

BSYBAC5 V21
Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger

12.05.2021

*Sykepleieres opplevelser og tiltak i møte med barn og deres foreldre der en mistenker,
eller det er kjent, at barnet utsettes for mishandling*

Forord

«Du ser det ikke før du tror det»

Sammendrag

Bakgrunn: Barnemishandling er et globalt problem og en av de største truslene mot folkehelsen. Helsepersonell er underlagt særlige plikter i møte med barn og unge, men likevel er det et skremmende stort antall barn utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt som ikke oppdages, som følge av at systemene svikter hva gjelder å forebygge, avdekke og følge opp disse barna

Hensikt Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleieres opplevelser og tiltak i møte med barn og deres foreldre der en mistenker, eller det er kjent at barnet utsettes for mishandling.

Metode Integrativ litteraturoversikt basert på empirisk data og faglitteratur. Fire kvalitative artikler ligger til grunn for analyse.

Resultater Resultatene viser at sykepleiere ikke har nok kunnskap om tegn på barnemishandling og at det er en utbredt usikkerhet knyttet til rutinene for rapportering. Å møte mishandlede barn og deres foreldre er en vanskelig emosjonell opplevelse for sykepleieren å ta del i.

Nøkkelord: barn, spedbarn, barnemishandling, neglekt, tilsiktet skade, sykepleier, barnesykepleier, sykepleieansvar, opplysningsplikt

Innhold

Sammendrag	3
Innhold	4
1.0 Introduksjon	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemformulering	6
1.3 Hensikt.....	7
1.4 Begrepsavklaring.....	8
2.0 Teoretisk perspektiv	9
2.1 Regelverk og sykepleiefaglige rammer som ivaretar barnet	9
2.1.1. Barnets rett	9
2.1.2 Sykepleierens og helsetjenestens plikter.....	9
2.1.3 Sykepleiers grunnlag.....	10
2.1.4 Sykepleie med hovedvekt på samhandling.....	10
2.4 Å ikke ville «se».....	12
2.5 Sårbare barn er mottakelige for hjelp.....	12
2.6 Barrierer for kommunikasjon.....	13
3.0 METODE	13
3.1 Hva er metode?	13
3.1.1 Valg av metode	13
3.2 Integrativ litteraturoversikt	14
3.3 Søkeprosess	15
3.3.1 Valg av søkestrategi og avgrensninger	15
3.3.2 Valg av databaser.....	15
3.3.3 Valg av søketeknikk og søkeord.....	16
3.3.4.Valg av artikler.....	17
3.4 Analyse av artikler.....	19
4.0 RESULTATER	19
4.1 Usikkerhet og frykt i gjennomføring av en faglig vurdering	20
4.1.1 Mangelfulle ferdigheter og behov for tverrfaglig samarbeid.....	20
4.1.2 Svikt i håndtering av pasientopplysninger	21
4.2 Sykepleier, barnet og overgriper: en kompleks relasjon.....	22
4.2.1 Emosjonell ambivalens og behov for støtte	22
4.2.2 Barnets sikkerhet som primærhensyn.....	24

4.2.3 <i>Ambisjon om å forholde seg profesjonell og ikke-dømmende</i>	25
5.0 DISKUSJON	26
5.1 <i>Metodediskusjon</i>	26
5.1.1 <i>Valg av metode</i>	26
5.1.2 <i>Land, arena og årstall</i>	26
5.1.3 <i>Deltakerne i studiene</i>	27
5.2 <i>Resultatdiskusjon</i>	27
5.2.1 <i>Usikkerhet og frykt i gjennomføring av en faglig vurdering</i>	27
5.2.2 <i>Sykepleier, barnet og overgriper: en kompleks relasjon</i>	28
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	31
Litteraturliste	33
VEDLEGG 1. OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER	37

Antall ord: 9851

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vold mot barn er et tema jeg har vært lite gjennom i min sykepleierutdanning. Problematikken ses heldigvis å være satt på dagsordenen, for fremtidige sykepleiestudenter skal av 2019 kunne identifisere, intervensere og samtale med barn ved omsorgssvikt, vold og overgrep (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §6g). I jobbsammenheng har jeg dog både observert sykepleiere, og selv pleiet og utøvd omsorg for «friske syke» barn, forstått som barn med sykdom av naturlige årsaker en resonnerer logisk ved. I disse tilfeller finner jeg stor ro i den medisinske behandlingen barnet får, for denne vil med overveiende stor sannsynlighet, gjøre barnet friskt. Ro har snudd om til uro i de møtene med barn og deres familie der jeg får en magesfølelse på at noe er galt, det være seg foreldre som ikke viser interesse ovenfor barnet sitt eller har en overdreven interesse for barnet, uforklarlige kroppslige skader, eller atferd hos barnet eller forelderen som er bekymringsverdig. I disse tilfeller vet jeg at medisin ene og alene ikke vil bedre barnets tilstand, for situasjonen bærer en relasjonell, sosial og psykologisk dybde. Selv er jeg kjent med at lovverket pålegger helsepersonell særlige plikter i møte med barn og unge en mistenker er skadelidende, men til tross for dette kjenner jeg på en *usikkerhet* knyttet til hvordan å imøtekomme pliktene. Denne følelsen gjør meg utilfreds fordi den er lite håndfast. Av samtaler med andre sykepleiere, har jeg fått inntrykk av at det er flere som deler samme usikkerhet. Dette vekket naturlig en interesse for å utforske hvilke fremtredende opplevelser som gjør seg gjeldende blant et bredere utvalg sykepleiere i kontakt med gjeldende pasientgruppe. Underliggende ønske er å undersøke om min opplevelse deles av flere, om eventuelt andre opplevelser gjør seg gjeldende, forstå hva som ligger bak opplevelsene og hvilke tiltak som kan bidra til forbedret praksis.

1.2 Problemformulering

Barnemishandling er et globalt problem. Om lag 3 av 4 barn på verdensbasis, tilnærmet 300 millioner barn mellom 2-4 år, utsettes regelmessig for fysisk og psykisk mishandling av foreldre (WHO, 2020). I Norge utsettes 1 av 20 barn for mishandling i oppveksten (FHI, 2020). Å utsettes for barnemishandling gir livslang nedsatt fysisk og mental helse, og øker risikoen for å selv mishandle når en når voksen alder. En slik dysfunksjonell videreføring av

voldsbasert atferd, kan forsinke et lands økonomiske og sosiale utvikling, og utpeker uten tvil barnemishandling til en av de største truslene mot folkehelsen (NOU 2017:12, s.27; WHO, 2020).

Barn har rett til å vokse opp under trygge forhold under beskyttelse mot alle former for vold, og denne rett fremgår tydelig av lov. For å ivareta denne rett, er helsepersonell som yrkesgruppe og den helsetjenesten de er underlagt, pålagt plikter og et særlig ansvar i møte med barn og unge. Sykepleiere er ofte de første som møter barnet og dets familie i en helsekontekst og står derfor i en sentral posisjon til å oppdage og stoppe mishandlingen, og til å gi barnet omsorg. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee holder frem at sykepleierens funksjon er å hjelpe individet, familien eller samfunnet med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s.41). For å kunne ivareta et mishandlet barn, er det dog avgjørende at de vet hvordan å håndtere slike situasjoner på en god måte. Likevel er det et skremmende stort antall barn utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt som ikke oppdages, som følge av at systemene svikter hva gjelder å forebygge, avdekke og følge opp disse barna (NOU 2017: 12, s.146). Slik synes det å være et gap mellom sykepleierens plikt av lov og oppfølging av den i klinisk praksis. I søken etter forståelse på hvorfor det synes å være slik, er det sentralt å utforske sykepleieres faktiske opplevelser og tiltak i møte med denne pasientgruppen. Ved å løfte frem forskningsbasert kunnskap om et tema som sårt trenger oppmerksomhet, kan det fattes implikasjoner for hvilke områder ved praksis som kan forbedres for å bedre imøtekomme barnets rett. Det er avgjørende å vite hvordan å håndtere slike situasjoner på en god måte for å kunne ivareta et mishandlet barn.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleieres opplevelser og tiltak i møte med barn og deres foreldre der en mistenker, eller det er kjent at barnet utsettes for mishandling.

1.4 Begrepsavklaring

BARN: Alle personer under 18 år innenfor statens jurisdiksjon, uten diskriminering av noe slag, i tråd med artikkel 1 og 2 av barnekonvensjonen av 1989 (FNs barnekomité, 2013).

FORELDER: Den eller de personer som etter lov plikter å ta omsorg for sitt barn.

NAI: Non-accidental injury. Refererer til et spekter av skader som følge av barnemishandling. Kan på norsk forstås som «tilsiktet skade».

NAHI: Non-accidental head injury. Referer til villet påførte hjerneskader hos barn av alvorlig karakter, oftest som følge av barnemishandling i form av «filleristing-syndrom» eller angivelig fall (NOU 2017: 12, s.30).

CPS: Child Protective Services. Referer i teksten til et svensk organ ansvarlig for å sikre barneverntjenester når barn utsettes for mishandling. Tilsvarende i norsk sammenheng barnevernet.

IMRaD – struktur: “Introduction, Methods, Results and Discussion”. Den mest brukte normen for oppbygging av vitenskapelig artikkel (Dalland, 2012, s.79).

KONVENSJON: En internasjonal overenskomst (avtale som er juridisk forpliktende for alle de statene som har ratifisert den (Molven, 2017, s.57)

RATIFIKASJON: En juridisk bindende erklæring fra et land om at en konvensjon, og dermed også de enkelte bestemmelsene i den, skal gjennomføres i landet (Molven, 2017, s.57)

2.0 Teoretisk perspektiv

2.1 Regelverk og sykepleiefaglige rammer som ivaretar barnet

2.1.1. Barnets rett

Barnemishandling forstås på ulike måter og således eksisterer det ingen entydig definisjon. Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon innbefatter flere former for mishandling, og er valgt ut i denne kontekst. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) spesifiserer at barnemishandling innebærer at foreldre eller andre foresatte utøver volden (NKVTS, u.å.b).

