

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleiers ansvar; å varsle om barnemishandling



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 11.05.2021]

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Forord

*«Du mener det kan ikke være sant
så onde kan da ikke mennesker være
Der fins da vel skikkelige folk i blant?
Bror, du har ennu meget å lære!*

*Du må ikke sitte trygt i ditt hjem
og si: Det er sørgelig, stakkars dem!
Du må ikke tåle så inderlig vel
den urett som ikke rammer deg selv!»*

(Utdrag: Øverland A. 1937)

Sammendrag

Bakgrunn:

Sykepleier møter både personlige og profesjonelle utfordringer i sitt arbeid med saker hvor det er mistenkt barnemishandling.

Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleieren sin rolle i å oppdage vold mot barn, samt se på faktorer som fører til eller ikke fører til bekymringsmeldinger ved mistanke om vold mot barn.

Metode:

Ved hjelp av fire vitenskapelige artikler har vi foretatt en integrativ litteraturstudie. For å sørge for en faglig bred og representativ oppgave, har vi også brukt egen erfaring og annen litteratur for å belyse studien.

Resultat:

Resultatene viser at sykepleier er bevisst sin lovpålagte plikt om å varsle til barnevernet, men at personlige, praktiske og profesjonelle barrierer ofte står i veien for å sende inn bekymringsmelding. Det rapporteres om en gjennomgående familiesentret tilnærming som skaper relasjon og de i fleste situasjoner bedrer utfallet for barnet.

Konklusjon:

Det er behov for videre forskning for å kunne forstå det fulle spekteret av sykepleieren i møte med barn som opplever vold i nære relasjoner. Sykepleier har behov for mer kunnskap og opplæring i det praktiske ved å sende bekymringsmelding, i tillegg mer kunnskap om det kliniske blikk, kommunikasjon og hvilke symptomer en må se etter. Det kan konkluderes med at det trengs mer bevissthet rundt barnemishandling.

Nøkkelord: Barnemishandling, Neglekt, Sykepleie, Litteraturstudie

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag.....	2
1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Presentasjon av problemformulering og problemstilling	5
1.3 Begrepsavklaring og avgrensning	6
1.4 Hensikt med oppgaven	6
2. Teorikapittel	7
2.1 Hva er barnemishandling.....	7
2.1.1 Hvor finner vi disse barna?	7
2.1.2 Ulike former og uttrykk for barnemishandling	8
2.2 Sykepleiers ansvar i et juridisk og faglig perspektiv	10
2.2.1 Barnekonvensjonen.....	10
2.2.2 Opplysningsplikt til barnevernet	10
2.2.3 Sykepleiers ansvar i et faglig perspektiv	11
2.3. Barnemishandling i lys av sykepleieteoretikere	12
3. Metode	14
3.1 Valg av metode	14
3.2 Søkestrategi.....	14
3.3 Analyse av artiklene	17
4. Resultater	18
4.1 En åpen dialogisk tilnærming	18
4.1.1 Tenk familie	18
4.1.2 Støtte fra kollegaer.....	19
4.2 Sykepleiers handlingsrettede kompetanse	20
4.2.1 Opplæring og kunnskap	20
4.2.2 En vag mistanke	21
4.3 Et system for oppfølging	21
4.3.2 Samarbeid med andre instanser	22
5. Diskusjon	23
5.1 Metodediskusjon	23
5.1.1 Kildekritikk	23

5.1.2 Integrativ litteraturoversikt som metode.....	24
5.2 Resultatdiskusjon	25
5.2.1 En åpen dialogisk tilnærming.....	25
5.2.2 Sykepleiers handlingsrettede kompetanse	28
5.2.2 Et system for oppfølging.....	29
6. Anvendelse av resultater i praksis	32
Litteratur	34

Ord: 10981

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema har røtter i vår erfaring ved Stavanger legevakt og psykiatrisk mottak. Her har vi møtt flere faglig kompetente personale som uttrykker usikkerhet i møte med barnemishandlingssaker. Med dette fikk vi en forståelse for at slike saker er komplekse og vanskelige, selv for faglig og erfaren personale. Vi ønsket å fordype oss i sykepleiers erfaringer med barnemishandling, da vi selv har en opplevelse med at dette er et neglisjert og tabubelagt tema både ved ulike institusjoner og ved sykepleierutdanningen. Vi har ett ønske om å øke vår egen kompetanse rundt temaet, i tillegg til å hjelpe andre med å bli mer bevisste deres ansvar som profesjonelle utøvere. For å sette tema på dagsorden, foregår det nå en debatt rundt dette tema, å varsle til barnevernet (Henriksen, 2021; Ohnstad, Sønderskov & Ødegård, 2021).

Selv om det er en prioritert samfunnsoppgave å beskytte barn og unge mot vold og seksuelle overgrep, har vi lite kunnskap om forekomsten av slike krenkelser. God og presis kunnskap om omfanget av vold og overgrep og barns erfaringer på området, utgjør et viktig grunnlag for både utvikling av forebyggende arbeid og utforming av hjelpetilbud (Hafstad & Augusti (2019, s.3). Forskning viser at 1 av 5 barn opplever vold i hjemmet og at 1 av 20 opplever alvorlig vold i hjemmet (Folkehelseinstituttet, 2019). Antall bekymringsmeldinger sendt fra helsepersonell samsvarer ikke med antall barn som blir utsatt for mishandling. Dette er noe vi vil belyse og skape forståelse rundt.

1.2 Presentasjon av problemformulering og problemstilling

Som nevnt over opplever en stor andel av barn vold i hjemmet. Å oppleve vold i barndommen kan få store følger for fremtidig helse. Konsekvensene kan vise seg som fysiske skader, psykiske og fysiske helseplager og sykdom, atferdsforstyrrelser og utviklingsavvik (Folkehelseinstituttet, 2019).

Det har i senere tid vært flere oppslag i media om barnemishandlingssaker som har blitt oppdaget og rapportert altfor sent. Eksempler her er Christoffer-saken og Alvdal-saken. Det har i media vært pekt på hvem som har vært i kontakt med barna, og likevel ikke rapportert videre, for eksempel lege, helsesykepleier og lærere. Som sykepleier har man en stor mulighet til å oppdage tegn og faktorer som kan tyde på barnemishandling, og i denne studien vil vi belyse faktorer som fører frem til og ikke fører frem til varsling.

Det at slike saker kommer frem i media tyder på at sykepleiere trenger mer informasjon og kunnskap i å mistenke, oppdage og analysere barnemishandling. Mer kunnskap om dette temaet fører forhåpentligvis til at man kan få varslet tidligere og hjelpe barn som står i en sånn situasjon.

1.3 Begrepsavklaring og avgrensning

Barnemishandling: er per definisjon «å utsette barn for fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgrep, krenkelser eller forsømmelse av barnets grunnleggende behov. Tradisjonelt sett har man skilt mellom fire former for barnemishandling: fysisk-, seksuell- og emosjonell mishandling, og omsorgssvikt. I den senere tid har også det å være vitne til vold i nære relasjoner blitt sett på som en form for barnemishandling» (Dyb & Flekke, 2019). I vår studie har vi valgt å bruke begrepet barnemishandling synonymt med vold mot barn når vi skriver om alle former for barnemishandling. Om vi skriver om kun en form, for eksempel fysisk mishandling, presiserer vi dette.

Omsorgssvikt (neglekt): betyr å forsømme å dekke et barns grunnleggende behov i en slik grad at det utsettes for fysisk eller psykisk skade eller fare (Folkehelseinstituttet, 2019). Eksempler på dette kan være å forsømme barnets behov for trygghet ved å la barnet leke med skarpe gjenstander eller i et miljø som kan være skadelig for barnet. Vi har valgt å bruke omsorgssvikt, neglekt og vanskjøtsel som synonymer i vår studie da hovedtrekkene er de samme.

Omsorgspersoner: I vår studie vil vi omtale omsorgspersoner som har ansvar eller myndighet over barnet etter juridiske og rettslige reguleringer. Vi har valgt å bruke omsorgspersoner og foreldre som synonymer.

Varsel/bekymringsmelding: I vår studie har vi brukt varsel og bekymringsmelding som synonymer. Det vi mener med dette er å sende bekymringsmeldinger til barnevernet.

1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å belyse et vanskelig område, hvordan sykepleieren kan oppdage barnemishandling og være i stand til å handle for å hjelpe disse barna, slik at barnas situasjon kan bli bedre. Som en del av hensikten vil vi også skape bedre forståelse for barnemishandling som et helsefaglig problem. I denne studien vil vi legge vekt på hvordan helsepersonell reagerer og tenker i situasjoner hvor det er mistanke om barnemishandling.

2. Teorikapittel

I teorikapittelet vil vi starte med å definere barnemishandling før vi så vil se på risikofaktorer, symptomer og konsekvenser. Vi har videre valgt å vise til Kari Martinsens omsorgsteori og Eriksson sin etiske mantra for å belyse problemstillingen fra et sykepleieteoretisk perspektiv. Deretter skal vi avklare sykepleiens funksjon og ansvarsområde ved bruk faglige, juridiske og rettslige retningslinjer.

2.1 Hva er barnemishandling

Hafstad og Augusti (2019, s.15) legger frem i sin rapport at 1 av 5 barn opplever mild fysisk vold i form av slag med flat hånd, klyping og/eller lugging, og 1 av 20 barn opplever alvorlig fysisk vold som betegnes med å bli «sparket, slått med en hard gjenstand eller banket opp» (Hafstad & Augusti, 2019, s, 15). I tillegg forteller rapporten at 1 av 5 barn opplever psykisk vold. Dette er som vist ett utbredt og alvorlig problem. Vi har valgt å legge vårt hovedfokus på hvor og når vi møter disse barna og hvilke risikofaktorer som er til stede. Vi skal også beskrive noen av symptomene og konsekvensene, da dette viser omfanget og viktigheten av å varsle. Vi har valgt å ikke gå så dypt inn i dette på grunn av kompleksiteten ut ifra type vold, alder på barnet og omfanget av mishandlingen.

2.1.1 Hvor finner vi disse barna?

For å sette problemstillingen på dagsorden har vi valgt å trekke frem en rapport om barnemishandling i lys av koronakrisen, en rapport fra våren 2020 da skolene stengte ned (Hafstad & Augusti, 2020). Denne rapporten viser til at 1 av 6 av deltagende ungdommer fortalte om minst en type form for vold eller overgrep i de ukene skolen var stengt. 20% av disse forteller at dette skjedde for første gang under nedstengningen. Rapporten viser til at de fra lavinntektsfamilier og foreldre med psykososiale vanskeligheter var mer utsatt (Hafstad & Augusti, 2020, s. 11). Dette stemmer overens med risikofaktorer fra annen litteratur.

