



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Sykepleierens rolle og erfaringer i møte med barnemishandling og omsorgssvikt /The nurses role and experience in dealing with child abuse and neglect**

**Kandidatnr: 28**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 71**

**Molde, 31.05.2019**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

| Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| 1.  | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.  | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3.  | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <b>betrakte som fusk</b> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4.  | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5.  | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.  | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>   | <input checked="" type="checkbox"/> |

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja     nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja     nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja     nei

Dato: 31.05.2019

**Antall ord:**10995

**Forord**

«Du tenker kanskje: Hva kan én enkelt person gjøre?

La meg fortelle deg en historie som jeg husker fra min barndom:

Det hadde brutt ut en voldsom skogbrann.

Alle dyrene flyktet, også løven, skogens konge.

Plutselig så løven en bitte liten fugl som fløy rett mot brannen.

Han spurte: «Hva er det du gjør?»

Til løvens store overraskelse, svarte fuglen:

«Jeg er på vei til å slukke brannen».

Løven lo og sa:

«Hvordan kan du slukke brannen med bare en dråpe vann i nebbet?»

Fuglen stod steilt på sitt, og sa:

«Men jeg yter min skjerv.»

- *Kailash Satyarthi, fredsprisvinner 2014.*

(Thorkildsen 2015, 21)

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** I Norge er rundt 100 000 av én million barn utsatt for en form for skadelig omsorgssituasjon; vold, overgrep eller annen form for omsorgssvikt. Alle sykepleiere har ansvar for å beskytte disse barna, selv de sykepleierne som ikke jobber direkte med dem.

**Hensikt:** Hensikten med litteraturstudien var å belyse sykepleiernes rolle og deres erfaringer i arbeidet med å identifisere barn som lever i skadelige omsorgssituasjoner i nære relasjoner.

**Metode:** Litteraturstudien baserer seg på tre kvalitative originalartikler og sju kvantitative originalartikler.

**Resultat:** Flere sykepleiere gir uttrykk for usikkerhet knyttet til observasjon av og samtale med barn, samt arbeidet med å kartlegge og rapportere om mistenkelige funn.

Litteraturstudien avdekker at det i deler av helsevesenet er mangel på erkjennelse av og kunnskap om misbruk og omsorgssvikt i nære relasjoner, og det er lite tverrfaglig samarbeid i disse situasjonene. Ved hjelp av gode identifiseringsverktøy, bredere kunnskap på feltet, en gode rapporteringskultur og aktiv anvendelse av lover og retningslinjer, - viser litteraturstudien at sykepleiere kan være en sentral fagperson og bidra til å identifisere skadelige omsorgssituasjoner på en bedre måte.

**Konklusjon:** Studien konkluderer med at det er flere utfordringer sykepleiere kan møte på som blir en barriere for god identifiseringsarbeid og nødvendig rapportering i møte med risikoutsatte barn og familier. Sykepleiere kan med tilstrekkelig kunnskap, tverrfaglig samarbeid og erkjennelse over omfanget av hvor mange barn som er utsatt for en skadelig omsorgssituasjon, uansett hvilken arena de jobber på, være med på å forebygge og avdekke et voksende folkehelseproblem.

**Nøkkelord:** Barnemishandling, omsorgssvikt, sykepleierollen

## **Abstract**

**Background:** In Norway, around 100,000 of one million children are exposed to some form of harmful care situation; violence, abuse or other form of neglect. All nurses are responsible for protecting these children, even the nurses who do not work directly with them.

**Purpose:** My intention with this study was to accentuate the role of nurses and their experiences in the work of identifying children living in harmful care situations in close relations.

**Method:** The literature study is based on three qualitative and seven quantitative original articles.

**Results:** Several nurses express insecurity around the observation and conversation with children, as well as the work on mapping and reporting suspicious findings. The literature study reveals that in parts of the health service there is lack of recognition and knowledge of abuse and neglect in close relations, and there is also poor interdisciplinary cooperation in these situations. Using good identification tools, broader knowledge in the field, a good reporting culture, and active use of laws and guidelines, - the literature study shows that nurses can be a central professional and help to better identify harmful care situations.

**Conclusion:** The study concludes that nurses can face several challenges in identifying and reporting harmful care situations when meeting with vulnerable children and families. Through sufficient knowledge, recognition of the problem and interdisciplinary collaboration, no matter what arena they are working in, nurses can help prevent and uncover a growing public health issue.

**Keywords:** Child abuse, neglect, nursing role

## Innhold

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1.0</b> | <b>Innledning</b> .....  | <b>10</b> |
| 1.1        | Hensikt .....  | 10        |
| <b>2.0</b> | <b>Bakgrunnsteori</b> .....  | <b>11</b> |
| 2.1        | Skadelige omsorgssituasjoner .....   | 11        |
| 2.1.1      | Omsorgssvikt .....   | 11        |
| 2.1.2      | Fysisk mishandling .....   | 12        |
| 2.1.3      | Psykisk mishandling .....  | 12        |
| 2.1.4      | Seksuell mishandling .....   | 13        |
| 2.2        | Følger av skadelige omsorgssituasjoner .....                                 | 13        |
| 2.3        | Omsorg og relasjoner .....   | 14        |
| 2.4        | Sykepleieres rolle og ansvar .....   | 15        |
| 2.4.1      | FNs Barnekonvensjon .....  | 15        |
| 2.4.2      | Yrkesetiske retningslinjer .....   | 15        |
| 2.4.3      | Lovverk .....  | 16        |
| <b>3.0</b> | <b>Metodebeskrivelse</b> .....   | <b>17</b> |
| 3.1        | Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....                                    | 17        |
| 3.2        | PICO-skjema og søkeord .....   | 17        |
| 3.3        | Søkestrategi .....   | 18        |
| 3.4        | Kvalitetsvurdering .....   | 18        |
| 3.5        | Etisk hensyn .....   | 19        |
| 3.6        | Analyse .....  | 19        |
| <b>4.0</b> | <b>Resultat</b> .....  | <b>21</b> |
| 4.1        | Vansker knyttet til identifisering gjennom observasjon og samtale .....      | 21        |
| 4.2        | Vegring mot å kartlegge nære omsorgsrelasjoner i hjemmet .....               | 23        |
| 4.3        | Usikkerhet knyttet til å rapportere om skadelige omsorgssituasjoner .....    | 25        |
| 4.4        | Uvitenhet og unnlatelser knyttet til gjeldende lover og retningslinjer ..... | 26        |
| <b>5.0</b> | <b>Diskusjon</b> .....   | <b>28</b> |
| 5.1        | Metodediskusjon .....  | 28        |
| 5.1.1      | Datainnsamling og artikkelsøk .....  | 28        |
| 5.1.2      | Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....                                    | 28        |
| 5.1.3      | Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....                                    | 29        |
| 5.1.4      | Analyse .....  | 30        |
| 5.2        | Resultatdiskusjon .....  | 31        |



|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| 5.2.1      | Identifisering gjennom observasjon og samtale.....   | 31        |
| 5.2.2      | Kartlegging av nære omsorgsrelasjoner i hjemmet..... | 34        |
| 5.2.3      | Rapportere om skadelige omsorgssituasjoner.....      | 36        |
| 5.2.4      | Følge lover og retningslinjer i praksis.....         | 38        |
| <b>6.0</b> | <b>Konklusjon.....</b>                               | <b>40</b> |
|            | <b>Litteraturliste.....</b>                          | <b>42</b> |

**Vedlegg 1** - PICO-skjema

**Vedlegg 2** - Søkehistorikk

**Vedlegg 3** - Artikkelloversikt

**Vedlegg 4** - Tabell over funn fra analysen

## **1.0 Innledning**

I alle deler av Norge blir barn utsatt for omsorgssvikt, mishandling og vanskjøtsel, og utgjør dermed en stadig voksende gruppe i helsevesenet. En slik oppvekst, for den som er rammet, kan bli årsaken til en rekke samfunnsproblemer som; kriminalitet, rus, fattigdom, adferdsproblemer, selvmordsforsøk og selvmord. Omsorgssvikt blir derfor et folkehelseproblem, da dette ødelegger helse, skolegang, arbeidsliv og familierelasjoner, noe som igjen fører til samfunnsøkonomiske utfordringer (Thorkildsen 2015, 12).

Offentlig statistikk, fra 2003-2014, registrerte at cirka fire prosent av alle norske barn årlig mottar tiltak fra barnevernet (Statistisk sentralbyrå 2018). En nasjonal undersøkelse viser at 8,5 prosent av alle 16-17 åringer i Norge har opplevd en form for skadelig omsorgssituasjon i løpet av oppveksten. Når en sammenligner tall fra spesifikke undersøkelser og offentlig statistikk, er det avvik og dette indikerer at det er mørketall når det gjelder hvor mange som reelt utsettes for omsorgssvikt (Thorvaldsen og Kirchhoff 2018).

Alle sykepleiere har ansvar for å beskytte barn, selv sykepleiere som ikke jobber direkte med dem. Som sykepleier er det både lover og retningslinjer som forplikter, og som pålegger den enkelte til å melde fra om den bekymringen som en kjenner på (Dolonen 2016). Mitt valg av hensikt for oppgaven bygger på et ønske om å lære mer om dette temaet. Jeg fikk også en ny bevissthet omkring dette gjennom utdanningsforløpet, der det understrekes at alle sykepleiere plikter til å melde ifra om de har en bekymring for at et barn lever i en skadelig omsorgssituasjon. Pensumet i grunnutdanningen berører temaet lite, men det blir svært aktuelt for meg når jeg vet at jeg som ferdigutdannet sykepleier vil møte barn og familier, uansett på hvilken arena innen helsevesenet jeg velger å jobbe.

### **1.1 Hensikt**

Hensikten med litteraturstudien var å belyse sykepleiers rolle og erfaringer i arbeidet med å identifisere barn som lever i skadelige omsorgssituasjoner i nære relasjoner.

## 2.0 Bakgrunnsteori

I Norge er det ingen landsomfattende undersøkelse om skadelige omsorgssituasjoner, og tallene er uklare. Statistikk fra 2017 viser likevel at 55 697 barn og unge mellom 0-22 år fikk hjelp av barnevernet, hvor 60 prosent av disse mottok hjelpen i hjemmet (Bufdir 2018a). I et nyhetsoppslag fra 2014 blir det slått fast at av: «én million barn, blir 100 000 av dem utsatt for vold, overgrep eller annen form for omsorgssvikt» (Jensen 2014). Sammenlikner vi disse tallene kan vi tolke det slik at vi har flere tilfeller av omsorgssvikt som ikke blir avdekket. Vi står dermed overfor store mørketall, og mange barn får ikke hjelp og oppfølging.

Barn som blir utsatt for omsorgssvikt og mishandling utgjør ikke en homogen gruppe. Mindreårige som lever i skadelige omsorgssituasjoner utsettes ofte for flere former for overgrep. Dessverre er det gjerne et spørsmål om hvilken form for mishandling som til en hver tid er mest identifiserbar. De skadelige omsorgssituasjonene gjør seg ofte gjeldene i varierende grad, og går i praksis ofte over i hverandre (Killén 2004, 33). Barna opplever ofte kaos, utrygghet, likegyldighet, avvisning, invadering og direkte utnyttning i dagliglivet (Killén 2009, 13).

### 2.1 Skadelige omsorgssituasjoner

I litteraturen som omhandler skadelige omsorgssituasjoner differensieres tema oftest inn i fire grupper: omsorgssvikt, fysisk-, psykisk- og seksuell mishandling.

#### 2.1.1 Omsorgssvikt

Omsorgssvikt viser seg å være den vanligste formen for mishandling (Norsk helseinformatikk 2018a). Når barn utsettes for omsorgssvikt, innebærer dette en risiko for barnet og signaliserer også en manglene evne hos omsorgspersonene til å møte barnets basale behov. Dette blir synlig gjennom fysisk omsorgssvikt, emosjonell omsorgssvikt, sviktende utvikling og opplæring og/eller medisinsk omsorgssvikt (Kynø, Lindboe et. al 2015b). Fysisk omsorgssvikt innebærer at omsorgspersonene ikke ivaretar barnets grunnleggende behov (Norsk helseinformatikk 2018a), og kan også bety mangel på tilsyn, slik at barnet kan komme til skade (Kynø, Lindboe et. al 2015b). Ved emosjonell omsorgssvikt, er det mangel på kjærlighet, sikkerhet, ydmykhet, emosjonell hjelp og støtte

fra omsorgspersonene når barnet har behov for det. Sviktende opplæring og utvikling, er en form for omsorgssvikt som innebærer at barnet ikke blir fulgt opp i skolesammenheng, eller får dekket sine grunnleggende opplæringsbehov. Medisinsk omsorgssvikt vil innebære at omsorgspersonene avviser eller har forsinket kontakt med aktuelle helsetjenester (Norsk helseinformatikk 2018a). En oppvekst der barnet blir utsatt for omsorgssvikt, kan føre til alvorlig svekkelse av barnets utvikling og helse, enten det er bevisst eller ubevisst fra omsorgspersonene sin side (Kynø, Lindboe et. al 2015b).

### **2.1.2 Fysisk mishandling**

Fysisk mishandling gjelder handlinger som forårsaker smerte og fører til en midlertidig eller permanent skade på barnet (Dyb og Flekke 2016). De vanligste fysiske funnene av slik mishandling er; bloduttredelser, forbrenninger, brudd, bitt, hodeskader og mageskader (Kynø, Lindboe et. al 2015c). Andre funn som kan avdekkes er; mistenkelig brudd, netthinneblødning, sigarettmerker, indre skader eller subduralblødning i hjernen (Dyb og Flekke 2016). Det som ofte kjennetegner fysiske overgrep påført av omsorgspersoner, er at foreldre kontakter helsetjenesten sent. Det blir også ofte lagt skyld over på barnet, at barnet har vært uforsiktig, at barnet er sent utviklet eller at søsken står bak skaden. Forklaringene er ofte vage og urimelige, og ofte stemmer de ikke med de observasjonene og funnene som er gjort. Fysisk mishandling kan utøves på ulike måter som; slag, spark, klyping, lugging, biting, skålding, kasting og brenning (Kynø, Lindboe et. al 2015c). I de verste tilfellene kan fysisk mishandling ta form av forgiftning, drapsforsøk og drap. Slik mishandling fører ofte til permanente fysiske skader, samt arr og nevrologiske skader (Dyb og Flekke 2016).

### **2.1.3 Psykisk mishandling**

Psykisk mishandling er ofte vanskelig å oppdage, men fører ofte til at barnets psykologisk utvikling og modning skades. Ofte gjelder mishandlingen; avvisning, isolasjon, ignorering, terrorisering, at forsørger er utilgjengelig når barnet trenger hjelp, at omsorgspersonen narrer barnet eller har uakseptable forventninger og krav til barnet. Et gjenkjennelig adferdsmønster hos barnet kan være; sosial tilbaketrekking, uvanlig sterkt sinne eller aggresjon, mistriivsel, forsinket utvikling, spiseforstyrrelser og emosjonelle forstyrrelser (Kynø, Lindboe et, al 2015a). Å oppleve psykisk vold i barndommen kan gi alvorlige konsekvenser. Dette henger sammen med at hjemmet er barnets viktigste arena for utvikling og trygghet. Samtidig er tilknytning til omsorgsgiver et viktig fundament for den enkelte (Bufdir 2018b).

### **2.1.4 Seksuell mishandling**

Seksuell mishandling av barn er forhold der barn og ungdom blir involvert i seksuelle handlinger de ikke er modne for, ikke forstår eller samtykker til. Dersom overgriperen utnytter barnets avhengighet eller den posisjonen vedkommende har som omsorgsperson, kaller man det incest (Norsk helseinformatikk 2016). Det finnes tre undergrupper av seksuell mishandling: seksuell krenkende adferd, seksuell handling og seksuell omgang (Vandvik 2017). Seksuell krenkende adferd er ikke fysisk kontakt mellom overgriperen og barnet (Norsk helseinformatikk 2016), men barnet tvinges eller overtales til blotting, å se pornografi (Vandvik 2017), å godta verbal seksuell tilnærming og barnet kan tvinges til å være tilstede under seksuelle handlinger mellom andre (Norsk helseinformatikk 2016). Seksuelle handlinger er fysisk kontakt mellom overgriper og barnet. Handlingene kan omfatte at barnet må onanere overgriper eller omfatter beføling av barnets intime kroppsdel. Ved seksuell omgang, tvinges barnet til samleie eller samleieliknende handlinger (Norsk helseinformatikk 2016).

## **2.2 Følger av skadelige omsorgssituasjoner**

Skadelige omsorgssituasjoner har sjelden ett enkelt kjennetegn, men er ofte sammensatt av ulike faktorer (Killén 2004, 35) som gir like store konsekvenser for den fysiske helsen som den psykiske helsen (Bufdir 2018b). Skadelige omsorgssituasjoner kan blant annet føre til; angst, depresjon, psykosomatiske reaksjoner, avhengighetsproblemer, lav selvfølelse, lærevansker, utviklingsforsinkelser, hemmelighold over det som skjer i hjemmet og mangel på lojalitet hos de utsatte barna. Følger som tilknytningsproblemer, søvnvansker og aggresjon rammer enkelt barn, men disse følgene av skadelige omsorgssituasjoner blir gjerne feiltolket og behandlet som noe annet (Voksne for barn 2019).

