrågade svarade däremot att de skulle vara mer benägna att hålla fast flickan om hon var inneliggande. Att så många som drygt var femte skulle vara mer benägna att hålla fast flickan om hon var inneliggande tror undertecknad kan bero på att de skulle känna ett större ansvar för att det inte händer flickan något om hon var inlagd på avdelning. I annat fall tycker de kanske att vårdnadshavaren har det största huvudansvaret.

När det gäller frågan om könsskillnaderna har påverkat inställningen till fysisk kontakt så framkom att kvinnorna var signifikant mer benägna att lägga handen på barnets arm och att lägga armen om barnet jämfört med männen. Detta kan man tycka var väntat, enligt den uppfattning som gemene man brukar ha om kvinnors och mäns inställning till närhet (författarens kommentar). I den engelska studien från 2006 (Blower et al.) så var resultatet däremot att männen var mer benägna att ge fysisk kontakt jämfört med kvinnor. I Cowens studie (1983) å sin sida, var det vanligare att kvinnor gav fysisk kontakt jämför med män. Det vanliga är dock att anta att kvinnor generellt sett brukar ha en mjukare inställning till fysisk kontakt.

När det gäller yrkeskategoriernas inställning till fysisk kontakt, så visade denna

studie att sjuksköterskor verkar vara den yrkeskategori som har den mest positiva inställningen till fysisk kontakt och att psykologerna verkar vara de som har den minst positiva inställningen till fysisk kontakt. Detta resultat tycker jag är väldigt intressant. Kan det bero på att psykologutbildningen fortfarande är väldigt psykoanalytiskt inriktad, med en viss skepsis till fysisk kontakt? Kan det bero på att psykologerna hellre vill använda sig av samtal för att komma nära patienten eller beror det på att psykologer anser att det är viktigare att analysera situationen och barnet ordentligt innan de ger fysisk kontakt? Funderingarna gäller också för sjuksköterskor, vad är orsaken till deras positiva inställning? Beror det på att sjuksköterskeutbildningen präglas av fokus på omvårdnad och närvaro och att sjuksköterskor är vana vid att beröra patienter, t.ex. vid blodprovstagnning, omläggningar och andra omvårdnadssituationer? Oavsett vilket så är det intressant att det skiljer sig så mycket åt mellan just dessa två yrkeskategorier. Inställningen till fysisk kontakt skiljer sig också åt mellan personal som inte är legitimerade psykoterapeuter och legitimerade psykoterapeuter. De som inte är legitimerade har en mer positiv syn på fysisk kontakt jämfört med de legitimerade terapeuterna. Att det skiljer sig så, kan ha sin naturliga förklaring i att de flesta som är legitimerade psykoterapeuter, även är psykologer och dessa har ju en mer negativ inställning till fysisk kontakt, åtminstone i jämförelse med sjuksköterskor (men även skötare i viss mån).

Om man ser på vilka kommentarer som respondenterna har gett så beskriver den största kategorin att *fysisk kontakt beror på situationen och vilken kontakt de får med barnet*. Den näst största kategorin beskriver att *fysisk kontakt beror på barnets beteende, reaktion och önskan/initiativ till fysisk kontakt*. Respondenterna verkar vilja betona att frågan om fysisk kontakt inte har något klart svar utan att det finns olika faktorer som påverkar lämpligheten att ha fysisk kontakt med ett barn. På tredje plats avseende kategoriernas storlek hamnar kategorin *hänvisning till anhöriga*. Många i personalen inom BUP tycker att det lämpligaste vore om föräldern (pappan i detta fall) eller annan anhörig kunde ge flickan fysisk kontakt och har funderingar på om flickan har föräldern med sig eller inte. Det vanliga inom barnpsykiatri är ju att barnet kommer med förälder eller annan vårdnadshavare, och i detta fall saknar respondenterna information om en förälder medverkar. Den åttonde största kategorin (av sexton) handlar just om att respondenterna har *svårt att besvara* frågeformuläret. De anser att det finns för lite bakgrundsinformation och att fallbeskrivningen inte är tillräckligt detaljerad. Även i kommentarer som återfinns i

andra kategorier så framkommer det att de skulle ha önskat mer information för att

kunna besvara formuläret på ett korrekt sätt. Detta kan ha påverkat studiens resultat. Respondenterna verkar ha tyckt att fallbeskrivningen har varit bristfällig och kan ha haft svårt att besvara frågorna på ett korrekt sätt p.g.a. detta. Det skulle kunna vara så att respondenterna har fyllt i de upplevda luckorna i fallbeskrivningen med information baserad på egna erfarenheter och eftersom alla har olika erfarenheter så skulle resultatet ha kunnat blivit missvisande.