Dyb og Flekke (2019) poengterer at det er lite forskning og kunnskap i Norge om hvilke sosiale lag barnemishandling er mest utbredt. Videre fortelles det at i internasjonal forskning konstaterer at barnemishandling finnes i alle sosiale lag, men at risikoen øker ved lav utdanning, arbeidsløshet, økonomiske problemer og partnervold i familien. Som nevnt er familieøkonomi og foreldres psykososiale vanskeligheter sentrale risikofaktorer, men det trekkes også frem i en annen rapport av Hafstad og Augusti (2019) at foreldre med rus, psykisk sykdom eller kriminalitet er kjente risikofaktorer. Killèn (2021, s. 14) viser også til

økonomi, rus og psykiske lidelser, men legger til minoritetsmiljøer og personer med funksjonsnedsettelse som mulige risikofaktorer.

Også ved psykisk mishandling trekkes det frem risikofaktorer som psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk fra foreldrenes side, i tillegg legges det til konfliktfylte og voldelige samlivssituasjoner samt barn som tillegges egenskaper de ikke har (Killèn, 2021, s. 49).

Spørsmålet om hvor sykepleier møter disse barna er reelt, men mulig vanskelig å finne ett konkret svar på. Det er ett såpass utbredt problem som Hafstad og Augusti (2019, s. 15) beskriver i sin rapport, at disse barna kan finnes overalt i helsesystemet, hjem, skole osv. Killèn (2021, s.44) legger frem muligheten for at mishandling kan oppdages ved en tilfeldighet ved en innleggelse for noe annet. Som beskrevet ovenfor står enkelte barn i større risiko for å oppleve vold, men også i familier med fravær av disse risikofaktorene kan oppleve vold. Dermed er hele helsesystemet både direkte og indirekte berørt og knyttet til volden.

2.1.2 Ulike former og uttrykk for barnemishandling

Skarsaune og Bondas (2014) trekker frem som sitt hovedfunn at barnemishandling oppleves som «ullent og diffust». Sykepleierne i denne artikkelen opplever situasjonen som vanskelig da de er redde for å ta feil, mangler klare retningslinjer og ikke får den støtten de ønsker og trenger fra kollegaer og ledere. I pensum og annen relevant litteratur skilles det mellom fysisk- og psykisk mishandling, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Dette i forhold til både symptomer, risikofaktorer og omfang. Vi har valgt å skille mellom disse formene for mishandling der vi ser at dette er nødvendig. Samtidig vil vi se på barnemishandling som en helhet da det i litteraturen trekkes frem at flere former for mishandling ofte opptrer sammen (Killèn, 2021, s. 42; Hafstad & Augusti, 2019, s.14; Myhre, Thoresen & Hjemdal, 2015).

Fysisk mishandling mot barn sees både ved en aktiv handling og manglende tilsyn til barnet (Killèn, 2021, s. 42). Myhre, Thoresen og Hjemdal (2015, s.8) trekker også frem fysisk straff som metode i barneoppdragelse som fysisk mishandling. De mest synlige tegnene på fysisk mishandling er blåmerker og brannsår. Disse skadene kan ofte se like ut som normale skader man får i barneårene, men barnets alder, forklaring og merkets plassering kan vise til at disse er påført. Merkene kan ses på rygg, sete, kinn, armer og ben (Killèn, 2021, s. 42).

Bruddskader på armer og ben er et vanlig symptom på fysisk mishandling (Killèn, 2021, s. 44). Det trekkes frem her at mishandlingen kan ha foregått lenge før en kanskje ved en tilfeldighet avdekker den, med for eksempel en røntgenundersøkelse.

Killèn (2021, s. 47) understreker at psykisk mishandling er muligens den mest vanskelige formen for vold å definere og avgrense. Videre forteller hun at det kort kan defineres som «en kronisk holdning eller handling hos foreldre eller annen omsorgsgiver, som er ødeleggende for, eller forhindrer utviklingen av, et positivt selvbilde hos barnet.» (Killèn, 2021, s. 48). Kronisk er ett viktig nøkkelord i denne definisjonen, da dette ikke handler om enkelte hendelser som er normalt i en familie. Denne typen vold kan vise og arte seg på mange forskjellige måter, men ved hjelp av ulike fagfolks kunnskap om utviklings- og samspillsmønstre kan man identifisere psykisk mishandling lettere hos barn (Killèn, 2021, s. 48). Vi har valgt å ikke legge vekt på de ulike teoriene rundt utviklingen hos barn i vår studie, men ønsker å trekke frem Erik Eriksson sin utviklingsteori som relevant i å oppdage psykisk mishandling (Brønstad & Hårberg, 2020). Som vist til er psykisk vold mer utfordrende å oppdage enn fysisk vold med fysiske symptomer. I rapporten til Hafstad og Augusti (2020, s. 10) fortelles det at den hyppigste formen for vold rapportert var psykisk vold. Psykisk vold er komplekst, utbredt og med mange nyanser.

Begrepet neglekt, omsorgssvikt og vanskjøtsel brukes i litteraturen om det samme, men også hver for seg. Vi har valgt å bruke disse begrepene som synonymer da hovedpunktene er like. Killèn (2021, s. 38) beskriver vanskjøtsel som fravær av fysisk omsorg og/eller manglende dekning av barnets kognitive, emosjonelle og/eller sosiale behov. Det beskrives flere former for vanskjøtsel, hvorav barn som vanskjøttes både fysisk og følelsesmessig er mer synlig i forhold til de barna som kun blir følelsesmessig vanskjøttet. De ytre tegnene av både fysisk og følelsesmessig vanskjøtsel varierer ut ifra hvilken grad barnet blir utsatt for og hvor tidlig dette blir oppdaget. Tegn på at barnet ikke får dekket sine grunnleggende behov, for eksempel dårlig stelt, anemisk, sulten, ikke legger på seg og store bleieutslett, kan være indikasjon på alvorlig vanskjøtsel (Killèn, 2021, s. 39). Killèn (2021, s.39) beskriver videre at alvorlig vanskjøtsel påvirker barnet på flere områder, både psykomotorisk, språkutvikling, kontaktevne, grovmotorikk og psykisk.

Seksuelle overgrep skiller seg fra øvrige former for vold, da dette innebærer krenkelse av barnets grenser for intimitet og kropp (Killèn, 2021, s. 67). Barn som opplever seksuelle overgrep av en omsorgsperson velger oftest å ikke fortelle dette videre (Killèn, 2021, s. 67; Dyb & Flekke, 2019). Killèn (2021, s.67) understreker at barnet i tillegg til de vonde følelsene kan oppleve positive bivirkninger i form av glede over å være overgriperens utvalgte, som igjen kan forsterke følelser som skam, delaktighet og skyld. Mindre barn viser ofte uttrykk for

overgrep mer direkte enn de eldre barna gjør. Dette for eksempel med lek, tegning og direkte utsagn (Killèn, 2021, s. 67).

Konsekvenser av vold er bredt og ulikt fra barn til barn, og varierer ut ifra barnets alder, form for vold og utbredelse av vold, men også barnets evne til å prosessere traumatiske hendelser med faktorer som intelligens, familie osv. (Dyb & Flekke, 2019). Det brede spekteret av negative konsekvenser som er rapportert i kliniske og epidemiologiske studier understøttes av forskning som viser epigenetiske, nevroendokrine, immunologiske og strukturelle nevrobiologiske forandringer knyttet til overgrep i barndommen (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS], 2015). Å oppleve vold i barndommen kan gi store følger for både fysisk og psykisk helse. Konsekvensene kan vise seg som fysiske skader, psykiske og fysiske helseplager og sykdom, atferdsforstyrrelser og utviklingsavvik (Folkehelseinstituttet, 2020).

2.2 Sykepleiers ansvar i et juridisk og faglig perspektiv

For å belyse oppgavens juridiske og rettslige perspektiv har vi valgt å se på FNs barnekonvensjon, helsepersonelloven og veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner. Barnekonvensjonen skal belyse de globale og internasjonale rettighetene til barnet som er blitt definert av FN, mens meldeplikt skal belyse helsepersonells lovlige plikter i møte med mishandlede barn. I juridisk perspektiv har vi valgt å ikke trekke inn lov om faglig forsvarlighet, selv om vi ser dette som relevant i vårt arbeid (Helsepersonelloven, 1999, §4). Til slutt vil vi ta frem hva litteraturen sier rundt sykepleiers ansvar i et faglig perspektiv.

2.2.1 Barnekonvensjonen

FNs barnekonvensjon er en forpliktende avtale som skal gi alle barn særskilt menneskerettighetsvern og blir også kalt barnas grunnlov. Det er spesielt artikkel 19 som tar for seg barns rett til å beskyttes mot å bli forsømt samt også for fysisk og psykisk vold. Artikkel 34 i barnekonvensjonen tar opp barnets rett for beskyttelse fra seksuelle overgrep, prostitusjon og pornografi (Barne- og familiedepartementet, 2003).

2.2.2 Opplysningsplikt til barnevernet

Opplysningsplikten adresserer plikten til å opplyse barnevernet om mistanker ved barnemishandling og omsorgssvikt. Denne loven legger grunnlag for vårt juridiske ansvar og er en plikt en som helsepersonell må følge (Helsepersonelloven, 1999 §33)

“Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten. Helsepersonell skal uten hinder av taushetsplikt etter § 21 melde fra til barneverntjenesten uten ugrunnet opphold

- a) Når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt,
 - b) Når det er grunn til å tro at et barn har en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade og ikke kommer til undersøkelse eller behandling, eller at et barn med nedsatt funksjonsevne eller et spesielt hjelpetrengende barn ikke får dekket sitt særlige behov for behandling eller opplæring,
 - c) Når et barn viser alvorlige atferdsvansker i form av alvorlig eller gjentatt kriminalitet, misbruk av rusmidler eller en annen form for utpreget normløs atferd,
 - d) Når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli utnyttet til menneskehandel.»
- (Helsepersonelloven, 1999 §33)

Det blir understreket i setningen “Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernet” at alle som jobber i helse og omsorg skal være oppmerksomme på forhold som kan vise til behov for videre oppfølging. Loven er her klar på at det er den enkeltes ansvar, hvor ansvaret ikke kan overlates til andre. Det kan tenkes at usikkerheten rundt taushetsplikten sett i sammenheng med opplysningsplikten kan være en barriere for helsepersonell (Stang, 2016; Henriksen, 2021). Dette tas ikke opp i noen av de analyserte artiklene, og er derfor ikke noe vi vil gå dypere inn på. Loven er tydelig på at man skal kunne melde ifra om forhold som kan føre til tiltak fra barnevernstjenesten, uten hinder av taushetsplikten.

