

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleieres opplevelser knyttet til varsling til barneverntjenesten ved mistanke om omsorgssvikt og barnemishandling



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 12.05.21]



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

Forord:

“Arbeid med å styrke et barns omsorgssituasjon krever mot

Til å tørre å se – det man ikke ønsker å se

Til å ta tak i noe – som er vanskelig

Til å gå inn i ubehaget – og til å være der

Til å hjelpe andre – selv de som ikke vil ha hjelp

Til å være ydmyk – og vise respekt

For alle mennesker – men ikke alle handlinger

Til å tro på egen kompetanse – og andres

Til å handle sammen- både fort og langsomt

Til å tro på at det nytter – å bry seg om – og med

Til alltid å se – barnets beste”

(Bratterud & Emilsen, 2013)

Sammendrag

Bakgrunn: Flere barn blir utsatt for omsorgssvikt og mishandling. Dette har fått oss til å tenke på hvor viktig det er at en sykepleier er i stand til å avdekke omsorgssvikt og mishandling, samt kunne vurdere når hun bør varsle barneverntjenesten.

Hensikt: Å identifisere mulige barrierer sykepleier opplever knyttet til varsling til barneverntjenesten ved mistanke om omsorgssvikt og barnemishandling.

Metode: Vi har foretatt en integrativ litteraturoversikt, hvor vi analyserte fire vitenskapelige forskningsartikler. Resultatene fra forskningsartiklene, relevant teori og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for besvarelsen.

Resultat: Resultatene viste at sykepleiere har manglende kompetanse for å kunne avdekke omsorgssvikt og barnemishandling. Videre kom det frem at sykepleiere anser avdekking av omsorgssvikt og mishandling som en utfordrende arbeidsoppgave, og at varslingen kompliseres av organisatoriske utfordringer. Disse faktorene utgjør barrierene sykepleier opplever knyttet til varsling til barneverntjenesten ved mistanke om omsorgssvikt og barnemishandling.

Nøkkelord: Sykepleie, omsorgssvikt, barnemishandling, identifisering, barrierer, kompetanse, tverrfaglig samarbeid, lovverk.

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	6
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2	BEGREPSAVKLARING	7
1.2.1	<i>Barnemishandling</i>	7
1.2.2	<i>Omsorgssvikt</i>	7
1.3	PRESISERING OG AVGRENSNINGER	7
1.4	PROBLEMFOMULERING	8
1.5	HENSIKT	8
1.6	OPPGAVENS OPPBYGNING	8
2.0	TEORETISK PERSPEKTIV	9
2.1	FORMER FOR OMSORGSSVIKT OG MISHANDLING	9
2.1.1	<i>Psykisk mishandling</i>	9
2.1.2	<i>Fysisk mishandling</i>	9
2.1.3	<i>Seksuelle overgrep</i>	10
2.1.4	<i>Vanskjøtsel</i>	10
2.2	SYKEPLEIERENS KOMPETANSE	10
2.2.1	<i>Rammeplanen for sykepleierutdanning</i>	10
2.2.2	<i>Sykepleierens kliniske blick og intuitive tenkning</i>	11
2.2.3	<i>Faglig skjønn</i>	11
2.3	KOMMUNIKASJON MED BARN	11
2.4	KARI MARTINSENS OMSORGSFILOSOFI	13
2.5	RICHARD LAZARUS' TEORI OM STRESS OG MESTRING	13
2.6	TVERRFAGLIG SAMARBEID	14
2.7	LOVVERK	15
2.7.1	<i>Opplysningsplikten</i>	15
2.7.2	<i>FNs barnekonvensjon - barns rettigheter</i>	16
2.7.3	<i>Faglig forsvarlighet</i>	16
3.0	METODE	17
3.1	VALG AV METODE	17
3.2	SØKEPROSESSEN	17
3.2.1	<i>Valg av søkestrategi</i>	17
3.2.2	<i>Valg av databaser og søkeord</i>	18
3.2.3	<i>Valg av artikler</i>	18
3.3	ANALYSE	19
4.0	RESULTATER	20
4.1	SYKEPLEIERENS MANGLENDE KOMPETANSE	20
4.2	UTFORDRENDE ARBEIDSOPPGAVE	21
4.3	ORGANISATORISKE UTFORDRINGER	22
5.0	DISKUSJON	24
5.1	METODEDISKUSJON	24
5.1.1	<i>Kildekritikk</i>	24
5.2	RESULTATDISKUSJON	26
5.2.1	<i>Sykepleierens manglende kompetanse</i>	26
5.2.2	<i>Utfordrende arbeidsoppgave</i>	28

5.2.3 Organisatoriske utfordringer.....	29
5.3 KONKLUSJON	31
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	32
7.0 LITTERATUR	34
VEDLEGG 1: OVERSIKT OVER SØKEORD OG SØKERESULTAT	
VEDLEGG 2: OVERSIKT OVER UTVALGTE ARTIKLER	

Antall ord: 9053

1.0 INNLEDNING

I løpet av vår studietid på UiS har vi opplevd en økende bevissthet rundt egen profesjon, våre fagkunnskaper og våre ansvarsoppgaver nå når vi skal ut i jobb som sykepleiere. Dette har gjort oss særlig nysgjerrige på hvordan vi bruker kunnskapsgrunnlaget vårt i møte med mennesker med ulike forutsetninger og bakgrunn. Vi har blant annet lært at alle barn har rett til å føle seg trygge i egne hjem, § 19 i FNs barnekonvensjon sier blant annet at myndighetene har en plikt til å beskytte barn mot vold, omsorgssvikt og utnyttelse (Barnekonvensjonen, 1989). Barn som blir utsatt for mishandling og omsorgssvikt er et kjent fenomen og uten tvil en av de største truslene mot folkehelsen (NOU 2017: 12, s. 27). Ifølge Thorvaldsen & Kirchhoff (2017) har statistisk sentralbyrå registrert at rundt fire prosent av norske barn årlig mottar tiltak fra barnevernet. Samtidig påpeker de at en nasjonal undersøkelse, utført av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, fant at omtrent åtte prosent av 16- og 17-åringer hadde opplevd en eller annen form for omsorgssvikt under oppveksten. Denne forskjellen kan indikere at det er mørketall blant rapporterte tilfeller av omsorgssvikt. Dette bekreftes av Homlong et al. (2019) som hevder at det er grunn til å anta at omsorgssvikt og barnemishandling er underrapportert og underdiagnostisert. Forskning viser også at mangel på trygghet og omsorg over lengre tid kan skade barnets helse og utvikling som en følge av økt stressnivå (barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2020, heretter kalt Bufdir). En stabil og omsorgsfull hjemmesituasjon i barnets første leveår kan derfor tolkes som særdeles viktig. Vi oppfatter med dette at vi som fagpersoner kan bidra med tidlig innsats for å forebygge situasjoner der barn opplever en form for omsorgssvikt eller mishandling. Det kan derfor være nærliggende å tenke at dette legger et ekstra ansvar på sykepleiere som møter barn i helsevesenet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av sykepleierutdanningen har vi fått praksiserfaring innenfor psykisk helsevern. De menneskene vi har møtt kommer fra ulik bakgrunn, men mange kan fortelle om en eller annen form for omsorgssvikt eller mishandling i barndommen. Som sykepleier kommer man ofte tett på foreldre og barn. Samlet har dette fått oss til å tenke på hvor viktig det er at en sykepleier er i stand til å identifisere tegn til omsorgssvikt og mishandling, samt kunne vurdere når hun bør varsle barneverntjenesten. På bakgrunn av dette, sammen med vår

personlige interesse for å tilegne oss faglig kompetanse om omsorgssvikt, har vi valgt å belyse denne tematikken ytterligere.

1.2 Begrepsavklaring

1.2.1 Barnemishandling

Legeforeningen definerer barnemishandling som det å utsette barn for fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgrep, krenkelser eller forsømmelse av barnets grunnleggende behov (Dyb & Flekke, 2019).

1.2.2 Omsorgssvikt

Buudir (2018) definerer omsorgssvikt som en vedvarende manglende evne eller vilje hos omsorgspersonene til å møte barnets grunnleggende fysiske, emosjonelle, psykiske og/eller medisinske behov. Det poengteres videre at omsorgssvikt ofte ikke er et enkelt tegn eller symptom, men et sammensatt bilde av ulike faktorer.

1.3 Presisering og avgrensninger

Vi har valgt å avgrense oppgaven til et sykepleieperspektiv, som betyr at vi har ekskludert pårørendeperspektivet og pasientperspektivet. Dette skyldes oppgavens begrensede omfang, i tillegg til at det er sykepleierens erfaringer og opplevelser som er relevant for å kunne svare på vår hensikt. Vi har ikke avgrenset oppgaven til en bestemt avdeling, fordi vi ønsker at det skal være gjenkjennbart for alle sykepleiere som kan møte på barn i helsevesenet. Videre benyttes begrepet barn om barn i aldersgruppen 0-5 år, da vi i oppgaven vår legger vekt på tidlig innsats. Som det kommer frem i begrepsavklaringene ovenfor, kan begrepene omsorgssvikt og barnemishandling være vanskelige å skille. På bakgrunn av dette benytter vi begge begrepene i besvarelsen vår. For enkelhets skyld og for å optimalisere leseopplevelsen bruker vi “hun” når vi omtaler sykepleieren.