Metoddiskussion

Detta är en relativt stor studie, där frågeformuläret skickades ut till samtliga av Sveriges verksamhetschefer inom barn- och ungdomspsykiatri. Verksamhetscheferna vidarebefordrade sedan frågeformulären till personal inom organisationen. Detta gör att man har kunnat nå många som arbetar inom BUP. Problemet är dock att det är svårt att veta exakt hur stor svarsfrekvens det varit eftersom det är okänt om hur många personer som varje enhetschef har vidarebefordrat frågeformuläret till. Att be verksamhetschefer redovisa detta, ansågs av forskargruppen som ett orealistiskt önskemål.

Studien har både kvantitativ och kvalitativ design. Beskrivande statistik användes för att beskriva respondenterna och för att beräkna hur fördelningen på de olika svarsalternativen har sett ut, totalt sett. När det gäller att analysera vilken inställning till fysisk kontakt som personalen inom BUP har och om inställningen skiljer sig åt mellan könen, olika yrkesgrupper och mellan legitimerade psykoterapeuter och de utan en sådan utbildning, användes icke-parametrisk statistik i form av Mann-Whitney-test och Kruskal-Wallis-test. Mann-Whitney-test användes för att jämföra skillnader mellan två populationer och Kruskal-Wallis-test användes för att jämföra skillnader mellan fler än två populationer. Gällande den kvalitativa delen, respondenternas kommentarer, har data bearbetats med innehållsanalys (Graneheim & Lundman 2004). Syftet med innehållsanalysen var inte att tolka texten, utan att sammanställa en text så ordnära data som möjligt, det vill säga manifest innehållsanalys. Emellertid finns risk för att resultatet ändå kan påverkas av författarens förförståelse, i detta fall som sjuksköterska inom barn- och ungdomspsykiatri.

Om man ska bedöma validitet och reliabilitet för den kvantitativa analysen i studien så finns det brister både vad gäller validiteten och reliabiliteten. Enligt mig som författare, brister validiteten i och med att fallbeskrivningen är alltför knapphändig. Respondenterna har för lite information för att ta grundade ställningstaganden till om beröring är lämpligt (detta framgår även i resultatdiskussionen). Dessutom är frågorna (enligt mig som författare) luddigt skrivna, vilket också framkom i vissa kommentarer. Det kan vara svårt att veta om respondenterna, i frågeformuläret, har besvarat vad de har för inställning till fysisk beröring eller om de har besvarat hur de själva skulle agera i situationen (det gäller fråga ett till fyra). Det är inte säkert att en person agerar enligt sin inställning till fysisk kontakt. Exempelvis kan en person vara positivt inställd till fysisk kontakt men kanske ändå inte ge så mycket fysisk kontakt själv, beroende på t.ex. osäkerhet eller rädsla för fysisk kontakt.

När det gäller reliabiliteten så finns det brister även där. Detta beror främst på att man inte vet vilka som har haft möjligheten att besvara frågeformuläret och att vissa frågor ansågs vara otydligt formulerade. Hur har verksamhetscheferna gått tillväga när de vidarebefordrat frågeformuläret till personalen? Har alla i personalen fått enkäten eller bara ett fåtal. Har viss personal av verksamhetscheferna medvetet valts ut för att besvara frågeformuläret. Det är svårt att beräkna bortfallet i och med detta. Det är också svårt att veta om det finns ett systematiskt bortfall eller om det är slumpmässigt. Detta påverkar studiens tillförlitlighet och det är svårt att veta om resultatet skulle bli detsamma om man upprepade studien, i och med att det kanske skulle vara en annan sammansättning på de respondenter som ingår i urvalet. Därmed är resultaten i denna studie inte så klara som de hade kunnat vara om reliabiliteten var högre. Reliabiliteten hade kunnat öka om en bortfallsanalys hade gjorts. Det tre år sedan frågeformuläret skickades ut och därmed är det svårt att följa upp detta och göra en bortfallsanalys. Anledning är att enkäten besvarades anonymt och att det inte heller framgick från vart i Sverige enkäterna besvarats.