2.2.3 Sykepleiers ansvar i et faglig perspektiv

Norsk helseinformatikk (2019) forteller at helsepersonells viktigste rolle er å være bevisst på å oppdage barnemishandling i sitt arbeid. Flere forteller om følelsesmessige utfordringer i møte med disse barna (Killèn, 2021, s.87-88; Skarsaune & Bondas, 2014). Killèn (2021, s. 89) forklarer en profesjonell holdning med at man ikke begraver de personlige følelsene, men at man som profesjonell er bevisst følelsene, og lærer seg i størst mulig grad å hindre at disse kommer i veien for vår forståelse for den familien vi nå skal forholde oss til som profesjonelle. «Veileder for helse-og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner»

ble utarbeidet på bakgrunn av tiltak 23 i tiltaksplanen til barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2014-2017, s. 4). Denne har som mål «å øke kunnskapene og dermed styrke handlingskompetansen og -beredskapen hos ansatte i helse- og omsorgstjenestene» (NKVTS, 2015). Det beskrives i voldsveilederen at for å oppdage barnemishandling må en ha ett åpent blick til symptombildet og våge å tenke at barnet kan være utsatt for vold. Man har som helsepersonell et personlig ansvar i tillegg til en lovpålagt plikt å være oppmerksom på det som kan tyde på at barnet blir utsatt for vold (NKVTS, 2015).

2.3. Barnemishandling i lys av sykepleieteoretikere

Sykepleieteoretikerne vi har valgt for å belyse vår problemstilling er Kari Martinsen og Katie Eriksson som har lagt store deler av grunnlaget for vår forståelse av omsorg og lidelse i sykepleien.

2.3.1 Kari Martinsen

Vi tenker at Martinsens omsorgsteori kan bidra med å belyse resultatene da omsorg og det sansemessige står sentralt. Teorien tar opp betydningen av at man i møte med mennesker må bruke den mellommenneskelige relasjonen for å skape en forståelse for medmenneskets sanser, og for å bygge en bro mellom det sanselige og det erfaringsnære.

Spesielt relevant for vår problemstilling blir Martinsens kliniske blick og bruk av sanser, da det å se og gripe situasjonen med barn som er krenket er en forutsetning for å kunne hjelpe. Man kan også se på hennes bruk av relasjonsbygging som et verktøy for å kunne skape en bedre kommunikasjon med pasienten som kan virke diagnostisk og behandlende. Martinsen beskriver omsorg som relasjonell og forklarer at omsorg uttrykkes gjennom praktiske handlinger og krever at konkrete situasjoner forstås, dette setter da et krav om bruk av faglig-etisk skjønn (Alvsvåg & Martinsen, 2018). “Utfordringen er å vise dette, hvordan omsorg for den andre kan utøves” (Alvsvåg & Martinsen, 2018). En omsorgsfull handling vil i lys av Martinsens teori for eksempel være å sende en bekymringsmelding om man mistenker at et barn opplever mishandling, fordi man gjennom praktiske handlinger viser omsorg for barnet. Her snakker også Martinsen om klokketid og hvordan det er konstruert av samfunnet for å effektivisere og disiplinere oss. “Det er ikke den egentlige tiden. Vi dør ikke når vi stopper klokken, men når hjertet stanser. Vi forveksler timetid med hjerteslag.” (Fonn, 2019)

2.3.2 *Katie Eriksson*

Katie Eriksson sin teori legger vekt på omsorg og ansvar for andre, som er relevant for å belyse oppgavens problemområde. Hovedpunktet i hennes teori er refleksjonen rundt påstanden om at alle mennesker er født som omsorgsytere, men at det moderne samfunnet og mennesket har utviklet seg bort fra de grunnleggende idealene i omsorg, og har skapt nye idealer (Eriksson, 1996, s. 17-19, 63-64). Dette blir muligens spesielt synlig i helse- og omsorgstjenesten som har en grunnleggende omsorgssentret praksis (Eriksson, 1996, s. 63). Eriksson forteller at man som menneske ikke alltid klarer å ta imot omsorg, at det kan oppleves som skremmende og usikkert. Samtidig kan dette ses på som en kunst for de individene som viser den uavhengigheten som kreves for å ta imot omsorg (Eriksson, 1996, s. 65).

Erikssons utdypning av det etiske mantra ser vi på som aktuelt for denne studien da de elementene som inngår her omfatter å ikke bare vite at noe er galt, men også ta ansvar slik at det blir omgjort til handlinger: «Jag var där, jag såg, jag vittnade och jag blev ansvarig» (Alvsvåg, Bergeland, Førland & Martinsen, 2013, s. 3). Dette beskriver sykepleiens ansvar for det man ser og hvordan det er den enkeltes oppgave å advokere for pasientene og deres behov. «To see is to witness, and to give the knowing a speaking voice is to bear witness» (Näsman, 2020).

Etikk handler ifølge Eriksson om å søke etter sannheten og etterstrebe en sannferdig og ærlig eksistens og atferd. Menneskets verdighet handler om vårt innerste vesen og hvordan man vektlegger sin frihet, men samtidig er bundet til ett ansvar (Alvsvåg, et al., 2013, s. 7-8). Arete som er et mye brukt begrep i Erikssons teori har røtter i de greske filosofene Sokrates og Platon, det kan oversettes til dygd på norsk (Tjønneland, 2018). Erikssons teoretiske syn på begrepet er at man som sykepleier skal bruke arete for å utøve helhjertet sykepleie samtidig som at vi skal ta ansvar for våre egne handlinger, for å skape gode relasjoner og opplevelser (Alvsvåg et al., 2013, s. 79).

3. Metode

Dalland siterer Aubert i spørsmål om hva metode er: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert sitert i Dalland 2018, s. 51). Kort sagt omhandler metode systematisk innhenting av data. Data kan innhentes ved hjelp av empiriske studier som kvantitative- eller kvalitative studier, eller ved hjelp av litteraturstudie hvor en analyserer forskningsartikler som allerede er publiserte. Metoden som velges baserer seg på hva som egner seg best i forhold til den valgte problemstillingen.

3.1 Valg av metode

I vår studie har vi valgt å gjøre en integrativ litteraturstudie. Denne metoden innebærer ifølge Friberg (2017) å innhente kvalitative- og/eller kvantitative forskningsartikler, sammenligne likheter og ulikheter mellom disse og til slutt dra konklusjoner og verifisere for å lage en såkalt ny helhet. Friberg har vært sentral i vårt metodiske arbeid med denne oppgaven. Hun beskriver integrativ litteraturstudie som å ta det ett steg videre fra en allmenn litteraturstudie, hvor man avslutningsvis trekker konklusjoner.

Vi valgte denne metoden for å få en enkel og systematisk oversikt over tilgjengelig forskning på dette temaet, samt lage en ny helhet ved hjelp av informasjonen vi har innhentet. På denne måten vil vi bidra med økt kunnskap og forståelse rundt dette temaet. Ifølge denne metoden skal vi studere tidligere publiserte forskningsartikler innenfor ett visst fagområde. Vi har plukket ut fire forskningsartikler vi mente svarte best til vår problemstilling. I tillegg til dette har vi innhentet teori og litteratur som belyser diskusjon og resultater.

3.2 Søkestrategi

Med utgangspunkt i problemformulering og hensikt for vår oppgave, har vi funnet frem til fire egnede studier. For å finne frem til disse studiene gjorde vi et systematisk søk i databasene Cinahl og Medline som publiserer forskning relatert til helsefag, og er tilgjengelig igjennom biblioteket ved UiS. Søkeordene vi benyttet var “child abuse or child neglect or child maltreatment”, “prevention or detect” og “nurs* role”. Med disse søkeordene fikk vi omtrent 190 treff. I tillegg til dette fant vi tre forskningsartikler ved hjelp av ett større litteraturstudie. I vår prosess med å få en oversikt over aktuell litteratur brukte vi Friberg (2017, s.144) sin metode. Ifølge denne metoden var det viktig å få ett helikopterperspektiv over tilgjengelig forskningslitteratur i tillegg til å en åpenhet og kreativitet ved ekskludering og inkludering av artikler. For å få en oversikt over treffene, leste vi sammendragene. Samtidig brukte vi våre

inklusions- og eksklusjonskriterier (Tabell 1) til å vurdere om studien var relevant i henhold til vår problemstilling. Etter ekskludering- og inkluderingsfasen satt vi igjen med 12 artikler som ved første lesning var relevante for vår problemstilling. De 12 artiklene leste vi igjen mer grundig og satt til slutt igjen med fire artikler. Her ekskluderte vi flere litteraturstudier som svarte godt til vår problemstilling, som i stedet ble brukt som inspirasjon i vårt arbeid. Av de valgte artiklene er tre kvalitative studier og en kvantitativ studie. Vi valgte hovedsakelig å fokusere på kvalitative studier, da vi ville få frem sykepleierens perspektiv. Samtidig valgte vi en kvantitativ studie for å vise til omfanget av varslingssaker.

Tabell 1

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert mellom 2011-2021	Eldre enn 2011
Hentet fra fagfelleverdert tidsskrift (peer review). Følger IMRAD- struktur	Ikke fagfelleverdert
Sykepleieperspektiv	Andre perspektiver som lege, forelder, barnevern, sosiolog osv.
Kan sammenlignes og brukes i praksis i norsk helsevesen	Kan ikke sammenlignes og brukes i praksis i norsk helsevesen

Vi ønsket hovedsakelig å analysere forskningsartikler fra Skandinavia og andre land som har likhetstrekk med det norske helsesystem. Vi oppdaget tidlig at det var begrenset med forskning på tema, og særlig forskning som svarer spesifikt til vår problemstilling. På grunn av dette har vi valgt å analysere artikler også i fra land med noe ulikt helsesystem, men i vår refleksjon vil vi hovedsakelig fokusere på hvordan man kan bruke denne forskningen i det norske helsesystem.

De valgte forskningsartiklene skal danne det vitenskapelige grunnlaget i vår oppgave. Vi har i tillegg funnet frem til sykepleieteori og annen faglitteratur som supplement i vår refleksjon, samt forståelse av oppgavens empiriske grunnlag. Relevant teori og litteratur har vi funnet igjennom pensum vi har hatt i løpet av vårt studie, søk i Oria og samtaler med erfarne fagfolk.