1.4 Problemformulering

Barn som har blitt utsatt for omsorgssvikt og barnemishandling har større risiko for å utvikle alvorlig psykisk sykdom. Dersom vi som sykepleiere møter barn i helsevesenet som opplever omsorgssvikt er det vesentlig at vi kan ta i bruk vår kompetanse for å avdekke omsorgssvikt hos barn. En kan derfor tenke at vårt kunnskapsgrunnlag i møte med disse barna kan være med på å avdekke hjemmesituasjonen, som igjen kan bidra til tidlig innsats. I motsatt hold kan det tenkes at mørketallene vil øke dersom vi som profesjonelle omsorgsutøvere ikke makter å se pasienten i sin helhet.

1.5 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å identifisere mulige barrierer sykepleiere opplever knyttet til varsling til barneverntjenesten ved mistanke om omsorgssvikt og barnemishandling.

1.6 Oppgavens oppbygning

Oppgaven vår er delt inn i seks hovedkapitler. I det første kapitlet gjør vi rede for bakgrunn for valg av tema og presenterer hensikten med oppgaven. I kapittel to legger vi frem aktuell teori som vi senere bruker i diskusjonen. I kapittel tre beskriver vi metoden vi har brukt i denne oppgaven, samt analysearbeidet av brukte forskningsartikler. I kapittel fire presenterer vi resultatene fra forskningsartiklene, og i kapittel fem drøfter vi disse opp mot relevant teori. I tillegg drøftes metodens styrker og svakheter. I kapittel seks kommer vi med forslag til anvendelse av resultatene i praksis.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

I dette kapittelet vil vi definere de ulike formene for omsorgssvikt og barnemishandling, samt beskrive ulike tegn knyttet til disse. Videre vil vi rette fokus på sykepleierens kompetanse og sykepleiers kommunikasjon med barn. Senere vil vi kort redegjør for Kari Martinsens omsorgsteori og Lazarus' stress- og mestringsteori. Avslutningsvis vil vi si noe om tverrfaglig samarbeid, samt presentere relevant lovverk.

2.1 Former for omsorgssvikt og mishandling

2.1.1 Psykisk mishandling

Psykisk mishandling av barn inngår i alle former for barnemishandling, misbruk og omsorgssvikt, men kan også opptre alene. Denne formen for mishandling kjennetegnes av gjentagende ødeleggende interaksjoner mellom omsorgsperson og barnet, eksempelvis i form av at det formidles til barnet at det ikke er bra nok, ikke er elsket eller er uønsket. Psykisk mishandling kan påvirke barnets psykiske vekst og utvikling på en måte som kan prege barnet resten av livet (Kynø et al., 2015a).

2.1.2 Fysisk mishandling

Fysisk mishandling av barn innebærer at barnet påføres smerte, kroppslig skade eller sykdom. Det kan gjøres ved spark, slag, lugging, klyping, biting, kasting, brenning, skålding, kvelning, filleristing med mer (Kynø et al., 2015b). Det bør vekkes mistanke om fysisk mishandling dersom barnets eller omsorgspersonens forklaring for en skade endrer seg eller virker usannsynlig. Videre bør blåmerker på rygg, mage, bryst, rumpe, kjønnsorgan, øre, kinn, på forsiden av lårene og overarmene utløse bekymring. Hudblødninger, rettlinjede eller mønstrede blåmerker og skader med mønstre etter gjenstander bør også gi mistanke om påført skade (NOU 2017: 12, s. 29).

2.1.3 Seksuelle overgrep

Kynø et al. (2015c) definerer seksuelle overgrep mot barn som enhver aktivitet av seksuell karakter som involverer barn, herunder seksuell omgang, seksuell handling og seksuell krenkende atferd. Fysiske symptomer på overgrep kan være sårhet eller vondt i underlivet, blødning, utflod og gjentatte urinveisinfeksjoner (Kynø et al., 2015c). Disse tegnene oppstår ofte sammen med psykiske eller atferdsmessige symptomer. Man skal også være ekstra oppmerksom på seksualisert atferd, som kan forstås som en type “lært” atferd og er assosiert med seksuelle overgrep (NOU 2017: 12, s. 29).

2.1.4 Vanskjøtsel

Vanskjøtsel innebærer at barnets omsorgsperson har manglende evne til å møte barnets grunnleggende behov. Det kan gjelde barnets fysiske, psykiske, emosjonelle eller medisinske behov. Mulige tegn som kan vekke mistanke om denne type omsorgssvikt er blant annet om barnet er preget av dårlig stell og pleie, uegnet påkledning, dårlig tannstatus, dårlig ernæringsstatus, store bleieutslett eller ubehandlede infeksjoner (Kynø et al., 2015d).

2.2 Sykepleierens kompetanse

2.2.1 Rammepånen for sykepleierutdanning

Den offentlige rapporten *Svikt og svik* presenterer en gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt (NOU 2017: 12). Her understrekes viktigheten av at rammeplanen for omsorgsyrker inneholder klare kunnskapsmål som sikrer at studentene har tilstrekkelig med kunnskap og kompetanse for å kunne forebygge, avdekke og forhindre vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. I rammeplanen for sykepleierutdanning fra 2008 nevnes ikke sykepleierens møte med barn som pasient, og heller ikke tematikken vold og seksuelle overgrep (NOU 2017: 12, s. 65). I 2019 ble det presentert en ny forskrift for sykepleierutdanningens rammeplan. Ikrafttredelse for denne var fra og med opptak til studieåret 2020-2021 (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). Her inkluderes tematikken omsorgssvikt, vold og overgrep i § 6:

Kandidaten har innsikt i sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kan identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer, samt kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre. Videre kan kandidaten samtale med barn om tema som omsorgssvikt, vold og overgrep (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §6. g).

2.2.2 Sykepleierens kliniske blikk og intuitive tenkning

De fleste sykepleiere vil med erfaring utvikle et godt klinisk blikk. Det kliniske blikket inkluderer sykepleierens moralske aspekter og fagkunnskaper, evne til å formidle empati, gode kommunikasjonsferdigheter og beslutningstaking basert på relevante og pålitelige data (Nordtvedt & Grønseth, 2017, s. 21). I tillegg er det viktig at sykepleieren kan se sammenheng i observasjonene hun gjør ved å integrere enkle observasjoner til en større helhet. Dette kan forbindes med intuitiv tenkning. I disse tilfellene baseres sykepleierens handlinger på observasjoner kombinert med en uforklarlig fornemmelse eller stemning uttrykket av pasienten (Nordtvedt & Grønseth, 2017, s. 28). En erfaren sykepleier vil ofte våge å bruke sin intuisjon i kliniske situasjoner, men det skal også understrekes at en slik intuisjon ikke skal stoles blindt på. Man skal heller la den lede i en bestemt retning, samt validere den mot andre eksisterende opplysninger (Kristoffersen, 2015b, s. 187).

2.2.3 Faglig skjønn

Kristoffersen (2015b) definerer faglig skjønn som faglig dømmekraft og trekker frem at dette ofte anses som et kjennetegn på høy klinisk kompetanse. Mens klinisk blikk og intuisjon handler om evnen til å forstå og se sammenhengen i observasjonene man gjør, handler faglig skjønn om evnen til å handle ut fra denne forståelsen. Det er vesentlig at sykepleieren utvikler egenskapen faglig skjønn, fordi det gjør henne bedre rustet til å mestre nye og uventede situasjoner i arbeidshverdagen (Kristoffersen, 2015b, s. 189).

2.3 Kommunikasjon med barn

Hvert enkelt barn er unikt, med unike livshistorier og erfaringer og befinner seg i ulike utviklingsfaser. Dette påvirker hvordan man skal kommunisere med barn på best mulig måte (Eide & Eide, 2012, s. 358). Barn er avhengig av de voksnes evne til å skape omsorgsfulle og

trygge omgivelser. Barnets alder er en viktig faktor for hva og på hvilken måte barnet forstår. Den som skal kommunisere med barnet må ta hensyn til barnets alder, og ta vurderinger i forhold til hvilke ord og begreper som blir brukt, da de kan ha forskjellig betydning for barnet. Siden ord og begrep ikke har samme mening for barn som for voksne, kan det være hensiktsmessig å bruke hjelpemidler for å bidra til at barnet lettere klarer å uttrykke seg selv og sine følelser (Eide & Eide, 2012, s. 358).

En viktig oppgave når man skal kommunisere med barn er å skape en god relasjon som bidrar til trygghet og tillit. Her vil vi gjerne trekke frem profesjonell relasjonskompetanse som er en vesentlig del av omsorgsyirket (Kristoffersen & Nortvedt, 2015, s. 84). Kristoffersen & Nortvedt (2015) skiller mellom profesjonelle og private relasjoner. Profesjonelle relasjoner kjennetegnes ved ensidighet. Dette betyr at den ene parten er forpliktet til å yte omsorg i kraft av å ha et yrke og utøve en funksjon, og kan ikke forvente å få noe tilbake av den hjelpetrengende parten, i dette tilfellet av barnet. Private relasjoner er preget av gjensidighet, der sterke følelsesmessige bånd ofte er stor del av relasjonen. I slike relasjoner vil begge parter både gi og motta over tid (Kristoffersen & Nortvedt, 2015, s. 85).

For å skape en god relasjon til barnet forutsetter dette at man er en god lytter og er genuint interessert i hva barnet er opptatt av. Å tilpasse seg og respektere barnet er en god vei til kontakt og tillit. Barn vil som oftest ikke åpne seg uten videre for fremmede og kan holde sine tanker og følelser for seg selv. Som voksen må man være varsom slik at barnet ikke føler seg presset. Samhandling med barnet gjennom lek kan gjøre det lettere å skape kontakt. Gjennom lek kan barnet uttrykke følelser og opplevelser som det bærer på, og det gir rom for sykepleieren til å kunne invitere til samtale om andre ting, som for eksempel bekymringer. Det er viktig at man klarer å la barnet holde føringen, uten selv å ta over initiativet (Eide & Eide, 2012, s. 359-361).