“Child abuse or maltreatment constitutes all forms of physical and/or emotional ill treatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the child’s health, survival, development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust or power” (WHO, 2018, s.3)

Barnets særskilte juridiske status fremgår primært av De forente nasjoners (FN) internasjonale barnekonvensjon (1989) og springer ut fra FN’s verdenserklæring om menneskerettigheter (1948) som stadfester at barn har menneskerett til spesiell omsorg og hjelp.

Barnekonvensjonen ble ratifisert av Norge i 1991, innlemmet i norsk menneskerettslov (1999a) i 2003. Sentrale artikler stadfester blant annet at ethvert barn har en iboende rett til livet og skal så langt det er mulig sikres at overlever og vokser opp; rett på den høyest oppnåelig levestandard, med særlig fokus på å redusere spedbarns- og barnedødeligheten (art 6; art 24) Gjennom forebygging, påpeking, rapportering og oppfølging, skal barnet beskyttes mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, herunder seksuelt misbruk, mens en eller begge foreldre har omsorgen for barnet (art 19). Dersom barnet innlegges i helseinstitusjon, har det rett til samvær med minst en av foreldrene under hele oppholdet, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-2) Konvensjonens stadfestelse av at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn, går også frem av grunnlov (1814, §104)

2.1.2 Sykepleierens og helsetjenestens plikter

Etter hovedregel om taushetsplikt av helsepersonelloven (1999, §21) skal helsepersonell hindre at andre får adgang til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold. Unntak fra denne gjør seg dog gjeldende i særlige tilfeller. Uten ugrunnet

opphold (jf. Helsepersonelloven §33a) skal helsepersonell melde fra til kommunens barneverntjeneste 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. Meldeplikten er personlig (Sivilombudsmannen, 2018b) Helsepersonell er også underlagt plikt om opplysning til nødetater etter helsepersonelloven (1999, §31), ved frykt for skade eller drap, eller behov for bistand for å avverge alvorlig skadeomfang (NKVTS, u.å.a) og straffelovens generelle plikt til å avverge en straffbar handling (Straffeloven, 2005, § 196) Blant 46 straffebud omfattet av avvergeplikten, finner en blant annet voldtekt og mishandling i nære relasjoner. Helsepersonelloven (1999, §16) pålegger virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester å organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

2.1.3 Sykepleiens grunnlag

Norsk Sykepleierforbund (NSF) holder frem at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, og sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (NSF, 2019). De etiske retningslinjene legger føringer for den norske sykepleieren som yrkesutøver. Ut av disse løper det blant annet et ansvar på sykepleieren for å sikre at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig, erkjenne grensene for egen kompetanse, praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (NSF, 2019). Sykepleieren skal videre være bevisst sin profesjonelle rolle og imøtekomme pasientens *rett* på faglig forsvarlig, omsorgsfull hjelp og beskyttelse mot krenkende handlinger (NSF, 2019). Hva gjelder kontakt med pårørende, skal sykepleieren vise respekt, omtanke og inkludere dem, men hensynet til pasienten skal prioriteres (NSF, 2019).

2.1.4 Sykepleie med hovedvekt på samhandling

Sykepleie er en *mellommenneskelig prosess* (Travelbee, 1999, s.29). Prosess forstås som en «fortløpende bevegelse» mellom sykepleieren og den syke, et samspill hvor individene har kontinuerlig innvirkning på hverandre, hvilket Travelbee har valgt å kalle et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s.30, 41). Menneske-til-menneske-forholdet er et middel til å oppfylle den profesjonelle sykepleiepraktikerens mål og hensikt, kjennetegnet av å hjelpe individet, familien eller samfunnet med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s.41). Det er bare når en står overfor hverandre som menneske til menneske at et virkelig forhold kan etableres, det krever at rollene som «sykepleier» og

«pasient» forkastes (Travelbee, 1999, s.171). Menneske defineres som et unikt og uerstattelig individ (Travelbee, 1999, s.54) Etablering av menneske-til-menneske-forholdet har grunn i empati, sympati og medfølelse med den andre.

Empati er evnen til å leve seg inn i den andres psykiske tilstand i øyeblikket, men ikke i den grad at en tenker og føler *som* den andre. Slik muliggjøres det at to ulike personer kan ta del i noe sammen (Travelbee, 1999, s.193) Forskning viser dog at evnen til å føle empati synes å være bestemt av graden av likhet mellom en selv og den andre, og således er det urealistisk at en sykepleier skal føle empati ovenfor alle syke (Travelbee, 1999, s.195) I forlengelsen av evne til empati, vekker sympati og medfølelse sykepleierens ønsker om å lindre eller avhjelpe pasientens situasjon (Travelbee, 1999, s.200). Den profesjonelle sykepleieren opererer i krysningen mellom intellekt og følelser, hvor hun eller han tillater følelsene å la seg lede av intellektet, men ikke undertrykkes. En må tørre å se det reelle i den andres tilværelse for å kunne være av hjelp (Travelbee, 1999, s.44-46).

2.2. Former for mishandling

Verdens helseorganisasjon anser fire hovedformer for mishandling: fysisk, psykisk, seksuell mishandling og neglekt/omsorgssvikt. Fysisk mishandling mot et barn defineres som villet bruk av fysisk makt som truer barnets fysiske og psykiske helse, utvikling eller overlevelse (WHO, 2018, s.106). Spedbarn har tungt hode og dårlig hodekontroll, og er mest utsatt for livsvarige og dødelige hjerneskader. Kraftig risting av barnet, «shaken baby syndrome» kan gi rivningsskader med økt fare for alvorlige senskader, og i de alvorligste tilfellene kan barnet bli totalt invalidisert og heldøgns pleietrengende (Grønseth & Markestad, 2017, s.340; NOU 2017: 12, s.31). Av 60 dødsfall i alderen 0-17 år som følge av drap, mishandling og omsorgssvikt i Sørøst Norge i perioden 2000-2015, var 42 prosent av ofrene under ett år (NOU 2017: 12, s.30). Psykisk mishandling er handlinger over tid som influerer skade på barnets fysiske, mentale og sosiale helse og utvikling (WHO, 2018, s.106). Seksuell mishandling av et barn bryter med lov, men kanskje enda sterkere mot normer i samfunnet, og er definert som å involvere et barn i seksuell aktivitet som han eller hun ikke kan forstå fullt ut, ikke er i stand til å gi informert samtykke til og ikke er utviklingsmessig forberedt til (WHO, 2018, s.106). Barn under 16 år regnes i Norge ikke som samtykkekompetente. Neglekt/omsorgssvikt blir definert som å forsømme å dekke et barns grunnleggende behov over tid, og er i en slik grad at det utsettes for fysisk eller psykisk skade eller fare og er

relatert en eller flere av følgende områder: helse, utdanning, emosjonell utvikling, ernæring og ly og trygge levekår (NKVTS, u.å.b; WHO, 2018, s.106). Det er ikke lett å trekke grenser mellom akseptabel og uakseptabel omsorg, for alvorlighetsgrad, antall og kontinuiteten i forsømmelsene varierer. Alle typer vold kan innebære omsorgssvikt, fordi et barns grunnleggende behov for trygghet, kjærlighet og støtte ikke møtes (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2017). Det finnes få enkeltstående sikre tegn på at barn har blitt utsatt for vold eller overgrep, men enkelte fysiske og atferdsmessige tegn gir sterk grunn til mistanke, eksempelvis blåmerker på mindre utsatte steder, seksualisert atferd med elementer av tvang eller smerte (NOU 2017: 12, s.29).

2.4 Å ikke ville «se»

Et utbredt problem er tendensen til ikke å ville *se* barns lidelser. Det krever både energi og evne til å fokusere hele sin oppmerksomhet om den andre og er en følelsesmessig belastning for de profesjonelle. Hvis barn skal få hjelp, må noen være i stand til å se og ta ansvar (Killén, 2019, s.26; Travelbee, 1999, s.160). For å forstå det den hjelpetrengende forstår, må en ha konsentrasjon og tankekraft, og en må la seg berøre av det (Schibbye, 2012) Forståelse på et faglig grunnlag krever at sykepleier reflekterer over den informasjon som han eller hun opplever å motta (Solvoll, 2016, s.126). Det må alltid være en grad av personlig involvering i profesjonell omsorg, og det må alltid være profesjonalitet i personlig involvering (Kristoffersen & Nordtvedt, 2017, s.92).

2.5 Sårbare barn er mottakelige for hjelp

«Fra naturen har mennesker instinkter for å ta vare på våre sårbare barn og videreføre slekten» (Grøholt, Garløv, Weidle, & Sommerschild, 2015, s. 278). I moderne barnepsykologi og i moralpsykologien ser en at barnet utvikler sine følelser og sin trygghet i verden gjennom åpenhet og tillitt til omverdenen. En blir menneske gjennom å bli sett og møtt som et menneske (Hoffman 2000, Zahavi 1999). Mennesket er som artsvesen særlig avhengig av omsorg i livets tidlige fase, og barnet er helt avhengig av ivaretagende relasjoner gjennom sine første leveår. Svikt i behovstilfredsstillelse og omsorg veldig tidlig i livet forårsaker skader på person og kropp som ofte er uopprettelige (Karterud og Monsen, 1997) Som barn er hjernen under stor biologisk utvikling, og barn utsatt for mishandling lider derfor under alvorlig risiko for at deres fysiske, psykiske og reproduktive helse svekkes (WHO, 2018, s.9) Tidligere utsatthet for vold og overgrep øker sårbarheten for å oppleve det igjen. Studier gjort på norske voksne som i sin barndom opplevde vold og overgrep, viser at tendensen til å senere erfare flere slike hendelser vedvarer også inn i voksen alder og i voksne relasjoner» (Aakvaag & Strøm, 2019). Forståelsen av sårbarhet hos barn er under

rekonstruksjon, og det er viktig. Barns individuelle faktorer, inkludert genetiske, har tidligere blitt forbundet med sårbarhet for senere vansker, men det har vist seg at dette handler like mye om mottakelighet for påvirkning fra omgivelsene. Slik kan visse barn utvikle seg særlig negativt ved sviktende omsorg, men samtidig særlig positivt ved god omsorg. Slik forstår en at det er essensielt å fange opp utsatte barn tidlig og møte dem riktig (Belsky & Pluess, 2009).