Barn utsatt for omsorgssvikt og barnemishandling kan få psykiske og somatiske plager som; astma, fibromyalgi, kronisk bronkitt, angina pectoris, hjerteinfarkt, angst og depresjon (Bråthen 2016). Ifølge WHO kan omsorgssvikt og vold forårsake stress som en kan assosiere med skader i tidlig hjerneutvikling. Ekstremt stress kan hindre normal utvikling av immun- og nervesystemet (Thorkildsen 2015, 28). Utenom frykten og de fysiske skadene barna kan bli påført i voldssituasjoner, kan disse barna også få andre vedvarende helseplager. Vold kan gi barnet konsekvenser når det kommer til nevrologisk-,

kognitiv- og emosjonell- utvikling og psykisk helse generelt (Bufdir 2018b). Voldsutsatte barn viser seg også å ha større forbruk av ulike medisiner og helsetjenester, og både den fysiske- og psykisk helsen, viser seg å være generelt dårligere hos de voksne som ble utsatt for vold og omsorgssvikt som barn (Bråthen 2016).

Mange barn forteller ikke om mishandlingen når den pågår. Ifølge norske studier, tar det i snitt 17,2 år før personen som har vært utsatt for mishandling avslører dette til noen (Dybsland 2019, 29). Når barnet velger å ikke si ifra om sin egen livssituasjon, er det ofte mange ulike årsaker til dette, barnet; føler seg truet til å ikke fortelle, vil unngå å tenke på overgriperen, vet at lojalitet til overgriper vil bli brutt, frykter at det vil føre til krise i familien, er redd for å ikke bli trodd, forstått eller hjulpet, føler på skyld og skam, er redd for samfunnets fordommer rundt mishandling eller forstår ikke og mangler begreper som de ikke klarer å sette egne ord på (Dybsland 2019, 29-31).

## **2.3 Omsorg og relasjoner**

Ved å observere og analysere aktiviteten mellom barn og voksne i daglige situasjoner, kan vi få et inntrykk av relasjonens kvalitet. Hverdagen omfatter både fysisk og emosjonell omsorg, og det har vist seg at det er særlig den emosjonelle delen av omsorgen som påvirker relasjonskvaliteten mest. Den fysiske og emosjonelle omsorgen som gjentas overfor barnet vil skape forventninger som er knyttet til omsorgspersonens adferd overfor barnet (Drugli 2008, 29). Mor-barn-relasjonen har blitt sett på som den grunnleggende tilknytningsrelasjonen, og den danner derfor basismodell for de andre relasjonene som barnet inngår i. Dette bildet er ikke lenger så entydig. Vi har kunnskap om at spedbarn kan inngå i flere og ulike tilknytningsrelasjoner, selv om barnet knytter seg mest og lettest til den som viser størst sensitivitet overfor barnets behov. Det viser seg at barn profiterer mest på å ha en utviklingsfremmende og trygg relasjon til både mor, far og en eller flere profesjonelle (Drugli 2008, 30).

Ifølge Eriksons psykososiale utviklingsteori har barn fra 0-12 år behov for å bli møtt på sine behov og få mye positiv oppmerksomhet på sin aktivitet (0-1 år). Barnet har behov for å få fleksible og tilpassede forventninger og krav (1-3 år). Barnet trenger frihet til å utforske selv og svar på de spørsmålene en er nysgjerrig på om verden (3-6 år). Barnet har

behov for å få tilpassede oppgaver som barnet opplever å mestre (6-12 år) (Helgesen 2015, 158). Summen av dette er at en forutsetning for å skape positive relasjoner er at de voksne bryr seg om barna og at de viser interesse for hele barnet, noe som innebærer at de har fokus både på hjemmesituasjonen, fritiden og alle de rammebetingelsene som inngår i barnets liv (Drugli 2008, 30).

Tidlige negative erfaringer har ofte vist seg å få langsiktige virkninger for barn, fordi erfaringene kan være knyttet til flere hendelser som øker den negative påvirkningen barnet opplever. Omsorgssvikt i nære relasjoner er utfordrende, og for at en tidlig skal greie å finne ut om et barn er i risiko, krever det at den som skal hjelpe bryr seg om barnet (Drugli 2008, 26-27). «Vold i nære relasjoner» blir brukt når offeret og overgriper har en tilknytning til hverandre i form av familieband, eller at de på en annen måte betyr mye for hverandre i det daglige (Drammen kommune 2017).

## **2.4 Sykepleieres rolle og ansvar**

Norges lover, relevante konvensjoner og retningslinjer for yrke, regulerer det arbeidet som sykepleiere skal praktisere når barn har behov for hjelp.

### **2.4.1 FNs Barnekonvensjon**

FNs konvensjon om barnets rettigheter er en avtale mellom de fleste land i verden, og de 42 artiklene er en del av norsk lov (Barneombudet 2013). Barnekonvensjonen fremhever at barn har rett til å være trygge og ha det de trenger. Loven sier også at det er staten som har ansvaret for barna i landet, og skal forhindre utnyttning, mishandling og at barn har det vondt. FNs barnekonvensjon gjelder i alle situasjoner barn kan møte på, og gjelder for alle under 18 år (Unicef 2019).

### **2.4.2 Yrkesetiske retningslinjer**

Alle sykepleiere har et ansvar for å beskytte barn, også sykepleiere som ikke jobber direkte med barn (Dolonen 2016). Sykepleiere må også følge yrkesetiske retningslinjer, hvor det spesielt er to punkt som er viktig for å forebygge omsorgssvikt mot barn. Punkt 2.9: «sykepleiere har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse», og punkt 6.2:

«sykepleiere skal bidra aktivt for å møte sårbare grupperes spesielle behov for helse-og omsorgstjenester» (Norsk sykepleierforbund 2016).

### 2.4.3 Lovverk

Helsepersonell har et lovverk som pålegger alle til å ta ekstra hensyn til personvernet, i større grad enn det de fleste andre offentlige tjenester.

Helsepersonell har også bestemt autorisasjonsordning, som gjør at det stilles høyere krav til disse profesjonenes grunnarbeid før barneverntjenesten skal kobles inn (Drammen kommune 2017). Ifølge Helsepersonelloven skal likevel kapittel 5 §21 «Hovedregel om taushetsplikt» (1999), ikke være til hinder for Barnevernloven §6-4; «Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, skal uten hinder av taushetsplikt melde fra til barneverntjenesten uten ugrunnet opphold» (1992). Ifølge samme paragraf, skal opplysningsplikten gjelde for helsepersonell når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, eller det er alvorlige mangler ved omsorgen (1992). Opplysningsplikten er likevel bare begrenset til alvorlige tilfeller (Drammen kommune 2017). Etter pasient- og brukerrettighetsloven §3-6 skal helsepersonell gi informasjon om at opplysninger er gitt til barnevernet. Det kan unnlates å informere foreldre/pårørende om at opplysninger er videreformidlet, dersom en vurderer det slik at dette kan være til direkte skade for barnet (1999). Helsepersonell skal journalføre de forholdene som er lagt til grunn for at opplysningsplikten forelå overfor barneverntjenesten (Drammen kommune 2017).

Helsepersonelloven kapittel 6 §33 om «opplysningsplikt til barnevernet», omhandler at: «Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten» (1999). Helsepersonelloven kapittel 2 §4 om forsvarlighet påpeker at: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (1999). Dette viser at det er sykepleierrollen som definerer det ansvaret som følger med yrkesutøvelsen. Yrkesutøvelsen kan være knyttet til mange ulike arbeidsplasser, og det å identifisere disse barna inngår i sykepleierens mandat, selv om det ikke nødvendigvis er slik at barna har vist at de strever med noe (Drugli 2008).



### 3.0 Metodebeskrivelse

I kunnskapsbasert praksis er det viktig at en kommer med en tydelig og presis hensikt for litteraturstudien. Deretter må en finne frem til de kunnskapskildene som best kan bygge opp under denne (Helsebiblioteket 2018c).

### 3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I starten av datainnsamlingen valgte jeg å begrense databasesøkene ved å bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette hjalp meg til å presisere hvilke artikler jeg ønsket å finne. Kriteriene som er bruk er vist i Tabell 1.

| Inklusjonskriterier   | Eksklusjonskriterier  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Sykepleieperspektiv</li><li>• Artikler fra 2001 til 2019</li><li>• Fagfellevurderte originalartikler</li><li>• Språk: Engelsk, norsk, svensk og dansk</li><li>• Oppgaven omhandler barnemishandling og/eller omsorgssvikt</li><li>• Lokalisering: Vestlige land</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Artikler med kun pårørende- eller pasientperspektiv</li><li>• Artikler som ikke er fagfellevurdert</li><li>• Fagartikler, doktorgradsavhandlinger som er monografier og oversiktsartikler</li></ul> |

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

### 3.2 PICO-skjema og søkeord

Ved hjelp av verktøyet PICO, kan jeg finne de søkeordene som kan hjelpe meg til å søke etter den forskningen jeg ønsker skal belyse min hensikt, på en systematisk og god måte (Nylenna 2016). Siden jeg ikke skulle sammenlikne tiltak, har jeg valgt å bruke et PIO-skjema. Jeg har brukt norske og engelske søkeord, som er relevante for hensikten (Se Vedlegg 1). Søket mitt startet med de engelske ordene «child abuse» og «neglect», og de artiklene som kom opp henviste til andre aktuelle søkeord. I artikkelsøkene valgte jeg å bruke MESH-termer og trunkering for å utvide søkene, dette for å inkludere mest mulig relevante artikler.

### 3.3 Søkestrategi

Databasesøkene ble gjort gjennom Høgskolen i Molde sine nettsider, i bibliotekets databaser. Relevante databaser jeg benyttet var: ProQuest (Health research Premium collection), som omhandler flere databaser innen blant annet helse, medisin, sykepleie og psykologi. British nursing index dekker flere engelskspråklige sykepleietidsskrifter, og har et europeisk perspektiv på sykepleie. Science direct Journals, har tidsskrifter i fulltekst for alle fagområder, men jeg valgte ut «Journal and book title», hvor «child abuse and neglect» var et tema som var aktuelt for min studie. ProQuest MEDLINE har databaser innen medisin, sykepleier og andre helsefag, og denne databasen har referanser til flere internasjonale tidsskrifter (Høgskolen i Molde 2019a).

Oppgaven har som krav om å ha minst ti artikler, og jeg valgte til slutt å inkludere sju kvantitative originalartikler og tre kvalitative originalartikler (Eines 2018). Etter flere databasesøk fant jeg flere artikler som jeg så på relevante for oppgaven, men jeg fant ut at disse ikke var originalartikler, men doktoravhandlinger og review-artikler, som jeg derfor måtte ekskludere. Søkene for de ti inkluderte artiklene, vises i vedlegg 2, under søkehistorikk.

### 3.4 Kvalitetsvurdering

For at jeg kunne vurdere kvaliteten på de vitenskapelige artiklene jeg skulle ta i bruk, var det viktig å foreta en kritisk vurdering. Jeg har derfor valgt å ta i bruk sjekklister fra helsebiblioteket, for å lettere vurdere den metodiske kvaliteten på artiklene (Helsebiblioteket 2018a). Sjekklistene jeg har tatt i bruk er: «Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie» og «Sjekkliste for vurdering av prevalansstudie (Tversnittstudie, spørreundersøkelse, survey)» (Helsebiblioteket 2018b).. Disse dekker både de kvalitative og de kvantitative artiklene som jeg ønsket å kvalitetsvurdere.

Disse to sjekklistene stiller ulike spørsmål for å kvalitetssikre hvilke av artiklene jeg skulle anvende (Helsebiblioteket 2018a). Jeg valgte systematisk gjennomgang av artiklene som virket aktuelle, brukte kontrollspørsmålene fra sjekklistene og vurderte samtidig ut ifra mitt eget helhetsinntrykk. Jeg valgte å klassifisere artiklene som; god, middels eller dårlig,

hvor jeg ekskluderte alle artiklene som var middels og dårlig. De ti artiklene jeg sto igjen med til slutt, ble alle vurdert til å være gode.

Ved bruk av ORIA, som er en søkemotor som har tilgang til biblioteket ved Høgskolen i Molde sine samlede ressurser av artikler, tidsskrifter og bøker (Høgskolen i Molde 2019b), skrev jeg inn alle artikkeltitlene jeg hadde inkludert. Alle ti artiklene var fagfellevurdert og har et publiseringsnivå på 1 eller 2.

### **3.5 Etisk hensyn**

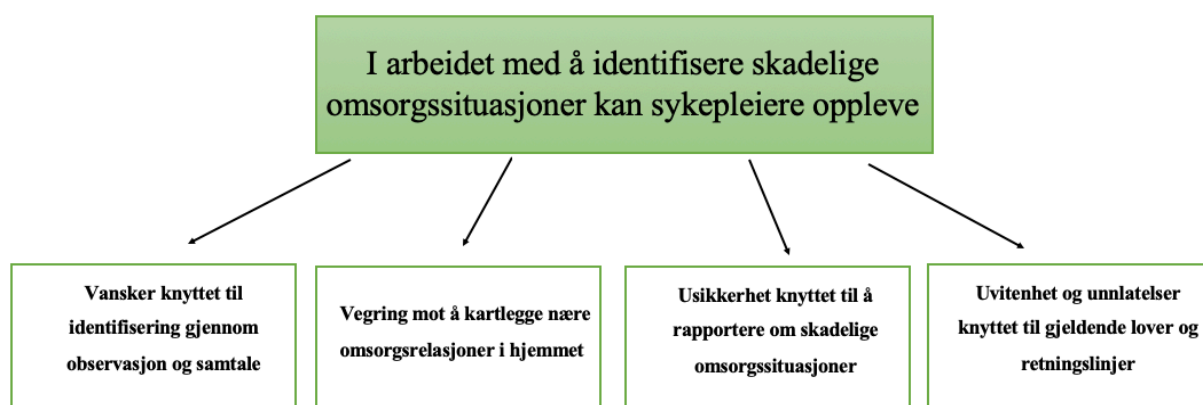
Ved å ta etiske hensyn, blir personvernet ivaretatt under hele undersøkelsesprosessen. Gjennom å foreta undersøkelser på andre mennesker, bør forskningen legge vekt på å informere om retten til samtykke og frivillighet, ta hensyn til hvem som egner seg for forskningen, samt å ivareta kravet om å bli korrekt gjengitt (Ruyter 2010). I alle artiklene er det tatt etiske hensyn i form av godkjenning gjennom etisk komité eller ved at tidsskriftet følger kritiske, etiske retningslinjer for publisering. I arbeid med å finne artiklene, har jeg bevisst valgt å inkludere flere artikler med ulike erfaringer og meninger fra sykepleiere. Min egen bevissthet omkring de etiske hensyn som må ligge til grunn når en jobber med et litteraturstudie ble større, gjennom arbeidet jeg har gjort.

### **3.6 Analyse**

Jeg valgte å analysere på tvers av kvantitative og kvalitative resultater. På denne måten kunne jeg sammenligne sykepleiernes meninger og erfaringer gjennom intervju, og også ta i bruk statistikk og tall gjennom kvantitative studier, som var gjort gjennom spørreundersøkelser via mail eller brev. Ved å analysere funn på denne måten, kunne jeg få et mer helhetlig bilde av sykepleierens holdninger til temaet jeg har tatt for meg.

Ved hjelp av Evans fire faser (2002), kunne jeg få god oversikt over artiklene på en strukturert og systematisk måte. Etter å ha tatt for meg de ulike artiklene, og fått oversikt over artiklenes innhold(fase 1), valgte jeg å belyse hovedfunnene fra alle artiklene for å danne meg et bilde av hvilken hensikt jeg hadde for litteraturstudien (fase 2). Etter å ha identifisert hovedfunnene, valgte jeg å sette opp et hovedtema som ivaretok det sykepleieperspektivet som litteraturstudien skal ha. Perspektivet ledet fram til fire tema, og

jeg kunne sette inn de ulike artiklene inn i flere underkategorier (fase 3) (Evans 2002). Ut fra funnene laget jeg et tankekart, der jeg skrev hovedtemaene og satte funnene under hvilken artikkel og i hvilke underkategori de passet inn. På denne måten fikk jeg en oversikt over hvilke funn som svarte på hvilket tema (fase 4) (Evans 2002). Dette gjorde det mer oversiktlig og ryddig å arbeide videre på tvers av artiklene, og alle artiklene ble representert i to eller flere underkategorier. Etter dette utarbeidet jeg et tematiske oversiktskart (Se figur 1).



Figur 1: Tematisk oversiktskart

## 4.0 Resultat

Litteraturstudien viste at sykepleiere erfarte ulike utfordringer knyttet til fire tema i arbeidet med å identifisere skadelige omsorgssituasjoner: observasjoner og samtaler, kartlegging, rapportering, samt anvendelse av gjeldende lovverk og retningslinjer. Studien vil også belyse hvilken kunnskap og hjelpemidler noen sykepleiere benytter seg av, slik at de ikke opplevde møte med disse barna og familiene like utfordrende.