Det kan være utfordrende å prate med barn om alvorlige temaer som omsorgssvikt og mishandling. Måten man kommuniserer på avhenger av barnets alder, barnets evne til å oppfatte og forstå, sosial trening og ikke minst stress og belastning. Eksempelvis har barn i aldersgruppen to til fire år ikke evnen til å forklare en historie sammenhengende. Dersom barnet har opplevd noe alvorlig, kan det formidle dette til den voksne med å komme med utsagn som peker mot det de har opplevd. Barns opplevelser i denne perioden kan også være

påvirket av deres fantasier, slik at det kan være utfordrende å skille hva som er reelt og hva som er fantasi (Eide & Eide, 2012, s. 364).

2.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen representerer sykepleie med særlig vekt på omsorg i møte med pasienten, og står som en sentral skikkelse i debatter om sykepleie i Norge og Norden (Kristoffersen, 2015d, s. 247). Gjennom et langt forfatterskap, over 30 år, har Martinsen utviklet en omsorgsfilosofi som kjennetegnes av en grunnholdning som bygger på det menneskelige fellesskapet. Martinsen hevder at det er en kjensgjerning at menneskets liv er forbundet med andre menneskers liv (Kristoffersen, 2015d, s. 249). Dette kommer spesielt tydelig frem når et menneske av ulike grunner befinner seg i en sårbar situasjon der det trenger hjelp. Som følge av denne sårbarheten blir omsorg et grunnleggende fenomen ved menneskets eksistens. Martinsen (2012) trekker frem den gyldne regel og argumenterer for at dette etiske prinsippet kan være veiledende for sykepleieren.

Den gyldne regel: Alt hvad du vil at de andre skal gøre imod dig, skal du gøre imod dem...[er en regel som] forlanger, at vi skal fantasere os til, hvordan vi ville ønske der blev handlet mot os, hvis vi var i den andens sted (sitert i Martinsen, 2012, s. 50).

I møte med andre mennesker er det opp til sykepleieren om hun besvarer et medmenneskes behov for hjelp med omsorg. Dette betegner Martinsen som en etisk fordring. Ifølge Martinsen består yrkesmessig omsorg av en relasjon mellom minst to personer, der den ene er forpliktet til å yte den hjelpen den andre ut fra sin situasjon trenger. Yrkesmessig omsorg må kjennetegnes av aktiv handling til beste for den andre (Kristoffersen, 2015d, s. 250-251).

2.5 Richard Lazarus' teori om stress og mestring

Psykologen Richard Lazarus (1922-2002) utviklet en teori om stress og mestring over flere tiår, og utførte noe av arbeidet sitt sammen med kollega Susan Folkman (Kristoffersen, 2015a, s. 143). Teorien beskriver hvordan mennesker fortolker, vurderer og mestrer utfordringer i stressende situasjoner (Kalfoss, 2017, s. 455). Ifølge Lazarus er samspillet mellom faktorer i personen og situasjonen avgjørende for opplevelsen av og reaksjonen på stressede situasjoner. Dette betyr at opplevelsen av stress er individuell. En situasjon kan

oppleves stressfylt for en person, mens det for en annen oppleves helt uproblematisk. Når en person blir utsatt for stress er det større sannsynlighet for å oppleve mestring dersom det er tilfredsstillende balanse mellom opplevd belastning og tilgjengelige ressurser. Ved få tilgjengelige ressurser vil selv en liten økning i belastning kunne føre til vedvarende negative stressreaksjoner (Helsedirektoratet, 2017, s. 11).

Lazarus og Folkman skiller hovedsakelig mellom to hovedtyper av strategier for å mestre situasjoner som oppleves stressende: problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. *Problemorientert mestring* handler om å forholde seg aktivt og direkte til stresskapende situasjoner, eksempelvis ved å søke informasjon, kunnskap, veiledning og støtte, ta initiativ til å forandre situasjonen og bearbeide situasjonen følelsesmessig. Hvilken mestringsstrategi en person velger avhenger av faktorer som personlighet og kontekst. For mange vil det være en selvfølge å velge en aktiv og direkte strategi. Det kan skyldes at de er direkte og konfronterende i møte med problemer av natur. Alternativt kan personen ha utviklet en positiv forventning om å lykkes med å mestre problemer på en aktiv og direkte måte da han tidligere har opplevd å lykkes med denne typen hovedstrategi. Problemorientert mestring velges fortrinnsvis hvis personen opplever at han har gode sjanser til å mestre situasjonen. *Emosjonelt orientert mestring* handler om å redusere ubehagelige følelser i stressituasjoner ved å unngå, unnvike eller flykte fra ubehag eller problemer. Eksempler på denne typen mestringsstrategier kan være å bagatellisere alvoret, overlate ansvaret til andre, unngå situasjonen, unngå informasjon, bruke forsvarsmekanismer som fornektning med mer (Kristoffersen, 2015a, s. 145-148).

2.6 Tverrfaglig samarbeid

Ifølge Kristoffersen (2015c) skal helsepersonell kunne vurdere hvilke pasienter som har behov for tverrfaglig samarbeid. Behovet for tverrfaglig samarbeid er størst når situasjonen er sammensatt. Gjennom å etablere et tverrfaglig perspektiv ses mennesket som en helhet og pasientens livssituasjon blir sett i sammenheng. Et godt samarbeid forutsetter at den enkelte opplever trygghet i egen funksjon og har evne til å lytte til den andres perspektiv. Tverrfaglig samarbeid oppnår suksess blant annet når medlemmene tas med i beslutninger, det er klima for tillit og støtte, det er åpen kommunikasjon og deling av informasjon (Kristoffersen, 2015c, s. 311-316).

Det kan imidlertid bli utfordrende å dele informasjon mellom profesjoner da man også må forholde seg til taushetsplikten, som presenteres i helsepersonelloven § 21 (1999). Dersom nødvendig, kan man ifølge helsepersonelloven § 25 (1999), utveksle informasjon for å sikre forsvarlig helsehjelp. I situasjoner hvor det må tas stilling til om taushetsplikten skal begrenses som følge av opplysningsplikt eller opplysningsrett, er det et behov for bruk av faglig skjønn i vurderingen (Kjelland, 2017, s. 157).

I den offentlige rapporten *Svikt og svik* kommer det frem at ansatte i helsevesenet erfarte at det var vanskelig å samarbeide med barneverntjenesten (NOU 2017: 12, s. 104). Dette begrunnet de i at informasjonen gikk én vei, slik at barneverntjenesten opplevdes som en lukket tjeneste. De synes også at de fikk for lite tilbakemelding fra barneverntjenesten om hva som skjedde med saken, etter at de hadde sendt en bekymringsmelding. Samtidig opplevde helsepersonell at barneverntjenesten ikke delte informasjon med helsetjenesten som kunne vært hensiktsmessig for å gi barnet best mulig oppfølging.

2.7 Lovverk

2.7.1 Opplysningsplikten

Som sykepleiere har vi opplysningsplikt til barnevernet (helsepersonelloven, 1999, § 33). Det vil si at vi skal varsle barnevernet når vi mistenker forhold som kan være til skade for barnet. Sykepleiere skal uten hinder av taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 (1999), melde fra til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn vil bli mishandlet eller utsatt for alvorlig omsorgssvikt. I tillegg har vi meldeplikt til politi og brannvesen etter helsepersonelloven § 31 (1999) dersom det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person, for eksempel for å avverge at et barn blir utsatt for vold. En annen lov som er relevant å nevne i denne oppgaven er barnevernloven § 6-7a. (1992). I denne omtales barneverntjenestens plikt til å sende tilbakemelding til melder innen tre uker etter at meldingen ble mottatt, med mindre det er særlige grunner som taler mot å gi tilbakemelding. Loven spesifiserer at tilbakemeldingen skal bekrefte at meldingen er mottatt og videre opplyse hvorvidt saken er henlagt eller skal undersøkes videre.

2.7.2 FNs barnekonvensjon - barns rettigheter

Barnekonvensjonen, også kalt barnas egen grunnlov, er en internasjonal avtale hvor barns rettigheter er spesifisert. Denne konvensjonen skal sikre at alle barn, uansett hvem de er eller hvor de bor, skal ha de samme grunnleggende rettighetene. Siden 2003 har konvensjonen fungert som en lov i Norge, med en spesiell funksjon ved at den går foran andre norske lover dersom de står mot hverandre (Barne- og familiedepartementet, 2020).

I Barnekonvensjonen artikkel 3 fastsettes følgende:

Partene skal sikre at de institusjoner og tjenester som har ansvaret for barns omsorg eller beskyttelse, retter seg etter de standarder som er fastsatt av de kompetente myndigheter, særlig med hensyn til sikkerhet, helse, personalets antall og kvalifikasjoner samt kvalifisert tilsyn (Barnekonvensjonen, 1989, art. 3).