2.6 Barrierer for kommunikasjon

Foreldrene er svært viktige samarbeidspartnere mens barna er innlagt på sykehus, og mye av kommunikasjonen, særlig med små barn, går via foreldrene (Ruud, 2011, S.136) Det er mange grunner til at det kan være vanskelig å snakke direkte med barn om vanskelige temaer, det være seg barrierer i barnet eller i den voksne. Barnets lojalitet til sine omsorgspersoner, overveldende følelsesliv, og behov for å fremstå vanlig, oppegående og mestrende, kan medføre at barnet unnlater å dele det som er vanskelig. Foreldrene kan også ha pålagt barnet å tie, for eksempel ved å bruke termer som «hemmelighet» (Ruud, 2011, s.43-44) Sykepleieren kan på sin side oppleve det belastende å ta inn over seg hvordan barnet har det (Killén, 2019, s.175) eller være usikker på om vanskelige samtaler øker belastningen på barnet. Sykepleier kan ha mangelfull kjennskap til og erfaring med å arbeide med barn, og være redd for at sine vurderinger er gale. Å sette ord på bekymringer, kan oppleves som å gjøre den mer virkelig, og det er derfor lettere å late som ingenting. Det er viktig at sykepleieren reflekterer bevisst over årsakene til at dialogen eventuelt ikke føres med barnet direkte, om det skyldes barrierer i barnet, i forelder, eller i sykepleieren. Når sykepleiere henvender seg foreldrene uten grunnlag, får barna begrenset mulighet til å påvirke avgjørelser som angår dem (Ruud, 2011, s.46).

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

Metode er en fremgangsmåte, et middel som forteller noe om *hvordan* en bør gå til verks for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap, eller etterprøve den kunnskapen som allerede eksisterer (Dalland, 2012, s.111). Det kan beskrives som det “å følge en viss vei mot et mål” (Dalland, 2012, s.114).

3.1.1 Valg av metode

Empiriske studier benytter primært kvantitative eller kvalitative metoder, eller en kombinasjon av disse. Empiri betyr «kunnskap som er bygd på erfaring» (Dalland, 2012,

s.115) og slik kunnskap blir dermed et portrett på det sanne, på *virkeligheten* knyttet til det spesifikke som undersøkes. Valg av metode tar således utgangspunkt i hva slags type data en trenger for å kunne undersøke en hensikt (Dalland, 2012, s.111-112). Kvalitativ metode er velegnet for å innhente data basert på ord, dybde og forståelse. Den involverer gjerne et begrenset antall respondenter, og har deres særegne opplevelser, meninger eller oppfatninger i fokus; variabler som ikke lar seg tallfeste. Datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet og fremstillingen tar sikte på å formidle forståelse (Dalland, 2012, s.113).

“Kvantitativ metode brukes for å få breddekunnskap, finne årsakssammenhenger og for å teste hypoteser som kan overføres til personer eller situasjoner” (Drageset, S & Ellingsen, S., 2009, s.102) Kvantitativ metode baserer seg på målbare enheter, og er et bedre valg dersom formålet er å kartlegge forekomst eller finne årsaker. Den involverer gjerne et bredt utvalg respondenter, og får frem det representative. Datainnsamlingen skjer uten direkte kontakt med feltet og fremstillingen tar sikte på å formidle forklaringer (Dalland, 2012, s.113).

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Litteraturoversikt som metode i helsefaglig kontekst “... handler alltså om å skape oversikt over kunnskapslaget inom ett visst omvårdnadsrelaterat område, eller om ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde/kompetensområde” (Friberg, 2017, s.141) En slik oversikt skapes gjennom å referere til tidligere forskningsresultater, parallellt med en analyse av fremgangsmåten som ligger til grunn for disse. Dette gjøres for å forstå på hvilket grunnlag resultatene har fremkommet (Friberg, 2017, s.141)

Det finnes ulike typer litteraturoversikter, blant annet allmenn og integrativ litteraturoversikt. En integrativ litteraturoversikt har fokus rettet mot å *syntetisere* resultatene fra de ulike studiene, hvilket kan forstås som at resultatene er mindre enheter som er med å bygge opp noe nytt, «en ny helhet» om du vil (Friberg, 2017, s.150) En allmenn litteraturoversikt er i motsetning til det forestående en *beskrivende* oversikt som “inte går lika långt i analysen ... Man gör inte en syntes av resultatet” (Friberg, 2017, s.151) Jeg har valgt å benytte meg av integrativ litteraturoversikt som metode for min besvarelse.

En integrativ litteraturoversikt tar sikte på å skape en oversikt over et avgrenset fagområde basert på et systematisk utvalg av tekster. Ved en systematisk tilnærming oppgir man beskrivelse av hvordan søket ble gjennomført og hvordan kvaliteten ble evaluert (Aveyard,

2014, s.3) Metoden tar utgangspunkt i Fribergs analysemodell (2017). Arbeidet innebærer å få oversikt over all data, foreta datareduksjon, sammenligne funn og trekke konklusjoner.

Relevante funn fra de analyserte artiklene trekkes frem og settes sammen til en ny helhet (Friberg, 2017, s.150). Litteraturoversikten vil videre skissere de foretatte valgene som utgjør grunnlaget for de resultatene som fremkommer.

3.3 Søkeprosess

3.3.1 Valg av søkestrategi og avgrensninger

Et strukturert litteratursøk er valgt som søkestrategi, hvilket innebærer at søket begrenses til å inkludere informasjon som er aktuell for hensikten, og ekskludere informasjon som en på forhånd vet at ikke er aktuell. (Dalland, 2012, s.70) Kriteriene relaterer til type litteratur, fagfelleverdert skrift, geografiske omstendigheter, hvilket personutvalg og helsefaglig kontekst litteraturen baserer seg på, og tidspunkt for publisering. Jeg inkluderte kun empiriske og fagfelleverderte forskningsartikler til å utgjøre datagrunnlaget. Artiklenes ISSN-nummer ble sjekket i NSD sitt "register over vitenskapelige publiseringskanaler" for å sikre at de var at vitenskapelig karakter og fagfelleverderte. Jeg ønsket ny og oppdatert forskning, og ekskluderte i første omgang artikler publisert før 2011, altså artikler eldre enn ti år. Et godt stykke inn i søkeprosessen ble det likevel nødvendig å se enda litt lenger tilbake i tid for å finne data som samsvarte med min hensikt. Artikler fra 2005 eller nyere ble inkludert.

Forskning fra vestlige land er data som ofte er overførbart til norsk helsevesen. Forskning fra Nord- og Vest-Europa, Australia, New Zealand og USA ble derfor inkludert. Det er ofte større kulturelle forskjeller relatert til helsefaglig praksis i østligere land. Forskning fra Sør- og Øst-Europa, Asia og Afrika ble derfor ekskludert. Jeg ønsket også å studere en begrenset type sykepleiere i en avgrenset helsefaglig kontekst. Sykepleiere og pediatriske sykepleiere ble inkludert, mens helsesykepleiere og jordmødre ble ekskludert. Dette er fordi denne yrkesgruppen besitter annen kunnskap og trening, således andre forutsetninger, for å møte vanskeligstilte barn og utfordrende familiespill. Følgende ble arenaer som ulike sykehusavdelinger, klinikker og hjemmesykepleie inkludert, mens helsestasjon og skole ble ekskludert.

3.3.2 Valg av databaser

I søket etter empirisk data som samsvarer med hensikten, utførte jeg søk i flere helsefaglige databaser. Innledningsvis ble det gjort søk i databasene "SveMed+" og "Idunn" for å finne artikler av skandinavisk opphav. Jeg fant et par artikler relatert til litteraturoversiktens tema,

men ingen relevant for min hensikt. Jeg fortsatte derfor søket i “CINAHL”, en større helsefaglig og internasjonal database. Gjennom denne databasen regulerte jeg søket til å både gjelde den tverrfaglige databasen “Academic Search Premier” og “Medline”, hvilket er den mest anvendte databasen innenfor medisin. Jeg foretok også søk i databasen “Google Scholar” som søker bredt innenfor vitenskapelige tidsskrifter. Søk i databasene over ga et bredt utvalg empirisk litteratur som tilfredsstilte min hensikt.

3.3.3 Valg av søketeknikk og søkeord

Jeg har gjennomgående anvendt en *boolesk søketeknikk* for å spore opp relevant data. Dette innebærer å bevisst kombinere ulike søkeord, såkalte søkeoperatører, på måter som resulterer i et ønsket litteraturutvalg. (Friberg, 2017, s.72) Jeg har anvendt operatørene AND og OR, henholdsvis for å begrense og utvide søket. For å begrense søket har jeg også anvendt *frasesøk*, hvor et ord settes i hermetegn når flere ord skal forekomme etter hverandre, eksempelvis «child abuse». For å utvide søket anvendte jeg også den tekniske funksjonen *trunkering*. Trunkering innebærer å sette inn et trunkeringstegn «*» etter ordstammen i et essensielt ord jeg vil ha informasjon om, for å inkludere alle endinger av ordet, eksempelvis *nurs**. For å effektivt og enkelt kunne krysse ulike foretatte søk, har jeg kombinert ulike lagrede treff i *søkehistorikken* i de databasene som har denne funksjonen.

Innledningsvis i arbeidet foretok jeg søk for å undersøke hva slags former for barnemishandling forskningen er konsentrert rundt. For søk i engelske databaser, har jeg anvendt engelske søkeord. Jeg anvendte ord jeg kjente til fra før, som “child abuse”, “physical abuse”, “nonphysical abuse” og “emotional abuse”. Etterhvert som jeg leste flere abstrakter, fant jeg andre relevante søkeord relatert til tema jeg ønsket å finne ut mer om, som “neglect”, “maltreatment” og “non-accidental injury”. Ordene betydning har både likheter og ulikheter. Søk med disse termene bidro dermed til å utbrodere en totaloversikt over fagfeltet. I tabell 1 følger en beskrivelse av ulike anvendte søkeord, og hvordan de er kombinert med hverandre.