### 4.1 Vansker knyttet til identifisering gjennom observasjon og samtale

For å bruke observasjon og samtale aktivt og bevisst i arbeidet med å identifisere de barna som lever i skadelige omsorgssituasjoner i nære relasjoner, viser litteraturstudien at det er viktig med gode identifiseringsverktøy (Tiyyagura et al. 2015, Bryant et al. 2016, Fraser et al. 2009, Paavilainen et al. 2014, Pabis et al. 2010, Paavilainen og Tarkka 2003). En artikkel fremhever også at: “Nurses play an important role in recognition and responding to domestic abuse” (Bradbury-Jones 2015, 43). Ved å observere familien vil sykepleiere kunne identifisere den tilknytningen som er mellom barnet og omsorgspersonene. Samtalen vil være sentral med tanke på å kartlegge de underliggende problemene og utfordringene som eventuelt finnes (Bryant et al. 2016). Litteraturstudien viser at sykepleiere har en avgjørende rolle med tanke på å gjenkjenne og reagere på relasjoner der det fremkommer misbruk (Bryant et al. 2016, Bradbury-Jones 2015). Sykepleierne gir uttrykk for usikkerhet og at det å håndtere egne observasjoner er en utfordring (Tiyyagura et al. 2015, Lagerberg 2001, Bradbury-Jones 2015). Det er også utfordrende å være den voksne som møter de barna som lever med risiko for omsorgssvikt (Bradbury-Jones 2015).

Krevende arbeidssituasjoner på daglig basis og lite tid til å prioritere mer observasjon og samtale enn det som er påkrevd, er en av de faktorene som kommer tydelig frem (Tiyyagura et al. 2015, Bryant et al. 2016). Manglende tid til å identifisere, ser ut til å være en faktor som fører til underrapportering. Akutthelsetjenester avdekker at underbemanning er en klar barriere for å jobbe optimalt med observasjon og samtale (Tiyyagura et al. 2015). En av artiklene sier: «I’ve never seen this child... I don’t know their family life... I think we probably miss more than there is because they fall through the cracks.....”(Tiyyagura et al. 2015, 451). En annen undersøkelse viste til at sykepleiere har

opplevd å sende barna videre i behandlingssystemet uten å rapportere om egne observasjoner. De tenkte da at de har håndtert observasjonene ved å møte barnet og omsorgspersonen «der og da», og dermed svarer 60 prosent at de følte seg sikre på hvordan de skulle håndtere barn som er utsatt for barnemishandling og omsorgssvikt (Herendeen et al. 2013). Helsepersonell som hadde sitt arbeid i akutthelsetjenesten, mente at sykepleiere i denne jobben kunne være de første og ofte de eneste – som hadde muligheten til å identifisere skader som var tegn på mishandling eller omsorgssvikt (Tiyyagura et al. 2015).

Når det gjelder å bruke samtale som et verktøy i identifiseringsarbeidet kommer det frem at barn sjelden snakker om sin egen livssituasjon, dersom de ikke blir spurt (Bradbury-Jones 2015). Sykepleieren og andre fagfolk må derfor være bevisst på at det er de som må ta initiativet til å vinkle samtalen inn på omsorgssvikt i nær relasjoner (Bryant et al. 2016, Paavilainen og Tarkka 2003). Sykepleiere må stille direkte spørsmål, styre samtalen og bruke skjønn. I en artikkel står det: «I've learned to make more direct questions. You cannot afford to jump to conclusions. I feel I've gained more courage with the years» (Paavilainen og Tarkka 2003, 52). Det er viktig å vektlegge både verbal og nonverbal kommunikasjon, - og her kommer igjen evnen til å observere i fokus, med tanke på å vurdere et barns kroppsspråk (Paavilainen og Tarkka 2003). Å skape tillit i samtalen med barnet og de foresatte, vil også spille en sentral rolle for å få dem til å stole på den de snakker med (Bryant et al. 2016). En sykepleier i en av artiklene uttaler: “Just sort of gently probing, building relationships so that the mother or the father feel safe to disclose” (Bryant et al. 2016, 41)

Psykisk mishandling og omsorgssvikt etterlater seg ofte ikke synlige merker og «spor», og det understrekes i litteraturstudien at det må settes mer fokus på dette. Det blir referert til at observasjon av barn og foreldre sitt samspill og tilknytning kan avdekke ulike kjennetegn, og dermed gjenkjenne risiko på psykisk mishandling og omsorgssvikt. Behovet for å sette den psykiske omsorgssvikten i fokus er stor (Bryant et al. 2016, Fraser et al. 2009, Paavilainen et al. 2014, Paavilainen og Tarkka 2003). Fysisk mishandling og seksuell mishandling kan være lettere å avdekke, men selv blant de som jobber i akutthelsetjenesten som ser skader på barn som er relatert til traumer, svikter evnen til å avdekke mishandling (Tiyyagura et al. 2015). Personlig svikt og feil gjort av helsepersonell oppstår, i tillegg påpeker studier at sykepleiere mangler erkjennelsen om at barnets kliniske presentasjon

ved en konsultasjon i akutteneheten, kan skyldes omsorgssvikt og/eller barnemishandling (Tiyyagura et al. 2015, Lagerberg 2001, Bryant et al. 2016, Pabis et al. 2010).

En spørreundersøkelse viser at 87 prosent av respondentene i studien svarer at de er veldig enig eller enig, i at primærhelsetjenesten kan være viktig i forebygging av misbruk og omsorgssvikt. Så mange som 97 prosent av respondentene var også veldig enig eller enig i at screening kan avdekke omsorgssvikt når primærhelsetjenesten observerer barn ved hjemmebesøk (Herendeen et al. 2013). Forebygging og oppfølging kan skje gjennom at barn og omsorgspersonene blir henvist til kontinuerlig kontroller og samtaler. På den måten slipper en ikke taket i familien, - men jobber med dem over et lengre tidsrom (Paavilainen og Tarkka 2003). At helsepersonell, deriblant sykepleiere, har en positiv innstilling til å få mer kunnskap om hvordan de kan gjøre et godt identifiseringsarbeid vil være viktig (Tiyyagura et al. 2015, Fraser et al. 2009). Studien viser at for fagfolk vil det være gunstig å lete etter kunnskap, samt det å inkludere barnemishandling og omsorgssvikt som tema i grunnutdanningen. Det vil være positivt for å styrke den kompetansen hos flere som allerede er spesialisert på feltet (Herendeen et al. 2013, Lagerberg 2001, Suzuki et al. 2017, Bryant et al. 2016, Fraser et al. 2009, Paavilainen et al. 2014, Bradbury-Jones 2015).

Å vektlegge sykepleiernes ansvar i forhold til lovverket (Suzuki et al. 2017), samt forstå hvorfor sykepleier ofte mangler innsikt i problemet, er noe man må jobbe videre med (Lagerberg 2001). Det å gjøre en god jobb på dette området i dag avhenger av den enkelte sin interesse og personlige engasjement (Lagerberg 2001, Fraser et al. 2009, Paavilainen et al. 2014)

## **4.2 Vegring mot å kartlegge nære omsorgsrelasjoner i hjemmet**

Litteraturstudien viser at sykepleiere vegrer seg for kartleggingsarbeidet, for dette innebærer utførende samtaler med nære omsorgspersoner (Bryant et al. 2016, Bradbury-Jones 2015, Paavilainen og Tarkka 2003). Det kommer fram at helsepersonell kan kjenne på frykt for å overkjøre omsorgspersonene, og kjenner et ubehag ved å eventuelt skulle avdekke de voksnes forsømmelse (Herendeen et al. 2013, Bradbury-Jones 2015). Dette fører til at sykepleiere tier, og unngår å undersøke og melde videre om uheldige forhold. Helsepersonell kan også ha en type relasjon til omsorgspersonene, og av den grunn ikke ønsker å kartlegge, selv om det er grunn til bekymring (Herendeen et al. 2013, Tiyyagura

et al. 2015). Kartlegging av misbruk og omsorgssvikt, kan føre til at helsepersonell opplever motstand og kritikk fra de familiene som er aktuelle. De voksne omsorgspersonene kunne uttrykke at helsevesenet var en fiende eller motstander, - og byttet derfor til en annen enhet. De voksne ville ikke bli kartlagt, og de benektet det som de ble konfrontert med (Herendeen et al. 2013). Disse familiene kan gjenkjennes ved at de blant annet isolerer seg og at livet preges av hemmelighold. Omsorgspersonene kan på den andre siden også være opptatt av å fortelle om og vise hvor bra familien har det (Paavilainen og Tarkka 2003).

Kartleggingsarbeidet krever erfaring, men her påpekes det også at enkelte sykepleiere kan arbeide med saker der det starter med en intuisjon, en fornemmelse av at barnet lever i risiko. Intuisjonen gjør at helsepersonell velger riktige fremgangsmåter overfor både barn og omsorgspersonene (Paavilainen og Tarkka 2003). 21 prosent av respondentene i en av undersøkelsene svarte at de ikke var forberedt på, og hadde for lite innsikt til å drive med kartleggingsarbeid (Herendeen et al. 2013, Tiyyagura et al. 2015). De manglet ferdigheter (Herendeen et al. 2013, Tiyyagura et al. 2015, Lagerberg 2001, Suzuki et al. 2017, Fraser et al. 2009, Paavilainen et al. 2014, Bradbury-Jones 2015), og fryktet at manglende bevis gjorde at de ikke kunne gå videre med mistanken (Tiyyagura et al. 2015, Lagerberg 2001, Paavilainen og Tarkka 2003). De som har sitt arbeid i akutenheter og legevakt, - sier at den korte tiden de har sammen med barn og omsorgspersoner gjør at det er utfordrende å sette i gang og følge opp kartleggingen (Tiyyagura et al. 2015). Fagfolkene ønsker å tro på foreldrenes forklaring og tror det beste om omsorgspersonene. Dette bekreftes blant annet i ett av funnene der sykepleier sier: «I'm a trusting person... I want to believe what people tell me. I mean, obviously they're not going to tell me if they are abusing the child...» (Tiyyagura et al. 2015, 450). Arbeidet på en akutenhet er hektisk, og det blir ikke tid for sykepleiere å gå inn i hele sykehistorikken omkring barnet (Herendeen et al. 2013, Tiyyagura et al. 2015, Paavilainen og Tarkka 2003).

Flere sykepleieren er også bevisst på at en kartlegging krever innhenting av kunnskap. Dette er svært viktig for at undersøkelsene skal ha en faglig forankring,- og krever undersøkelser i miljøet rundt risikofamiliene (Tiyyagura et al. 2015, Paavilainen og Tarkka 2003). Det er en stor mangel på fagfolk som har spesialisert seg på barn utsatt for mishandling og omsorgssvikt, og mange blir ikke identifisert. Helsevesenet sin turnusordning gjør også at kartleggingen svikter, siden det å følge opp en mistanke krever



kontinuitet og tid til å bygge relasjoner (Tiyyagura et al. 2015, Bryant et al. 2016). Også i kartleggingsarbeidet kommer det frem at sykepleiere bruker kollegaene sine som diskusjonspartnere, og at de gjennom samtaler i fagmiljøet søker støtte når det gjelder saker som kan omhandle omsorgssvikt (Tiyyagura et al. 2015, Suzuki et al. 2017, Pabis et al. 2010).

### **4.3 Usikkerhet knyttet til å rapportere om skadelige omsorgssituasjoner**

Når det gjelder artiklenes resultater knyttet til utfordringer rundt det å rapportere om skadelige omsorgssituasjoner, kommer det fram i litteraturstudien at sykepleiere opplevde at: Rapportering førte til negative konsekvenser for barna og omsorgspersonene, det å rapportere var et krevende arbeid, de var usikre rundt når barnevernet skulle varsles og om barnevernets arbeid ble utført godt nok (Herendeen et al. 2013, Tiyyagura et al. 2015, Lagerberg 2001, Fraser et al. 2009). Et utsagn fra en av sykepleierne viser til at: “It’s a lot of effort and time you put into it (reporting to CPS) and then it’s nothing that really comes back” (Tiyyagura et al. 2015, 450). Her framkommer det også at sykepleierne har opplevd at rapporteringsarbeidet var tidskrevende, både når det skulle leveres inn skiftelig, og på grunn av lang ventetid i telefoner når muntlig rapport skulle avgis (Tiyyagura et al. 2015). For eksempel kunne sykepleiere heller vente, for å se om problemet ordnet seg på egenhånd (Lagerberg 2001).

Det framkommer også at sykepleierne ikke visste hvordan de skulle rapportere (Paavilainen et al. 2014), og av de som hadde prøvd var det også noen som svarte at de hadde mislyktes med å avgi rapport (Tiyyagura et al. 2015). Av de som ikke hadde kunnskap om rapportering, var det også noen som ikke tok i bruk retningslinjene som kunne være til hjelp. Dermed innfridde de ikke sin plikt som autorisert helsepersonell. Det å bli minnet om og gjentatte ganger bli gjort oppmerksom på den rapporteringsplikten har, viser seg ifølge litteraturstudien å være svært viktig (Fraser et al. 2009). Det kommer også frem at da sykepleierne forstod at det å skrive en rapport «ikke var ondsinnet», men kunne føre til tiltak for familien, ble det lettere for den enkelte å få rapporteringsansvaret, og gjør jobben som krevdes (Tiyyagura et al. 2015). 9 prosent av de spurte svarer at de bare hadde sett negative konsekvenser av å rapportere, mens 41 prosent gir tilbakemelding om både

positive og negative konsekvenser av å gjøre dette (Herendeen et al. 2013). Når det gjelder rapportering er det vist til barnevernet som den enheten sykepleiere ga informasjon til (Herendeen et al. 2013, Tiyyagura et al. 2015, Lagerberg 2001), og 64 prosent svarte at de ikke gjentok rapporteringen når de hadde kjennskap til at barna og deres familier, allerede var rapportert til barnevernet ved en tidligere anledning (Herendeen et al. 2013). Et annet funn som fikk sykepleiere til å unngå å rapportere var at de var redde for å sette barnet i en verre situasjon, i en av artiklene står det: «Fear of putting the child in an even worse situation if the report is not confirmed» (Lagerberg 2001, 1586), samt faren for å miste kontakten med familien, og risikoen for at foreldrene ikke ville søke helsehjelp om noe lignende oppsto (Lagerberg 2001).

#### **4.4 Uvitenhet og unnlaterer knyttet til gjeldende lover og retningslinjer**

Ifølge litteraturstudien er de fleste sykepleiere og annet helsepersonell bevisst sin rolle, og plikten de har til å melde ifra dersom de har mistanke eller vet at barn lever i risikoutsatte familier (Herendeen et al. 2013, Tiyyagura et al. 2015, Lagerberg 2001 Suzuki et al. 2017, Fraser et al. 2009). Likevel finnes det barrierer som hindrer dem i å rapportere. Noen gir til kjenne at de har en «negativ» innstilling til barnevernet, mens andre stiller seg spørsmålet om deres rapportering vil være til barnet og familiens beste (Fraser et al. 2009). Enkelte sier at de unnlater å rapportere dersom de skal henvise videre til spesialisthelsetjenesten og innrømmer dermed at de legger ansvaret over på en spesialist (Herendeen et al. 2013). Ingen sykepleiere sier at de ble saksøkt selv om de ignorerte en risikofylt omsorgssituasjon, og konkluderer med at det får ingen konsekvenser for dem som helsepersonell å være passiv i saker der det kan være snakk om omsorgssvikt i nære relasjoner. Det noen oppgir som årsak til at de ikke følger de lover og retningslinjer som er knyttet til sykepleierollen, er at dette ville gi dem en bekymring og en redsel for å måtte vitne i retten (Tiyyagura et al. 2015). Et sitat fra litteraturstudien sier: *Now you're giving up hours, days out of your time to testify in the future*" (Tiyyagura et al. 2015, 450). Begrunnelsen var også at de var redde for å dømme omsorgspersonene på feil grunnlag, og at utfordringen var knyttet til at tegnene på omsorgssvikt eller mishandling som de så, var for diffuse (Tiyyagura et al. 2015, Lagerberg 2001, Pabis et al. 2010).

Litteraturstudien viser at sykepleiere må få kunnskap om og forståelse av at de ikke må være «helt» sikre på at barnet blir utsatt for omsorgssvikt for å følge lover og retningslinjer og oppfylle rapporteringsplikten, men at de må melde fra om de det de betegner som «mistenkkelig» (Tiyyagura et al. 2015). De sykepleierne som var oppmerksomme på lovverket og hadde lest de retningslinjene som er knyttet til yrkesrollen, tok oppgaven med å identifisere omsorgssvikt og mishandling på alvor. Flere uttalte og mente også at lover og retningslinjer var viktige verktøy i yrkesutøvelsen og i praksisfeltet (Suzuki et al. 2017, Paavilainen et al. 2014). Redselen for å bidra til at familier kom i trøbbel som følge av rapportering ut fra lovverket (Tiyyagura et al. 2015), førte til at noen la bort deler av sitt yrkesansvar (Herendeen et al. 2013). Som også vises til i en av artiklene: «Fear of being mistaken, lack of “proof”(even though not required by the law)” (Lagerberg 2001, 1586). Dette vitner om at de som ikke til enhver tid er oppdatert på lover og retningslinjer, lettere unnlater å melde fra selv om de har en bekymring (Tiyyagura et al. 2015, Suzuki et al. 2017).