2.7.3 Faglig forsvarlighet

Forsvarlighetskravet presenteres i helsepersonelloven § 4 (1999) og fastslår at “Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (helsepersonelloven, 1999, § 4). For å utøve god praksis må sykepleier innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal i situasjoner hvor det er nødvendig innhente bistand eller henvise pasienter videre (helsepersonelloven, 1999, § 4). Molven (2017) trekker frem at forsvarlighetskravet avhenger av kvalifikasjoner hos sykepleieren. Dette betyr at det kreves mer av en sykepleier med økt kompetanse enn av den nyutdannede sykepleieren (Molven, 2017, s. 137). I følge Molven (2017) er en eventuell tilleggsutdanning dermed betydningsfull i situasjoner hvor det vurderes om en sykepleier har handlet faglig forsvarlig eller ikke. Videre blir det presentert i spesialisthelsetjenesteloven at “Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig” (spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-10). På bakgrunn av dette kan vi hevde at virksomheten er ansvarlig for å tilrettelegge for forsvarlig helsehjelp. Dette betyr at det faglige forsvarlighetskravet gjør seg gjeldende både for sykepleieren og virksomheten (Molven, 2017, s. 136-137).

3.0 METODE

Dalland (2018) beskriver metode som en fremgangsmåte eller et verktøy i møte med noe vi vil undersøke. Det betyr at metoden forteller oss noe om hvordan vi kan gå fram for å samle inn data og hvordan vi bør etterprøve kunnskap. Videre fremholder han at et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder. Samlet kan dette gi den som undersøker ny kunnskap (Dalland, 2018, s. 51-52).

3.1 Valg av metode

Denne oppgaven er en integrativ litteraturoversikt. Det vil si at datamaterialet vårt er hentet utelukkende fra vitenskapelige artikler som presenterer allerede eksisterende kunnskap (Friberg, 2017). Vår hensikt lar seg best besvare ved å bruke kvalitativ metode, da denne metoden tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles ved kvantitativ metode. Resultatene fra kvalitativ metode har som hensikt å gå i dybden, skape forståelse, sammenheng og helhet. Dette samsvarer med det fokuset vi ønsker å ha i oppgaven, da det er sykepleierens erfaringer som danner grunnlaget for besvarelsen vår. Forskerne i artiklene vi har brukt, ser fenomenet innenfra og data som hentes inn skjer gjennom intervju og observasjon (Dalland, 2018, s. 52-53).

3.2 Søkeprosessen

3.2.1 Valg av søkestrategi

Vi valgte å bruke et strukturert litteratursøk som tilnærming i søkeprosessen. Det vil si at vi bevisst utarbeidet noen kriterier som kunne begrense søket vårt (Dalland, 2018, s. 156). Dette bidro til at søkeprosessen ble mer effektiv, samtidig som søkeresultatet samsvarte godt med hva vi mener var aktuelt for vår hensikt. For å sikre at artiklene var av god kvalitet og inneholdt oppdatert kunnskap, valgte vi å avgrense søket til en bestemt tidsperiode, 2011-2021. I tillegg sørget vi for at søkeresultatet kun besto av fagfellevurderte forskningsartikler. Dette innebærer at artiklene er vurdert og godkjent av to eller tre upartiske, anonyme eksperter innen fagfeltet, og på denne måten er kvalitetssikret (Utdanningsforskning.no, 2016). Videre valgte vi å ha en språklig avgrensning, hvor vi ønsket artikler publisert på

norsk, dansk, svensk og engelsk. For at funnene skulle være overførbare og aktuelle for vår hensikt og det norske helsevesenet, ønsket vi å avgrense søket også geografisk. Dette vil si at vi i utgangspunktet ville bruke funn fra artikler publisert i Skandinavia.

3.2.2 Valg av databaser og søkeord

Ettersom vi var på utkikk etter sykepleiefaglig forskning var det mest hensiktsmessig å søke i databaser innenfor helse og medisin. Vi valgte å bruke tre ulike databaser for å sikre et større søkeresultat ut ifra de kriteriene vi hadde valgt, og dette inkluderer både skandinaviske og internasjonale databaser som Svemed+, Pubmed og British Nursing Index. Disse databasene inneholder sykepleiefaglig litteratur som kan overføres til vår oppgave. Videre utarbeidet vi søkeordene med hensikten vår som bakgrunn. Vi valgte først å bruke få søkeord, for deretter å snevre inn søket ved å tilføre flere. Se vedlegg 1 for oversikt over brukte søkeord og søkeresultat.

3.2.3 Valg av artikler

Vi startet utvalget av artikler med å lese abstraktet i de ulike forskningsartiklene for å vurdere dens relevans med oppgavens hensikt, altså om funnene i resultatdelen belyser vårt fokus. Etter å ha ekskludert flere forskningsartikler på bakgrunn av manglende kriterier, forsikret vi oss om at artiklene vi vurderte som aktuelle fulgte krav om innhold og form etter IMRaD-strukturen (Dalland, 2018, s. 163). For å vurdere artikkelens kvalitet og holdbarhet forsikret vi oss om at forfatterne var anerkjente forskere ved å gjøre et personsøk (Dalland, 2018, s. 160). I utgangspunktet ønsket vi å bruke artikler som presenterte forskning fra Skandinavia. På grunn av at det var få publikasjoner i Skandinavia som var relevant for hensikten i vår oppgave måtte vi utvide søket. Følgelig har vi valgt å bruke artikler fra USA, Australia og Sverige, og har vurdert at disse har overføringsverdi til helsevesenet og rapporteringssystemet i Norge. Dette begrunnes videre i metodediskusjon. Se vedlegg 2 for oversikt over valgte artikler.

3.3 Analyse

Friberg (2017) beskriver analysearbeidet som en bevegelse fra helhet til deler, for så å skape en ny helhet. Delene består av de ulike artiklenes resultat som brytes opp for å finne svar på hensikten, mens den nye helheten består av det samlede resultatet fra samtlige artikler. Vi startet analysearbeidet med å lese nøye gjennom våre utvalgte artikler for å få en god forståelse for hva de forskjellige artiklene handlet om. I kvalitative studier presenteres ofte resultatene i form av tema eller kategorier. Vi tok derfor for oss én studie av gangen og fokuserte på hvilke kategorier resultatene ble presentert i, og satte oss inn i beskrivelsene av resultatene for å identifisere nøkkelfunn i hver enkelt studie. Det vil si at vi så etter sammenhenger i artiklene som kunne kategoriseres. På denne måten fikk vi god oversikt, og kunne ta stilling til hvilke resultater som var relevante for hensikten i vår oppgave. Videre jobbet vi med å relatere resultatene i artiklene til hverandre ved å se på likheter og ulikheter (Friberg, 2017, s. 135-137).

På bakgrunn av de analyserte artiklene fremkom tre hovedkategorier som belyser hensikten; å identifisere mulige barrierer sykepleier opplever knyttet til varsling til barnevernstjenesten ved mistanke om omsorgssvikt og barnemishandling. Disse kategoriene presenteres i tabell 3.

Tabell 3: Barrierer knyttet til varsling til barneverntjenesten ved mistanke om omsorgssvikt og barnemishandling

Hovedkategorier	Underkategorier
Sykepleierens manglende kompetanse	
Utfordrende arbeidsoppgave	Møte med familien Frykt for å ta feil og andre negative konsekvenser
Organisatoriske utfordringer	Retningslinjer som ikke fungerer Utfordrende tverrfaglig samarbeid

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres forskningsartiklenes funn ut ifra hovedkategoriene som fremkom i analysearbeidet vårt.

4.1 Sykepleierens manglende kompetanse

Gjennom analysen av våre utvalgte artikler kom det frem at en mulig barriere for varsling til barneverntjenesten kunne være sykepleierens manglende kompetanse (Eisbach & Driessnack, 2010; Tiyyagura et al., 2015).

I studien til Tiyyagura et al. (2015) diskuterte sykepleierne personlige mangler når det gjaldt kunnskap om tegn til omsorgssvikt, og etterlyste bedre opplæring. De ville for eksempel vite hvilke konkrete spørsmål de kunne stille barnet eller omsorgspersonen for å kunne avdekke omsorgssvikt. Videre ønsket de opplæring knyttet til når de skulle rapportere. Dette gjorde seg særlig gjeldende i de tilfellene der tegnene til omsorgssvikt og mishandling var diffuse. Behovet for opplæring ble også trukket frem i studien til Eisbach & Driessnack (2010). Sykepleiere i denne studien formidlet at den opplæringen de hadde mottatt først og fremst fokuserte på objektive tegn til barnemishandling. Mange følte seg dermed trygge på egen kunnskap når det gjaldt disse tegnene, men at det opplevdes utfordrende når mistanken om barnemishandling baserte seg på subjektive tegn. Informantene vegret seg for å rapportere før de hadde fått et helhetsinntrykk av situasjonen, og avventet derfor å varsle før de hadde fått gjort en grundig vurdering. Mange nølte med å rapportere dersom mishandlingen ikke var åpenbar, eller ikke hadde tydelige fysiske bevis.

Informantene i studien til Eisbach & Driessnack (2010) uttrykket, i likhet med informantene i studien til Tiyyagura et al. (2015), et behov for kunnskap med tanke på hvordan man skal kommunisere med barnet ved mistanke om omsorgssvikt. En informant var bekymret for å påvirke barnets historie og fortalte at "Once you start down that road and start asking those [types of] questions- kids are very impressionable ... they [also] have vivid imaginations... I never want to put thoughts in a child's head..." (Eisbach & Dreissnack, 2010, s. 321).