Tabell 2

Tittel, forfatter, årstall og land	Perspektiv	Problem og hensikt	Metode	Resultat/ Diskusjon	Database
<p><i>Keeping the child in focus while supporting the family: Swedish child healthcare nurses experiences of encountering families where child maltreatment is present or suspected.</i></p> <p>Dahlbo M., Jakobsson L. & Lundquist P.</p> <p>År publisert: 2017 Sverige</p>	Helsesykepleier	Å beskrive helsesykepleiers opplevelser i å møte familier hvor barnemishandling er oppdaget eller mistenkt	Kvalitativ studie Åpent intervju med 8 kvinnelige helsesykepleiere i løpet av tre måneder	Diskuterer helsesykepleierens opplevelser ved å oppdage eller mistenke barnemishandling. De bruker en familiesentret tilnærming. Forteller om den emosjonelle påvirkningen, å møte familien med åpenhet med kommunikasjon og det å trenge bekreftelse og støtte fra kollegaer.	Cinahl
<p><i>Notifications for child safeguarding from an acute hospital in response to presentations to healthcare by parents.</i></p> <p>Gonzalez-Izquierdo A., Ward A., Smith P., Walford C., Begent J., Ioannous Y. & Gillbert R.</p> <p>År publisert: 2015 England.</p>	Sykehus som institusjon	Å se på hvordan ett nytt system kan forenkle og forbedre tilbud til familier samt helsepersonells oppgave i å oppdage barnemishandling	Kvantitativ studie Om varslinger fra ett sykehus til barnevern i 12 mnd.	Diskuterer effekten av spørsmål til foreldre ved oppmøte på sykehuset som oppdagene for vold og neglekt i hjemmet. Ser også på effekten av å melde til kun en lokal barnevernsavdeling. Ser på hvor mange og hva som var årsaken til de ulike varslene.	Cinahl
<p><i>Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department.</i></p> <p>Forfattere: Louwers E., Korfage I., Auffortit M., Koning H. & Moll H.</p> <p>År publisert: 2012. Nederland.</p>	Akuttmedisinsk personal	Å identifisere faktorer som påvirker screening av barn som mistenkes å oppleve vold i hjemmet.	Kvalitativ studie Intervju med 27 personal fra 7 sykehus	Fire av syv rapporterte at det var vanskelig å diskutere mistanke om barnemishandling med foreldrene, som hovedsakelig belaget seg på problemer som tid, sted og personlige barrierer. I intervjuet fikk man også styremedlemmene sine perspektiver, som diskuterer blant annet økonomi. Diskuterer effekten av en protokoll som skal hjelpe personalet med å sette tydelige retningslinjer.	Cinahl
<p><i>Paediatric nurses' identification of violence against children.</i></p> <p>Forfattere: Pabis M., Wronska I., Slurska B. & Cuber T.</p> <p>Årstall: 2011. Polen.</p>	Sykepleier	Å evaluere pediatrike sykepleieres vurderingsevne når det kommer til diagnostisering og intervensjon ved neglekt og vold mot barn.	Kvalitativ studie Spørreundersøke lse 160 sykepleiere	I de leste tilfellene er det en kompleks sammensetning av ulike former for neglekt og mishandling man kan se hos barn. Det er viktig å møtet barnet på det kognitive nivået de befinner seg på. Forskningen viser til at sykepleierne trenger mer kunnskap rundt temaet.	Cinahl

3.3 Analyse av artiklene

Vi har valgt å gjøre en integrativ litteraturoversikt. I vår analyse fulgte vi Friberg (2017, s.150) sin «oppskrift» i arbeidet med ett integrativ litteraturstudie. Etter at vi hadde valgt fire artikler som var i tråd med vår problemstilling leste vi gjennom artiklene, analyserte og lagde en oversiktstabell (tabell 2). På denne måten var det lettere å se likheter og forskjeller mellom de ulike artiklene.

Etter at vi hadde plassert alle artiklene i en tabell, leste og analyserte vi artiklenes resultater grundig og plasserte de viktigste resultatene i en ny tabell. På denne måten fikk vi en bedre oversikt over likheter og forskjeller i resultat fra de ulike studiene. Dette er også en måte for oss å lese studiene flere ganger for å få en bedre forståelse og sammenheng, som er et viktig punkt Friberg (2017, s. 148) trekker frem i analysearbeid. Videre foretok vi et utvalg av de resultatene som var mest gjennomgående og sterke, og lagde nye overskrifter som var dekkende for vår hensikt og problemstilling. Disse er grunnlaget for vårt resultatkapittel.

4. Resultater

Etter å ha analysert artiklene og gjort et utvalg av resultater satt vi igjen med tre hovedkategorier og seks underkategorier. Disse ble overskrifter og underoverskrifter i vårt resultatkapittel, og det blir beskrevet nærmere om hva som menes med de ulike resultatene. Overskriftene presenteres i tabell 3.

Tabell 3

Hovedkategori	Underkategori
En åpen dialogisk tilnærming	Tenk familie
	Støtte fra kollegaer
Sykepleiers handlingsrettede kompetanse	Opplæring og kunnskap
	En vag mistanke
Et system for oppfølging	Rutiner
	Samarbeid med andre instanser

4.1 En åpen dialogisk tilnærming

Alle de fire analyserte artiklene tar opp noe som vi har valgt å kalle «en åpen dialogisk tilnærming». Kommunikasjonen til både kollegaer og familien bærer preg av åpenhet som et viktig virkemiddel, dette har vi valgt å legge vekt på i vår oppgave.

4.1.1 Tenk familie

En artikkel presenterte at 5/6 deltagende sykepleiere synes det er vanskelig å snakke med foreldre hvor det er mistanke om barnemishandling (Louwers, Korfage, Affourtit, Koning & Moll, 2012). Grunnen til vanskelighetene ble beskrevet som praktiske barrierer som tid, sted osv. og personlige barrierer vedrørende redsel for å ta feil. Det ble lagt frem ett eksempel om at foreldre stiller spørsmål med nødvendighet av full klinisk undersøkelse, når barnet kun har en lokal skade. I konklusjonen til denne artikkelen adresseres kommunikasjon som hovedårsaken til at mistanken ikke går over til et varsel til barnevernet. Louwers et al. (2012)

trekker frem at opplæring i rett og effektiv kommunikasjon kan senke terskelen i å diskutere mistanken om barnemishandling med foreldrene. I den samme artikkelen ble 26 deltagere presentert for en påstand om at de noen ganger ikke rapporterer mistanken videre for å unngå problemer med foreldrene, hvor 10 svarte ja. Også Dahlbo, Jakobsson & Lundquist (2017) tar opp vanskeligheter med personlige barrierer og det å være emosjonelt påvirket av situasjonen.

I to av artiklene beskrives familiesentrert tilnærming som helt sentralt i rapportering av barnemishandling (Gonzales-Izquierdo, Ward, Smith, Walford, Begent, Ioannous & Gilbert, 2015; Dahlbo, et al., 2017). Ved denne tilnærmingen fokuseres det på familien som en helhet, i tillegg til at man har barnets beste som hovedfokus i slike saker. Dahlbo et al. (2017) adresserer også åpen kommunikasjon med foreldrene som særlig viktig. Med kommunikasjon basert på tillit opplevde de å jobbe med foreldrene, og ikke mot, noe også barnet hadde fordeler av. Denne ærlige kommunikasjonen førte til at sykepleierne alltid fortalte foreldrene om mistanken før det ble varslet. Det beskrives at sykepleierne fryktet å bli møtt med aggresjon ved en slik hentydning, men at de ofte ble møtt med takknemmelighet for at noen som ønsker å hjelpe, har lagt merke til deres situasjon. I artikkelen til Gonzales-Izquierdo et al. (2015) beskrives ett screeningsskjema som er tatt i bruk ved det aktuelle sykehuset. Med dette screeningsskjema skal man spørre alle voksne med barn hjemme som kommer inn med psykiske lidelser, misbruk av illegale stoffer og/eller alkohol eller på grunn av vold. Det blir stilt direkte spørsmål med et mål om å oppdage barnemishandling. Det beskrives ikke hvilke spørsmål som blir stilt i forskningsartikkelen. Artikkelen viser til at screeningen åpnet for en bedre dialog hvor foreldre følte de enklere kunne spørre om hjelp uten å føle seg dømt eller misforstått.

Hovedvekten på kommunikasjon i alle fire artiklene ligger på kommunikasjon med foreldre. Grunnen til dette kan være etiske hensyn i forhold til barnet. En av artiklene har inkludert viktigheten i å spørre barnet om hva som har skjedd, særlig om forklaringen fra foreldrene virker usannsynlig (Pabis, Wrònska, Slusarska & Cuber, 2011). Da er det særs viktig å tilrettelegge kommunikasjonen til barnets mentale alder med for eksempel lek, tegning osv. og at sykepleier bør motivere barnet til å snakke om hva som skjedde.

4.1.2 Støtte fra kollegaer

To av artiklene tar opp viktigheten ved å få bekreftelse og støtte fra kollegaer. Resultatene som presenteres i artiklene er korte, men relativt konkrete og nyttig informasjon. Den ene artikkelen viser til at den første reaksjonen til 86% av deltagerne var å diskutere problemet

med kollegaer (Pabès et al., 2011). I artikkelen til Dahlbo et al. (2017) forteller sykepleierne at det er en nødvendighet å diskutere saker med kollegaer, helst før de sender et varsel. Sykepleierne trekker frem faktorer som å få bekreftelse på deres mistanke og få støtte i situasjonen.

4.2 Sykepleiers handlingsrettede kompetanse

Sykepleiers handlingsrettede kompetanse omhandler den grad av kompetanse sykepleieren innehar som et grunnlag for å oppdage barnemishandling og handle riktig i situasjonen. Her presenteres ulike aspekter med kompetansen til de aktuelle sykepleierne, blant annet behovet for opplæring og kunnskap, samt mistanken en sykepleier kan føle på.