Database	Søkeord	Søketeknikk	Avgrensninger	Antall treff/antall lest abstrakt
Google Scholar	Nursing responsibilities, suspecting, neglect	nursing responsibilities suspecting neglect	2011-2021 Peer reviewed Vestlig Sorter etter relevans	4/4
CINAHL (inkludert Academic Search Premier og Medline)	Child abuse, non-accidental injury, nurs, nursing care, nurses' responsibility	("child abuse" OR «non-accidental injury») AND (nurs* OR "nursing care" OR "nurses' responsibility")	2011-2021 Peer reviewed Vestlig	7070/15
CINAHL (inkludert Academic Search Premier og Medline)	Non-accidental injury, non-accidental trauma, nurs, nurses' experiences	("non-accidental injury" OR "non-accidental trauma") AND (nurs* OR "nurses experiences")	2011-2021 Peer reviewed Vestlig	90/7
CINAHL (inkludert Academic Search Premier og Medline)	Children's hospital, paediatric hospital, children's ward, nurses' experiences, perceptions, attitudes, views, child abuse, non-accidental injury	("children's hospital" OR "paediatric hospital" OR "children's ward") AND ("nurses' experiences" OR perceptions OR attitudes OR views) AND ("child abuse" OR "non-accidental injury")	2005-2021 Peer reviewed Vestlig	474/11

Tabell 1

3.3.4. Valg av artikler

Søkeprosessen ledet frem til fire artikler som utgjør datagrunnlaget for litteraturoversikten. Artiklenes relevans, gyldighet og holdbarhet er vurdert som et ledd i utvelgelsen. *Relevans* handler om «hvilken verdi kilden har i forbindelse med de spørsmål en ønsker å undersøke» (Dalland, 2012, s.74) Jeg har vurdert hva artiklene undersøker, hvilken metode de har anvendt, og om resultatene er overførbare til problemstilling, blant annet ved å vurdere om de er i samsvar med gjeldende inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Artiklenes *gyldighet* og *holdbarhet* handler om kildens troverdighet og ekthet (Dalland, 2012, s.74) og er mål på kildens kvalitet. For å vurdere dette undersøkte jeg hva slags type forskningsartikkel jeg hadde med å gjøre. Jeg vurderte også tidsskriftene jeg fant relevant data i. Publikasjon i et anerkjent vitenskapelig tidsskrift er en indikasjon på at artikkelen er troverdig. Forskernes bakgrunn ble også sjekket for å finne ut hvilken autoritet forfatteren har i forhold til emnet. Her fant jeg at flere har høy og relevant utdanning og utgitt annen

helsevitenskapelig forskning innenfor sitt felt. Videre evaluerte jeg om de utvalgte artiklene følger IMRaD-struktur.

Fire artikler fra Norge, Irland, New Zealand og Sverige ble valgt ut, da de er i overenstemmelse med overnevnte krav. Alle artiklene er *originalartikler*, det vil si forskning som presenteres for første gang (Dalland, 2012, s.78) Jeg har valgt studier primært fra sekundærhelsetjenesten, men har valgt å inkludere et perspektiv fra primærhelsetjenesten for å ha en bredde i datagrunnlaget. Jeg var mer åpen for studienes valg av metode ettersom kvalitative og kvantitative data lar seg studere parallellt. Fant at det er utført mest kvalitativ forskning på feltet, og at slik type data har lettere sammenlignbare funn og besvarer hensikten min best. Valget falt til slutt på et rent kvalitativt utvalg. I tabell 2 følger en oversikt over de utvalgte artiklene.

Forfatter, årstall, land, tidsskrift	Database	Hensikt	Perspektiv	Metode
Skarsaune, K. & Bondas, T. (2015). Norge. <i>Clinical Nursing Studies</i> .	Google Scholar	Å beskrive sykepleieres erfaringer ved mistanke om barnemishandling i møte med barn og deres familie i ulike helsetjenester.	Selektivt utvalg sykepleiere.	Kvalitativ metode. Individuelle, semistrukturerte forskningsintervju med 8 kvinnelige sykepleiere med mer enn 10 års erfaring. Ulike helsetjenester i Norge. Analysemetode: Kvalitativ innholdsanalyse
Barrett, E., Denieffe, S., Bergin, M. & Gooney, M. (2017). Irland. <i>Journal of Clinical Nursing</i> .	Academic Search Premier	Å utforske barnesykepleiere sine opplevelser av å yte omsorg for spedbarn som er offer for NAI.	Selektivt utvalg barnesykepleiere.	Kvalitativ metode. Individuelle, semistrukturerte forskningsintervju med 10 barnesykepleiere med 2-32 års erfaring. Barneavdeling i Irland. Analysemetode: «Framework approach» etter Ritchie & Spencer (1993).
Gibbs, K.-A., Dickinson, A. & Rasmussen, S. (2020). New Zealand. <i>Comprehensive Child and Adolescent Nursing</i> .	Medline	Å undersøke de levde erfaringene til sykepleiere som utøver omsorg til barn og deres familier innlagt på sykehus med NAHI.	Selektivt utvalg sykepleiere.	Hermeneutisk fenomenologisk forskningsstudie (van Manen, 1990) Individuelle, semistrukturerte forskningsintervju med 6 kvinnelige sykepleiere med 5-15 års erfaring med sykepleie til barn med NAHI. Sykehus i New Zealand. Analysemetode: Tematisk analyse (van Manen, 1990)

Tingberg, B., Bredlöv, B. & Ygge, B.-M. (2008). Sverige. <i>Journal of Clinical Nursing.</i>	Medline	Å identifisere sykepleierens erfaringer i den kliniske omsorgen til barn som opplever mishandling. Målet er å vurdere hvordan sykepleiere forblir profesjonelle når den antatte mishandleren er en forelder.	Selektivt utvalg sykepleiere.	Kvalitativ metode. Individuelle, semistrukturerte forskningsintervju med 11 mannlige og kvinnelige sykepleiere. Barnesykehus i Sverige. Analysemetode: Critical incident technique (CIT) etter Flanagan (1954).
--	---------	--	-------------------------------	--

Tabell 2

3.4 Analyse av artikler

De utvalgte artiklene er lest flere ganger for å sikre at vesentlig innhold oppfattes. Deres individuelle karakteristika er dokumentert i tabell 2 for å lettere identifisere likheter og ulikheter ved studiene. Dette danner grunnlaget for den videre analysen, med hovedfokus på studienes resultater. Resultatene i hver enkelt studie ble gransket, og de som samsvarte med min hensikt og var gjennomgående ble trukket ut. Dette er de individuelle studienes *nøkkelfunn*. Likheter og ulikheter mellom de ulike studienes nøkkelfunn ble videre identifisert inn i nye overordnede og underordnede tema.

4.0 RESULTATER

Av analysen fremkommer det to overordnede og fem underordnede tema, som alle peker på sykepleierens opplevelser og tiltak i møte med barn og deres foreldre der en mistenker eller det er kjent at barnet utsettes for mishandling. Disse fremgår av følgende tabell, og vil videre utdypes nærmere.

Hovedtema	Undertema
Usikkerhet og frykt i gjennomføring av en faglig vurdering	Mangelfulle ferdigheter og behov for tverrfaglig samarbeid Svikt i håndtering av pasientopplysninger
Sykepleier, barnet og overgriper: en kompleks relasjon	Emosjonell ambivalens og behov for støtte Barnets sikkerhet som primærhensyn Ambisjon om å forholde seg profesjonell og ikke-dømmende

Tabell 3

4.1 Usikkerhet og frykt i gjennomføring av en faglig vurdering

En opplevelse av usikkerhet og frykt hva gjelder identifisering og håndtering av barnemishandling, var gjennomgående funn, og er videre strukturert i to underkategorier.

4.1.1 Mangelfulle ferdigheter og behov for tverrfaglig samarbeid

I den norske studien til Skarsaune & Bondas (2015, s.27) fremkommer det at informantene finner det vanskelig å definere mishandling som begrep og å gjenkjenne tegn på mishandling. Det er betydelige forskjeller mellom hva sykepleierne beskriver som mindre alvorlige tilfeller, og de vet ofte ikke engang hvor grensene går. Ved spørsmål om forsømmelse, opplever informantene enda flere gråsoner og at definisjonen er enda mer kompleks. De opplever derfor at det er vanskelig å vite når det er grunn til bekymring. En av informantene meddelte følgende: “When should the bells ring? When is there reason for concern? That is what is so hard to know ...” (Skarsaune & Bondas, 2015, s.27)

Alle sykepleierne nevnte en magefølelse som fortalte dem at noe ikke var riktig, uten at de klarte å sette fingeren på det. En av informantene forsøkte å illustrere følelsen: “... we weigh it back and forth a lot, what is right, and should we trust what we think, or should we trust what parents say...” (Skarsaune & Bondas, 2015, s.27) Usikkerhet knyttet til egne vurderinger i møte med foreldre gjenspeiles i den svenske studien til Tingberg, Bredlöv & Ygge (2008) Det fremkom at informantene opplevde vanskeligheter med å engang mistenke barnemishandling når foreldrene tilsynelatende virket hyggelige og forsiktige:

“It’s never apparent from the outside, on the surface (...) You need to evaluate the situation and try to read between the lines (...) To be critically sceptical about their story without insulting the parents” (Tingberg et al, 2008, s.2722)

Flere av informantene fra den samme studien pekte på mangel på spesifikk trening i møte med familier der mishandling foregår, som årsak til at ansatte ikke klarer å bedømme om foreldrenes forklaringer på barnets skader er sanne. De ytret behov for mer konsistent undervisning og trening relatert til problematikken (Tingberg et al, 2008, s.2721-2722) Åtte informanter fra den irske studien ønsker seg bedre kommunikasjonsferdigheter i møte med foreldre til barn med NAI (Barret et al., 2017, s.2281) Flere informanter har behov for å involveres i større grad i etterforskningen av barnemishandling. De mener at de kan bidra med verdifull innsikt, men søker også kunnskap om hvordan å relatere og tilnærme seg de utsatte familiene. Mangelen på feedback er problematisk: “We’re at the centre, we’re there all day every day and night (...) You go in and do your job, they never ask what do you pick up on or

what do you see ... I suppose there's like an invisible line there" (Barrett et al, 2017, s.2279); "CPS could give us much, much better information (...) you never know what they're thinking, what they expect of us. There's never any follow-up. It feels like CPS should have gathered us together and explain how we should relate to the families" (Tingberg et al, 2008, s.2722). Flere ønsket sterkere samarbeid med skolesykepleier, barnehagen og skolen (Skarsaune & Bondas, 2015, s.28).