4.2 Utfordrende arbeidsoppgave

I samtlige av våre utvalgte artikler var det fremtredende at sykepleierne opplever det som en utfordrende arbeidsoppgave å møte barn som potensielt blir utsatt for omsorgssvikt og barnemishandling (Eisbach & Driessnack, 2010; Lines et al., 2020; Söderman & Jackson, 2011; Tiyyagura et al., 2015). Dette viste seg å forårsake barrierer for varsling i form av frykt for å ta feil eller andre negative konsekvenser. I tillegg kunne møtet med familien oppleves som krevende for mange.

Sykepleierne i studien til Söderman og Jackson (2011) beskrev møtet med familiene som emosjonelt og vanskelig, og enkelte opplevde det som en stressende og truende situasjon. Videre kunne sykepleierens fordommer og oppfatning av familiene påvirke evnen til å oppdage omsorgssvikt og barnemishandling (Tiyyagura et al., 2015). Disse fordommene kunne blant annet basere seg på omsorgspersonens økonomiske status, utdanning og yrke, bosted og det generelle førsteinntrykket. I tillegg fortalte sykepleierne at de kunne la seg mislede av sitt ønske om å tro det beste om familiene de møter og dermed muligens overse viktige tegn til omsorgssvikt og barnemishandling.

Lines et al. (2020) belyser at det var flere sykepleiere som uttrykte frykt for å ta feil ved rapportering til barnevernet eller at de skal overse tegn til omsorgssvikt og mishandling. Dette grunner i at sykepleierne var svært klar over mulige negative konsekvenser knyttet til barnemishandling. Ikke bare ville det skade barnet og dets fremtid, men det kunne også ha negative konsekvenser for sykepleierens rykte og videre ansettelsesforhold dersom sykepleier ikke handlet som forventet. På bakgrunn av dette kom det fram at sykepleierne følte på en sterk plikt til å følge gjeldende prosedyrer og protokoller. Flere sykepleiere understreket i denne sammenheng viktigheten av god dokumentasjon for å forhindre beskyldninger om dårlig praksis basert på sykepleierens beslutningstaking. Dette vil si at sykepleierne følte på et ansvar både for å beskytte barnet, samt sitt eget profesjonelle rykte.

En barriere for å varsle barnevernet om mulig omsorgssvikt eller mishandling, kunne være frykten for å måtte vitne i en eventuell rettssak mot foreldrene og redsel for å bli hengt ut i media (Lines et al., 2020; Tiyyagura et al., 2015). Samtidig var det en mulighet for at foreldrene kunne bli sinte og ty til fysisk vold mot de ansatte, og dette gjorde at de tenkte seg

om før de varslet barnevernet (Tiyyagura et al., 2015). Eisbach & Driessnack (2010) nevner at noen sykepleiere avventer rapportering på grunn av at barnevernet allerede var overveldet av saker. En annen grunn til å avvente varsling kunne være sykepleierens frykt for at familien ikke kom til å oppsøke helsevesenet ved en senere anledning, og dette vurderte de som en større trussel for barnet. Ifølge Tiyyagura et al. (2015) ble det i tillegg uttrykt frykt blant sykepleierne for å falskt anklage foreldre for barnemishandling. I situasjoner preget av usikkerhet understreket de støtte og bekreftelse fra kolleger som en avgjørende faktor for videre rapportering (Lines et al., 2020; Söderman & Jackson, 2011; Tiyyagura et al., 2015).

4.3 Organisatoriske utfordringer

Tiyyagura et al. (2015) forteller i sin artikkel at en barriere for å oppdage omsorgssvikt og mishandling var at sykepleierne manglet barnets hele historie, både medisinsk og familiært. Det begrunnet de med mangel på kontinuitet i sykepleien og oppfølging av barnet som følge av blant annet skiftarbeid, samt et hektisk arbeidsmiljø og lite flyt i arbeidet. Dette samsvarer med funnene i Lines et al. (2020) sin studie. Her belyses sykepleierens travle arbeidsdag som en barriere for å oppdage omsorgssvikt og barnemishandling, da blant annet tidkrevende dokumentasjon stjeler sykepleierens oppmerksomhet vekk fra barnet.

Rapporteringsprosessen til barneverntjenesten ble beskrevet som tidkrevende og retningslinjene knyttet til varsling opplevdes som komplekse, forvirrende og ineffektive (Lines et al., 2020; Tiyyagura et al., 2015). “They’re legal documents that go on forever” og “I feel more confused now that the information sharing guidelines are out” (Lines et al., 2020, s. 3). Sykepleierne følte også at retningslinjene ekskluderte dem, da de måtte gå gjennom et rigid system for å få uttrykt sine bekymringer knyttet til omsorgssvikt og barnemishandling.

Tiyyagura et al. (2015) sier noe om at kommunikasjon med barneverntjenesten kunne oppleves som utfordrende, da det i noen tilfeller var vanskelig å få telefonkontakt. Dette ble en kilde til frustrasjon hos de ansatte på sykehuset som påvirket dem såpass mye at noen kunne velge å ikke rapportere mistanke om omsorgssvikt. En sykepleier uttrykte “I’m not reporting this because they’re gonna keep me on the phone for 30 minutes....” (Tiyyagura et al., 2015, s. 450). I tillegg til å gi muntlig bekymring til barnevernet om at et barn ble utsatt for omsorgssvikt, måtte den som meldte skrive en utfyllende rapport om situasjonen til

barnevernet. Dette mente de ansatte var tidkrevende og overdrevet.

I studien til Söderman & Jackson (2011) beskriver også sykepleierne samarbeidet med barnevernet som vanskelig. De savnet tilbakemelding etter rapporterte saker og dette førte til usikkerhet. En sykepleier fortalte “Man får väl inte feedback heller alltid kanske då när man har gjort en anmälan.. Då känner man att har dom verkligen tagit tag i det här nu?” (Söderman & Jackson, 2011, s. 40). Informantene i Tiyyagura et al. (2015) fortalte også at tilbakemeldinger fra barnevernet var dårlig, og at bedre oppfølging etter anmeldelse kunne ført til at de ansatte ble mer sikker på at de hadde tatt en riktig avgjørelse i forhold til varsling.

Til tross for at varsling til barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt eller mishandling er lovpålagt, ble deling av informasjon til andre instanser oppfattet som en barriere for varsling. Det kunne skyldes for komplisert lovgivning og kliniske retningslinjer, slik at det ble uklart hva som var lov å dele av informasjon og ikke (Lines et al. 2020). Videre kommer det frem at sykehuset hadde som protokoll å rapportere beslutninger om å gi informasjon gjennom et avvikssystem. Det betydde at beslutninger om å dele informasjon ble administrert på samme måte som kliniske feil. De ansatte på sykehuset kunne derfor oppleve kravet om å føre avvik som en barriere fordi de anså dette som unødvendig ekstraarbeid.

Lines et al. (2020) gjengir at sykepleierne ofte følte behov for å diskutere med andre profesjoner eller instanser dersom de hadde bekymringer knyttet til et barn. Når de drøftet dette med for eksempel behandlende lege, ble det opp til legen å ta ansvar og avgjørelser videre. Dermed ble sykepleierne ekskludert fra avgjørelsene, også når det gjelder å vite hva som hadde blitt gjort i ettertid. Som resultat av at informasjonsflyten gikk én vei, kunne det oppstå misforståelser. En avgjørelse om å skrive ut et barn sammen med moren kunne virke drastisk for sykepleieren som hadde meldt bekymring, fordi hun ikke ble involvert og informert om begrunnelsen. På den andre siden synes ikke informantene i Tiyyagura et al. (2015) at det å dele informasjon eller diskutere saker med kollegaer var en hindring i forhold til varsling eller senere informasjonsdeling. De mente også at å rapportere til barnevernet ikke var entydig med noe negativt, fordi det kunne bety flere tjenester og ressurser for barnet og familien.

5.0 DISKUSJON

I det følgende kapittelet vil vi innledningsvis diskutere hvordan metoden integrativ litteraturoversikt belyser vår hensikt, ved å identifisere styrker og svakheter. Videre vil vi kort redegjør for de utvalgte artiklene sin gyldighet og relevans. Deretter presenteres resultatdiskusjonen hvor vi drøfter funn fra artiklene ved å koble disse opp til relevant teori.

5.1 Metodediskusjon

En integrativ litteraturoversikt, som er metoden benyttet i denne oppgaven, handler om å identifisere mønstre i utvalgte data. Dette krever at det som studeres tolkes til en helhet (Friberg, 2017, s. 150). I dette tolkningsarbeidet er vi bevisste på at våre forhåndsoppfatninger kan ha påvirket vår tolkning av resultatene. Det vil si at vår besvarelse inneholder de resultatene vi anser som relevant for å kunne besvare vår hensikt. I tillegg er artiklene vi har valgt skrevet på engelsk og svensk, som betyr at vi har brukt tid på å oversette studiene til norsk. Følgelig presenterer vi resultatene med forbehold om at vi kan ha mistolket data, eller gått glipp av sentrale nyanser i artiklens innhold. I søket etter artikler har vi benyttet oss av tre ulike databaser. Dette sikret et bredere utvalg av forskningslitteratur, samtidig som vi kan ha gått glipp av gode studier som kun er tilgjengelige i andre databaser.

Videre har vi valgt å bruke fire forskningsartikler som har benyttet kvalitativ metode. Vi anser kvalitative studier som tilfredsstillende for å kunne svare på vår hensikt med oppgaven, fordi vi på denne måten kan oppnå en dypere forståelse og et mer nyansert bilde gjennom beskrivende opplevelser. En svakhet med den kvalitative metoden kan være at antallet deltakere i studien begrenses. Resultatene presenterer likevel erfaringer som er verdifulle i presentasjonen av barrierer sykepleier opplever knyttet til varsling til barneverntjenesten.