## **5.0 Diskusjon**

### **5.1 Metodediskusjon**

I metodediskusjonen skal jeg kritisk vurdere og diskutere fremgangsmåten for litteraturstudiet (Eines 2018).

#### **5.1.1 Datainnsamling og artikkelsøk**

Etter undervisning av høgskolens bibliotekar, økte tryggheten for hvordan jeg skulle gå frem med databasesøkene. Det kan være en svakhet at jeg ikke oppsøkte mer veiledning, men jeg opplevde at bibliotekarene var tilgjengelig når jeg hadde spørsmål. Jeg hadde flere søk som gjorde at jeg fikk treff på review- artikler og doktorgradsavhandlinger. Dette var materiale jeg ikke kunne inkludere i litteraturstudien, men jeg fikk gjennom disse både nye søkeord og god informasjon, som ble nyttig for den videre datainnsamlingen.

Jeg valgte å ta i bruk flere databaser, og dette skapte muligheter for å identifisere flere ulike studier med erfaringer og informasjon som jeg kunne ta i bruk. Ved å bruke helt spesifikke søkeord, fant jeg gode artikler. Svakheten med denne fremgangsmåten er at de søkeordene jeg brukte, førte til at jeg likevel kan ha gått glipp av relevante artikler. På den andre siden, førte dette til at jeg raskt fant relevant fagstoff, og datainnsamlingen min førte frem. Bruk av trunkering og MESH-termer i noen av søkene kan være en styrke i søkeprosessen min, da dette inkluderer flere artikler med synonymord.

#### **5.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Jeg ønsket å bruke artikler fra Skandinavia for å tilnærme meg sykepleierollen slik den utøves i Norge. Dette ble utfordrende, for jeg fant kun to studier fra Finland og ett studie fra Sverige. En av de finske artiklene, var basert på en sammenlikning mellom sykepleiepraksisen i Finland og Japan. Jeg valgte å inkludere denne studien, da det kan være en styrke å vurdere to ulike kulturer, og så derfor bort ifra inklusjonskriteriene om å kun inkludere vestlige land. Ved å se på ulike kulturer bidrar dette til et mangfold, som vil være en styrke for litteraturstudien. Ulempen kan være at et asiatisk og nordisk land kan ha ulik tilnærming til tema. I tillegg inkluderte jeg studier fra: Polen, Australia, USA og

England, da disse innfridde både inklusjonskriteriene og kvalitetskriteriene for litteraturstudien. Artikkene er publisert mellom 2001 og 2017. Dette spennet i tid, er både en styrke og en svakhet. Det å bruke artikler som er publisert innenfor et tidsrom på 16 år kan være en styrke med tanke på at det viser utvikling og endring over tid. En svakhet med dette, er at tidsspennet betyr at forskningsresultatene er innhentet over et lengre tidsrom, og dette kan bety at endringer har skjedd på området. Jeg fant heller ikke forskning av helt ny dato, etter 2017, og dette kan nok også være en svakhet ved mitt litteraturstudie, siden det alltid vil være en styrke å vise til helt nytt forskningsmateriale.

I noen av artiklene jeg valgte, er det henvist til annet helsepersonell enn sykepleiere med grunnutdanning som; helsesykepleiere, barnesykepleiere, jordmødre, leger og helsefagstudenter. Likevel står sykepleierrollen sentralt i alle studiene, og bekrefter at ansvaret ikke er knyttet til en spesialfunksjon eller spesialhelsetjenesten. Det er ikke gjort mye forskning på de sykepleierne uten spesialutdanning som jobber tett på barn. Som nyutdannet sykepleier er det likevel denne gruppen jeg vil tilhøre og de problemstillingene som litteraturstudien berører vil nok bli aktuell for meg. Den ene artikkelen jeg har inkludert, omhandler barn og kvinner som ble utsatt for vold i hjemmet, og sykepleierens utfordringer i samtale med disse. Artikkelen er inkludert i litteraturstudien, fordi den retter søkelyset mot den viktige rollen sykepleieren har, når det gjelder å ta initiativ til samtale og respondere når det er mistanke om vold i hjemmet.

### **5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

Jeg har arbeidet alene med dette litteraturstudie, og det å ikke kunne diskutere og vurdere med medstudenter, kan ha vært en svakhet i prosessen. Likevel har jeg diskutert med flere andre som jobber innenfor helsesektoren og andre kjente, og disse har gitt meg gode innspill og råd i arbeid. Jeg skulle ønske at jeg hadde mer erfaring i å kvalitetsvurdere fagartikler, for å unngå feilvurderinger. Alle artiklene var engelskspråklige, og det å forstå nyansene i språket og tolke de faglige termene var en utfordring, men ved hjelp av flere som har bekreftet min forståelse av oversettelsen, har jeg fått tilbakemelding om at jeg har tolket teksten riktig, noe jeg ser på som en styrke. I arbeidet med å finne frem til artiklene, valgte jeg å ta i bruk sjekklister som hjelpemiddel. Å bruke sjekklistene fra helsebiblioteket var positivt, for det sikret kvaliteten på de ti artiklene som jeg valgte til slutt. Jeg har valgt å inkludere både kvantitativ- og kvalitativ forskningsmetode. Fordelene

med å benytte begge forskningsmetodene, er at tallene i den kvantitative forskningen, kan bli støttet av de meningene og erfaringene som kommer frem i de kvalitative undersøkelsene. De artiklene som jeg har benyttet er fagfellevurdert, noe som er en styrke for litteraturstudien, fordi de er kvalitetssikret av fagfolk.

Etiske hensyn er tatt når det gjelder godkjenning av innholdet, enten ved hjelp av etiske komitéer eller gjennom tidsskrifter som følger etiske retningslinjer for publisering. Artiklene som er basert på intervju, anonymiserer intervjuobjektene eller innhenter skriftlig samtykke fra intervjuobjektene. Et annet etisk hensyn, er at barn og foreldre ikke er brukt som informanter i studiene, men fokuset ligger hos helsepersonellet.

#### **5.1.4 Analyse**

Jeg har brukt Evans fire faser (2002) som et hjelpemiddel for innhente data. Denne metoden er oversiktlig og lett å bruke. Det var naturlig for meg å bruke denne metoden, og den var til hjelp når jeg skulle knytte hovedfunnene til temaer fra de valgte artiklene. Jeg utarbeidet en oversiktlig figur og strukturerte funnene mine ut ifra Evans fire faser. Metoden dannet strukturen for å identifisere og bearbeide hovedfunnene, og gjennom å utarbeide et tankekart sorterte jeg funnene fra alle artiklene, inn i det som jeg beskriver som, fire ulike utfordringer som sykepleiere kan møte i praksis.

## 5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten er å belyse sykepleiers rolle og erfaringer i arbeidet med å identifisere barn som lever i skadelige omsorgssituasjoner i nære relasjoner.

### 5.2.1 Identifisering gjennom observasjon og samtale

Ett av hovedfunnene i litteraturstudien er at sykepleiere har bruk for gode verktøy for å klare å identifisere utsatte barn som lever i skadelige omsorgssituasjoner. Litteraturstudien viser også at sykepleiere selv har en avgjørende rolle når det kommer til å gjenkjenne og reagere på relasjoner der misbruk forekommer. Likevel fremkommer det i flere funn at sykepleiere føler seg usikre og opplever situasjonen utfordrende, når de skal være den «voksne» som skal møte barnet i en krevende situasjon. Teori viser til at folk flest, inkludert helsepersonell, synes samtalen med utsatte barn er vanskelig og vond (Bråthen 2016).

Et annet hovedfunn viser til at det å observere samspillet mellom barnet og omsorgspersonene, vil kunne identifisere tilknytningen barnet har til sine forsørgere. Mistanken bør bli forsterket dersom helsetjenesten kommer i kontakt med barnet flere ganger, for samme eller liknende problemer. Det å observere oppførselen hos den som følger barnet, vil også kunne gi viktig informasjon (Drammen Kommune 2017). For å bedre vurderingspraksisen av skadelige omsorgssviktsituasjoner, bør samspillet mellom barn og foreldre, få en enda mer sentral plass. Sykepleiere og annet helsepersonell står alle i fare for å bli selektive og kanskje subjektive når de observerer. Observasjonene må dokumenteres, og vi må skille mellom de observasjonene en gjør og tolkninger av dem. Tolkningene må baseres på teoretisk kunnskap (Killén 2004, 332). Noe som gjør det utfordrende å oppdage omsorgssvikt, vold og overgrep, er at barna fremhever ulike symptomer. Det er ingen gjenkjennelige symptomer som gjelder for alle, men heller mange tegn som kan bety at barnet er utsatt for en skadelig omsorgssituasjon. Det er viktig å se barnets symptomer i en sammenheng, og ikke trekke noen konklusjoner ut ifra enkelte observasjoner og enkeltfunn (Bråthen 2016). Ett tidsskrift fra NSF, viser til en figur der symptomene kan deles inn i fysiske skader og symptomer, adferd, psykiske symptomer og samspill mellom omsorgspersoner og barnet. Figuren illustrerer at det er viktig å vurdere alle sider med barnets liv, og ved å sette disse observasjonene sammen, kan det gi en mer helhetlig oversikt over situasjonen (Bråthen 2016).

Litteraturstudien viser at det er viktig at sykepleieren greier å observere vage tegn på at noe er galt, og samtidig ha tilstrekkelig kunnskap om tegn på psykisk og fysisk vold, samt omsorgssvikt. Flere fra litteraturstudien forklarer at psykisk mishandling og omsorgssvikt er vanskeligere å identifisere, fordi den ikke etterlater seg tydelige og synlige «spor». Her må fagpersonell ha en annen tilnærming til de utsatte barna, og jeg ser at temaet bør settes enda mer i fokus. Fysisk mishandling og seksuell mishandling kunne ifølge flere informanter lettere identifiseres, men flere sykepleiere som så synlige skader på barn, manglet erkjennelsen som skulle til for vurdere den kliniske presentasjonen, og knytte dette til omsorgssvikt eller barnemishandling. Dette viser at sykepleiere må håndtere både følelser og fakta, og at utgangspunktet for å gjøre det riktige i møte med risikoutsatte barn, er å starte med å erkjenne (Killén 2009, 20).

Litteraturstudien viste at sykepleiere jobbet under tidspress, og dette kan føre til at samtale og observasjon blir prioritert bort. Dette oppstår fordi tilgangen på både tid, spesialiserte fagfolk og grunnbemanning kan være begrenset. Krevende arbeidssituasjoner gjør at tid til identifisering ikke prioriteres, noe som igjen fører til underrapportering. Litteraturstudien viser også at i primærhelsetjenesten, for eksempel i møte med helsesykepleier og jordmor på helsestasjonen eller med sykepleier på et legekontor, er det mulig for helsevesenet å legge opp til kontinuerlig oppfølging av de utsatte barna og familiene. Viktige observasjoner kan også bli gjort på andre arenaer som; på legevakten, i en avdeling, i spesialhelsetjenesten, på et venterom, i en ambulanse og ved poliklinikker. Det er viktig at alle sykepleiere kan møte barn og familier med å se og dokumentere relevant informasjon av fysiske og psykiske symptomer, og se på samspillet mellom barnet og omsorgspersonene. Det er også viktig at dokumentasjonen er saklig, objektiv og nøytral (Bråthen 2016). St. Olavs Hospital har utarbeidet en prosedyre, som konkret rettes mot omsorgssvikt, mishandling og overgrep. Retningslinjen tar for seg hvordan en kan observere og dokumentere samspillet mellom barn og foreldre (Walther og Myhre 2017). Flere sykepleiere tilbringer ofte store deler av arbeidshverdagen sammen med barn og familier, og har en unik posisjon for å kunne oppdage barnets utfordrende livssituasjon. Observasjon og screening i barnets hjemmemiljø vil være viktig, og her er det også muligheter for å gjøre gode observasjoner som kan legges til grunn for en samlet vurdering. Dette bekrefter at mange utsatte barn ikke fanges opp av hjelpeapparatet, dersom ikke sykepleiere har fokus på og setter av tid til samtale og observasjon. De kan



være de første som ser og hører, - og dermed kanskje de eneste som i mange tilfeller har muligheten til å identifisere skader og oppdage mishandling og omsorgssvikt (Bråthen 2016).

Når det gjelder samtale som identifiseringsverktøy, påpeker litteraturstudien at barn i utfordrende omsorgssituasjoner sjelden forteller spontant og fritt på eget initiativ, om de forholdene de lever under. Opplysningene er ofte av sensitiv eller traumatisk karakter, og dette kan gi barna både skam og skyldfølelse. Det blir derfor sykepleieren sin oppgave, sammen med flere andre, å samarbeide med barnet slik at det forteller om erfaringer som er private og intime (Voksne for barn 2011, 17). Sykepleiere må stille gode, åpne og direkte spørsmål, og være den som tar initiativ og vinkler samtalen mot misbruk og omsorgssvikt. Som sykepleier vil det også være viktig å bruke skjønn, og vektlegge både verbal og nonverbal kommunikasjon. Målet med kommunikasjonssituasjonen bør være at den voksne stiller færrest mulig spørsmål, men driver samtalen fremover, slik at den kan bli så konkret som mulig. Det vil også være viktig å lytte aktivt, tåle stillhet og støtte barnet (Voksne for barn 2011, 18). Dette kan styrke tilliten mellom barnet og sykepleieren, samt bidra til at foreldrene som kanskje er tilstede, ikke føler seg mistenkeliggjort og dømt (Norsk helseinformatikk 2018b). Litteraturstudien viser at barn gjennom å få støtte og opplevelse av at en voksen er tilgjengelig for dem, klarer å snakke om hva de har blitt utsatt for. Ved å være en trygg fagperson, og spørre gjentatte ganger om hvordan barnet har det og nevne omsorgsproblemene spesifikt, kan en «ufarliggjøre» informasjonen barnet gir og barnet føler seg kanskje ikke så alene (Voksne for barn 2019). Samspillet mellom barnet og sykepleier er av avgjørende betydning for hvordan barnet opplever selve samtalesituasjonen. Dette påvirker også kvaliteten på den informasjonen som vi fagpersoner kan innhente (Voksne for barn 2011, 19). En tommelfingerregel burde derfor være; «at det er bedre å snakke med et krenket barn om vold og overgrep, enn å la vær!» (Bråthen 2016).

Det er en sannhet at barn sier ifra på mange flere måter enn med ord, og vi må innse at mange barn føler seg hjelpeløse i sine egne hjem (Thorkildsen 2015,14-15). Dette viser viktigheten av å sette fokus på temaet i grunnutdanningen og videre bidra til kompetanseheving av alle sykepleiere, noe som litteraturstudien også avdekker. Gjennom kompetanse kan sykepleieren styrke sin selvstendighet i arbeidet, uavhengig av hvilken arbeidsplass rollen utøves på. Likevel er det viktig å understreke at sykepleiere gjerne vil

ha behov for støtte og samtale for å ta gode beslutninger. Ingen skal måtte stå alene med bekymringer og mistanker, og det vil være nødvendig å bringe dette inn i team slik at sykepleiere kan vurdere hvilke tiltak som skal iverksettes ved skadelige omsorgssituasjoner (Bråthen 2016).

### **5.2.2 Kartlegging av nære omsorgsrelasjoner i hjemmet**

Litteraturstudien viste at kartlegging krevde grunnleggende kunnskap om omsorgssvikt og misbruk i nære relasjoner. I tillegg var det tydelige at de utfordringene sykepleiere møtte på, svært ofte var relatert til deres egen usikkerhet og frykt. Et hovedfunn fremhever at sykepleiere vegrer seg for å identifisere barn gjennom vanskelige samtaler, samtidig som flere sykepleiere også er redde for å overkjøre og mistenkeliggjøre omsorgspersonene på feil grunnlag. Dette fører til at flere tier, og unngår å melde ifra og undersøke videre mistenkelige funn som er gjort. Dette kan være en av årsakene til at mørketallene når det gjelder omsorgssvikt og misbruk vedvarer (Thorkildsen 2015, 12).

Litteraturstudien viser at det å kartlegge krevende situasjoner, som misbruk og omsorgssvikt er, kan by på flere utfordringer. Sykepleiere kan føle på og oppleve kritikk og motstand fra omsorgspersonene, og omsorgspersonene på sin side kan utrykke at sykepleiere blir en «fiende eller motstander», som de ikke ønsker å oppsøke eller samarbeide med. Litteraturstudien viser da til at de voksne avviser oppfølging, og de ønsker ikke at saken skal undersøkes nærmere, særlig hvis de har noe å skjule. De ønsker ikke konfrontasjoner og snur ofte sannheten «til sin fordel». Det viste seg også at risikofylte familier isolerte seg, og at livet deres var preget av en del hemmelighold. Her vil relasjonsbygging og tillit mellom de voksne og sykepleier stå sentralt. Erkjennelse rundt omsorgssvikt og barnemishandling, stiller sykepleiere overfor faglige og personlige utfordringer (Killén 2004, 21). Sykepleiere og andre fagfolk som møter barna på ulike arenaer, har ofte ikke nok kunnskap til å identifisere de utsatte barna og familiene. Det kan også være slik at de har kompetanse, men arbeider innenfor systemer som bare delvis gir dem muligheter til å avdekke barnas situasjon. De voksne kan mangle mot til å se realitetene, og sammen med samfunnet velger de å «lukke øynene» (Killén 2009, 13).