4.1.2 Svikt i håndtering av pasientopplysninger

Funnene avdekket en usikkerhet knyttet til hvordan man burde dokumentere mishandlingen for at den skal være rettslig gyldig (Skarsaune & Bondas, 2015, s.28) Den norske studien avslører også en frykt for å dokumentere for mye, nettopp fordi dokumentasjon kobler sykepleieren til pasienttilfellet, som de kan bli konfrontert med retrospektivt: "Many are afraid about documenting too much in the patient record ... we have experiences that the witnesses in the trial were picked out after they had documented" (Skarsaune & Bondas, 2015, s.28) En sykepleier fra den irske studien deler samme redsel: "My fear is I will be summoned to go to court ... that is one of the most uncomfortable experiences I have ever had" (Barrett et al, 2017, s.2279)

Det fremkommer i den norske studien til Skarsaune & Bondas (2015) at rutinene for rapportering til barnevernet, skaper stor usikkerhet. Informantene ønsker retningslinjer for å vite hva som kan/burde/må vurderes og hvordan man skal handle for å hjelpe barnet (Skarsaune & Bondas, 2015, s.28). Det samme ønsket ytres i den irske studien, hvor en sykepleier foreslår at bredere retningslinjer på avdelingen vil kunne hjelpe sykepleierne å bedre ta vare på et spedbarn med NAI (Barrett et al, 2017, s.2281). I den svenske studien opplever ingen av sykepleierne at deres avdelinger hadde gode rutiner i møte med barnemishandling, og bare et par av informantene hadde rapportert selv. Mangelen på klare retningslinjer og protokoller ble nevnt som en årsak for å ikke rapportere, og informantene ytret behov for bedre rutiner i møte med mishandlede barn og deres foreldre (Tingberg et al, 2008, s.2722).

Det er uklart hvordan de burde gå frem med rapporteringen, og usikkerhet rundt hvem som bør rapportere tilfeller av mishandling. Alle vet at de kan rapportere på eget initiativ, likevel har ingen av sykepleierne noen gang rapportert mishandling uten samtykke fra en lege eller leder. (Skarsaune & Bondas, 2015, s.28) Det beskrives likevel som problematisk dersom sykepleiere ikke støttes i sin mistanke. En sykepleier sier det slik:

“The doctor engages with the family and almost always comes out not supporting me. Then I end up in a dilemma ... and what unfortunately happens next, is that I do nothing ... We don't have guidelines ... it would be easier if we had” (Skarsaune & Bondas, 2015, s.28)

4.2 Sykepleier, barnet og overgriper: en kompleks relasjon

Informantene delte flere like og ulike opplevelser med hverandre og uttrykte både enighet og uenighet. Funnene taler for at møte mellom sykepleier, barnet og overgriper er komplekst, i lys av at barnet er innlagt fordi det er mishandlet. Videre strukturert i tre underkategorier fokusert på sykepleierens emosjonelle respons og behov for støtte, barnet som sykepleierens primærhensyn og ønsket om å forholde seg profesjonell og ikke-dømmende i møte med familien.

4.2.1 Emosjonell ambivalens og behov for støtte

Skarsaune & Bondas (2015) avdekket at barnemishandling oppleves emosjonelt utfordrende og utløser mange følelser hos sykepleieren: “It does something to our feelings”, “the whole spectra of negative emotions” og “uncomfortable situation to be in” er alle sykepleieruttalelser (Skarsaune & Bondas, 2015, s.28). Å gi omsorg til spedbarn utsatt for NAI vekket også negative følelser hos alle de deltagende barnesykepleierne i studien til Barrett, Denieffe, Bergin & Gooney (2017) Ord som “shock”, “upset”, “difficult”, “traumatic” og “anger” ble brukt for å beskrive følelsene de kjente på (Barrett et al., 2017, s.2278). Forholdet mellom sykepleier, barnet og familien ble av informantene beskrevet som komplekst (Gibbs et al., 2020, s.278). Ingen av informantene i den svenske studien rapporterte om vanskeligheter med å gi omsorg til barnet, men alle opplevde et ubehag i møte med foreldrene:

“It's very traumatic, on part of the nurse, to know somebody who's supposed to be looking after the child's welfare is capable of doing these things”; «To lose control in such a way that you can actually kill a small child, that simply makes you sick to your stomach. That's horrible. You feel disgust for this person. Real loathing» (Barrett et al., 2017, s.2278; Tingberg et al., 2008, s.2721):

Alle informantene i den irske studien beskrev at de prøvde å ha forståelse for de foreldrene som hadde forårsaket skaden og/eller deres omstendigheter (Barrett et al., 2017, s.2278). De fortsatte å ta sikte på å gi støtte og empati, slik de ville gitt en forelder til ethvert sykt barn:

«You do have a certain bit of empathy because everyone's circumstances are different» (Barrett et al, 2017., s.2280). En svensk sykepleier deler følelsen av å synes synd på mishandleren: «In some way you feel sorry for her – that she did what she did – and now has come here to get help (...) after all, she herself is seeking help. So, in some way you have to take the person as she is» (Tingberg et al., 2008, s.2721). Tingberg et al. (2008) avdekket også at flere sykepleiere ikke hadde et ønske om å fremstå empatisk og forståelsesfull ovenfor foreldrene til det rammede barnet. En svensk informant sier det slik: “have no desire to even try to feel empathetic, to show them that I do understand them as perpetrators. I have absolutely no desire to even try” (Tingberg et al, 2008, s.2721). En annen informant deler samme følelse av å ikke ha empati: “And the mother stood there sobbing and I'm sorry but I didn't feel any empathy for her. Nothing” (Tingberg et al, 2008, s.2721).

Barrett et al (2017) avdekket at foreldrenes handlinger og væremåte legger føringer for sykepleieres interne følelsesmessige respons (Barrett et al., 2017, s.2280). Fem sykepleiere understreket den positive innflytelsen foreldres ærlighet og åpenhet hadde for deres interne følelsesmessige respons til foreldrene: «I think an admission of guilt is something I can accept because they're physically saying sorry, it's easier to understand them» (Barrett et al, 2017, s.2280). Dersom foreldrene fornektet eller var uærlig om hvordan spedbarnet pådro seg skaden, hadde dette derimot en negativ virkning på sykepleieren: «If a patient is with you for weeks and nobody has owned up ... you come to a stage of anger» (Barrett et al, 2017, s.2280). Det som ikke snakkes om betegnes av en informant som «the unspoken thing in the room» Tausheten handler om det som ikke kan snakkes om, enten på grunn av juridiske forhold, eller fordi sykepleieren eller familien velger å ikke gjøre det: «[the parents] wouldn't tell you anyway» (Gibbs et al., 2020, s.279). Dersom tausheten ble delt av både sykepleier og familien, skaptes det liten grobunn for at et sunt og produktivt forhold kunne utvikle seg mellom partene (Gibbs et al., 2020, s.279).

Det fremkommer at de negative følelsene følger dem i ettertid av hendelsen: “cannot forget”, “have pondered a lot in hindsight” (Skarsaune & Bondas, 2015, s.28). Ni av sykepleierne fortalte at de tenker på tilfeller av NAI utenfor arbeidssituasjon og i lange perioder etterpå, og flere trakk frem tilfeller skjedd for flere år siden uten store problemer. (Barrett et al, 2017, s.2278). Funnene taler for at tilfeller av mishandling påvirker sykepleieren langvarig: “I suppose when a baby is injured ...it would be on your mind a lot when you'd leave work (...)”

You do remember them for a long time afterwards, I suppose you never really forget” (Barrett et al, 2017, s.2278).

Informantene i den norske studien uttrykket et stort behov for å diskutere problemet med noen, fordi tematikken er vanskelig å hankses med alene. Enkelte ønsket støtte fra en lederskikkelse, mens andre ville like støtte fra kollegaer. Informantene «felt abandoned by their colleagues if they did not support them” (Skarsaune & Bondas, 2015, s.28). Behovet for en slik uformell støttestruktur uttrykkes også i den svenske studien (Tingberg et al, 2008, 2721) og i den irske studien oppgir 9/10 sykepleiere at de ser stor verdi i å gi og få uformell støtte gjennom samtaler med deres sykepleierkollegaer. Alle sykepleierne i den svenske studien uttrykte imidlertid et behov for mer formell støtte: “We should’ve had some kind of follow-up (...) A debriefing later on can be very meaningful. The ability to talk through and name the feelings that come up (...) to get a hand on the big picture and to feel a little affirmative” (Tingberg et al, 2008, s.2721-2722). En sykepleier fra den irske studien ser det samme behovet: “A session afterwards where everybody can put out their emotions or say how they feel...” (Barrett et al, 2017, s.2281) Kun én av sykepleierne fra den irske studien mente at å søke slik støtte er et tegn på manglende evne til å takle pasientgruppen (Barrett et al., 2017, s.2280).