5.1.1 Kildekritikk

Dalland (2018) beskriver kildekritikk som en vurdering og karakterisering av utvalgt forskningslitteratur. I det følgende vil vi redegjøre for hvilke refleksjoner vi har gjort rundt forskningslitteraturens relevans, gyldighet og holdbarhet i forhold til oppgavens hensikt. I utgangspunktet ønsket vi å bruke forskningsartikler som presenterte funn fra Skandinavia i

tidsperioden 2011 til 2021 i besvarelsen vår. Studier fra andre land kan ha et såpass annerledes helsesystem og kultur at resultatene ikke er gjenkjennelige for norske sykepleiere. I løpet av søkeprosessen kom det tydelig frem at det var utfordrende å finne artikler fra Skandinavia, og vi måtte derfor åpne opp for å bruke studier fra andre land. Vi har for øvrig valgt én artikkel som havnet utenfor vår tidsavgrensing. Denne avgjørelsen tok vi på bakgrunn av det var få artikler som var relevante for vår hensikt. Vi vurderte at den var gyldig ettersom den kun var et år utenfor vår opprinnelige tidsavgrensing. Våre utvalgte forskningsartikler presenterer funn fra Sverige, Australia og USA. Samtlige artikler poengterer at det er lovpålagt å varsle barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt eller mishandling, som er forenelig med norsk lovverk. Likevel er underrapportering et pågående problem i de aktuelle landene (Eisbach & Driessnack, 2010; Lines et al., 2020; Tiyyagura et al., 2015; Söderman & Jackson 2011). Videre vet vi at både Sverige, Australia og USA har etablerte helsetjenester med høyt utdannet helsepersonell. På bakgrunn av dette har vi vurdert at forskningsartiklene har overføringsverdi til situasjonen i Norge, og dermed kan belyse vår hensikt.

Informantene i våre utvalgte artikler arbeider innenfor pediatri, på akuttmottak og som helsesykepleiere i skole eller på helsestasjon. Dette betyr at informantene har ulik erfaring med å jobbe med barn. Det er derfor nærliggende å tenke at dette kan påvirke resultatene ved at sykepleierne har forskjellige utgangspunkt for å rapportere avhengig av arbeidsplass. Eksempelvis vil en sykepleier som jobber på et akuttmottak bare få et kort møte med barnet, mens en helsesykepleier har muligheten til å følge opp et barn over lengre tid. Likevel gir dette en faglig bredde som kan bidra til forskjellige perspektiver og et nyansert bilde av mulige barrierer sykepleier opplever knyttet til varsling til barnevernet.

Vi er klar over at en mulig svakhet i studien til Eisbach & Driessnack (2010) kan være at funnene bare inkluderer sykepleiere med erfaring innenfor rapportering av barnemishandling. Det betyr at denne studien ikke sier noe om hvordan prosessen er for de sykepleierne som har valgt å ikke rapportere. Det er også verdt å nevne at Lines et al. (2020) påpeker at alle sykepleiere, uansett hvor de jobber, har et ansvar for å rapportere ved mistanke om barnemishandling. Likevel har de i sin studie bare inkludert sykepleiere som jobber med barn, og begrunner dette med at disse sykepleierne møter barn daglig og derfor har hyppigere erfaring med rapportering av barnemishandling.

Vi har sett på hvordan forskerne i artiklene rekrutterte deltakere til studien sin, hvordan de analyserte data samt etiske overveielser som ble gjort. Alle artiklene oppgir at de søkte om godkjenning fra ulike universiteter før studien startet, og at alle informantene deltok frivillig og ga skriftlig samtykke om deltakelsen. Artiklene har flere likhetstrekk i analysearbeidet sitt, blant annet tok alle forskerne lydopptak og transkripsjon av intervjuene. Informantene ble gjort anonyme i studien. Lines et al. (2020) og Söderman & Jackson (2011) presiserte også at deltakerne hadde mulighet for å trekke seg underveis i studien. Når det gjelder rekrutteringsprosessen oppgir Tiyyagura et al. (2015) at de i første omgang tok kontakt med helsepersonell de visste hadde erfaring med barn som hadde blitt utsatt for omsorgssvikt og mishandling. I andre omgang rekrutterte de deltakere med en såkalt "snøballeffekt". Dette betydde at de deltakerne som allerede var med i studien rekrutterte nye deltakere blant sine kollegaer. En mulig ulempe med denne metoden kan være at deltakerne rekrutterer sykepleiere som har samme perspektiv og erfaring som dem selv. Følgelig kan dette gi et mindre nyansert resultat.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Sykepleierens manglende kompetanse

Studiene til Eisbach & Driessnack (2010) og Tiyyagura et al. (2015) peker på sykepleierens manglende kompetanse som en mulig barriere knyttet til varsling til barneverntjenesten. Dette handlet blant annet om manglende kunnskap om tegn til omsorgssvikt, særlig knyttet til diffuse tegn og hvordan man oppdager disse. Det kan være en utfordrende arbeidsoppgave for sykepleier å identifisere tegn til omsorgssvikt og mishandling, da disse tegnene i noen tilfeller kan ha andre forklaringer (Kynø et al., 2015c). I denne sammenheng vil vi trekke frem sykepleierens og arbeidsplassen delte ansvar i å sikre at det utøves faglig forsvarlig helsehjelp (helsepersonelloven, 1999, § 4). Ettersom spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-10) spesifiserer at virksomheten har ansvar for å tilrettelegge for forsvarlig helsehjelp, er det ikke nødvendigvis slik at det er sykepleierens skyld at hun har manglende kompetanse på området.

Til tross for at en sykepleier har den nødvendige teoretiske kunnskapen for å kunne oppdage omsorgssvikt, anser vi det som sannsynlig at hun fremdeles kan kjenne på usikkerhet knyttet til varsling til barnevernet. Ut i fra dette vil vi trekke frem yrkeserfaring hos sykepleieren som

en fordel for å kunne oppdage omsorgssvikt (Eisbach & Driessnack, 2010). Studien til Eisbach & Driessnack (2010) viste at det var noen sykepleiere som følte seg trygge på egne kunnskaper og ferdigheter. Disse sykepleierne hverken nølte eller stilte spørsmål ved egen dømmekraft. Dette beskrives også i studien til Söderman & Jackson (2011). Flere av sykepleierne oppga at de hadde mye erfaring med barn som hadde blitt utsatt for omsorgssvikt, og at de derfor kunne kjenne igjen situasjoner. På grunn av dette hadde de stor tillit til egen kompetanse. Følgelig kan vi hevde at identifisering av omsorgssvikt og barnemishandling fordrer at sykepleieren har opparbeidet seg et godt klinisk blikk og tar i bruk sin intuitive tenkning.

Våre utvalgte artikler presenterer ikke funn fra Norge, men vi har som tidligere nevnt vurdert funnene som relevante for oppgaven. Dessuten påpeker Thorvaldsen & Kirchhoff (2017) at begrenset kunnskap om tegn til omsorgssvikt har vist seg å være en barriere for innrapportering i Norge. Denne artikkelen baserer seg på funn fra to legevakter i Østfold. En mulig forklaring på hvorfor manglende kompetanse blant sykepleierne oppleves som en barriere for rapportering kan være at tematikken “omsorgssvikt” har fått lite oppmerksomhet i sykepleierutdanningen. Den nye forskriften til rammeplanen for sykepleierutdanningen inneholder kunnskapsmål som sier noe om at kandidaten skal ha innsikt i blant annet identifisering og iverksetting av tiltak til omsorgssvikt (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 6). Dette kan tyde på at vi befinner oss i et skifte. Vi vil i denne forbindelse hevde at det var på høy tid at tematikken omsorgssvikt ble inkludert i rammeplanen, av den grunn at barnekonvensjonen fastsetter at staten skal sikre at barn møter på kvalifisert helsepersonell (Barnekonvensjonen, 1989, art. 3).

I studiene til Lines et al. (2020) og Tiyyagura et al. (2015) uttrykker sykepleierne et behov for økt kunnskap om hvordan man skal kommunisere med barnet ved mistanke om omsorgssvikt og barnemishandling. Dette kan forstås i lys av teori om kommunikasjon med barn hvor Eide & Eide (2012) belyser at det kan være utfordrende å prate med barn om alvorlige tema som omsorgssvikt. De understreker viktigheten av å skape en god relasjon for å kunne oppnå trygghet og tillit slik at barnet betror seg til sykepleieren om mulige alvorlige hendelser som det har opplevd. Det er i denne sammenheng viktig at sykepleier har utviklet en profesjonell relasjonskompetanse. Vi ser imidlertid for oss at det kan være vanskelig å forutse hvordan samtalen vil utarte seg, og hvordan barnet vil respondere på samtalen. En erfaren sykepleier

vil sannsynligvis være bedre rustet til å kommunisere med barnet. Vi undres i denne sammenheng over om det er sykepleierens yrkeserfaring som skal til for å skape tillit hos barn? Har dette noe med yrkesmessig selvtillit å gjøre? Hva må i så fall til for å unngå at nyutdannede sykepleiere kjenner på utrygghet i samtale med barn?