Det vore intressant att se om resultaten som framkommit i denna studie skulle upprepas i kommande studier, där man har en högre validitet och reliabilitet. Det vore också intressant med en uppföljande studie som tog upp skillnaderna i inställning till fysisk kontakt, mellan sjuksköterskor och psykologer, för att ta reda på vad dessa skillnader kan bero på, eller om det bara är i just denna studie de är så tydliga.

Denna studie skulle kunna ha betydelse på så vis att man kastar ljus på fenomenet fysisk kontakt inom barn- och ungdomspsykiatri. Både de som söker vård inom barn- och ungdomspsykiatri och de som arbetar inom området kan ha nytta av att veta vilken inställning personalen har. För de sökande kan det vara intressant att veta vad de skulle kunna förvänta sig i bemötande från personalen och för personalen som arbetar inom området kan det vara intressant att veta vilken inställning personalen har i stort. Det är få studier som belyser detta ämne, men förhoppningsvis kan denna studie uppmuntra andra till att undersöka detta vidare. Att det är signifikanta skillnader i inställningen till fysisk kontakt mellan främst sjuksköterskor och psykologer kan vara betydelsefullt rent kliniskt. Det sätter fingret på att det är någonting som gör att yrkeskategorierna skiljer sig åt så pass mycket. Förhoppningsvis kan det ge upphov till diskussioner under utbildningarna (psykolog- och sjuksköterskeutbildningen) och på arbetsplatserna, varför det är så och om det finns ett behov av att omvärdera inställningen till fysisk kontakt inom respektive yrkesgrupp.

Denna studies slutsats är att kvinnor är mer positiva till fysisk kontakt med barn jämfört med män, att sjuksköterskor är mer positiva till fysisk beröring jämfört med psykologer, att respondenter som inte är legitimerade psykoterapeuter är mer positiva till fysisk beröring jämfört med legitimerade psykoterapeuter. Respondenterna anser att det finns många olika faktorer som påverkar om/i vilken utsträckning man bör ge fysisk kontakt till ett barn och att det är svårt att avgöra utan tillräcklig information om barnet och situationen.

REFERENSER

Bonitz V (2008), Use of physical touch in the "talking cure": a journey to the outskirts of psychotherapy (review), *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45:3

Blower A, Lander R, Crawford A, Elliot R, Mc Nulty C, Holmes C, Srireddy P (2006) , Views of childpsychiatrists on physical contact with patients, *British Journal of Psychiatry*, 188:5

Cowen E L, Weissberg R P, Lotyczewski B S, (1983) Physical contact in interactions between clinicians and young children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51:1

Dowdney L (2000), Childhood bereavement following parental death, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41:7

Dyregtov A (2007), *Sorg hos barn*, Studentlitteratur, Polen, 2007,

Gillberg C, Hellgren L (2000), *Barn- och ungdomspsykiatri*, Natur och kultur, Falköping, 2000

Graneheim, UH, Lundman, B (2004), Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24:2

Haglund K, Blower A, von Knorring A-L, von Knorring L, Minnis H, Views on physical contact with patients (manuskript)

Kirwin KM, Hamrin V (2005), Decreasing the risk of complicated bereavement and future psychiatric disorders in children, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18:2

Kranzler EM, Shaffer D, Wasserman G; Davies M (1990), Early childhood bereavement *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29:4

McNeil-Haber (2004), Ethical considerations in the use of nonerotic touch in psychotherapy with children *Ethics and behavior*, 14(2)

Merriam Webster OnLine. Tillgänglig februari 2010 via:

<http://www.merriam-webster.com/dictionary/TOUCH>

Polit D.F. & Beck, C.T. (2004), *Nursing research: principles and methods*, Lippincott Williams & Wilkins, 7 ed., Philadelphia

Psykologiguiden. Tillgänglig april 2010 via:

<http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=humanistisk+psykologi>

Salzmann-Erikson M, Eriksson H (2005), Encountering touch: A path to affinity in psychiatric care, *Issues in Mental Health Nursing*, 26:8

Socialstyrelsen a) (2009), *Barn och ungdomspsykiatrins metoder – en nationell inventering*, 2009-126-146

Socialstyrelsen b) (2009), *Barn- och ungdomspsykiatri - vård på olika villkor - Rapport från nationell tillsyn*, 2009-126-151

Bilaga 1

Fysisk kontakt inom barn och ungdomspsykiatri

Medarbetare inom barn och ungdomspsykiatri.

Du inbjuds härmed att delta i en studie som vi för närvarande genomför i samarbete med Universitetet i Glasgow. Det förväntas ta ca. 5 minuter att besvara den aktuella enkäten. Det vi är intresserade av är Dina åsikter om olika aspekter på fysisk kontakt inom barn och ungdomspsykiatri.

Vi räknar med att kunna publicera såväl data om svenska synpunkter som transkulturella jämförelser med brittiska medarbetare inom barn och ungdomspsykiatri.

Till höger finner Du en fallbeskrivning och på nästa sida några frågor, både om Dig själv och om Din syn på fallbeskrivningen. När Du besvarat frågorna är vi tacksamma om Du återsänder formuläret i bifogade, frankerade svarskuvert, helst omedelbart, men senast inom två veckor.

Vi genomför studien helt anonymt.

Tack för Din medverkan!

Vänliga hälsningar

Professor Anne-Liis von Knorring, Uppsala Universitet,
tel. 018-6112549, Anne-Liis.von_Knorring@BUPInst.uu.se

Professor Lars von Knorring, Uppsala Universitet,
tel.018-6115244

Adjunkt Kristina Haglund, Uppsala Universitet,
tel. 018-6115202

Ytterligare kommentarer

Skriv gärna kommentarer till Dina ställningstaganden med Dina egna ord.

Fallbeskrivning

Du har för fjärde gången kontakt med en 6 år gammal flicka som lider av ångest och depressionssymtom efter det att hennes mor plötsligt avlidit. Hon börjar gråta i samband med att hon, för första gången, berättar om hur mycket hon saknar sin mors kramar.

Var snäll och besvara nedanstående frågor genom att ringa in det som passar bäst:

1. Du lägger Din hand på barnets arm.

Mycket olämpligt Olämpligt Lämpligt Mycket lämpligt

2. Du lägger armen om barnet.

Mycket olämpligt Olämpligt Lämpligt Mycket lämpligt

3. Du ger barnet en kram

Mycket olämpligt Olämpligt Lämpligt Mycket lämpligt

4. Du rör inte barnet över huvud taget.

Mycket olämpligt Olämpligt Lämpligt Mycket lämpligt

Hon säger att "Du är värdelös!" och försöker springa ut från byggnaden mot en hårt trafikerad gata.

Uppgifter om Dig själv

Är Du Kvinna ____ Man ____

Hur gammal är Du? ____

Hur många år har Du arbetat i barn och ungdomspsykiatri? ____

Är Du?

Psykolog _____

Kurator _____

Sjuksköterska _____

Annan yrkeskategori. Vad? _____

Är Du legitimerad psykoterapeut? Ja ____ Nej ____

Om ja, vilken inriktning?

Huvudsakligen psykodynamisk? ____

Huvudsakligen kognitiv? ____

Huvudsakligen beteendeterapeutisk? ____

Annan inriktning? _____

Har Du under Din utbildning fått lära Dig hur Du skall

hantera fysisk kontakt med Dina patienter? Ja ____ Nej ____

Om ja - i grundutbildningen? ____

 i vidareutbildningen? ____

Händer det att Ni, inom personalgruppen, diskuterar

frågor om hur man skall hantera fysisk kontakt? Ja ____ Nej ____