Ifølge litteraturstudien kan sykepleiere ha en avgjørende rolle i å identifisere risikofamilier. Dersom foreldrene viser mistenkelige reaksjoner i møte med helsevesenet

og blir sinte eller aggressive under samtaler, avlyser avtaler med helsevesenet, eller isolerer seg, kan oppfølgingen av familien bli vanskelig å gjennomføre. Hjemmebesøk i høyrisikofamilier, av helsesykepleiere eller annet helsepersonell, kan være effektivt hjelpemiddel for å jobbe forebyggende og redusere misbruk i nære relasjoner. Ved besøk kan man få et overblikk over barnets hjemmesituasjon og miljø, som kan være avgjørende for kartleggingen og oppfølgingen videre (Norsk helseinformatikk 2018b). Hvis barnet har blitt observert, og det er mistanke om mishandling eller omsorgssvikt mens barnet er innlagt på sykehus, er sykepleiere også pliktig til å følge opp. Oppfølgingsansvaret må være ivaretatt, før utskrivelse og barnet kan reise hjem (Bråthen 2016). Oppfølgingen kan skje i form av et tverrfaglig møte, slik at flere fagfolk er informert og tar ansvar, og en sikrer at barnet ikke blir glemt (Norsk helseinformatikk 2018b). Dette bekrefter funnene fra litteraturstudien, om at vi er avhengig av gode sykepleiere og spesialiserte fagfolk på flere arenaer, for at de utsatte barna kan få oppfølging, og ikke bli en del av dagens mørketall.

Et av hovedfunnene er at godt kartleggingsarbeid utført av sykepleiere, ofte er basert på erfaring og kunnskap fra tidligere situasjoner. De som hadde erfaring innenfor feltet ble styrt av egen intuisjon, og brukte riktige fremgangsmåter gjort ut ifra faglig innsikt. Litteraturstudien viser på den andre siden at de med lite innsikt på feltet manglet ferdigheter. De fryktet mest at de manglet bevis og unnlot derfor å gå videre med mistanken de hadde. Flere av disse unnskyldte seg med at de hadde lite tid til å følge opp den videre kartleggingen, samt at de ønsket å «tro det beste om omsorgspersonen». Flere av sykepleierne hadde ikke mulighet til jevnlig oppfølging av barnet, og de trakk også fram at de i sitt arbeid følte at de ikke hadde kapasitet til å sette seg inn i barnets tidligere sykehistorikk og hadde få muligheter til å bygge relasjoner til barnet og omsorgspersonene. Når helsepersonell skal forsøke å skaffe seg oversikt over omfanget av omsorgssvikt og mishandling, møter de på flere problemer. Dette skjer fordi omsorgssvikten kan skjules av både barn og foreldre. Foreldrene, på sin side, vil ikke erkjenne overfor seg selv eller andre at de som omsorgspersoner utsetter sine barn for overgrep eller vanskjøtsel. Barna, på sin side, vil bruke mye krefter og energi på å dekke over sin livssituasjon for omverdenen og seg selv. De utviser en stor lojalitet, nettopp overfor de omsorgspersonene som svikter dem (Killén 2009, 14). For fagfolk er det smertefullt å stå overfor situasjoner der barn har det vondt. Dette berører dem

følelsesmessig og kan hindre dem i å se graden og omfanget av omsorgssvikten (Killén 2009, 20).

Et annet hovedfunn er at sykepleiere uttrykker behov for å støtte seg på andre kollegaer, samt ta i bruk et tverrprofesjonelt samarbeid. Jeg har også en oppfatning av at det vil være viktig å ha flere samarbeidspartnere når en jobber som sykepleier, slik at en ikke blir stående alene når en tar avgjørelser, men vet at en kan søke støtte hos andre fagfolk og kollegaer. Utredning og behandling av barn utsatt for mishandling og omsorgssvikt, bør følges nøye opp, og det er viktig med tverrfaglig kompetanse som kan se og imøtekomme barnets behov (Norsk helseinformatikk 2018b). Slike tverrfaglige grupper skal jobbe for og vil ha som målsetting å sikre barn og familier best mulig hjelp (Drugli 2008, 156). Slike grupper kan også sikre barnet helhetlig hjelp og oppfølging, men dette vil krever tett tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Helseregioner har i flere tilfelle mangel på arenaer for informasjonsutveksling, og får få muligheter til å snakke sammen på tvers av ulike profesjoner og etater. Faren med å fokusere på slike grupper kan være at ingen av profesjonene har et helhetlig bilde av barnet og familiesituasjonen. Alle jobber «stykkevis og delt», hvor alle sitter på ulik kunnskap om situasjonen. I løpet av 2016, ble det opprettet et tverrfaglig/tverretatlig konsultasjonsteam i Oslo. Hovedmålet med dette er å sette fokus på og avdekke skadelige omsorgssituasjoner. Dette tiltaket kan gi barn og unge et bedre og mer helhetlig helsetilbud, og flere uønskede forhold kan bli avdekket (Bråthen 2016).

### **5.2.3 Rapportere om skadelige omsorgssituasjoner**

Det vil være viktig for alt helsepersonell å ha en økt bevissthet omkring forekomsten av barnemishandling og omsorgssvikt, og være oppmerksom på sin rolle når det gjelder å rapportere. Når det er grunn til mistanke om skadelige omsorgssituasjoner, er helsepersonell pliktig til å melde fra til barnevernet (Norsk helseinformatikk 2018b). Hovedfunn fra litteraturstudien belyser at i hvilken grad sykepleiere varsler og rapporterer er varierende. Blant annet skyldes dette at kunnskapsnivået om temaet er ulikt hos sykepleiere, mens noen uttaler mistillit til barnevernet og andre frykter for konsekvensene ved å rapportere, noe som også teorigrunnet for oppgaven bekrefter (Thorvaldsen og Kirchhoff 2018).

Det første hovedfunnet viste til at mangel på kunnskap fra sykepleiernes side, kom av usikkerhet rundt når barnevernet skulle varsles. Sykepleierne var også usikre på hvilke faresignaler og negative observasjoner man måtte rapportere videre. Noen sykepleiere ønsket også å håndtere situasjonen selv, før de rapporterte det de hadde sett videre til barnevernet. Andre følte at de ikke mestret oppgaven med å rapportere, mens noen unnlot å gjøre sin plikt ved å ikke anvende de pålagte retningslinjene. Litteraturstudien fremhevet at det å bli minnet på og stadig bli oppmerksom på det ansvaret sykepleiere har, ville være avgjørende. Begrenset kunnskap om og gjenkjenning av symptomer og tegn på skadelige omsorgssituasjoner, skapte en «barriere» for innrapportering. Dette kan tyde på at disse barrierene skapte en «under-rapporteringkultur» blant sykepleierne, fordi flere av sykepleierne var så usikre at de overså behovet barnet hadde for hjelp. Samtidig viste flere funn at når sykepleierne gjorde noen mistenkelige funn, var de så usikker på hva funnene kunne bety at de valgte å ikke rapportere dette videre. Dette blir også støttet av annen forskning og teori, som viser at usikkerhet og manglende kunnskap i møte med omsorgssvikt og misbruk, er noen av de barrierene sykepleiere oppgir fra sin praksis (Thorvaldsen og Kirchhoff 2018).

Et annet hovedfunn i litteraturstudien belyste at hvis sykepleierne hadde negative holdninger til barnevernet, var det større sannsynlighet for underrapportering. Flere valgte å ikke rapportere skriftlig da dette var tidkrevende, og noen hadde opplevd at det å kontakte barnevernet ved hjelp av telefon førte til mye venting. Usikkerheten om barnevernets arbeid ble godt nok utført og at varslingen ble håndtert på en tilfredsstillende måte, endret seg da helsepersonellet ble informert, og forstod at det å skrive en rapport ikke var «ondsinnert» overfor familien, men kunne være til hjelp for både barnet og omsorgspersonene. Et annet funn var at sykepleiere ikke rapporterte videre, hvis de allerede visste at barnets livssituasjon hadde blitt meldt tidligere. Det kan derfor være viktig i møte med utsatte familier, å følge en nøye oppsatt prosedyre for å dokumentere når det foreligger funn som kan indikere skader grunnet mishandling eller omsorgssvikt (Norsk helseinformatikk 2018b). Det at sykepleiere nøler med å melde ifra, slik som det fremkommer i litteraturstudien, signaliserer en mer passiv holdning enn det som er ønskelig, og fører til at enkelte i yrkesgruppen er med på å heve terskelen for når en skal rapportere og hva en skal rapportere om (Thorvaldsen og Kirchhoff 2018).

Et hovedfunn i litteraturstudien var også at sykepleiere var redde for at rapportering kunne føre til negative konsekvenser for både barnet og omsorgspersonene. De var redd for å forverre barnas situasjon, og de var redde for å miste kontakten med familien slik at foreldrene ikke ville søke helsehjelp dersom en lignende situasjon oppstod. Frykten for å «såre» familien ble også diskutert, og usikkerheten rundt å melde fra var også knyttet til om det ville «være til fordel for barnefamilien». Sykepleiere var redde for å bli beskyldt og få formelle klager. Det skapte også skepsis til å rapportere videre, når helsepersonell hadde negativt fokus på at de kunne bli innkalt som vitner i saker som havnet i rettssystemet. I folkehelsepraksis fikk jeg høre at flere helsesykepleiere hadde blitt innkalt som vitne i saker som de var involvert i gjennom sin praksis i skolehelsetjenesten. De opplevde det utfordrende å stå i dette alene, og understrekte betydning av å ha faglig støtte i kollegaer.

#### **5.2.4 Følge lover og retningslinjer i praksis**

Ifølge litteraturstudien var sykepleiere bevisst på sin rolle og sin plikt til å melde fra hvis det oppsto mistanke omkring et barns livssituasjon. På tross av plikten oppsto det likevel klare hindringer i forbindelse med rapportering. Her kom det også frem en skepsis til barnevernet. Flere la dermed fra seg ansvaret, enten til andre fagfolk, eller ved å «tie». De unngikk på den måten å synliggjøre det de hadde sett og hørt. Ingen i litteraturstudien sier at de har opplevd å bli saksøkt selv om de ignorerte problemet, og de konkluderte derfor med at det ikke førte til konsekvenser hvis de som helsepersonellet var passiv i saker av denne art. En av grunnene til passiviteten, var frykten for at klager ble rettet mot dem, og at dette kunne føre til eventuelle rettsaker. Dette kan skyldes at sykepleiere ikke ønsket å bli indentifisert og utpekt av omsorgspersonene som varsler. Bekymringen rundt det å bli indentifisert var fortsatt tilstede, selv når en visste at en anonymt kan melde bekymring og rapportere om skadelige omsorgssituasjoner. Denne problemstillingen møtte jeg i folkehelsepraksis, der helsesykepleier refererte til situasjoner der hun hadde blitt truet av foresatte på egen skole når hun hadde varslet bekymring for et barn.

Et av hovedfunnene understreker at sykepleiere trenger kompetanse og at de må ha en klar forståelse for at de ikke må være «helt sikre» på om barnet blir utsatt for omsorgssvikt og mishandling før de melder fra, men er pliktig til å melde fra om de sitter med funn som betegnes som «mistenkelige». De som aktivt tok i bruk lover og retningslinjer i sin praksis, både indentifiserte og håndterte saker som dreide seg om mishandling og omsorgssvikt på

en bedre måte. Disse opplevde at å følge lover og retningslinjer var til stor hjelp og støtte i yrkesutøvelsen. Funnene viser også at de som ikke til en hver tid var oppdatert på lover og retningslinjer, unnlot å melde fra, selv om de hadde bekymring for det barnet de hadde møtt. Litteraturstudien viser det at selv om man har tilgang på gode veiledere og prosedyrer, erfarer flere sykepleiere at det er vanskelig å oppdage omsorgssvikt og barnemishandling og samtidig sikre alle barn god og helhetlig helsehjelp. Det er derfor viktig å sette barnets sikkerhet først i disse situasjonene, hvis man mener at barnet kan være i fare hvis barnet sendes tilbake til sitt hjemmemiljø. Her kan man legge til grunn den meldeplikten sykepleiere har til barnevernet, og Helsepersonelloven §33 om opplysningsplikt til barnevernet som understreker dette (Bråthen 2016).

Opplysningsplikten går foran taushetsplikten, og helsepersonellet sin meldeplikt faller likevel ikke bort, selv om en har et ønske om å håndtere situasjonen på egenhånd. Etter straffeloven §139, er en også pliktig til å forsøke å avverge at alvorlige forbrytelser både gjentas eller blir begått, og denne loven omhandler også barn utsatt for vold og overgrep (Voksne for barn 2019). I henhold til forvaltningsloven har alle profesjonelle aktører taushetsplikt. Helsevesenet og barnevernet er underlagt en særlig streng taushetsplikt, men den behøver ikke å være til hinder for et tverrfaglig samarbeid til det beste for barn og deres familier. Et av de viktigste unntakene fra taushetsplikten er samtykke fra foreldrene. Det er også viktig å merke seg at et samtykke ikke utløser opplysningsplikt, men opplysningsrett. Et annet viktig prinsipp er at en som sykepleier alltid kan drøfte saker anonymt med andre profesjoner, uten at taushetsplikten blir brutt. Det betyr at en kan drøfte saker og utveksle erfaringer, og på den måten bli tryggere når en sak skal avklares (Drugli 2008, 158-159). Forskjellig tolkning av lov om taushetsplikt kan variere i stor grad fra person til person, og dette kan være en av faktorene som skaper en ulik rapporteringskultur. Likevel er det ønskelig at alle sykepleiere kan klare å sikre barn helhetlig hjelp samt klare å ivareta barnas sikkerhet (Bråthen 2016). Ved å ta i bruk felles prosedyrer, der det formuleres en arbeidsbeskrivelse alle sykepleiere skal følge, kan det være med på styrke hver enkeltes innsikt i sykepleierens individuelle plikt til å melde fra (Walther et al. 2016).

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å sette søkelyset på noen av de utfordringene sykepleiere kan møte når de skal identifisere barn som lever i skadelige omsorgssituasjoner i nære relasjoner. De utfordringene som var mest fremtredende i min studie, var knyttet til; observasjon, samtale, kartlegging, rapportering og anvendelse av lover og retningslinjer.

Sykepleiere gir uttrykk for usikkerhet i forhold til observasjon av og samtale med barn, samt arbeidet med å kartlegge og rapportere om mistenkelige funn. Sykepleierne forteller om at de har en redsel for å ødelegge relasjoner til barn og foreldre, og en bekymring for at de kan forverre familiesituasjonen ved å involvere seg. Litteraturstudien viser at sykepleierne håper at andre faggrupper følger barna opp og er selv redd for at egen involvering fører til tidkrevende merarbeid og samarbeid med andre etater og rettsvesenet. Litteraturstudien avdekker også at de som erkjenner at det finnes risikoutsatte barn og familier, de har den kunnskapen og de erfaringene som fører til at de går inn i det viktige arbeidet med å identifisere disse som det gjelder. De opplever mestring i sitt arbeid, legger til rette for tverrfaglig samarbeid og blir viktige fagpersoner når det gjelder å anvende lovene og retningslinjene som sykepleieres yrkesutøvelse bygger på.

Gjennom praksisperiodene i utdanningen har jeg jobbet på ulike arenaer. Dette har gjort meg oppmerksom på at jeg etter avsluttet grunnutdanning, vil kunne komme i kontakt med barn og familier som bør identifiseres for at jeg skulle kunne være med på å forebygge og redusere omfanget av; fysisk-, psykisk- og seksuell mishandling og omsorgssvikt overfor barn. Denne litteraturstudien er relevant for sykepleiere fordi den påpeker at alle har det samme ansvaret, uansett hvor en måtte møte de risikoutsatte barna og familiene deres. Vi kan være viktige fagpersoner og vi kan forebygge et økende folkehelseproblem som vi allerede vet har store konsekvenser for enkeltpersoner, familier og miljøet rundt.

Videre forskning på feltet vil derfor være nødvendig for å få en større bevissthet i samfunnet. Det vil være ønskelig å kartlegge nærmere hvilke positive erfaringer og faglige utfordringer vi har her til lands når det gjelder sykepleieres arbeid med skadelige omsorgssituasjoner. Ny forskning vil kunne belyse de utfordringene vi møter på i dag og gi sykepleieren ny kunnskap om arbeidet for å hjelpe de risikoutsatte barna. Denne



erkjennelsesprosessen både blant fagfolk og i dagens samfunn har bare så vidt startet, og kunnskap må til for at vi skal se livssituasjonen til disse barna og omsorgspersonene, og omfanget av problemet.