Sykepleierne i Eisbach & Driessnack (2010) vegret seg for å rapportere før de hadde fått et helhetsinntrykk av situasjonen, og nølte med å rapportere dersom de ikke hadde tydelige og fysiske bevis. Vi har et lovverk som gjør oss pliktige til å varsle til barneverntjenesten. Dette gjør seg gjeldende ikke bare når man har konkrete bevis, men også når det er *grunn til å tro* at et barn blir utsatt for omsorgssvikt (helsepersonelloven, 1999, § 33). “Grunn til å tro” sier noe om at man ikke trenger å ha sikker viten. Dersom man har mistanke og holdepunkter for at et barn kan være utsatt for omsorgssvikt, skal dette meldes videre til barnevernet.

5.2.2 Utfordrende arbeidsoppgave

Samtlige av våre utvalgte artikler belyser at sykepleierne opplever varsling til barnevernet som en utfordrende arbeidsoppgave (Eisbach & Driessnack, 2010; Lines et al., 2020; Söderman & Jackson, 2011; Tiyyagura et al., 2015). Oppsummert handlet dette om frykt for å ta feil og andre negative konsekvenser ved varsling, samt de krevende situasjonene som kan oppstå i møte med familien. Vi mener at sykepleierens ansvarsfølelse overfor barnet bør trumfe frykten for negative konsekvenser. Sykepleieteoretiker Kari Martinsen hevder at yrkesmessig omsorg kjennetegnes av at sykepleieren er *pliktet* til å yte den hjelpen den andre ut fra sin situasjon trenger. Hun påpeker videre at sykepleieren bør la seg veilede av den gyldne regel, fordi den viser til vårt omsorgsansvar for andre (Kristoffersen, 2015d, s. 247-258).

Vi kan forestille oss at rapportering ved mistanke om omsorgssvikt krever mot og aktiv handling av sykepleieren. Det kan tenkes at det i stor grad handler om å ville se det som skjer rett foran deg og erkjenne dette. Ergo må man som profesjonell makte å se omsorgssvikt og være villig til å ta tak i den selv om man mangler «solid bevis». I studien til Tiyyagura et al. (2015) nevnte noen sykepleiere at de fryktet å falskt anklage foreldre eller at varslingen skulle eskalere til en rettssak. Da er det sannsynlig at sykepleieren har mistet synet av Martinsens omsorgsfilosofi. Når man som profesjonell setter egne ubehageligheter med å kunne ta feil

foran mulighetene for at et barn blir utsatt for omsorgssvikt, handler man da i tråd med lovverket?

Med bakgrunn i Lazarus' teori om stress og mestring, vil vi hevde at en problemorientert mestringsstrategi bør være den foretrukne metoden når sykepleieren møter barn som potensielt kan være utsatt for omsorgssvikt. Dette fordi en slik strategi kan sørge for at sykepleier handler aktivt og direkte, og på den måten ikke lar frykten for negative konsekvenser være dominerende i vurderingen om å varsle ved mistanke om omsorgssvikt. Det betyr at en slik type mestringsstrategi kan bidra til at barrierer knyttet til varsling reduseres. I kontrast til dette vil en emosjonelt orientert mestringsstrategi muligens føre til at sykepleieren bagatelliserer alvoret i situasjonen og dermed overser tegn til omsorgssvikt og barnemishandling. Vi tenker at en slik holdning hos sykepleier i verste tilfelle kan skade barnet ytterligere (Kristoffersen, 2015a, s. 145-148).

Enkelte av sykepleierne i studien til Söderman & Jackson (2011) uttrykket at møtet med familien kunne være emosjonelt og vanskelig. Det er nærliggende å tenke at sykepleiere håndterer slike møter på forskjellige måter. Lazarus' teori om stress og mestring sier noe om nettopp dette, og hevder at det er individuelt hvordan mennesker takler stress og påkjenninger (Kristoffersen, 2015a, s. 143). Noen sykepleiere varsler barnevernet uten å nøle, mens andre er mer unnvikende. Dette kan henge sammen med sykepleierens personlighet. Lazarus' teori kan bidra til at sykepleiere blir bevisste på hvordan de vurderer og takler vanskelige situasjoner. Det er viktig at sykepleieren håndterer egne følelser på en god måte slik at hun ikke mister fokus på barnet. Dette vil videre kunne føre til at hun lettere tar avgjørelser som er til barnets beste. Dersom sykepleier tar avgjørelser basert på egne følelser risikerer hun at disse ikke er faglig forsvarlige.

5.2.3 Organisatoriske utfordringer

En annen barriere knyttet til varsling til barneverntjenesten er som tidligere nevnt det utfordrende samarbeidet mellom helsepersonell og barneverntjenesten (Söderman & Jackson, 2011; Tiyyagura et al., 2015). I studien til Söderman & Jackson (2011) og Tiyyagura et al. (2015) fremkom det at sykepleierne synes de fikk for lite tilbakemelding etter at de hadde varslet om bekymringsverdige forhold. Dette mente de førte til økt usikkerhet knyttet til om

de hadde tatt riktig avgjørelse i forbindelse med varsling. Dette beskrives også i den offentlige rapporten *Svikt og svik*, hvor helsepersonell i Norge fortalte om et vanskelig samarbeid med barneverntjenesten, med manglende tilbakemelding som en kilde til frustrasjon (NOU 2017: 12, s. 104). Åpen kommunikasjon, deling av informasjon og et samarbeidsklima som kjennetegnes av støtte og tillit, er noen av forutsetningene for at et tverrfaglig samarbeid skal oppnå suksess (Kristoffersen, 2015c, s. 311-316). I Norge er barneverntjenesten pliktet til å gi tilbakemelding til melder, ifølge barnevernloven § 6-7a. (1992). På bakgrunn av dette kan det tenkes at et bedre samarbeid mellom barneverntjenesten og helsepersonell kan bidra til at underrapportering om omsorgssvikt og barnemishandling reduseres. Er det slik at tilbakemelding fra barneverntjenesten kan føre til at sykepleieren føler seg tryggere, og dermed er sikrere i sin beslutning neste gang hun vurderer å varsle? Det kan godt hende, men det er sannsynligvis ikke en avgjørende faktor for varsling.

En utfordring for det tverrfaglige samarbeidet er at deling av informasjon kan hindres av taushetsplikten (helsepersonelloven, 1999, § 21). Det kan være særlig utfordrende når sykepleieren må ta stilling til om taushetsplikten skal begrenses av opplysningsplikten, fordi dette forutsetter at sykepleieren bruker faglig skjønn. Den som sender en bekymringsmelding, skal gi nødvendig informasjon til barnevernet (Kynø et al., 2015e). Hva som er nødvendig informasjon i de ulike tilfellene kan variere, og det kan tenkes at det er dette som er utfordrende å ta stilling til. Frykten for å bryte taushetsplikten kan påvirke sykepleierens beslutning om å rapportere til barnevernet eller ikke. Dette ble også tatt opp som en utfordring i studien til Lines et al. (2020).

Et hektisk arbeidsmiljø og travle dager på jobb er noe de fleste sykepleiere kan kjenne seg igjen i. Dette kan, ifølge Tiyyagura et al. (2015) og Lines et al. (2020), oppleves som en barriere knyttet til sykepleierens rapportering til barneverntjenesten. For det første fortalte sykepleierne at de ikke fikk nok tid sammen med barnet, samt at de opplevde manglende kontinuitet grunnet turnusarbeid. For det andre trakk sykepleierne fram dokumentasjonsarbeidet som tidkrevende. Samlet er dette faktorer som førte til underrapportering. Vi anser dette som et prioriteringsspørsmål, både hos sykepleieren og på et systemnivå. Kan det tenkes at underrapporteringen ville vært et mindre problem dersom avdelingen la til rette for økt bemanning og tydelige retningslinjer? Eller ligger problemet i sykepleierens prioriteringsevne?

5.3 Konklusjon

På bakgrunn av drøftingen av funnene vil vi konkludere med at mangel på kompetanse blant sykepleiere, sykepleierens frykt for negative konsekvenser og et utfordrende organisatorisk system er mulige barrierer sykepleier opplever knyttet til varsling til barneverntjenesten. Det kan tenkes at disse faktorene kan føre til underrapportering ved mistanke om omsorgssvikt og barnemishandling og potensielt større mørketall. Dersom sykepleier mislykkes i å identifisere tegn til omsorgssvikt og mishandling hos et barn vil dette medføre store konsekvenser for barnets utvikling og fremtid. Ettersom temaet “omsorgssvikt hos barn” nå er inkludert i rammeplanen for sykepleierutdanningen 2020/2021, imøteser vi den videre utviklingen med håp om økt kompetanse blant sykepleierne.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

I identifiseringen av omsorgssvikt og mishandling av barn anser vi sykepleierens rolle som svært sentral. Hun må holde seg faglig oppdatert slik at hun har den kompetansen som er nødvendig for å kunne avdekke omsorgssvikt og mishandling, samt vite når hun bør varsle barneverntjenesten. I tillegg er det viktig med engasjerte sykepleiere som ønsker en rutineendring velkommen, samt en oppmuntrende og støttende innstilling hos leder. Vi mener det er viktig at det skapes et arbeidsmiljø hvor det er rom for å stille spørsmål og be om råd uten at dette skal ha en negativ påvirkning på arbeidsforholdet mellom kollegene. Med bakgrunn i resultatdiskusjonen vil vi i det følgende presentere konkrete forslag til forbedring i praksis. Forslagene har til hensikt å øke sykepleierens kompetanse, gjøre identifisering av omsorgssvikt og varsling til barneverntjenesten til en mindre utfordrende arbeidsoppgave for sykepleieren og redusere organisatoriske utfordringer ved varsling til barneverntjenesten.