4.2.2 Barnets sikkerhet som primærhensyn

Sikkerheten og beskyttelsen av spedbarnet var sykepleiernes primærhensyn når de tok vare på et spedbarn med NAI, og det ble nevnt av 9/10 sykepleiere som ble intervjuet. Noen rapporterte at de følte et større ansvar for å beskytte barn med NAI sammenlignet med andre barn de hadde tatt vare på (Barrett et al, 2017, s.2280): «You’re more forceful in your advocating for this baby because you see that harm has come to the baby» (Barrett et al, 2017, s.2280). Et av de viktigste hensynene for sykepleierne var barnets sikkerhet. En informant tydeliggjør sin rolle: “I’m there to look after the child, make sure their nursing and medical and care needs are met and that we advocate well for them ... and to keep the parents informed about the child’s health needs now” (Tingberg et al., 2008). Informantene opplevde det utfordrende å ta inn over seg families sosiale situasjon og overlot det ansvaret til sosialarbeidere eller barnevernet. Ord som “not my business” og “it’s not my job” ble brukt for å signalisere hva som *er* deres jobb: “... Not answer questions about what’s gone on,

about the incident, or ask questions about what's gone on, because that's not my role" (Gibbs et al, 2020, s.279-280; Barrett et al, 2017, s.2279).

4.2.3 Ambisjon om å forholde seg profesjonell og ikke-dømmende

Barrett et al. (2017) avdekket at flere av sykepleierne søker å opprettholde profesjonalitet og en ikke-dømmende holdning ovenfor den aktuelle familien (Barrett et al., 2017, s.2280). Alle sykepleierne i studien til Gibbs et al. (2020) forstår profesjonell omsorg som å innta en ikke-dømmende holdning, og forteller således om behovet for å bevisst undertrykke egen dømmekraft (Gibbs et al., 2020, s.279-280). En svensk sykepleier tar samme standpunkt og sier det slik: «I don't understand them and what they have done, but it is important for me to remain professional. It is not my task to judge them» (Tingberg et al., 2008, s.2721).

Flere av sykepleiere opplevde det utfordrende å være ikke-dømmende og profesjonell: «It's hard to go into a room and be nice or be civil when you know the reason the child is sick is because of that person in the room but you have to do it»; «What makes this so extremely difficult is that one has both a patient who is a victim – a crime victim – and then there is the perpetrator. It's an almost impossible situation» (Barrett et al., 2017, s.2280; Tingberg et al., 2008, s.2720-2721) Viten om at en skade er tilsiktet, kan gjøre det vanskelig for sykepleierne å tilnærme seg familien på en nøytral eller ikke-dømmende måte (Gibbs et al., 2020, s.279). Å føle en ting veldig sterkt og samtidig oppføre seg som om man ikke føler noen ting, melder seg som en av informantenes største utfordringer. Enkelte fant det utfordrende å gå inn på pasientens rom, med mindre de hadde kliniske plikter (Tingberg et al, 2008, s.2720-2721). Det reiste seg en intern konflikt i sykepleierne knyttet til deres profesjonalitet, og det etterspørres etiske og profesjonelle retningslinjer for klinisk praksis (Gibbs et al., 2020; Skarsaune & Bondas, 2015; Tingberg et al., 2008).

Profesjonalitet ble trukket frem som en mekanisme for å etablere faste grenser å jobbe innenfor og bidro til å opprettholde en avstand mellom sykepleier og spedbarnet/familien. Dette for å forhindre tendensen til å bli følelsesmessig involvert med et spedbarn utsatt for NAHI, forhindre følelsesmessig ubehag, opprettholde forhold og kunne gi fokusert omsorg/pleie til spedbarnet. En informant beskrev det som å ta på seg en «profesjonell hatt» for å mestre det forestående, og for å skille jobb og privatliv (Gibbs et al., 2020, s.280-281).

Den svenske studien avdekket at det også er viktig å uttrykke seg selv på en passelig måte i møte med familier, om ikke kan det resultere i sterke reaksjoner fra familiene: «(...)

Something there had triggered the mother in that way. It's important how you express yourself. Maybe someone had said that she abused her child. And maybe that was the truth – well it was the truth – but something in the way it was put or in the attitude that went awry” (Tingberg et al, 2008, s.2721). En informant fortalte at hun opprettholdt en ikke-dømmende tilnærming ved å bruke en viss «tone of voice» (Gibbs et al, 2020, s.280).

5.0 DISKUSJON

Diskusjon består av metodediskusjon og resultatdiskusjon. Førstnevnte tar sikte på å diskutere litteraturoversikt som metode, og sistnevnte er en diskusjon av resultatene i lys av oppgavens hensikt og teori.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1. Valg av metode

Ved at en integrativ litteraturoversikt baserer seg på et nøye kritisk utvalg av artikler, dannes det en konsentrert oversikt over kunnskapen knyttet til et begrenset fagområde. Dette er en styrke ved integrativ litteraturoversikt som metode. Samtidig kan dette forstås som en svakhet, for med datareduksjon så begrenses mengden relevant forskning som utgjør grunnlaget for oversikten. Det er helt nødvendig å foreta datareduksjon. Det er en umulig oppgave å omfavne all tilgjengelig forskning, men seleksjon kan påvirke resultatene (Friberg, 2017, s.143). Alle artiklene anvender kvalitativ metode ved bruk av semi-strukturerte intervjuer, og er valgt i lys av at hensikten søker å kartlegge opplevelser, meninger og tanker. En svakhet ved kvalitativ metode er at resultatene preges av forskerens personlig, og ettersom forskeren er selve *instrumentet*, er det av stor betydning at han eller henne mestrer å oppnå kontakt med intervjupersonen (Dalland, 2012, s.115). Forskerens bakgrunn og person kan således ha influert arbeidet, og er ikke i tråd med den oppfordring at empiri skal være minst mulig avhengig av den som utfører undersøkelse (Dalland, 2012, s.117).

5.1.2. Land, arena og årstall

Det er foretatt en bevisst inkludering av artikler fra vestlige land for å ekskludere studier hvor jeg anser kulturforskjellen å være for stor for sammenligning med norsk praksis. Fire artikler fra Norge, Irland, New Zealand og Sverige ble valgt ut. Det er mulig at landene har strukturer for håndtering av barnemishandling som jeg ikke er kjent med. Forskning fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten gir en bredere forståelse av barnemishandling som et reelt

problem enn hvis kun en arbeidsarena hadde vært representert. Inklusjon av andre relaterte fagfelt, eksempelvis barneverntjenesten eller barnehagelærere, kunne kastet lys over de sidene ved fenomenet som ikke portretteres i et sykepleiefaglig perspektiv. Tre av artiklene er publisert i tidsrommet 2015-2020 og en artikkel er fra 2008. Fordelen med anvendelse av nyere forskning (siste 10 år) er at denne i større grad er oppdatert. Barnemishandling er et felt i stadig utvikling, og det er ikke selvsagt at tidligere kunnskap gjør seg gjeldende i dag. Jeg valgte likevel å inkludere en artikkel fra 2008, ettersom funn var sammenlignbare med funnene fra en mer moderne praksis.

5.1.3 Deltakerne i studiene

Respondentene i de ulike artiklene inngår i et *strategisk* utvalg, hvilket vil si at de er valgt fordi en «tror de har noe å fortelle om akkurat det fenomenet en vil vite mer om» (Dalland, 2012, s.117). Utvalget består kun av sykepleiere og barnesykepleiere og dette styrker resultatenes troverdighet og relevans for praksisfeltet. For å få tilgang på den populasjonen en ønsker som studieobjekter, ses strategisk utvalg å være en hensiktsmessig metode. En svakhet ved strategisk utvelgelse er at sykepleieres opplevelser ikke kan generaliseres, og dette kan svekke funnenes *eksterne validitet*. Dette betyr funnenes grad av overførelse fra et utvalg til en hel populasjon, (Johannessen 2010:230-231) for eksempel til andre sykepleiere i andre arbeidsarenaer.

5.2 Resultatdiskusjon

Av resultatene fremkommer sykepleieres opplevelser og behov i møte med barnemishandling. Hensikten med denne litteraturoversikten var å utforske sykepleieres opplevelser og tiltak. Et tiltak er alltid uttrykk for et behov og behovene representerer derfor hvilke tiltak som anses å kan forbedre praksis. Videre har jeg valgt å strukturere diskusjonen etter hovedtemaene i resultatkapittelet.

5.2.1 Usikkerhet og frykt i gjennomføring av en faglig vurdering

Sykepleierne fant det vanskelig å definere mishandling som begrep fordi de har ulike formeninger om hva som er mindre alvorlige tilfeller, de vet ofte ikke hvor grensene går (Skarsaune & Bondas, 2015, s.27) Begrepene har ulik definisjon i juridisk, medisinsk, sosial og moralsk sammenheng (Grøholt et al., 2015) En bred definisjon kan føre til kritikk for å forstørre et sosialt problem, men snevre definisjoner kan igjen medføre at vi ikke tar volds mot

barn så alvorlig som det er behov for (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2017, s.45) Ulik bruk av definisjoner, kan skape forvirring og usikkerhet i praksisfeltet, og i et forskningsperspektiv blir det utfordrende å sammenligne resultater og statistikk (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2017, s. 47). Det fremkom at det var vanskelig å gjenkjenne tegn og symptomer på mishandling, og vanskelig å vite når det er grunn til bekymring. Der meldeplikten sier at en skal rapportere ved «grunn til å tro at et barn mishandles» (jf. Helsepersonelloven § 33a) ser en at det blir et følgesproblem at det ikke finnes en entydig definisjon.