## Litteraturliste

- Barneombudet. 2013. «Barnekonvensjonen» Lest. 20.04.19.  
<https://barneombudet.no/dine-rettigheter/barnekonvensjonen/>.
- Barnevernloven. Lov om Opplysningsplikt av 17. juli 1992 nr. 100.  
<https://lovdata.no/lov/1992-07-17-100/§6-4>
- Bradbury-Jones, Caroline. 2015. “Talking about domestic abuse: Crucial conversations for health visitors”. *Community Practitioner: Professional and research*. (No. 1) 40-43. <https://search.proquest.com/docview/1755540317?accountid=40814>
- Bryant, Edith, Lael Ridway og Sandra Lucas. 2016. “Attachment icebergs: Maternal and child health nurses’ evaluation of infant-caregiver attachment”. *Community Practitioners*. (No. 1) 39-43.  
<https://search.proquest.com/docview/1810361577?accountid=40814>
- Bråthen, Aase Mette. 2016. «Barnemishandling – omsorgssvikt, vold og overgrep». *Tidsskrift for barnesykepleiere* (No. 3) 11-14.  
<https://www.nsf.no/Content/3151119/Barnemishandling.pdf>
- Bufdir. 2019. «Barn og unge som får hjelp fra barnevernet». Lest 04.04.19.  
[https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Barnevern/Barn\\_og\\_unge\\_med\\_tiltak\\_fra\\_barnevernet/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/)
- Bufdir. 2018b. «Barn utsatt for vold i familien». Lest 27.03.19.  
[https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Oppvekst/Vold\\_og\\_overgrep\\_mot\\_barn/Barn\\_utsatt\\_for\\_vold\\_i\\_familien/#heading4704](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Vold_og_overgrep_mot_barn/Barn_utsatt_for_vold_i_familien/#heading4704)
- Bufdir. 2018a. «Barnevernstatistikk». Lest 27.03.19.  
[https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Barnevern/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/)
- Dolonen, Kari Anne. 2016. «Bekymret? Du plikter å melde fra». Lest 04.04.19.  
<https://sykepleien.no/2016/02/bekymret>.
- Drammen Kommune. 2017. «Veileder ved arbeid mot vold i nære relasjoner» *Stiftelsen Alternativ til vold*. Lest 15.04.19. <https://atv-stiftelsen.no/wp-content/uploads/2017/03/veileder-ved-arbeid-mot-vold-i-naere-relasjoner.pdf>
- Drugli, May Britt. 2008. *Barn som vekker Bekymring*. Oslo: Cappelen akademisk forlag
- Dyb, Grete og Karin Flekke. 2016. «Barnemishandling». *Den norske legeforening*. <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk->

[forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomsspsykiatri/Del-3/kapittel-6-barnemishandling/](#)

Dybsland, Reidun. 2019. ”Kap.2 – Samtale med barn når vi er bekymret” i Vold i nære relasjoner – Diskurser og fenomenforståelse, redigert av Ole G. Lillevik, Jens S. Salamonsen og Inge Nordhaug, 27-39. Oslo: Gyldendal.

Eines, Trude. 2018. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag

Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data.» *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20 (2): 22-26.

Fraser, Jennifer A., Ben Mathews, Kerryann Walsh, Linping Chen, Michael Dunne. 2009. “Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis”. *International Journal of Nursing Studies*. (No.1) 146-153.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748909001734?via%3Dihub>

Helgesen, Leif A. 2015. *Menneskets Dimensjoner – Lærebok i psykologi*. Utg. 2. Kristiansund: Høyskoleforlaget – Norwegian Academic Press

Helsepersonelloven. Lov om forsvarlighet av 2. juli 1999 nr. 64.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>

Helsepersonelloven. Lov om hovedregel om taushetsplikt av 2. juli 1999 nr. 64.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§21>

Helsepersonelloven. Lov om opplysningsplikt til barnevernet av 2. juli 1999 nr. 64.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§33>

Helsebiblioteket.2018a. «4. Kritisk vurdering». Lest 02.04.19.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsebiblioteket. 2018c. «Kunnskapsbasert praksis». Lest 29.04.19.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helsebiblioteket.2018b. «Sjekklistor». Lest 02.04.19.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Herendeen, Pamela, Roger Blevins, Elisabeth Anson og Joyce Smith.

2013. ”Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners”. *Journal of Pediatric Health Care*. (No.1): e1-e7.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891524513002149?via%3Dihub>

Høgskolen i Molde. 2019a. «Databaser -Helse- og sosialfag» Lest 20.04.19.

<https://www.himolde.no/bibliotek/databaser/helse-og-sosialfag/>

- Høgskolen i Molde. 2019b. «Hva er Oria». Lest 27.04.19. [https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/search?sortby=rank&vid=HIM&lang=no\\_NO](https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/search?sortby=rank&vid=HIM&lang=no_NO)
- Jensen, Ingvild. 2014. «100.000 norske barn utsatt for omsorgssvikt». *Tv2 Nyheter*. Lest. 02.04.19. <https://www.tv2.no/a/6223090/>
- Killén, Kari. 2019. *Sveket 2 Ansvar og (be)handling*. Utg 5. Oslo: Kommuneforlaget
- Killén, Kari. 2009. *Sveket 1 Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. Utg. 4. Oslo: Kommuneforlaget
- Killén, Kari. 2004. *Sveket Omsorgssvikt er alles ansvar*. Utg 3. Oslo: Kommuneforlaget
- Kynø, Nina M. Anne Lindboe, Norunn Vetlesand, Laila Holgersen Skotte, Anne Kathrine Stoltenberg Bjaanes, Morten Syversen, Sidsel Randklev. 2015c. «Mishandling av barn -fysisk». *Helsebiblioteket*. Lest 18.03.19. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosyder/ferdige/mishandling-av-barn-fysisk>
- Kynø, Nina M., Anne Lindboe, Norunn Vetlesand, Laila Holgersen Skotte, Anne Kathrine Stoltenberg Bjaanes, Morten Syversen, Sidsel Randklev. 2015a. «Mishandling av barn psykisk». *Helsebiblioteket*. Lest. 18.03.19. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosyder/ferdige/mishandling-av-barn-psykisk>
- Kynø, Nina M. Anne Lindboe, Norunn Vetlesand, Laila Holgersen Skotte, Anne Kathrine Stoltenberg Bjaanes, Morten Syversen, Sidsel Randklev. 2015b. «Omsorgssvikt/vanskjødelse av barn». *Helsebiblioteket*. Lest 18.03.19. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosyder/ferdige/omsorgssvikt-vanskjødelse-av-barn>
- Lagerberg, Dagmar. 2001. «A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. 1. Characteristics of the nurses». *Child abuse and neglect: The international Journal*. (No. 1) 1583-1601. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213401003003#!>
- Norsk helseinformatikk. 2018b. «Aktuelle tiltak ved barnemishandling». Lest. 05.05.19. <https://nhi.no/sykdommer/barn/sosiale-problemer/barnemishandling-tiltak/>
- Norsk helseinformatikk. 2018a. «Diagnostikk av barnemishandling og omsorgssvikt». Lest. 05.04.19. <https://nhi.no/sykdommer/barn/sosiale-problemer/barnemishandling-diagnostikk/>
- Norsk helseinformatikk. 2016. «Seksuelle overgrep mot barn». Lest 20.04.19. <https://nhi.no/familie/barn/seksuelle-overgrep-mot-barn/>

Norsk sykepleierforbund. 2016. «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere». Lest. 20.04.19. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nylenna, Magne. 2016. "PICO". *Helsebiblioteket*. Lest 20.04.19. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Paavilainen, Eija, og Marja-Terttu Tarkka. 2003. "Definition and identification of Child abuse by Finnish Public Health Nurses", *Public Health Nursing*. (No.1): 49-55. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1525-1446.2003.20107.x>

Paavilainen, Eija, Mika Helminen, Aune Flinck og Leila Lehtomäki. 2014. «How Public Health Nurses Identify and Intervene in Child Maltreatment Based on the National Clinical Guideline». *Nursing Research and Practice*. (No. 1) 1-7. <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2014/425460/>

Pabis, Malgorzata, Irena Wronska, Barbara Slusarska og Tomasz Cuber. 2010. "Paediatric nurses' identification of violence against children". *Journal of Avidenced Nursing*. (No.1) 384-392. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x>

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om Rett til vern mot spredning av opplysninger av 2. juli 1999 nr. 63. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-6>

Ruyter, Knut W. 2010. «Etikk i forskning – om forhåndgodkjenning av forskningsprosjekter i regionale etiske komiteer» <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/673417.pdf?c=1418121522>

Statistisk sentralbyrå. 2018. «Statistikkbanken: Barnevern». Lest. 02.04.19. <https://www.ssb.no/statbank/list/barneverng>

Walther, Kirsten Aune og Arne Kristian Myhre. 2017. «Observasjon av samspill mellom barn og nære omsorgspersoner». *EQS kvalitetssystem: St Olavs Hospital – Universitetssykehuset i Trondheim: Barne- og ungdomsklinikken*. Lest: 20.05.19. [https://data.stolav.no/eqspublic/pasientforlop/docs/doc\\_26737/](https://data.stolav.no/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_26737/)

Walther, Kirsten Aune, Tine Halvas-Svendsen, Anne Karen Leira Bakken, Grete Rønning, Tonje Winther, Trude Båtvik. 2016. «Omsorgssvikt, mishandling og overgrep mot barn og ungdom. Bekymringsmelding, utredning, behandling og tverrfaglig oppfølging». *EQS kvalitetssystem: St Olavs Hospital – Universitetssykehuset i Trondheim: Barne- og ungdomsklinikken*. Lest: 20.05.19. [https://data.stolav.no/eqspublic/pasientforlop/docs/doc\\_26050/index.html](https://data.stolav.no/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_26050/index.html)

Suzuki, Kayoko, Eija Paavilainen, Mika Helminen, Aune Flinck, Natsuko Hiroyama, Taiko Hirose, Noriko Okubo, Motoko Okamitsu. 2017. "Identifying and intervening in Child Maltreatment and Implementing Related National Guidelines by Public Health Nurses in Finland and Japan". *Nursing research and practice*. (No.1)1-13.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5317151/>

Thorkildsen, Inga Marte. 2015. "Du ser det ikke før du tror det – Et kampskrift for barns rettigheter". Bergen: Vigmostad Bjørke.

Thorvaldsen, Ida R. og Jörg W. Kirchhoff. 2018. «Se tegnene på omsorgssvikt!». Lest. 02.04.19. [https://sykepleien.no/forskning/2016/12/se-tegnene-pa-omsorgssvikt?fbclid=IwAR2R\\_BrZugwoM9MFyPW0Ktgg6PidJSnbitkHRxVYsO4-OotUEumL2DRYw9w](https://sykepleien.no/forskning/2016/12/se-tegnene-pa-omsorgssvikt?fbclid=IwAR2R_BrZugwoM9MFyPW0Ktgg6PidJSnbitkHRxVYsO4-OotUEumL2DRYw9w)

Tiyyagura, Gunjan, Marcie Gawel, Jeanette R. Koziel, Andrea Asnes og Kirsten Bechtel. 2015. "Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments" *Annals of Emergency Medicine*. (No.5) 447-454.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064415005260>

Unicef. 2019."Barns rettigheter". Lest 20.04.19.<https://www.unicef.no/barn-og-unge/barns-rettigheter-barnekonvensjonen>.

Vandvik, Inger Helene. 2017. «Seksuelle overgrep». Lest 18.03.19.  
[https://sml.snl.no/seksuelle\\_overgrep](https://sml.snl.no/seksuelle_overgrep)

Voksne for barn. 2019. "Alles ansvar å hjelpe barn som utsettes for omsorgssvikt". Lest 18.03.19.[http://www.vfb.no/Alles+ansvar+å+hjelpe+barn+som+utsettes+for+omsorgssvikt.b7C\\_wlzK0z.ips](http://www.vfb.no/Alles+ansvar+å+hjelpe+barn+som+utsettes+for+omsorgssvikt.b7C_wlzK0z.ips)

Voksne for barn. 2011. «Organisasjonen voksne for barn *Barn i Norge 2011 – Vold og traumer*». Oslo: Gamlebyen Grafiske AS.

## Vedlegg 1 – PICO skjema

| P – problem/ patient   | I - intervention | C - comparison  | O - outcome  |
|--|------------------|---|--|
| <p><b>Søkeord på engelsk:</b><br/>           Child abuse<br/>           Neglect<br/>           Maltreatment<br/>           Abuse</p> <p><b>MESH</b><br/>           Child*<br/>           Domestic abuse<br/>           Child endangerment<br/>           Caregiver</p> |                  | <p><b>Søkeord på engelsk:</b><br/>           Nursing role<br/>           Nurs*<br/>           Nursing<br/>           Nurses</p> | <p><b>Søkeord på engelsk:</b><br/>           Recognition<br/>           Identification<br/>           Reporting<br/>           Prevent*<br/>           Detect<br/>           Observation<br/>           Intervention</p> <p><b>MESH</b><br/>           Childprotection<br/>           Barriers</p> |
| <p><b>Søkeord på norsk:</b><br/>           Barnemishandling<br/>           Omsorgssvikt<br/>           Vanskjøtsel</p> <p><b>MESH</b><br/>           Vold i nære relasjoner</p>  |                  | <p><b>Søkeord på norsk:</b><br/>           Sykepleierrolle<br/>           Sykepleier</p>  | <p><b>Søkeord på norsk:</b><br/>           Forhindre<br/>           Identifisering<br/>           Observasjon<br/>           Intervensjon<br/>           Oppdage</p> <p><b>MESH</b><br/>           Tiltak<br/>           Barrierer<br/>           Rapportering</p>                                 |

## Vedlegg 2 - Søkehistorikk

| Søkeord   | Dato       | Database   | Antall treff | Leste abstract | Leste artikler | Inkluderte artikler            |
|---|------------|--|--------------|----------------|----------------|--------------------------------|
| <p><b>Søkeord:</b><br/>Nurses AND identification AND children AND abuse</p> <p><b>Sortert etter/avgrenset:</b><br/><b>Utgivelsesår:</b> 2000-2019<br/><b>Emne:</b> Nursing NOT (female AND male)<br/><b>MESH:</b> Child<br/><b>Språk:</b> Engelsk<br/><b>Materialtype:</b> Artikler</p> | 18.01.2019 | ProQuest<br>-Health<br>research<br>Premium<br>Collection | 35           | 30             | 7              | 2<br>Artikkel 1<br>Artikkel 10 |
| <p><b>Søkeord:</b><br/>Child abuse AND Neglect AND Recognition AND Reporting AND Nurs*</p> <p><b>Sortert etter/avgrenset:</b><br/><b>Emne:</b> Nursing<br/><b>Materialtype:</b> Artikler<br/><b>Utgivelsesår:</b> siste 5 år</p>  | 02.03.2019 | ProQuest<br>-Health<br>research<br>Premium<br>Collection | 13           | 10             | 3              | 1<br>Artikkel 4                |
| <p><b>Søkeord:</b><br/>Child abuse AND Neglect AND Recognition AND Reporting AND Nurs*</p> <p><b>Sortert etter/avgrenset:</b><br/><b>Emne:</b> children OR nurses</p>   | 11.02.2019 | ProQuest   | 125          | 68             | 15             | 2<br>Artikkel 6<br>Artikkel 9  |



|   |            |  |     |     |    |                 |
|---|------------|--|-----|-----|----|-----------------|
| <b>Materialtype:</b> Artikler<br><b>Utgivelsesår:</b> siste 10 år<br><b>Språk:</b> Engelsk  |            |  |     |     |    |                 |
| <b>Søkeord:</b><br>(Child abuse) OR Neglect AND<br>Identification AND Nurses<br><br><b>Sortert etter/avgrenset:</b><br><b>Emne:</b> child abuse neglect<br><b>Materialtype:</b> Artikler<br><b>Utgivelsesår:</b> 2009-2019<br><b>Språk:</b> Engelsk<br><b>Location:</b> Norge, Sverige,<br>Danmark og Finland | 10.03.2019 | ProQuest -<br>British<br>nursing<br>index  | 56  | 4   | 2  | 1<br>Artikkel 7 |
| <b>In the Journal or book title:</b> Child<br>abuse and neglect.<br>Find articles with this terms:<br>Nursing Role<br><br><b>Sortert etter/avgrenset:</b><br><b>Språk:</b> Engelsk<br><b>Utgivelsesår:</b> 2001-2019  | 10.04.2019 | Science<br>Direct -<br>Journals &<br>Books | 304 | 120 | 10 | 1<br>Artikkel 3 |
| <b>Søkeord:</b><br>Nurses AND evaluation AND<br>caregiver AND child<br><br><b>Sortert etter/avgrenset:</b><br><b>Språk:</b> Engelsk<br><b>Utgivelsesår:</b> 2014-2019<br><b>Matetialtype:</b> Artikler  | 22.04.2019 | ProQuest-<br>MEDLINE                       | 28  | 10  | 5  | 1<br>Artikkel 5 |

|  |            |   |            |           |           |                         |
|--|------------|---|------------|-----------|-----------|-------------------------|
| <b>Emne:</b> Nursing   |            |   |            |           |           |                         |
| <b>Søkeord:</b><br>Abuse AND Children AND<br>identification AND Nurse<br><br><b>Sortert etter/avgrenset:</b><br><b>Språk:</b> Engelsk<br><b>Utgivelsesår:</b> 2010-2019<br><b>Materialtype:</b> Artikler<br><b>MESH:</b> Child | 11.03.2019 | <b>ProQuest<br/>-Health<br/>research<br/>Premium<br/>Collection</b> | <b>229</b> | <b>99</b> | <b>23</b> | <b>1<br/>Artikkel 8</b> |
| <b>Søkeord:</b><br>Detecting AND Child Abuse AND<br>Neglect<br><br><b>Sortert etter/avgrenset:</b><br><b>Språk:</b> Engelsk<br><b>Utgivelsesår:</b> 2010-2019<br><b>Materialtype:</b> Artikler                                 | 22.04.2019 | <b>ProQuest-<br/>MEDLINE</b>  | <b>24</b>  | <b>10</b> | <b>2</b>  | <b>1<br/>Artikkel 2</b> |