Forslagene er som følgende:

- Vi foreslår at det holdes veiledninger for sykepleiere på arbeidsplasser hvor de møter barn, for å sikre tilstrekkelig med kompetanse om tegn til omsorgssvikt og barnemishandling. I denne forbindelse foreslår vi casearbeid, fordi trygghet oppnås for mange gjennom praktisk erfaring og mengdetrening. Dette mener vi vil bidra til at det blir lavere terskel for å varsle barnevernet, fordi sykepleieren opplever mestring og får større tiltro til egen dømmekraft.
- Vi foreslår at det utarbeides skriftlige retningslinjer med tydelige føringer i forhold til hvordan sykepleier kan samtale med barn om vanskelige tema som omsorgssvikt og barnemishandling. Dette inkluderer forslag til hvilke spørsmål som kan stilles og på hvilken måte de kan stilles. Videre bør disse retningslinjene si noe om hvilke varseltegn som skal få sykepleieren til å reagere og iverksette tiltak.
- Vi foreslår at barneverntjenesten og helsevesenet utvikler et bedre tverrfaglig samarbeid. Dette kan gjøres gjennom felles veiledningsseminarer. Her kan betydningen av tilbakemelding belyses. Dersom sykepleieren får bekreftelse på sin

[6101, 6102 og 6162]

beslutningstaking, mener vi det vil gjøre henne sikrere på sin avgjørelse neste gang hun eventuelt må varsle barneverntjenesten.

- Vi anbefaler at bemanningen i en avdeling er tilstrekkelig til enhver tid og er bestående av faste sykepleiere. Dette mener vi sikrer kontinuitet og kvalitet i sykepleien gitt til barnet og øker muligheten for å oppdage omsorgssvikt og barnemishandling.

7.0 LITTERATUR

Barne- og familiedepartementet. (2020, 19. oktober). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*.

Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/fns-konvensjon-om-barnets-rettigheter/id2511390/>

Barnekonvensjonen. (1989) *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. (20-11-1989 nr 1

Multilateral). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-05-21-30/bkn>

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2018, 04. april). *Omsorgssvikt*. Bufdir.

https://bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Vern_mot_overgrep/Vold_og_overgrep_mot_barn_og_unge_med_funksjonsnedsettelse/Tegn_pa_vold_og_overgrep/Omsorgssvikt/

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2020, 14. desember). *Hva er omsorgssvikt?*. Bufdir.

https://bufdir.no/Barnevern/Om_barnevernet/omsorgssvikt/

Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1992-07-17-100>

Bratterud, Å., & Emilsen, K. (2013). *Dørstokkmila: Barnehagens vei fra magesfølelse til melding*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Dyb, G. & Flekke, K. (2019, 28. mars). *Barnemishandling*. Den Norske Legeforening.

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

Eide, H. & Eide, E. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

- Eisbach, S. S. & Driessnack, M. (2010). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses. *Journal for specialists in pediatric nursing*, 15(4), 317-323. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Studentlitteratur.
- Helsedirektoratet. (2017). *Stress og mestring* [Brosjyre] https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Homlong, L., Fredheim, G. & Knudsen, H. (2019). Helsepersonell har plikt til å melde til barnevernet. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2019/10/helse-og-jus/helsepersonell-har-plikt-til-melde-til-barnevernet>
- Kalfoss, M. H. (2017). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 2, s. 453-481). Gyldendal Akademisk.
- Kjelland, M. (2017). Taushetsplikt og opplysningsplikt. I A. Kjønstad, A. Syse & M. Kjelland (Red.), *Velferdsrett II Barnevern- og sosialrett*. (s. 155-205). Gyldendal Juridisk.

- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2015). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2. Utg., Bind 1, s. 84-133). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2015a). Stress og mestring. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2. Utg., Bind 3, s. 134-196). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2015b). Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2. Utg., Bind 1, s. 162-206). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2015c). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2. Utg., Bind 1, s. 282-341). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2015d). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2. Utg., Bind 1, s. 208-280). Gyldendal Akademisk.
- Kynø, N. M., Lindboe, A., Vetlesand, N., Holgersen Skotte, L., Bjaanes Stoltenberg, A. K., Syversen, M. & Randklev, S. (2015a). *Mishandling av barn - psykisk*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-psykisk>
- Kynø, N. M., Lindboe, A., Vetlesand, N., Holgersen Skotte, L., Bjaanes Stoltenberg, A. K., Syversen, M. & Randklev, S. (2015b). *Mishandling av barn - fysisk*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-fysisk>
- Kynø, N. M., Lindboe, A., Vetlesand, N., Holgersen Skotte, L., Bjaanes Stoltenberg, A. K., Syversen, M. & Randklev, S. (2015c). *Seksuelle overgrep mot barn*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/seksuelle-overgrep-mot-barn>

- Kynø, N. M., Lindboe, A., Vetlesand, N., Holgersen Skotte, L., Bjaanes Stoltenberg, A. K., Syversen, M. & Randklev, S. (2015d). *Omsorgssvikt/vanskjøtsel av barn*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/omsorgssvikt-vanskjotsel-av-barn>
- Kynø, N. M., Lindboe, A., Vetlesand, N., Holgersen Skotte, L., Bjaanes Stoltenberg, A. K., Syversen, M. & Randklev, S. (2015e) *Barnevern - bekymring, mistanke og melding*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-overgrep-eller-omsorgssvikt-av-barn-bekymring-mistanke-og-melding>
- Lines, L. E., Grant, J. M. & Hutton, A. (2020). Nurses' perceptions of systems and hierarchies shaping their responses to child abuse and neglect. *Nursing Inquiry*. <https://doi.org/10.1111/nin.12342>
- Martinsen, K. & Kjær, T.A. (2012). *Løgstrup og sykepleien* (s. 45-88). Oslo: Akribe.
- Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Gyldendal Juridisk.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 1, s. 17-39). Gyldendal Akademisk.
- NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svik — Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/pdfs/nou201720170012000dddpdfs.pdf>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

- Söderman, A. & Jackson, K. (2011). Barn som far illa i sin hemmiljö - BVC-sjuksköterskors opplevelser av att möta och hjälpa barnen. *Vård i Norden*. 31 (1):38-42. <http://dx.doi.org/10.1177/010740831103100408>
- Thorvaldsen, I. R. & Kirchhoff, J. W. (2017). Se tegnene på omsorgssvikt! *Sykepleien* 105(1), 50-53. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59740> Utdanningsforskning.no (2016, 15. april) *Hva er en fagfelleverdert artikkel?* <https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfelleverdert-artikkel/>
- Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A. & Bechtel, K. (2015). Barriers and facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine. An International Journal*, 66(5), 447-454. [10.1016/j.annemergmed.2015.06.020](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020)

VEDLEGG

VEDLEGG 1: OVERSIKT OVER SØKEORD OG SØKERESULTAT

Database	Søkeord	Treff	Utvalgte artikler
Svemed+	«barnemishandling» AND «sykepleie» Peer reviewed tidsskrifter	2	«Barn som far illa i sin hemmiljø, BVC-sjukskøterskors opplevelser av att möta och hjälpa barnen» (Söderman & Jackson, 2011)
Pubmed	<u>Søk 1:</u> «child abuse and neglect» AND «reporting» AND «barriers»	59	«Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments» (Tiyyagura, Gawel, Koziel, Asnes & Bechtel, 2015)
Pubmed	<u>Søk 2:</u> «child maltreatment» AND «nurses» AND «reporting» AND «hesitations»	2	«Am I Sure I Want To Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses» (Eisbach & Driessnack, 2010)
British Nursing Index	«child abuse» AND "nursing role"	7153	«Nurses' perceptions of systems and hierarchies shaping their responses to child abuse and neglect» (Lines, Grant & Hutton, 2020)
	«child abuse» AND «nursing role» AND «child safety» AND «neglect»	568	
	«child abuse» AND «nursing role» AND «child safety» AND «neglect» AND «qualitative studies» AND «healthcare»	122	

VEDLEGG 2: OVERSIKT OVER UTVALGTE ARTIKLER

Forfatter, årstall, land:	Hensikt:	Perspektiv:	Metode:	Database:
Eisbach, S.S. & Driessnack, M. (2010). USA	Beskrive prosessen av å rapportere barnemishandling og få innsikt i hva som påvirker rapporteringsprosessen.	Sykepleiere som jobber innenfor pediatri og helsesykepleiere.	Kvalitativ tilnærming Intervju 23 sykepleiere deltok	Pubmed
Lines, L. E., Grant, J. M., Hutton, A. (2020). Australia	Basert på forskerens tidligere funn i en kvalitativ studie, var hensikten med denne artikkelen å gi en rapport om hvordan sykepleiere opplever at systemet påvirker deres kapasitet til å respondere på barnemishandling og omsorgssvikt.	Sykepleiere som jobber innenfor pediatri.	Kvalitativ tilnærming Dybdeintervju 21 sykepleiere deltok	British Nursing Index
Söderman, A. og Jackson, K. (2011). Sverige	Beskrive helsesykepleiere sine opplevelser i møte med barn som blir utsatt for barnemishandling i hjemmet.	Sykepleiere som jobber på barneavdeling	Kvalitativ tilnærming Intervju 6 helsesykepleiere deltok	Swemed+
Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A. & Becthel, K. (2015). USA	Utforske erfaringer blant ansatte i akuttmottak knyttet til rapportering av omsorgssvikt, for å kunne identifisere barrierer til rapportering.	Ansatte på akuttmottak	Kvalitativ tilnærming Intervju 29 deltakere (9 leger, 16 sykepleiere og 4 legeassistenter)	Pubmed