Det er en kjent utfordring for helsepersonell finner lovverket vanskelig å forholde seg til (NOU 2017: 12, s.59). Ordlyden i loven åpner for personlig tolkning. Sivilombudsmannen presiserer at meldeplikten er personlig og en ikke kan instrueres til å la være å varsle hvis en mener det er grunnlag for det, selv om kollegaer eller overordnede er uenige (Sivilombudsmannen, 2018b). Likevel har ingen av sykepleierne noen gang rapportert mishandling uten samtykke fra en lege eller leder, selv om alle vet at de kan rapportere på eget initiativ (Skarsaune & Bondas, 2015, s.28). Det synes å være en avstand mellom sykepleierens pålagte plikter og forståelsen av disse. Meldeplikten pålegger alt helsepersonell et ansvar, men i det ligger en risiko for at ingen påtar seg ansvar. Det er usikkerhet rundt hvem og hvordan en skal gå frem med rapporteringen. Mangel på klare retningslinjer og protokoller ble nevnt som en årsak for å ikke rapportere: «We don't have guidelines ... it would be easier if we had» (Skarsaune & Bondas, 2015, s.28; Tingberg et al., 2008, s.2722; Barrett et al., 2017, s.2281). Samtidig avdekkes en frykt for å involveres: “My fear is I will be summoned to go to court” (Barrett et al, 2017, s.2279). Det er viktig å undre seg over om dette er form for ansvarsfraskrivelse? Helsetjenesten har et lovpålagt ansvar for å organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, men sykepleier har et selvstendig ansvar for å sikre at egen praksis er faglig forsvarlig (NSF, 2019).

5.2.2 Sykepleier, barnet og overgriper: en kompleks relasjon

I følge Travelbee (1999, s.46) er det å evne å se virkeligheten like i øynene– ikke virkeligheten slik vi kunne ønske den var, men slik den faktisk er, en forutsetning for å hjelpe en annen å mestre sin lidelse. Flere av sykepleierne ses å forstå at barnets virkelighet tilsier behov for medisinsk behandling og omsorgsfull pleie. Imøtekommelse av begge forstås som barnesentrert omsorg, hvor sykepleier tar sikte på å beskytte barnet og ivareta dets sikkerhet (Barrett et al., 2017; Tingberg et al., 2008; Gibbs et al., 2020). Flere av sykepleierne

konsentrerte dog pleien kun til barnets medisinske behov, begrunnet i at det opplevdes for intenst å ta stilling til barnets øvrige sosiale situasjon. Informantene synes ikke å etterleve at «fysiologiske behov inneholder komponenter av psykisk, sosial og åndelig karakter» (Kristoffersen & Nordtvedt, 2017, s.102) og sykepleierne ivaretar således ikke pasientens helhetlige behov. Sykepleierne avgrensner sin rolle i møte med barnemishandling, da det oppleves som sosialtjenesten eller barnevernet sitt ansvar å ta stilling til familiens sosiale situasjon. Dette beskrives av en sykepleier som en forutsetning for å kunne ivareta barnet og familien, (Gibbs et al., 2020). I det faktum at flere sykepleiere konsentrerer pleien til barnets medisinske behov, ligger det at andre behov bevisst ble sett bort ifra. Sykepleierne beskrev at de søkte å unngå følelsesmessig involvering og følelsesmessig ubehag gjennom å opprettholde profesjonelle grenser og avstand til barnet og familien. Kan dette være årsaken til at ingen av sykepleierne meldte om vanskeligheter med å gi omsorg til barnet? (Gibbs et al., 2020; Tingberg et al., 2008). Slik avstand, forstått som å unngå å la seg involvere, er ikke forenlig med profesjonalitet og må ikke forveksles med profesjonell analytisk distanse. Ved å bare ta avstand, umuliggjøres observasjon og kommunikasjon. Sykepleieren vil ikke riktig klare å identifisere pasientens behov og således ikke vite hvordan å ivareta pasienten. Analytisk distanse er forankret i sympati og medfølelse for pasienten, og handler om å ta et skritt tilbake for å forstå og fortolke situasjonen, før en beveger seg nær situasjonen igjen. (Solvoll, 2016, s.126; Travelbee, 1999, s.142). Følelsesmessig engasjement er en forutsetning for at sykepleieren skal kunne fortolke pasientens subjektive situasjon og etablere et hjelpende forhold til den syke. Faren ligger i at det følelsesmessige engasjementet «lammer» sykepleieren og ikke resulterer i aktiv handling eller at sykepleieren «over-identifiserer seg med den syke til den grad at en ikke lenger er i stand til å ivareta pasientens behov, fordi en blir opptatt med å ivareta sine egne» (Travelbee, 1999, s.204-205; Kristoffersen & Nordtvedt, 2016, s.97). I forlengelsen av at sykepleierne synes å ikke mestre å «koble seg på» situasjonen, løper det en risiko for at forelderen holder barnet hjemme og ikke oppsøker hjelp. Flere sykepleiere beskriver at de søker å ha forståelse for forelder og deres omstendigheter og gi støtte og empati som de ville gitt enhver annen forelder (Barrett et al., 2017; Tingberg et al., 2008). Dette er viktig fordi mishandling sjelden er overlagt fra foreldrenes side, men et symptom på krise og mangelfull mestring. Foreldre som ikke mestrer omsorgsoppgaven, og ikke klarer å beherske aggresjonen sin, har enorm skyldfølelse og er også bekymret for barnas situasjon (Grønseth & Markestad, 2017, s.347). Flere hadde ikke ønske om å møte foreldrene med empati og forståelse, de ønsket bare å se foreldrene straffes (Tingberg et al., 2008,

s.2721) Sykepleiernes valg av ord kan indikere at de forstår empati som et *aktivt valg*, enten de ønsket eller ikke ønsket å ha empati for forelder. Schibbye (2012) sier at gjennom evne til å skille mellom egne og andres opplevelser og være bevisst egne fordomsfulle holdninger, kan en ha forståelse for et annet menneske uten å måtte være enig (Schibbye, 2012, s.84-85). Sykepleierne søkte å opprettholde en ikke-dømmende holdning i møte med mishandler, men dette var vanskelig (Gibbs et al., 2020, s.279-280; Barrett et al., 2017, s.2280; Tingberg et al., 2008, s.2720-2721) Travelbee (1999) holder frem at den ikke-dømmende holdningen er en myte, for alle mennesker har en grunnleggende tendens til å bedømme andres atferd. Sykepleieren bør ikke gå inn for å være ikke-dømmende, men heller å bli bevisst hvilke «dommer» hun eller han har og således evaluere hvordan disse innvirker i møte med den andre (Travelbee, 1999, s.198) Vonde følelser som oppsto i kontakt med forelder, var vanskelig å hanskene alene og det etterspørres aktivt en støttestruktur.

Foreldrenes handlinger og atferd legge føringer for hvordan de responderer emosjonelt. Åpenhet fra foreldrene sin side vekket aksept og forståelse i sykepleieren. Forventninger til forelder som ærlig og redelig, vekket et sinne i sykepleieren dersom foreldrene svarte uærlig eller forble tause. Et direkte språk utløste sterke reaksjoner i foreldrene: «... maybe someone had said that she abused her child (...) something in the way it was put or in the attitude that went awry» (Tingberg et al., 2008, s.2721; Barrett et al., 2017, s.2280; Gibbs et al., 2020, s.279). Å være direkte kan bedre samspillet og hjelpe den andre nå nye innsikter, men må anvendes med stor varsomhet, for det kan være vanskelig å være direkte uten samtidig å uttrykke seg slik at det kan oppfattes som kritikk (Eide & Eide, 2017, s.242-243). Grønseth & Markestad (2017) anbefaler å stille foreldrene eller barnet direkte spørsmål forankret i forståelse, empati og signal om å ville hjelpe, for å stimulere et godt samarbeid mellom sykepleier og foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017, s.347). Enkelte sykepleiere unnlot denne oppfordring: «they wouldn't tell you anyway» (Gibbs et al., 2020, s.279). Dersom sykepleiere ikke tør å observere eller gå i dialog med barnet og familien, kan en heller ikke forstå eller handle på vegne av det sårbare barnet, og sannsynligheten er stor for at barnet vil fortsette å lide (Skarsaune & Bondas, 2015, s.29). Sykepleierne etterlyser praktisk trening i samhandling med foreldre, mer konsistent undervisning og utvikling av bedre kommunikasjonsferdigheter for å imøtekomme problematikken. De savner å bli involvert i tverrfaglig samarbeid, både for å lære hvordan å relatere og tilnærme seg familiene på, men også fordi de kjenner frustrasjon over at deres innsikt ikke etterspørres. Tjenestene hadde ikke samarbeidet godt nok og bør veiledes i *hvordan* å forstå barnets beste (NOU 2017: 12, s.146).

Sykepleier må ha blikk for symptombilde og våge å tenke at barnet kan være utsatt for mishandling, omsorgssvikt eller overgrep» (NKVTS, u.å.c).

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Hensikten med oppgaven var å undersøke sykepleieres opplevelser og tiltak i møte med barn og deres foreldre der en mistenker, eller vet at barnet utsettes for mishandling.

Barnemishandling synes uten tvil å være et tema som rører noe dypt i oss. Det er tydelig at sykepleiere opplever det utfordrende å håndtere møter med barnet og dets familie. Ut ifra dette er det behov for et økt faglig fokus rettet mot problematikken, og ulike tiltak som kan imøtekomme dette vil videre presenteres i underpunkter.

Grunnforståelse

Sykepleierne definerer barnemishandling ulikt og erfarer manglende kunnskap om tegn og symptomer på at barnet mishandles.

- Sykepleiere må søke kunnskap om slik viten for å kunne ha forutsetning for å gjenkjenne tegn på at noe er galt og helsetjenestene som virksomheter bør legge til rette for teoretisk og praktisk undervisning relatert til identifisering av barnemishandling.
- Fagdager om problematikk for å sikre kontinuitet og engasjement rundt problematikken
- Utdanningene må tillegge barnemishandling et økt fokus i arbeid for å bryte ned frykten relatert

Kompetanse om lovverket

Sykepleier opplever en mangel på retningslinjer og rutiner for rapportering. Det er en tydelig avstand mellom sykepleierens pålagte plikter og oppfølgingen av disse.

- Det er behov for entydig(e) og tydeligere retningslinje(r) for hvem/når/hva som skal vurderes i møte med barn. Felles retningslinje(r) vil gjøre at sykepleiere er enige i sitt ansvar.
- Sykepleiere må sette seg inn i de lovbestemmelser som legger føringer for yrkesutøvelsen. Dette er et faglig og personlig ansvar.