### Vedlegg 3 – Artikkelloversikt

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Artikkelnummer</b>    | 1   |
| <b>Forfatter</b>         | Pamela.A. Herendeen, Roger Bleivins, Elizabeth Anson og Joyce Smith.  |
| <b>År</b>                | 2013  |
| <b>Land</b>              | USA   |
| <b>Tidsskrift</b>        | Journal of Pediatric Health Care  |
| <b>Tittel</b>            | Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners  |
| <b>Hensikt</b>           | Målet med studien var å undersøke sykepleiere (PNP: Pediatric nurses practitioners) sin erfaring med å identifisere og håndtere rapportering av barn utsatt for omsorgssvikt, hvor raskt de klarte å identifisere barn som var utsatt, samt virkningen og holdninger til å rapportere barn de mistenkte om at ble utsatt for omsorgssvikt.  |
| <b>Metode</b>            | Kvantitativ metode: Tversnittstudie<br>Datainnsamling gjennom e-post, og blitt utført en statistisk analyse av svarene fra respondentene.   |
| <b>Deltagere/frafall</b> | Sendte epost til 5764 sykepleiere (PNP: Pediatric Nurse Practitioners), og 643 responderte på denne.<br>604 ble inkludert i analysen.   |
| <b>Hovedfunn</b>         | 70% av respondentene mente de gjorde en god identifiseringsjobb. 60% av disse var sikre på hvordan de skulle håndtere barn utsatt for barnemishandling eller omsorgssvikt. Likevel valgte flere å håndtere situasjonen på egenhånd på sitt kontor, uten å rapportere videre. Noen valgte også å sende barnet videre til andre fagfolk, uten å rapportere det de så selv. Ingen av disse som hadde lagt fra seg ansvaret og valgte å ikke rapportere, ble saksøkt. De la derfor sitt yrkesansvar bort, fordi det ikke førte til konsekvenser. Sykepleierne fryktet å overkjøre/ avdekke de voksnes forsømmelse. De ønsket heller ikke å risikere å |

|                           |   |
|---------------------------|---|
|                           | <p>miste kontakten med barnet og familien, dermed valgte flere av sykepleierne å tie.</p> <p>Sykepleiere (PNP) og leger opplevde lignende oppfattede barrierer for rapportering og brukte lignende prosesser i håndteringen. Både sykepleiere og leger som hadde fått opplæring/kurs i omsorgssvikt, uttrykte mer mestring i å håndtere barnemishandlingssaker, og det var mer sannsynlig for dem å rapportere mistenkte tilfeller av misbruk. 20% valgte å ikke rapportere selv om det var mistanke om omsorgssvikt eller mishandling. 66% av majoritetene trodde at barn og familie hadde endret atferd etter kontakten og behandlingen de hadde fått, og fulgte dermed ikke situasjonen opp videre. 9% av deltakerne hadde bare negative opplevelser med å rapportere, og 41% hadde både positive og negative opplevelser med rapportere. 58% av deltakerne opplevde likevel at de hadde gode rapporteringsrutiner.</p> <p>De viktigste hovedfunnet ved studien var at alt helsepersonell trenger ytterligere opplæring og kunnskap, og har behov for undervisning, kursing og videreutdanning, for å effektivt diagnostisere og behandle barnemishandling på en god måte. Studien viser også at flere hadde behov for å effektivt involvere flere fagfolk i identifiseringsprosessen.</p> |
| <b>Etisk vurdering</b>    | Følger «Ethical Guidelines for Journal Publications» gjennom Elsevier.  |
| <b>Kvalitetsvurdering</b> | Fagfelleurdert<br>God   |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Artikkelnummer</b>    | <b>2</b>  |
| <b>Forfatter</b>         | Gunjan Tiyyagura, Marcie Gawel, Jeanette R. Koziel, Andrea Asnes, Kirsten Bechtel   |
| <b>År</b>                | 2015  |
| <b>Land</b>              | USA   |
| <b>Tidsskrift</b>        | Annals of Emergency Medicine  |
| <b>Tittel</b>            | Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments   |
| <b>Hensikt</b>           | Artikkelen har som hensikt å se på barrierer og tilrettelegging for å oppdage barnemisbruk og omsorgssvikt hos legevakten /akuttmottak og i avdelinger ved andre akutt innleggelses(General emergency Departments). Artikkelen presenterer at misbruk og omsorgssvikt i USA, ofte oppdages ved legevakt og andre innleggelse ved akuttmottak eller liknende. De fleste amerikanske barn som får hjelp ved legevakten (Emergency Departments) får ingen spesialhjelp av helsepersonell spesialisert innenfor pediatri. Artikkelen ser på helsepersonell sin generelle erfaringer med screening og rapportering av barnemishandling og omsorgssvikt, og barriere for å identifisere og tilrettelegging for å oppdage dette. |
| <b>Metode</b>            | Kvalitativt studie: En- til- en intervju.<br>Et semistrukturert intervju av 29 helsepersonell deltok. Alle respondentene kom fra 3 ulike institusjoner fra tre ulike regioner i Connecticut.  |
| <b>Deltagere/frafall</b> | 40 aktuelle deltakere ble spurt via e-mail (18 sykepleiere, 13 leger og 9 legestudenter), men 11 helsepersonell ønsket ikke å delta på studien. Derfor ble det 16 sykepleiere, 9 leger og 4 legestudenter som tilslutt valgte å delta.  |
| <b>Hovedfunn</b>         | Barrierer for sykepleiere i å gjenkjenne barnemishandling og omsorgssvikt kunne være; <ul style="list-style-type: none"> <li>• At helsepersonell som ønsket å tro på omsorgspersonen, ønsket ikke å ødelegge for familien</li> </ul>  |

|                        |   |
|------------------------|---|
|                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere dømte ut i fra sosial status – forhåndsdomte ut i fra tidligere inntrykk</li> <li>• Manglende erkjennelse av at et barns presentasjon kunne skyldes barnemishandling og/eller omsorgssvikt</li> <li>• Mangel på spesialiserte fagfolk</li> <li>• Utfordringer ved å jobbe på legevakt/akuttmottak, med blant annet tidspress og begrenset bemanning</li> <li>• Personlig svikt/feil i å avdekke tegn/symptomer av ulike typer mishandling</li> <li>• Opplevelse av å mislykkes med å rapportere</li> <li>• Visste ikke om familien ville komme i trøbbel ved rapportering</li> <li>• Var ikke oppdaterte på det gjeldene lovverket og retningslinjene</li> <li>• Utilstrekkelige kommunikasjonsferdigheter</li> <li>• Manglende muligheter til å sette seg inn i tidligere sykehistorikk på grunn av krav om effektivitet i akuttmottak og legevakt</li> <li>• Mangel på oppfølging av barnet/familier/forsørgere</li> <li>• Rapporteringsprosessen var tidkrevende og omfattende</li> <li>• Redsel for å dømme forsørgeren – redd for å mistenke og feiltolke det man observerte</li> <li>• Manglende oppfølging og rapportering, fordi en fryktet negative konsekvenser som det å måtte vitne i retten.</li> </ul> <p>Helsepersonell som arbeider ved legevakt/akuttpost kan være den eneste og første som har muligheten til å identifisere tegn på barnemishandling og omsorgssvikt. Studien avdekket at flere hadde behov for mer kunnskap på feltet. Dette inkluderte bedre opplæring og forbedret oppfølging fra barnevernet, og bedre hjelp i beslutninger med å gi god pasientomsorg. Studien diskuterte også betydningen av tverrprofesjonelt samarbeid og behovet for støtte fra kollegaer.</p> |
| <b>Etisk vurdering</b> | Anonymisert, frivillig deltakelse. Kunne trekke seg fra studien når som helst, viss dette var ønskelig  |
| <b>Vurdering</b>       | Fagfelleverdert<br>God  |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Artikkelnummer</b>     | <b>3</b>  |
| <b>Forfatter</b>          | Dagmar Lagerberg  |
| <b>År</b>                 | 2001  |
| <b>Land</b>               | Sverige   |
| <b>Tidsskrift</b>         | Child abuse and neglect: The international Journal  |
| <b>Tittel</b>             | A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. 1. Characteristics of the nurses   |
| <b>Hensikt</b>            | <p>Hensikten med studie var å vurdere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Helsesøstre (Child health nurses) identifikasjon av misbruk eller omsorgssvikt av barn i førskolealderen i deres distrikter</li> <li>- Utbredelse av misbruk /eller omsorgssvikt ifølge sykepleierne</li> <li>- Erfaringer knyttet til sykepleieridentifikasjon</li> <li>- Erfaringer knyttet til rapportering (omfang/utbredelse i ulike distrikt)</li> <li>- Erfaringer med rapportering til barnevernstjenestene</li> </ul>  |
| <b>Metode</b>             | Kvantitativ metode : Tversnittundersøkelse  |
| <b>Deltagere/fracfall</b> | Spørreskjema ble sendt til 3000 helsestasjoner i Sverige». 55% av disse responderte på studien.   |
| <b>Hovedfunn</b>          | <p>Av alle som responderte på studien, hadde 22% ikke identifisert omsorgssvikt og misbruk, mens 33% hadde hatt minst ett tilfelle (for det meste fem eller færre tilfeller) av identifisering av omsorgssvikt og misbruk. Misbruk og omsorgssvikt var ikke en prioritering for «Child Health Services». Metoden førte sannsynligvis til en undervurdering av den sanne utbredelsen. Personlig interesse og bruk av sosiale tjenester kom fram som viktige faktorer.</p> <p>Barrierer for flere sykepleiere var mangel på bevis, mangel på ferdigheter, frykt for negative konsekvenser som kunne gå utover barnet, familien eller en selv. Flere av sykepleierne hadde også mangel på tillit til barnevernet, og ønsket å gjøre jobben</p> |

|                        |  |
|------------------------|--|
|                        | <p>på egenhånd før eventuelt rapportering. Flere ventet for å se om problemet ordnet seg av seg selv eller at andre fagfolk grep inn, og sykepleierne valgte derfor å trekke seg tilbake. Flere manglet også erkjennelsen som måtte til for å ta innover seg hva flere barn ble utsatt for i hjemmet. Flere opplevde at de hadde mangel på ferdigheter og bevis for å følge opp saken videre. Identifiseringsjobben var avhengig av egen interesse og kunnskap på feltet fra før. Flere hadde dermed behov for mer kunnskap på feltet.</p> |
| <b>Etisk vurdering</b> | <p>Studien ble godkjent av “ Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Uppsala University”</p>   |
| <b>Vurdering</b>       | <p>Fagfellevurdert<br/>God</p>   |



|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Artikkelnummer</b> | <b>4</b>  |
| <b>Forfatter</b>      | Kayoko Suzuki, Eija Paavilainen, Mika Helminen, Aune Flinck, Natsuko Hiroyama, Taiko Hirose, Noriko Okubo, Motoko Okamitsu  |
| <b>År</b>             | 2016  |
| <b>Land</b>           | Finland og Japan  |
| <b>Tidsskrift</b>     | Nursing research and practice   |
| <b>Tittel</b>         | Identifying and intervening in Child Maltreatment and Implementing Related National Guidelines by Public Health Nurses in Finland and Japan   |
| <b>Hensikt</b>        | Hensikten med dette studiet er å undersøke hvordan sykepleiere (public health nurses) identifiserer, iverksetter tiltak og bruk av retningslinjer i arbeid med å forebygge barnemishandling. Studien skal sammenligne forskjeller/likheter mellom Finland og Japan. Artikkelen har som mål om å øke sykepleiere sin kunnskap og ferdigheter til å forebygge omsorgssvikt og misbruk (maltreatment).   |
| <b>Metode</b>         | Kvantitativ metode: Tverrsnittstudie, med statistisk analyse.<br>Spørreundersøkelse delt opp i tre kategorier; identifisering, intervensjon og innføring av retningslinjer.   |
| <b>Deltagere</b>      | 193 sykepleiere fra Finland, og 440 sykepleiere fra Japan deltok i spørreundersøkelsen. Deltagere av studien var «Pediatric Health Nurses» som jobbet nært med mødre og barn, i begge land.   |
| <b>Frafall</b>        | Finland: 46% fullførte spørreundersøkelsen av alle som ble forespurt.<br>Japan: 32.4% fullførte spørreundersøkelsen av alle som ble forespurt.-   |
| <b>Hovedfunn</b>      | <b>1«Identification of Child Maltreatment»</b><br>Mer enn 90% av de japanske deltakerne responderte at de kjente igjen risikotegn på omsorgssvikt og mishandling relatert til barna, foreldrene og familien. Finske sykepleiere responderte og meldte at de var enig i at de oppdaget omsorgssvikt og misbruk blant barn basert på risikofaktorene rundt foreldrerelasjonen. Samtidig svarte 60% at de følte at de ikke oppdaget omsorgssvikt og mishandling basert på barns og foreldres oppførsel, og at de opplevde at de ikke avdekket psykiske symptomer godt nok. |

|                        |   |
|------------------------|---|
|                        | <p><b>2: «Intervention in Child Maltreatment»</b></p> <p>Finske sykepleiere iverksatte raskere tiltak for å støtte barnet og deres familie i saker med omsorgssvikt og mishandling, enn de japanske sykepleierne.</p> <p>Mer enn 90% av finske sykepleiere responderte at de alltid rapporterte til barnevernet, dokumenterte misbruket/omsorgssvikten, tok i bruk anbefalt oppfølgingsbehandling og snakket med familien under mistanke. Mindre enn 40% av deltakerne fra Japan svarte at de hjalp de utsatte barna, samt deres familie. 78% av finske sykepleiere opplevde at de fikk nok støtte fra leger, mens 29% fra Japan opplevde det samme.</p> <p><b>3: «Implementations of Guidelines»</b></p> <p>I begge land, hadde sykepleiere (public health nurses) som hadde lest og brukt retningslinjene, tatt hånd om situasjonen på en bedre måte. 40% av finske sykepleiere hadde ikke lest retningslinjene (guidelines), mens 90% av disse rapporterte at det var et viktig verktøy å ta i bruk. 90% av Japanske sykepleiere hadde lest retningslinjene (guidelines), mens 55% av disse mente dette var et viktig verktøy i arbeidet.</p> <p>Studien kom frem til at japanske sykepleiere identifiserte mishandling og omsorgssvikt, bedre enn sykepleiere i Finland. Mens finske sykepleiere iverksatte tiltak bedre enn i Japan. Artikkelen kom dermed frem til at en burde oppfordres til å ha effektiv trening og få økt kunnskap på feltet, samtidig oppfordre til aktiv bruk av retningslinjene. Dette vil være viktig for å øke sykepleiere sin kunnskap og ferdigheter i arbeidet med å identifisere og forebygge omsorgssvikt og mishandling.</p> |
| <b>Etisk vurdering</b> | <p>Deltakerne av studien var alle anonyme.</p> <p>Studien i Japan: Godkjent av: «Ethics Committee of Tokyo Medical and Dental University». Studien i Finland: Godkjent av «Public Health Nurse Union».</p>  |
| <b>Vurdering</b>       | <p>Fagfelleurdert</p> <p>God</p>  |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Artikkelnummer</b>    | 5  |
| <b>Forfatter</b>         | Edith Bryant, Lael Ridway og Sandra Lucas  |
| <b>År</b>                | 2016   |
| <b>Land</b>              | Australia  |
| <b>Tidsskrift</b>        | Community Practitioners  |
| <b>Tittel</b>            | Attachment icebergs: Maternal and child health nurses' evaluation of infant-caregiver attachment   |
| <b>Hensikt</b>           | Målet med denne undersøkelsen var å få innsikt i sykepleieres praksis med å observere barns tilknytning til deres omsorgsperson(er). På denne måten kan en identifisere om barnet er utsatt for usikker tilknytning som ofte kan være bakgrunn til at barnet er usatt for psykiske utfordringer i hjemmet, mishandling, familievold, isolasjon eller psykososiale/økonomiske utfordringer. Artikkelen skal ved hjelp av intervju, fremme ulike verktøy, erfaringer og ferdigheter som sykepleiere kan bruke for å identifisere skadelige omsorgssituasjoner.   |
| <b>Metode</b>            | Kvalitativ metode: Semistrukturert intervju med tematisk analyse   |
| <b>Deltagere/frafall</b> | 12 kvinnelige helsesøstre (Maternal and child health nurses)   |
| <b>Hovedfunn</b>         | Denne artikkelen fremmer betydningen av trygg tilknytning mellom barn og omsorgspersoner. Vurderingen av omsorgspersonens evne til å skape tilknytning til barnet, og tidlig involvering er nødvendig i høy- og lavrisikofamilier. Observasjonsevnen til helsepersonell er viktig for å vurdere hvordan barnet har det psykisk og emosjonelt. Observasjonskompetanse og tverrprofesjonelt samarbeid muliggjør gjenkjenning av en god tilknytning mellom barnet og omsorgspersonen(e).<br><br>«Five analysis themes» er et verktøy med fem nøkkelpunkt som påvirker sykepleiere sin evaluering av tilknytning mellom barnet og omsorgspersonen. |