4.2.1 Opplæring og kunnskap

Frustrasjon over mangel på kunnskap er noe som er gjennomgående i de analyserte artiklene. I artikkelen til Pabès et al. (2011) rapporterer kun 12% av sykepleierne at de har tilstrekkelig kunnskap om å identifisere et mishandlet barn. Samtidig rapporterer 96,25% at dette er viktig kunnskap å ha i den jobben de utfører. I Louwers et al. (2012) ble deltagerne presentert for en påstand om at deres medisinske trening er tilstrekkelig for å kunne oppdage barnemishandling i praksis, hvorav 20 av 26 sa seg uenige. I den samme artikkelen uttalte nesten alle sykepleierne at det burde legges mer vekt på å oppdage barnemishandling i løpet av den grunnleggende utdanningen (Louwers et al., 2012). Dahlbo et al. (2017) legger frem sykepleierens erfaring som en viktig faktor i å møte barnemishandling med en familiesentrert tilnærming. Sykepleierne mente at mer erfaring økte sannsynligheten for åpenhet og å se familiens egne ressurser, og dermed finne løsninger som kan passe for familien.

I artikkelen til Louwers et al. (2012) trekkes det frem at helsepersonellet oppleves som motiverte for å videreutvikle sine diagnostiske kunnskaper og ferdigheter når det kommer til barnemishandling. Samtidig opplever helsepersonellet at det ikke er nok tid til å utvikle rutiner, protokoller eller organisere praktisk ferdighetstrening (Louwers et al. 2012). Det trekkes også frem at opplæring er grunnlaget for å riktig oppdage barnemishandling og at det dermed er viktig å utarbeide ett opplæringsprogram for dette. Pabès et al. (2011) trekker frem i sin introduksjon at utdanningsprogrammer burde bli introdusert for alle helsefaglige profesjoner hvor man skal lære hvordan en behandler barn som har opplevd vold i nære relasjoner. Dette programmet burde ifølge denne artikkelen inkludere metoder for de-eskalerende verbal kommunikasjon, kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om risikofaktorer i møte med barn og deres omsorgspersoner (Pabès et al. 2011).

4.2.2 En vag mistanke

Ved mer synlig og åpenbar barnemishandling som ved blåmerker og sår, er det mindre usikkerhet og bekymring rundt det å sende et varsel (Dahlbo et al. 2017). Ifølge undersøkelsen til Gonzales-Izquierdo et al. (2015) ble det i løpet av den 12 måneders perioden sendt varsel på 3,3% av barna med skadeinnleggelse, og 0,2% av barna med ikke-skadeinnleggelse. Problemet oppstår når symptomene er vage og sykepleieren får en magefølelse hun ikke klarer å plassere. En av sykepleierne i studien til Dahlbo et al. (2017) forteller at hun noen ganger får en følelse om at noe ikke er riktig med en familie, men at det er vanskelig å sette fingeren på hva. I enkelte tilfeller fører dette til en usikkerhet og bekymring om å sende inn et varsel. Usikkerheten bygges rundt om de har nok fakta og bevis for å sende inn et gyldig varsel og/eller om varselet vil føre til mer skade enn godt for familien og barnet (Dahlbo et al., 2017).

4.3 Et system for oppfølging

Med system menes det her hvordan det er lagt til rette både nasjonalt med veiledere, lover og regler, og lokalt med rutiner, støtte fra styremedlemmer osv. Her skal vi se på resultatene om hvordan systemet legger opp til oppfølging både av helsepersonellet og den aktuelle familien.

4.3.1 Rutiner

I studien til Pabis et al. (2011) beskrives det hvordan sykehus og andre institusjoner har behov for å definere barnemishandling som et helsefaglig problem og ikke bare et sosialt problem. Det er først da man kan starte å legge grunnlaget for diagnostisering og behandling av mishandlede barn. I Louwers et al. (2012) løftes det frem at aktivt støtte fra styret er en positiv faktor i forhold til det å varsle til barnevernet. Styremedlemmene indikerte enstemmig at de var åpne for en mer aktiv tilnærming til det å oppdage barnemishandling. Likevel, i et intervju med ett par av disse nevnes budsjett som en utfordring, hvor et styremedlem sier at om det ikke finnes finansiell kompensasjon bør vi begrense til vår kjernevirksomhet; å behandle ekte patologi (Louwers et al., 2012).

Ved spørsmål om rutiner ved et sykehus i Nederland var det flere som svarte at de hadde kjennskap til protokollen ved mistanke om barnemishandling, men at de ikke visste hvor de kunne finne den, og andre fortalte at de ikke hadde kjennskap til en slik protokoll på sykehuset (Louwers et al. 2012). Louwers et al. (2012) nevner at 5/7 deltagende sykehus har tatt i bruk et screeningskjema for å oppdage barnemishandling. To sykehus har ikke tatt i bruk

screeningsskjema på grunn av uenighet om bruksverdien samt hvilken profesjon som skal utføre screeningen. To kirurger utalte at de ikke ønsket å blande den medisinske behandlingen med sosial etterforskning, og derfor overlate ansvaret til andre profesjoner som for eksempel barnevernsarbeidere. Det kom frem at styremedlemmene var enige i at screening for barnemishandling var en oppgave som tilhørte «Emergency department», men at denne oppgaven ofte ble prioritert ned på grunn av mangel på tid, selv om screeningen kan bli fylt inn relativt raskt. (Louwers et al. 2012).

4.3.2 Samarbeid med andre instanser

Kommunikasjon og samarbeid med andre instanser som barnevernet, tas spesielt opp i to artikler (Gonzales-Izquierdo et al., 2015; Dahlbo et al., 2017). Gonzales-Izquierdo et al. (2015) har i deres artikkel forsket på antall varslinger, hvor varslingen skjer til kun en lokal barnevernsavdeling. Dette diskuteres videre hvor det stilles spørsmål om dette har ført til mer varsling på grunn av tilgjengelighet og enkelhet kontra andre sykehus hvor man varsler til flere forskjellige barnevernsavdelinger med forskjellige prosedyrer. Sykepleierne i artikkelen til Dahlbo et al. (2017) beskriver at de krever faglig tilsyn slik at de får muligheten til å lufte deres tanker med en profesjonell veileder. Dette for å håndtere situasjoner de kommer over på best mulig måte, samt å stadig bli bedre til neste gang en kommer opp i en slik situasjon (Dahlbo et al., 2017).

Flere rapporterte om et ønske om å høre hva som skjer med saken videre etter ett varsel (Gonzales-Izquierdo et al., 2015; Dahlbo et al., 2017). Dette både for å vite hva som skjer med den spesifikke saken, samt å få kunnskap om hva som kan brukes i fremtidige hendelser. Det diskuteres i Dahlbo et al. (2017) hvilken funksjon og effekt samarbeid kan ha for varsling og sending av bekymringsmeldinger. Det kommer til uttrykk at sykepleiere har et behov og et ønske for å forstå meldingsprosessen og hvordan barnevernet jobber (Dahlbo et al., 2017). Gjennomgående i denne artikkelen er ønsket om samarbeid med andre sykepleiere, men også andre profesjoner. Dette for å videreutvikle og øke kunnskapen og forståelsen for det dynamiske problemet som er barnemishandling (Dahlbo et al., 2017).

5. Diskusjon

I dette kapittelet vil vi i første del reflektere og diskutere rundt gyldighet og troverdighet ved de valgte forskningsartiklene og vår bruk av metode. Ved andre del diskuterer vi rundt resultat fra forskningsartiklene. Resultatene blir belyst med relevant teori og noen egne erfaringer og synspunkter.

5.1 Metodediskusjon

Vi har tidligere beskrevet hvilken metode vi har brukt i vår studie. Vi vil her diskutere denne metoden, fordeler, ulemper og svakheter med et ærlig og kritisk blikk.

5.1.1 Kildekritikk

«Kildekritikk betyr ikke at vi skal opphøye oss til dommere over forskningsarbeidet bak en rapport eller den faglige kvaliteten på en bok. Derimot betyr kildekritikk at du så godt du kan vurderer i hvilken grad litteraturen du har funnet, lar seg bruke til å beskrive og belyse problemstillingen din» (Dalland, 2018, s. 158). Dette poenget Dalland trekker frem vil vi bruke som utgangspunkt for å vurdere troverdigheten og gyldigheten i våre valgte artikler.

Personlige erfaringer i forskningssammenheng blir definert som subjektive fenomener og derfor ikke bare sett på som irrelevante, men blir aktivt unngått. Man mister da ved å ignorere menneskers livsverden og personlige erfaringer, en stor del av informasjonen som kan være avgjørende for hvordan vi ser på det sosiale problemet som er barnemishandling i dag (Kirkengen & Næss, 2019, s.15). Dette har vi vært bevisst i vårt valg av forskningsartikler, da vi ønsket å inkludere sykepleiers personlige erfaringer.

I vårt analysearbeid har vi valgt tre kvalitative og en kvantitativ studie. Vi ønsket hovedsakelig å inkludere kvalitative forskningsartikler da vi ut ifra vår problemstilling trengte en dybdeforståelse fra sykepleierens perspektiv. Dette innebærer tanker, følelser, aspekter som ikke kan vises med tall og i tillegg ønsket vi å få en innsikt i hvordan denne problemstillingen belyses i praksis på en helhetlig måte. Vi oppdaget at det var begrenset med forskning rundt dette området, så vi har også valgt å inkludere en kvantitativ studie (Gonzalez-Izquierdo et al., 2015). På grunn av at vi hadde tre kvalitative forskningsartikler vurderte vi at dybdeforståelsen i oppgaven hadde god dekning, slik at vi også kunne inkludere en kvantitativ studie. Denne studien belyser omfanget av varslinger fra sykehus til barnevern og i tillegg hva som trigget til at det ble en varslingssak. Det å ha et bredere spekter med å både inkludere kvalitativ og kvantitativ forskning tror vi har en positiv innvirkning på

omfanget rundt vår problemstilling. Vi tror at den kvantitative forskningsartikkelen vil være til stor hjelp i lys av den kvalitative forskningen.

Det var utfordrende å finne artikler med et sykepleieperspektiv innenfor tematikken. Det hadde vært en mulighet å gå til andre fagfelt som har fokus på vold og krenkelser mot barn, slik som barnevernsutdanning, sosionomutdanning osv. for å finne artikler som vi kunne ha som grunnlag for analysen vår. Dette ble utelatt, da det nettopp er sykepleierens posisjon innen helsevesenet som var vår interesse.

Vi ønsket hovedsakelig å inkludere forskningsartikler fra land som har likheter med det norske helsesystem. Dette oppdaget vi at var utfordrende, da det var lite forskning på området, og særlig forskning som svarte til vår problemformulering. Vi har valgt artikler fra Sverige, Polen, Nederland og England. Alle disse artiklene er fra Europa og etter vår vurdering inneholdt likheter med det norske helsesystemet. Dette er også noe vi har vært bevisst på ved diskusjon rundt resultater, slik at artiklene har en gyldighet for det området vi ønsket å undersøke.

De valgte forskningsartiklene har ett relativt lite omfang med tanke på deltagere og geografi. Undersøkelsen med det største omfanget inneholdt 160 sykepleiere fra to store byer i Polen (Pabiz et al., 2011). Dette er noe vi har hatt i tankene ved gyldigheten av forskningen opp mot vår problemstilling. På den ene siden vil forskningsartikler med såpass lavt omfang ikke nødvendigvis være representativt for alle. På den andre siden var vi ute etter en dybdeforståelse og kunnskap om hva sykepleieren gjør og tenker i møte med disse sakene, og det er etter vår vurdering noe forskningsartiklene får frem. Ved refleksjon og diskusjon rundt vår problemstilling har vi vært bevist på gyldigheten.

5.1.2 Integrativ litteraturoversikt som metode

Vi mener at integrativ litteraturoversikt med fire artikler var den beste metoden for å få svar på vår problemstilling, med tanke på forutsetningene og ressursene vi hadde tilgjengelig. Det kan tenkes at med flere forskningsartikler ville problemstillingen i forhold til kompleksitet blitt belyst på en bedre måte. Ideelt sett, med bedre forutsetninger og flere ressurser, skulle vi ha inkludert flere forskningsartikler for å få en enda større bredde og forståelse for tema.

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene har vi selv utarbeidet, samt valgt hvilke artikler vi ville analysere. Dette kan sees på som en svakhet med denne metoden. Vi kan ha oversett eller ekskludert artikler som kunne ha belyst problemstillingen på en annen side, eller som på en

annen måte fått frem et viktig poeng rundt vår problemstilling. Vi har på best mulig måte vært kreativ og kritisk i valg av artikler for å få bredden rundt vår problemstilling, og mener selv at vi har valgt de mest relevante artiklene for vår oppgave, ut ifra det tilgjengelige materialet

Alle av de valgte artiklene er publisert på engelsk, hvor vi har oversatt til norsk underveis i analysen. Dette kan også sees på som en svakhet og feilkilde da vi kan ha oversatt feil, eller at betydningen blir annerledes på norsk enn det den var ment som på engelsk. Dette har vi prøvd å løse ved at vi har diskutert sammen om hva forfatteren kan mene med enkelte setninger, og brukt oversettelsesprogrammer på enkelte ord.

5.2 Resultatdiskusjon

Vi vil her diskutere ut ifra resultatene vi har funnet i artiklene opp mot det teoretiske grunnlaget. Vi har valgt å bruke de samme underoverskrifter som ved presentasjon av resultater av hensyn til oppgavestruktureringen.

5.2.1 En åpen dialogisk tilnærming

Resultatene fra de valgte studiene viser spesielt at sykepleiere kjenner på en redsel for foreldrenes reaksjoner hvis de gir uttrykk for sin mistanke. Forskning viser derimot at en åpen tilnærming til familien er en fordel og en forutsetning for å komme videre. Studienes resultat viser også at det er nødvendig å gi rom for samtaler med kollegaer, slik at en får fokuset opp og kommer videre med mistanken.

Et interessant funn i de valgte forskningsartiklene er den gjennomgående åpne kommunikasjonen, både til familien og kollegaer (Gonzales-Izquierdo, et al., 2015; Dahlbo, et al., 2017; Pabès et al., 2011). I Dahlbo et al. (2017) har flere sykepleiere en opplevelse av å bli møtt med takknemmelighet fra foreldrenes side ved adressering av mistanken, da de opplever å bli sett og få hjelp i den situasjonen de står i. Samtidig er det også funn som tilsier at kommunikasjonen er en hindrende faktor, hvor det rapporteres om bekymring fra helsepersonell på at de mangler viktig kunnskap som setter begrensinger på kommunikasjonen (Louwers et al. 2012). Killèn (2021, s.89) forklarer at om man skal møte familien som profesjonelle må man også være bevisst de subjektive følelsene i situasjonen og hindre at disse forkludres med sannheten til familien. Man skal dermed som profesjonell ikke la personlige tanker, erfaringer og følelser påvirke den objektive oppfatningen av situasjonen. For å være bevisst sine subjektive følelser trengs det mye kunnskap om hvem man er

personlig samt hvordan man er som profesjonell utøver. Når man kjenner seg selv kan man lære seg å kontrollere sine subjektive følelser og bruke dem bevisst i situasjonen.

Sykepleierne som rapporterer å ha god erfaring med en åpen tilnærming til familien i Dahlbo et al. (2017) har også hatt ett forhold til foreldrene over en lengre tidsperiode, da dette er en studie fra en helsestasjon. Man kan stille spørsmål om vi ville fått like god relasjon med foreldrene på ett akuttmottak, legevakt eller ett kort opphold på sykehus. I podkasten til Andreassen (2021, 36:58) snakker paramedic Tommy Bysveen, som jobber i ambulansetjenesten, om sine erfaringer med situasjoner hvor det er mistanke om barnemishandling. Han forteller at han selv har erfart at flere omsorgspersoner oppleves som lettet og takknemlige for helsepersonellens bekymring. Det blir også diskutert at helsepersonell i dag har for lite informasjon om barnevernets funksjon, noe man også kan se blir tatt opp som en barriere i forskningsartikkelen til Louwers et al., (2012).

Artikkelen til Lowers et al. (2012) er fra «emergency department», som kan sammenlignes med akuttmottak eller legevakt. Dette vil si at de har et relativt kort møte med familien i forhold til sykepleierne i Dahlbo et al. (2017). Louwers et al. (2012) presenterer at 5/6 deltagende sykepleiere synes det er vanskelig å snakke med foreldre om barnemishandling. Faktorer som innvirker her er beskrevet som tid, sted og personlige barrierer som redsel for å ta feil. Hvor mye hver enkelt faktor innvirker på kommunikasjonen er ikke beskrevet. Tid er ett relativt begrep og vår opplevelse er at i en travel klinisk hverdag handler tid om å prioritere hva som er viktigst. I god kommunikasjon er tid et viktig poeng. Man skal ta seg tid til å adressere sin mistanke og i tillegg ha tid til å ta imot de eventuelle reaksjonene fra familien. Det kan også handle om å ha tid til å bli kjent med familien før en som utenforstående kommer inn med en slik inngripende hentydning til dem. Tid er avgjørende for å oppleve og være til stede i en situasjon, og deretter ta ansvar for det man sanser (Eriksson, 2018, s. 14-15; Alvsvåg et al. 2013, s. 3). Kari Martinsen snakker om sykepleierklokken, hvordan tiden er konstruert for å skape et disiplinert samfunn (Martinsen, 2012; Fonn, 2019). Martinsen er altså kritisk til å måle tid i minutter og timer, og vil heller at sykepleieren setter av den tiden som er nødvendig for å hjelpe pasienten. Hun beskriver også omsorg som relasjonell, og at den uttrykkes igjennom praktiske handlinger som da setter ett krav om bruk av faglig-etisk skjønn (Martinsen, 2012; Alvsvåg & Martinsen, 2018). Ifølge Martinsen er det å vise omsorg å bruke faglig-etisk skjønn i vurdering av hvor lang tid man må bruke for å bli kjent med barnet. I tillegg vil en omsorgsfull tilnærming være å gå ett steg videre i relasjonen for å aktivt

hjelpe i situasjonen. Et begrep Katie Eriksson bruker er «arete». Hun legger i dette å gjøre noe helhjertet samtidig som at vi tar ansvar for våre egne handlinger som profesjonelle (Eriksson, 2018, s.9-10; Alvsvåg et al., 2013, s. 79). Det å gjøre noe helhjertet kan i en slik dialog tolkes som at man som sykepleier skal bruke riktig ord og kroppsspråk og samtidig lytte til det familien har å si. Da vil det å sette av tid være en viktig faktor i å gjøre noe helhjertet. Kommunikasjonen vil muligens også få ett hinder i «emergency department» på grunn av høyt tempo. Foreldre kan være oppskaket fra før av på grunn av at barnet er skadet og generelt kan det være lite rom for å ta opp en slik alvorlig og inngripende sak.

I en av artiklene er det tatt i bruk et screeningskjema som skal brukes på alle voksne med barn hjemme som kommer inn til sykehuset med psykiske lidelser, misbruk av illegale stoffer og/eller alkohol eller på grunn av vold (Gonzales-izquierdo et al., 2015). Det beskrives i Dyb og Flekke (2019) at barnemishandling finnes i alle sosiale lag, men at faktorer som lav utdanning, arbeidsløshet, økonomiske problemer og partnervold gir økt risiko. Det legges også frem i en annen rapport at rus, psykisk sykdom og kriminalitet er kjente risikofaktorer (Hafstad & Augusti, 2019). På denne måten screener sykehuset de med noen av risikofaktorene, og det kan tenkes at det oppdages mer barnemishandling. Som beskrevet finnes barnemishandling i alle sosiale lag, så det er grunn til å mistenke barnemishandling selv om risikofaktorer ikke er til stede. Om dette screeningskjemaet vil føre til økt klinisk blikk og oppdaging av barnemishandling kan diskuteres. Det kan tenkes at arbeid med barnemishandling blir sidestilt med andre screeninger vi gjennomfører som helsepersonell, som ernæring, trykksår og liknende, og dermed nedprioritert i en travel klinisk hverdag. De voksne som ble screenet opplevde ikke dette som inngripende, da de var klar over at dette var normal protokoll på sykehuset (Gonzales-izquierdo et al., 2015). Med en slik protokoll på sykehuset vil kommunikasjonen muligens bli fremmet. Dette kan oppleves som mindre personlig for de som blir konfrontert med mistanken, i tillegg til at sykepleierne i større grad kan lene seg på systemet, slik at de ikke oppleves som den ene ansvarlige for vurderingen.

Kommunikasjon til barn er som nevnt lite omtalt i de analyserte artiklene. En av artiklene tar opp viktigheten av å spørre barna, og da tilrettelegge kommunikasjonen til barnets mentale alder med for eksempel, lek, tegning osv. (Pabìs et al., 2011). Killèn (2021, s.67) forteller om at de minste barna ofte gir mer direkte uttrykk for overgrep enn de eldre barna gjør, dette i form av lek, tegning og direkte utsagt. Det er viktig å tenke på at kommunikasjon ikke kun er muntlig, men også kroppslig. Kari Martinsen snakker mye om det å være sanselig til stede, og

dette kan også brukes i møte med barn, ved at man leser barns kroppsspråk og deres kommunikasjon med foreldre (Alvsvåg & Martinsen, 2018).