|                        |   |
|------------------------|---|
|                        | <p><b>Punkt 1: Personlig:</b> Følelser og holdninger</p> <p><b>Punkt 2: «Workplace»:</b> Muligheter og utfordringer</p> <p><b>Punkt 3: Kunnskap:</b> Viktigheten av god tilknytning til omsorgspersonen og profesjonell utvikling</p> <p><b>Punkt 4: Ferdigheter:</b> Observasjon og samarbeid</p> <p><b>Punkt 5 :Intervensjon/ iverksetting av tiltak:</b> Fremme viktigheten av god tilknytning, strategi og barnets/familiens tilbud</p> <p>Artikkelen illustrerer tegn på urovekkende oppførsel ved tilknytning mellom barn og omsorgsperson, som kan bli avdekket ved hjelp av gode observasjonsferdigheter. Modellen i artikkelen viser at «under overflaten» kan en finne underliggende observasjoner som er assosiert med tilknytningsvansker, og at disse ofte blir oppdaget gjennom gode ferdigheter som sykepleiere opparbeider seg gjennom erkjennelse, kunnskap og erfaring.</p> |
| <b>Etisk vurdering</b> | Etisk godkjent ble gjort av «La Trobe University», som ble støttet av «the Victorian Government Department Of Education and Training (DET, formerly DEECD).   |
| <b>Vurdering</b>       | Fagfellevurdert<br>God  |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Artikkelnummer</b>    | 6  |
| <b>Forfatter</b>         | J. A.Fraser, B. Mathews, K. Walsh, L. Chen, M. Dunne.  |
| <b>År</b>                | 2010   |
| <b>Land</b>              | Australia  |
| <b>Tidsskrift</b>        | International Journal of Nursing Studies   |
| <b>Tittel</b>            | Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis   |
| <b>Hensikt</b>           | Faktorer som påvirker sykepleiere i Australia til å rapportere og oppdage omsorgssvikt. Studien belyser sykepleieres oppgaver å rapportere barnemishandling og omsorgssvikt, som også er bestemt i loven. Formålet med denne studien er å undersøke forholdet mellom sykepleieregenskaper, trening, kunnskap om lovrapporteringsplikt og holdningsfaktorer på rapportering av sykepleiere, av ulike typer barnemishandling og omsorgssvikt.                                |
| <b>Metode</b>            | Kvantitativ metode: Tversnittundersøkelse<br>Spørreskjema for barnemishandling og omsorgssvikt (CANNQ= Child abuse and Neglect Questionnaire)<br>Logistiske regresjonsanalyser ble utført for å undersøke relasjoner mellom variablene.  |
| <b>Deltagere/frafall</b> | 930 sykepleiere ønsket å delta i studien, fra 22 ulike helseinstitusjoner. Tilbakemelding fra de ulike institusjonene hadde mellom 9,5 og 100% respondenter som ønsket å delta.  |
| <b>Hovedfunn</b>         | Sykepleiere er sentrale fagpersoner i arbeidet med å avdekke omsorgssvikt og rapportere mistanke om omsorgssvikt, og trenger trening og kunnskap for å utføre dette arbeidet. De fleste sykepleiere hadde mest kunnskap og erfaring med å rapportere fysisk vold og seksuell mishandling, mens de hadde mindre kunnskap rundt psykisk vold og omsorgssvikt. I artikkelen fremkommer det viktigheten av å ha en positiv holdning til pliktig rapportering, som kan føre til |

|                        |   |
|------------------------|---|
|                        | <p>bedre og raskere identifisering av alle former for omsorgssvikt og mishandling av barn.</p> <p>Sykepleierne var opplyst om sin rolle og sin plikt til å melde ifra, likevel var det barrierer som sto i veien for rapporteringen og en negativ innstilling til barnevernet ble identifisert. Flere var usikre på hva som ble best for barnet og familien. Det viste seg derfor at det var viktig å være oppmerksom på det ansvaret sykepleiere har for å gjøre en god rapporterings- og identifiseringsjobb.</p> <p>Opplæring og trening på feltet vil være nødvendig for at sykepleiere er bevisst sin plikt, og dermed rapporterer barnemisbruk og omsorgssvikt. For å følge lovverket og oppfylle yrkesplikten, må spesielt oppmerksomheten rettes mot rapportering og identifisering av psykisk vold og omsorgssvikt. Videre forskning på feltet vil være nødvendig.</p> |
| <b>Etisk vurdering</b> | <p>Følger «Ethical Guidelines for Journal Publications» gjennom Elsevier.</p> <p>Frivillig deltakelse og anonymisert.</p>   |
| <b>Vurdering</b>       | <p>Fagfellevurdert</p> <p>God</p>   |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Artikkelnummer</b>    | 7   |
| <b>Forfatter</b>         | Eija Paacilainen, Mika Helminen, Aune Flinck og Leila Lehtomäki   |
| <b>År</b>                | 2014  |
| <b>Land</b>              | Finland   |
| <b>Tidsskrift</b>        | Nursing Research and Practice   |
| <b>Tittel</b>            | How Public Health Nurses Identify and Intervene in Child Maltreatment Based on the National Clinical Guideline  |
| <b>Hensikt</b>           | Hvordan finske sykepleiere (public health nurses) forebygger og identifiserer omsorgssvikt , og tar i bruk nasjonale retningslinjer i arbeidet med dette.   |
| <b>Metode</b>            | Kvantitativ metode: Web basert spørreundersøkelse – 4 hovedspørsmål.  |
| <b>Deltagere/frafall</b> | Inkluderte 800 i spørreundersøkelsen. 367 responderte (public health nurses), totalt 46% deltok i studien.  |
| <b>Hovedfunn</b>         | <p>Respondentene rapporterte at de identifiserer barnemishandling moderat, grep inn i det bedre og implementerer retningslinjene moderat. De som hadde erfaring med å jobbe med mishandlede barn, rapporterte at de identifiserte dem bedre, grep inn i situasjonen bedre, og tok i bruk retningslinjene bedre, enn de uten erfaring. Denne forskjellen ble også funnet blant de som var oppmerksomme på retningslinjene. De som hadde lest retningslinjene og også deltatt i trening på feltet utførte arbeidet bedre, sammenlignet med de som ikke var oppmerksomme på retningslinjene og ikke hadde deltatt i slik opplæring. Flere uttrykte også manglende kunnskap rundt psykisk mishandling og omsorgssvikt, og opplevde at de hadde behov for trening på feltet.</p> <p>Helsepersonellet jobbet ganske bra med barn som hadde opplevd mishandling og omsorgssvikt og familien til barnet. Resultatene peker imidlertid på behovet for flere kompetansemål for å øke opplæringen om barnemishandling og omsorgssvikt. For å utarbeide gode identifiseringsverktøy for</p> |

|                        |  |
|------------------------|--|
|                        | barnemishandling og omsorgssvikt, viser artikkelen til at det er behov for å aktivt innlemme temaet i praksis.                 |
| <b>Etisk vurdering</b> | Tidsskriftet «Nursing research and practice» er medlem av, og følger prinsippene for «Committee on Publication Ethics» (COPE). |
| <b>Vurdering</b>       | Fagfellevurdert<br>God   |



|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Artikkelnummer</b>     | <b>8</b>   |
| <b>Forfatter</b>          | Malgorzata Pabis, Irena Wronska, Barbara Slusarska og Tomasz Cuber   |
| <b>År</b>                 | 2010   |
| <b>Land</b>               | Polen  |
| <b>Tidsskrift</b>         | Journal of Avidenced Nursing   |
| <b>Tittel</b>             | Paediatric nurses' identification of violence against children   |
| <b>Hensikt</b>            | Studien har som formål å evaluere barnesykepleiernes ferdigheter og intervensjoner til å identifisere omsorgssvikt og barnemishandling.  |
| <b>Metode</b>             | Kvantitativ metode: Tversnittundersøkelse  |
| <b>Deltagere/fracfall</b> | 160 deltakere ble spurt, men 80% responderte. 128 deltok dermed på studien.  |
| <b>Hovedfunn</b>          | <p>«Battered child syndrom» (samling av ulike symptomer som kan identifiseres hos barn som er blitt utsatt for fysisk, aktiv vold av omsorgspersonen), synes å være et relativt vanlig fenomen, da et stort flertall av deltakerne (86%) hadde opplevd å ha observert dette i sin praksis. Formen for barnemishandling som oftest ble nevnt (ved 30% av deltakerne) var omsorgssvikt. Nesten tre fjerdedeler av sykepleierne (61 %) sa at de hadde vært involvert i å ta vare på et mishandlet barn. Artikkelen tok for seg at det var behov for bedre identifiseringsverktøy, og kunnskap for at sykepleierne kunne få et bedre samarbeid med barnet og omsorgspersonene.</p> <p>Artikkelen tar for seg at sykepleiere bør arbeide med mishandlede barn på individuell basis, kombinert med tverrfaglig samarbeid med spesialister fagfolk som er oppdatert på feltet. Det ser ut til at det er behov for spesialisert opplæring av sykepleiere for å øke deres kompetanse i arbeid med mishandlede barn og deres familier. Sykepleiere uttrykker også behov for praktisk trening på feltet for å oppnå økt kompetanse.</p> |

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Etisk vurdering</b> | Studien var godkjent av tilpasset etisk komité og ledere i helsevesenet (health service managers) |
| <b>Vurdering</b>       | Fagfellevurdert<br>God  |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Artikkelnummer</b>    | 9  |
| <b>Forfatter</b>         | Caroline Bradbury-Jones  |
| <b>År</b>                | 2015   |
| <b>Land</b>              | England  |
| <b>Tidsskrift</b>        | Community Practitioner: Professional and research  |
| <b>Tittel</b>            | Talking about domestic abuse: Crucial conversations for health visitors  |
| <b>Hensikt</b>           | Fokus på sykepleiere sin rolle (helsesøster) til å respondere og ta initiativ til samtale når en mistenker vold i hjemmet.   |
| <b>Metode</b>            | Kvantitativ metode   |
| <b>Deltagere/frafall</b> | Rapporterer fra to studier   |
| <b>Hovedfunn</b>         | <p>Sykepleiere spiller en avgjørende rolle i å gjenkjenne misbruk, men de er noen ganger for usikre på seg selv, til å håndtere problemet på en god måte. I denne artikkelen er to nylig avsluttede studier brukt til å trekke ut opplæringsmateriell til bruk for helsepersonell. Den første studien undersøkte helsepersonellens overbevisning om vold i nære relasjoner. Mange i helsepersonellet var sikre på hvordan de skulle håndtere situasjoner med vold i hjemmet. Det var imidlertid vanskelig for flere å snakke med dem som var offer i slike situasjoner. Folk som opplevde misbruk, tok sjelden opp temaet selv, med mindre de ble spurt. Studien fremhever at en potensiell stillhet mellom helsepersonell og barnet, vil kunne skape en barriere ved at barnet vil tie og sykepleieren vil miste viktig informasjon.</p> <p>Den andre studien undersøkte sykepleierstudenter og sykepleiere som videreutdannet seg til å bli jordmødre, og deres erfaringer med å lære om vold i nære relasjoner (kvinner og barn som ble utsatt). Sykepleierstudentene hadde lært mindre enn sykepleierne som spesialiserte seg til å bli jordmødrene. De hadde ikke blitt undervist om vold i hjemmet på universitetet, og mange hadde ikke hatt muligheten til å lære om det i praksis. De rapporterte tilbake til</p> |

|                        |  |
|------------------------|--|
|                        | lærerne at det var et problem at dette ikke ble satt mer i fokus. Begge disse studiene understreket behovet for mer kunnskap i praksis, for å lære om og ha ferdigheter til å åpne opp for viktige samtaler om vold i hjemmet. |
| <b>Etisk vurdering</b> | Alle artikler skrevet av “Community Practitioner: Professional and research” har som krav på å være etisk godkjent.  |
| <b>Vurdering</b>       | Fagfellevurdert<br>God   |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Artikkelnummer</b>    | <b>10</b>   |
| <b>Forfatter</b>         | E. Paavilainen og M-T. Tarkka.  |
| <b>År</b>                | 2003  |
| <b>Land</b>              | Finland   |
| <b>Tidsskrift</b>        | Blackwell Publishing Inc.   |
| <b>Tittel</b>            | Definition and identification of Child abuse by Finnish Public Health Nurses.   |
| <b>Hensikt</b>           | <p>Sykepleiere sin definisjon og bruk av identifiseringsverktøy for å avdekke barnemishandling</p> <p>Artikkelen fokuserer på to hovedspørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan definerer sykepleiere barnemishandling? (public health nurses)</li> <li>- Hvordan identifiserer sykepleiere barnemishandling? (public health nurses)</li> </ul>  |
| <b>Metode</b>            | <p>Kvalitativ metode</p> <p>Intervju: ble stilt to hovedspørsmål.</p>   |
| <b>Deltagere/frafall</b> | <p>260 sykepleiere responderte på spørsmål 1; definerer av barnemishandling.</p> <p>Mens 290 responderte på spørsmål 2; identifisering av barnemishandling.</p>   |
| <b>Hovedfunn</b>         | <p>Artikkelen tar for seg verktøy som brukes for å identifisere barnemishandling og omsorgssvikt. Flere sykepleiere ser for det første på innhenting av kunnskap som veldig viktig og avgjørende for videre kartlegging av omsorgssvikt eller barnemishandling. Å innhente informasjon fra familie og miljøet som barnet omgir seg i, er også avgjørende. Signal som benektelse fra foreldrene, isolering og hemmelighold, - er faktorer som sykepleierne var oppmerksomme på. Flere ble likevel usikre på når de skulle gripe inn og rapportere, og følte de hadde mangel på bevis og var usikre på hvordan situasjonen skulle bli tatt hånd om på best mulig måte. Det ble også beskrevet viktigheten av å ha grundig forberedelse i forkant før møter, og flere sykepleiere var også flinke til å stille direkte spørsmål og henvise til kontinuerlige kontroller og samtaler.</p> |

|                        |   |
|------------------------|---|
|                        | <p>Det å bruke skjønn, styre samtalen og bruke ulike midler gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon, var viktig. Artikkelen viste at det var mindre fokus på psykisk mishandling i fagmiljøet, men at mange brukte sin intuisjon med bakgrunn i lang erfaring, og at dette var avgjørende i mange situasjoner. Artikkelen belyser også viktigheten av å ta i bruk opparbeidet instinkt, og behovet for generell kunnskap og erfaring på feltet.</p> |
| <b>Etisk vurdering</b> | <p>Anonymisert informasjon som respondenten ga skulle ikke være gjenkjennbar. Frivillig deltakelse. Opptakene av intervjuene var forsiktig behandlet og ble bevart i en låst boks, og ble destruert etter studien var over. Den etiske godkjenningen av organisasjonen alle respondentene jobbet på, var oppklart før intervjuene startet.</p>  |
| <b>Vurdering</b>       | <p>Fagfellevurdert<br/>God</p>  |

## Vedlegg 4 – Tabell over funn fra analysen

| <b>Underkategorier og hovedfunn</b>                              | <b>Artikkelnummer</b> |
|--|-----------------------|
| Utfordringer/vansker knyttet til samtale                         | <b>1,9,5,10</b>       |
| Utfordringer/vansker knyttet til observasjon                     | <b>1-10</b>           |
| Vegring knyttet til kartlegging                                  | <b>1-10</b>           |
| Usikkerhet knyttet til rapportering                              | <b>1,2,3,6,7</b>      |
| Uvitenhet knyttet til anvendelse av lover og retningslinjer      | <b>1,2,3,4,6,8</b>    |
| Mangel på erkjennelse  | <b>2,3,5,9,10</b>     |
| Behov for tverrfaglig samarbeid                                  | <b>1,2,4,8,9</b>      |
| Behov for mer kunnskap   | <b>1-10</b>           |
| Behov for aktiv anvending av gjeldende lovverk og retningslinjer | <b>2,4,8,7</b>        |