Det rapporteres også om en åpen dialogisk tilnærming mellom kollegaer i flere av de analyserte artiklene (Pabès et al, 2011; Dahlbo et al., 2017). En slik åpenhet om et så vanskelig tema mellom kollegaer ser vi på som positivt, det viser at helsepersonell vet sin rolle og ønsker å videreutvikle sin kunnskap med hjelp fra kollegaer. I Pabès et al. (2011) rapporteres det at den første reaksjonen til 86% av sykepleierne var å snakke med en kollega. I Dahlbo et al. (2017) forteller sykepleierne at å snakke med kollegaer ved mistanke om barnemishandling er nødvendig. Det at sykepleierne ser på dette som en nødvendighet forteller oss mye om omfanget av sakene, og hvor mye dette berører oss både som privatpersoner og som profesjonelle. Dette tas også opp ellers i litteraturen der artikkelen til Skarsaune og Bondas (2014) trekker frem at en av hovedgrunnene til at sykepleiere føler seg utrygge i slike situasjoner er på grunn av manglende støtte fra kollegaer og ledere. Det kan tolkes at slike situasjoner er for store og komplekse for å stå i alene, og at støtte og bekreftelse fra kollegaer er nødvendig for å håndtere situasjonen. Trangen til å diskutere saker med kollegaer kan også bunne i usikkerheten sykepleier føler på, hvor det igjen kan bunne i mangel på kunnskap. Det ligger i saken at en skal være varsom og ha en forsiktig tilnærming. Ifølge det etiske mantra må man selv stå ansvarlig for det man bevitner, men å få støtte oppleves for mange som essensielt i møte med familien.

5.2.2 Sykepleiers handlingsrettede kompetanse

De analyserte artiklene viser at for å kunne gi adekvat hjelp til disse barna, trenger sykepleieren tilstrekkelig kunnskaper og handlingskompetanse.

Mangel på kunnskap og ressurser kan ofte ha store negative konsekvenser når det kommer til helse- og omsorgstjenestene. Det blir vanskelig å skulle oppdage mishandling og vold mot barn om man ikke vet hva man ser etter. Dette ser man er et gjennomgående problem som helsepersonell uttrykker frustrasjon over i artiklene. “Skal man oppdage barnemishandling i en travel, klinisk hverdag, må man først og fremst ha et blikk for symptom bildet og våge å tenke at barnet kan være utsatt for mishandling, omsorgssvikt eller overgrep” (NKVTS, 2015). Det å «våge» å se og «våge» å anta at barnet blir utsatt for noe alvorlig er et viktig poeng å trekke frem. Som sett i forskningslitteraturen har vi flere eksempler på helsepersonell som uttrykker at de ikke har nok kunnskap i å oppdage barnemishandling. Det presenteres i Louwers et al (2012) at 10/26 deltagere noen ganger valgte å ikke rapportere mistanke om barnemishandling

videre i frykt for å skape konflikt med omsorgspersonene. Det kan tolkes her at de har kunnskap nok til å se og mistenke barnemishandling, men at redselen for å havne i konflikt med foreldrene veier tyngre. Eriksson sin kjente teori, den etiske mantra, blir etter vår vurdering ikke fulgt her. De var til stede, de har sett og vitnet situasjonen, men gjør seg ikke ansvarlig og dermed handler de ikke (Eriksson, 2018, s.14-15). Ifølge sykepleieteori er dette unnlattelse i praksis, men også rettslig sett er ikke dette riktig. Loven om opplysningsplikt er veldig klar på at det er den enkeltes ansvar å se etter tegn og melde videre (Helsepersonelloven, 1999 §33). Man kan også argumentere med at man gjennom utdanning og praktisk erfaring innøver og praktiserer det kliniske blikket. En av våre grunnsøyler i sykepleien er uten tvil omsorg, og dette ser man for eksempel hos sykepleieteoretikeren Kari Martinsen. Selv om man som sykepleier kanskje ikke har nok faglig kunnskap om barnemishandling og juridiske retningslinjer, vil følelsen av at noe ikke er riktig arte seg som for eksempel en vond magefølelse som beskrevet i Dahlbo et al. (2017). Å utøve omsorgsfull sykepleie vil da på mange måter ifølge Martinsen bli å benytte seg av det kliniske og sansende blikket, for å vurdere pasienter og pårørendes grunnleggende behov (Alvsvåg, & Martinsen, 2018). Det å gå steget videre og handle ved mistanke kan være det avgjørende punktet for å kunne hjelpe dette barnet og denne familien. Man kan derfor argumentere ved hjelp av sykepleieteorien mot påstanden om at mangel på kunnskap er årsaken til at det blir sendt inn så få bekymringsmeldinger. Martinsen og Eriksson tar opp viktigheten med det kliniske blikk som ett diagnostisk hjelpemiddel, hvor man i større grad trenger å sanse og være til stede. Kanskje er det ikke mangel på kunnskap som hindrer sykepleiere i å sende bekymringsmeldinger, men frykt for å krenke foreldre og for å trå feil.

Det er viktig å ha den juridiske og rettslige reguleringen i bakgrunn av sin praksis som profesjonell utøver. I møte med familien kan man også bruke dette som ett redskap for å distansere seg personlig, og heller legge det frem som en profesjonell sak, ved at man er lovlig pålagt å rapportere videre

5.2.2 Et system for oppfølging

Studienes resultater viser at for å kunne gi tilstrekkelig og forsvarlig hjelp, eller for å kunne handle på det mangelfulle angående systemet, er det behov for en tydelig ansvarsfordeling, samarbeid med andre instanser, ressurser og innføring av protokoller og rutiner.

De analyserte forskningsartiklene har ulikt fokus ut ifra hvilke avdeling/plass de tilhører i helse-og omsorgstjenesten. Dahlbo et al. (2017) er fra en helsestasjon hvor det kan

argumenteres for at rutinene ikke kan sammenlignes med rutinene fra en «emergency department» som Louwers et al (2012) er fra. Man får på helsestasjonen muligheten til å observere barn og foreldre over lengre tid, og man øker da muligens sannsynligheten for å oppdage vold i hjemmet. Pasienter ved «Emergency department» har ofte behov for akuttmedisinsk hjelp, enten dette er relatert til mishandling eller ikke. Skarsaune og Bondas (2014) beskriver barnemishandling som ullent og diffust, og det er muligens lettere i en «emergency department» å se bort fra det ullent og diffuse, og heller behandle barnet ut ifra det som er sikkert. Likevel har man som helsepersonell en plikt til å følge helsepersonelloven og som medmenneske et ansvar for å vise omsorg og for å opprettholde barnekonvensjonen.

I forskningsartiklene var det rapportert ulike funn i forhold til rutiner på avdelingen samt helsepersonells viten om rutinene. I Louwers et al. (2012) svarte noen at de ikke hadde kjennskap til protokollen de bruker, og andre som hadde kjennskap til den, ikke visste hvor denne kunne finnes. Her kan man spørre seg om det er helsepersonellet eller systemet som svikter, da begge disse faktorene er avhengige av hverandre. Systemet skal legge opp til tilstrekkelig opplæring samt gjøre det enkelt for helsepersonell å finne frem til informasjonen. Som helsepersonell er man også ansvarlig for å utvikle sine kunnskaper, med at man viser interesse og uttrykker ønske om mer veiledning. Vår mening i dette er at den profesjonelle ikke kun kan belage seg på at systemet følger opp hver enkeltes opplæring, og at man i større grad må etterspørre slik opplæring selvstendig. Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner ble laget med et mål om å utdanne og dermed forbedre helse- og omsorgshelsetjenesten (NKVTS, 2015). Helse vest har på sine nettsider understreket viktigheten med veilederen, men det svarer fortsatt ikke på spørsmålet: hvor er teorien i praksis. I vårt møte med praksisfeltet har vi sett fravær av informasjon rundt oppdaging og melding av barnemishandling.

Man kan også støte på problemet med ansvarsfordeling da veilederen ikke skiller mellom ulike yrkesgrupper (NKVTS, 2015). I Louwers et al. (2012) har 2/7 sykehus valgt å ikke ta i bruk ett screeningsskjema for å oppdage barnemishandling med bakgrunn iblant annet uenighet om hvilken profesjon som skal utføre screeningen. Her er det tydelig at ansvarsfordeling er nødvendig for å sikre at ansvar blir tatt. Det understrekes hvor viktig det er å ha faste rutiner som man kan støtte seg på. Dette presenteres som et sikkerhetsnett for foreldre, barn og helsepersonell. Helsepersonell kan tvile på sine avgjørelser og tiltak, men om ingen tiltak blir igangsatt kan barnet og i noen tilfeller foreldrene utsettes for alvorlige fare

og skade (Gonzales-Izquierdo et al., 2015). Her kan det etiske mantra trekkes inn hvor det snakkes om at man blir ansvarlig for det man ser, og at det er vår oppgave som sykepleier å gjøre det ansvaret om til handlinger (Eriksson, 2018, s.14-15). Dette understrekes også av sykepleierne i Louwers et al. (2012), hvor det reflekteres over hva som kan hende dersom ingen tar ansvar for barna. Ansvarsfordeling er noe som kan oppleves som en problematisk faktor da flere helsepersonell ikke opplever dette som deres ansvar (Louwers et al. 2012). Helsepersonelloven §33 er klar på at alle som yter helsehjelp er ansvarlige for å observere, sette i gang tiltak og melde ifra om det er grunn til å tro at barnet blir mishandlet. I Louwers et al. (2012) kommer det frem at de fleste er enige i at dette er en oppgave som tilhører «emergency department», men at oppgaven oftest blir prioritert ned. Flere tenker derimot at oppdaging av barnemishandling er noe som burde blitt overlatt til barnevernet (Louwers et al. 2012). Her kan man tolke seg frem til at de fleste mener at dette burde bli gjort, men at ingen ønsker ansvaret eller oppgaven. Man kan sette dette på spissen og si at disse barna faller mellom to stoler, da helsepersonell ofte ikke vil ta ansvar for barna og barnevernsarbeidere ikke er til stede i de samme situasjonene som helsepersonell.

Økonomi tas opp i de analyserte artiklene. For å ha tilstrekkelig opplæring, rutiner og bruk av tid på dette trengs det også økonomiske ressurser (Louwers et al. 2012). Et løsningsforslag som presenteres er muligheten for å utvikle en diagnosekode som vil gi sykehuset betalt for arbeidet de gjør (Louwers et al. 2012). Hvor mye dette vil hjelpe er vanskelig å forutse da løsningen også er økonomisk, og muligens kun vil ha ønsket effekt dersom de økonomiske gevinstene overveier belastningene. Det er rimelig å anta at konsekvensene for barn som blir utsatt for mishandling kan bli store og man kan se at barn som opplever vold ofte får helseplager i voksenlivet relatert til fysiske og psykiske traumer (Folkehelseinstituttet, 2020). Dette kan kanskje føre til en økonomisk belastning for samfunnet i senere tid og man kan derfor muligens tenke på oppdaging av barnemishandling som forebyggende arbeid på likt nivå som behandlende.

Hvordan man skal skape rutiner og normer som sikrer pasientene våre og som øker sannsynligheten for at bekymringsmeldinger blir sendt, vil mest sannsynlig bli en like kompleks situasjon som barnemishandling er i dag. En faktor alle artiklene konkluderer med er at det trengs et system for oppdaging og oppfølging av mishandlede barn, og at barn som opplever vold i hjemmet i dag ikke får den hjelpen de har rett på.

6. Anvendelse av resultater i praksis

Sykepleier har en viktig og sentral rolle i å identifisere og hjelpe barn som blir mishandlet. Våre funn tilsier at de profesjonelle er bevisst sin rettslige plikt, men ikke alle er klare over sin profesjonelle rolle i situasjoner hvor barnemishandling er mistenkt. Sykepleieren kommer ofte opp i ett dilemma hvor en skal vise omsorg både for barnet og foreldrene. Om foreldrene mishandler sitt barn kan det være vanskelig for sykepleieren å møte de med omsorg og respekt. En kan ikke stå alene med et så stort ansvar, dermed må man ha en arbeidskultur preget av åpenhet, og fokus på å gjøre hverandre sterkere. Flere beskriver den vage mistanken, og at sykepleier ofte da tviler på sine profesjonelle kunnskaper og kvier seg for å sende bekymringsmelding, da vurderingen kan være feil. Ved slike mistanker vil man påvirke en familie i stor grad, dermed er det viktig å trå varsomt i tillegg til å være direkte i sin framtoning. Disse barna trenger at vi er trygge i vår rolle som sykepleier og handler på de mistankene vi har.

Vi har definert tre punkt som er forslag til anvendelse i praksis, samt hvordan man kan styrke sykepleierens kunnskap og handlingskompetanse. Vi tror at dette kan bidra til at det blir sendt flere bekymringsmeldinger om barnemishandling.

- Vi foreslår at det på hver avdeling på sykehuset skal være en ansvarlig sykepleier med kunnskap og opplæring i hvordan sende bekymringsmeldinger. Dette for å kunne veilede resten av personalet på avdelingen ved mistanke. Man kan også da gi den valgte sykepleieren ansvaret for å arrangere fagdager og kurs for å undervise avdelingen. Med denne løsningen vil man ha en sykepleier som kan gi veiledning og som har kunnskap om hvilke situasjoner det er viktig å varsle i.
- Vi foreslår at det utarbeides tydelige retningslinjer og protokoller som ikke gir rom for personlige tolkninger og som er lett tilgjengelige for alle som jobber i helsevesenet. Her er det også ønskelig å presisere rollen til de ulike profesjonene, og videre hvilke ansvarsområder de har. Det kan også lages en informativ plakat som kan henge på vaktrommet.
- Vi foreslår at det gjennomføres regelmessige kurs på avdelingen, både fysiske og digitale. For å øke forståelse og handlingskompetanse kan man også etterstrebe tverrfaglig samarbeid som kan styrke oss som helsevesen samtidig som man lager et

[6258 & 6141]

sikrere system hvor mindre barn vil falle mellom fingrene våre. Dette håper vi kan føre til en mer åpen dialog mellom personalet og mer bevissthet rundt å mistenke barnemishandling og det praktiske å varsle til barnevernet.

Litteratur

- Andreassen O.K. (2021, 09. mars) Du puster for fort: *Hvordan skal vi oppdage og behandle barnemishandling*. [Podkast episode 72]. Hentet fra: <https://ambulansforum.no/artikler/72-hvordan-oppdage-og-melde-barnemishandling>
- Alvsvåg, H., Bergland, Å., Førland, O., & Martinsen, K. (2013). *Nødvendige omveier : En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Alvsvåg, H., & Martinsen, K. (2018). *Omsorg og skjønn*. Tidsskrift for Omsorgsforskning, 4(3), 215-222.
- Barne- og familiedepartementet. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fns-barnekonvensjon/id88078/>
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2014-2017). *En god barndom varer livet ut: tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld_overgrep_web.pdf
- Brønstad A. & Hårberg G. B. (2020, 25. mars). *Eriksons psykososiale stadier*. Hentet fra: <https://ndla.no/nb/subject:24/topic:1:183771/topic:1:184796/resource:1:3987?filters=urn:filter:777ae87e-ca79-4866-920a-115cfeb7bbe1>
- Dahlbo M., Jakobsson L. & Lundquist P (2017). *Keeping the child in focus while supporting the family: Swedish child healthcare nurses experiences of encountering families where child maltreatment is present or suspected*. Journal of Child Health Care, 21(1) 103–111. <https://doi.org/10.1111/cch.12134> 6200

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Dyb G. & Flekke K. (2019, 28. mars). *Barnemishandling*. Hentet fra:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-3-behandlingsmetoder-og-spesielle-arbeidsomrader/psykoterapi/barnemishandling/>

Eriksson, K. (1995) *Det lidende menneske*. (2. utg). København: Munksgaard.

Eriksson, K. (1996) *Omsorgens Idé*. København: Munksgaard.

Eriksson, K. (2007). *Becoming Through Suffering-The Path to Health and Holiness*.
International Journal for Human Caring, 11(2), 8-16.

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: Vitenskap om vårdandet. Om det tidløsa i tendens*. (1. utg). Stockholm: Liber AB.

Fonn, M. (2019) *Kari Martinsen: – Pleien tar den tiden den tar*.

Hentet fra: <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>

Folkehelseinstituttet. (2019, 25.juni). *Ett av fem barn blir slått, kløpet eller lugget*. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/nyheter/2019/vold-barn/>

Folkehelseinstituttet. (2020, 2. januar). *Vold og seksuelle overgrep*. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/>

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg). Lund: Studentlitteratur

Glaser, Danya. (2000). *Child Abuse and Neglect and the Brain—A Review*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97–116.

<https://doi.org/10.1017/S0021963099004990>

Gonzalez-Izquierdo, A, Ward, A, Smith, P, Walford, C, Begent, J, Ioannou, Y, & Gilbert, R. (2015). *Notifications for child safeguarding from an acute hospital in response to presentations to healthcare by parents*. *Child: Care, Health & Development*, 41(2), 186-193. <https://doi.org/10.1111/cch.12134>

Hafstad, G. S & Augusti, E-M. (red), (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. (Rapport nr. 4 2019). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Hafstad, G. S & Augusti, E-M. (2020). *Barn, ungdom og koronakrisen: En landsomfattende undersøkelse av vold, overgrep og psykisk helse blant ungdom i Norge våren 2020. Delrapport 1 av 3*. (rapport nr. 2 2020). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999- 07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Henriksen, A. (2021, 3. mars). Mange barn er avhengig av at voksne tar ansvar. Hentet fra: <https://www.dagsavisen.no/debatt/2021/03/03/mange-barn-er-avhengig-av-at-voksne-tar-ansvar/?fbclid=IwAR1LFZ7xbxYmOf8c5Mu6T2-wTOQeUUUs8iI15qPo-TW8oGyOHi7YHCgYCLo>

Killèn K. (2021). *Sveket i- Risiko og omsorgssvikt-et helseproblem*. (6.utg). Oslo: Kommuneforlaget.

Kirkengen, A., & Næss, A. (2019). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

Lindström, U., Lindholm, L., & Zetterlund, J. (2006). Katie Eriksson : *Theory of caritative caring* (pp. 191-223). St.Louis, Mo.

Louwers E., Korfage I., Auffortit M., Koning H. & Moll H. (2012). *Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department*. BMC Pediatrics, 12(1), 167– 167. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-167>

Martinsen K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*.(3.utg). Oslo: Akribe

Myhre, M., Lindboe, A., & Dyb, G. (2010). *Oppdager sykehusene barnemishandling? En kartlegging av utredningspraksis*. (Rapport 2010). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Myhre M. C., Thoresen S. & Hjemdal O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten: en nasjonal intervjuundersøkelse av 16-17- åringer*. (Rapport 1/2015) Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress . [NKVTS]. (2015) *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. [23.04.21] Hentet fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/om-veilederen/>

Näsman, Y. (2020). *The theory of caritative caring: Katie Eriksson's theory of caritative caring presented from a human science point of view*. *Nursing Philosophy*, 21(4), E12321-N/a.

Norsk helseinformatikk (2019, 20. juni). *Aktuelle tiltak ved barnemishandling*. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/barn/omsorgssvikt-og-barnemishandling/barnemishandling-tiltak/>

Ohnstad B., Sønderskov M & Ødegård T. (2021, 1. mars). Manglende interesse for egne feilgrep. Hentet fra: https://www.dagsavisen.no/debatt/2021/03/01/manglende-interesse-for-egne-feilgrep/?fbclid=IwAR0fw6Dwu9yAzazgNQGqZlm3_KgyuHKMRPEZSHeXld292xAjssXUxETC5tU

Pabis M., Wronska I., Slurska B. & Cuber T. (2011). *Paediatric nurses' identification of violence against children*. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 384–393. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x>

Palusci, V., & Fischer, H. (2010). *Child abuse and neglect: A diagnostic guide for physicians, surgeons, pathologists, dentists, nurses and social workers*. London: Manson Publishing.

Pejic A.R. (2005). *Verbal abuse: a problem for paediatric nurses*. *Paediatric Nursing* 31(4), 271-279.

Reijneveld S. A., van der Wal M. F, Brugman, E., Hira S, Remy A. & Verloove-Vanhorick, S P. (2004). *Infant crying and abuse*. The Lancet (British Edition), 364(9442), 1340–1342. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17191-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17191-2)

Skarsaune K. & Bondas T. (2014, 16.september). Må vite mer om barnemishandling. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2014/08/ma-vite-mer-om-barnemishandling>

Stang E. G. (2016). Opplysningsplikten går alltid foran taushetsplikten i barnevernssaker. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/G34x/opplysningsplikten-gaar-alltid-foran-taushetsplikten-i-barnevernssaker>

Tjønneland, E. (2018). Arete. Hentet fra: <https://snl.no/arete>

Øverland A. (1937). Du må ikke sove. *Den røde front*