Samhandlingskompetanse

Sykepleiere opplever vanskelige følelser i møte med barnemishandling, og utfordringer med å samhandle med foreldre på et profesjonelt nivå.

- Det bør utformes en formell støttestruktur i form av oppfølging og debrief i etterkant av hendelsen, for at sykepleierne skal kjenne seg anerkjent og få bearbeidet følelsene

- Styrking av det tverrprofesjonelle samarbeidet for at alle involverte parter skal kjenne seg inkludert og viktig
- Undervisning og trening relatert til kommunikasjon med foreldre for å styrke samarbeidet

Litteraturliste

Aakvaag, H. F., & Strøm, I. F. (2019). Vold i oppveksten: Varige spor? En longitudinell undersøkelse av reviktimisering, helse, rus og sosiale relasjoner hos unge utsatt for vold i barndommen (Rapport 1/2019). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. 3. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Barne- og familiedepartementet. (2020). FNs konvensjon om barnets rettigheter. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema-familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/fns-konvensjon-om-barnets-rettigheter/id2511390/>

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2017). Barndommen kommer ikke i reprise. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/brosjyrer_bua/barndommen_kommer_ikke_i_reprise.pdf

Barrett, E., Denieffe, S., Bergin, M. & Gooney, M. (2017). An exploration of paediatric nurses' views of caring for infants who have suffered nonaccidental injury. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(15-16), 2274-2285. <https://doi.org/10.1111/jocn.13439>

Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven>

Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond Diathesis Stress: Differential Susceptibility to Environmental Influences. *Psychological Bulletin*, 135(6):885-908

Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving. (5utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009) Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for Helseforskning*, nr 2.

Friberg, F. (2017) Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Studentlitteratur.

FNs barnekomité (2013). Generell kommentar nr. 14 (2013) om barnets rett til at hans eller hennes beste skal være et grunnleggende hensyn.

Forente nasjoner. (1948). Verdenserklæringen om menneskerettigheter. Hentet fra <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklaering-om-menneskerettigheter>

Forente nasjoner. (1989). FN's konvensjon om barnets rettigheter. Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen>

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

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). [Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning \(FOR-2019-03-15-412\)](#). Hentet fra <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2019-03-15-412>

Gibbs, K.-A., Dickinson, A. & Rasmussen, S. (2020). Caring for Children with Non-Accidental Head Injuries: A Case for a Child-Centered Approach. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 43(4), 284-285. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1654039>

Grunnloven. (1814). Kongeriket Noregs grunnlov (LOV-1814-05-17). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn?q=grunnlov>

Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B., & Sommerschild, H. (2015). Lærebok i barnepsykiatri 5 utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Grønseth, R & Markestad, T. (2017) *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (4 utg.) Bergen: Fagbokforlaget.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=hpl>

Helsetilsynet. (2014, Mars). Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet. Oppsummering av kunnskap fra tilsyn mv. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport2_2014.pdf

Hoedeman, F., Puiman, P. J., Smits, A. W., Dekker, M. I., Diderich-Lolkes de Beer, H., Laribi, S., . . . Moll, H. A. (2021). Recognition of child maltreatment in emergency departments in europe: Should we do better? *PloS One*, 16(2), 1. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1371/journal.pone.0246361>

Hoffman, M. (2000). *Empathy and moral development. Implications for caring and justice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Johannessen, A., Tufte, P.R. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4.utg). Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2021) *Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt. En veileder*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/2f0aa4fc39004edba35b8027fe80be16/veileder-om-taushetsplikt-opplysningsrett-og-opplysningsplikt.pdf>

Karterud, S. & Monsen, J.T. (1997). *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Killén, K. (2019). *Barndommen varer i generasjoner*. (4utg). Oslo: Kommuneforlaget.

[Klette, T. \(1998\) *Hvem ser barnet? Vanskjøtsel, helse og sykepleie*. Oslo: Kommuneforlaget](#)

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling: Humanistiske og altruistiske verdier som grunnlag for sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3.utg., bind 1, s. 95-105). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Menneskerettsloven. (1999a). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (LOV-1999-05-21-30). Vedlegg 8. FN's konvensjon om barnets rettigheter med protokoller. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8

Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (utg. 5). Oslo: Gyldendal Juridisk.

Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress. (u.å.b). Hva er vold mot barn? Hentet fra <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/hva-er-vold-mot-barn/>

Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress. (u.å.a). Taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt og avvergingsplikt? Hentet fra <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/ansvar-og-regelverk-3/taushets-opplysnings-og-avvergeplikten/>

Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress. (u.å.c) Vold og overgrep mot barn. Hentet fra <https://voldsveileder.nkvts.no/vold-mot-barn/>

NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svik - Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Informasjonsforvaltning.

Norsk Sykepleierforbund (2019) Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2020-12-04-134). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pbrl>

Ruud, A. K. (2011) *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner* (1.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Schibbye, A.L. (2012). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget

Sivilombudsmannen. (2018b). Taushetsplikt mellom skole og skolehelsetjenesten (SOM-2017-2322).

Solvoll, B.-A. (2016). Identitet og egenverd: Identitetsbevarende og -styrkende sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 125-136). Oslo: Gyldendal akademisk

Skarsaune, K. & Bondas, T. (2015). Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse. *Clinical Nursing Studies*, 4(1), 24-32. <http://dx.doi.org/10.5430/cns.v4n1p24>

Straffeloven. (2005). Lov om straff (LOV-2005-05-20-28). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=straffeloven>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (7. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

WHO (2020) Child maltreatment. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

World Health Organization. (2018). *European status report on preventing child maltreatment*. Hentet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/381140/wh12-ecm-rep-eng.pdf?ua=1

World Health Organization. (2017). *Child Maltreatment – The Health Sector Responds*. Hentet fra https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/Child_maltreatment_infographic_EN.pdf?ua=1

Zahavi, D. (1999) *Self-awareness and alterity. A phenomenological investigation*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press.

VEDLEGG 1. OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER

Artikkel 1	
Tittel	Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse
Tidsskrift	Clinical Nursing Studies
Forfattere	Skarsaune, K., Bondas, T.
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Barnemishandling er et globalt problem som kan medføre store konsekvenser for barnet og familien, men er ofte vanskelig å oppdage.
Hensikt	Å beskrive sykepleieres erfaringer ved mistanke om barnemishandling i møte med barn og deres familie i ulike deler av helsetjenesten i Norge.
Metode	Kvalitativ metode. Individuelle, semistrukturerte forskningsintervju med 8 kvinnelige sykepleiere med mer enn 10 års erfaring. Ulike helsetjenester i Norge.
Resultater	Sykepleiers ansvar i møte med barnemishandling er en utfordring og blir i mange tilfeller blir neglisjert. Sykepleiere frykter for å handle på mistanke, de tvilte på hva de så og hva det betydde. Sykepleiere opplevde liten støtte fra deres handlinger fra sine kollegaer og ledere. Manglende kunnskap om tegn på barnemishandling og dokumentasjon- og rapporteringsrutiner var utilstrekkelige.

Artikkel 2	
Tittel	An exploration of paediatric nurses' views of caring for infants who have suffered nonaccidental injury
Tidsfor skrift	<i>Journal of clinical nursing</i>
Forfattere	Barrett, E., Denieffe, S., Bergin, M. & Gooney, M.
Perspektiv	Barnesykepleiere
Problem	Barn som er yngre enn to år har større risiko for overgrep enn andre aldersgrupper. Overgrep i denne aldersgruppen har ofte årsak i at en av foreldrene ikke rapporterer overgrep. Omsorg for overgrepssbarn er ansett å være både personlig og profesjonelt krevende. På tross av risiko for seriøs eller fatal skade, er omsorg for spebarn som har opplevde overgrep lite forsket område.
Hensikt	Hensikten er å utforske barnesykepleiere sine opplevelser av å yte omsorg for spedbarn som er offer for NAI.
Metode	Kvalitativ metode. Individuelle, semistrukturerte forskningsintervju med 10 barnesykepleiere med 2-32 års erfaring. Barneavdeling i Irland
Resultater	Barnesykepleiere sine synspunkter for å pleie for spebarn som har vært utsatt for NAI var kategorisert i fire hovedtemaer: (1) personlige betydning (2) profesjonelle rollen (3) Sykepleier – pasient relasjonen (4) ressurser.

Artikkel 3	
Tittel	Caring for Children with Non-Accidental Head Injuries: A Case for a Child-Centered Approach
Tidsfor skrift	<i>Comprehensive Child and Adolescent Nursing.</i>
Forfattere	Gibbs, K.-A., Dickinson, A. & Rasmussen, S. (2020). New Zealand.
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Barn som er yngre enn to år har større risiko for å utsettes for overgrep enn andre aldersgrupper. Overgrep i denne aldersgruppen har ofte årsak i at en av foreldrene ikke rapporterer overgrepet. Omsorg for overgrepetsbarn er ansett å være både personlig og profesjonelt krevende. På tross av risiko for seriøs eller fatal skade, er omsorg for spebarn som har opplevde overgrep lite forsket område.
Hensikt	Å utforske erfaringer til sykepleiere som yter omsorg til barn og deres familier som innlegges på sykehus med NAHI.
Metode	Hermeneutisk fenomenologisk forskningsstudie (van Manen, 1990). Individuelle, semistrukturerte forskningsintervju med 6 kvinnelige sykepleiere med 5-15 års erfaring med sykepleie til barn med NAHI. Sykehus i New Zealand.
Resultater	Å yte sykepleie til barn med NAHI er forskjellig fra å yte sykepleie til barn med lignende nevrologiske skader. Sykepleiere har beskyttelsesmekanismer i møte med barn med NAHI. Det er en emosjonell påkjenning og sykepleierne har behov for å opptre profesjonelle.

Artikkel 4	
Tittel	Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents
Tidsskrift	<i>Journal of Clinical Nursing</i>
Forfattere	Tingberg, B., Bredlöv, B. & Ygge, B.-M.
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Små barn er ikke i stand til uttrykke hjelp, foreldre kan være motvillige til å fortelle sannheten, og tegn og symptomer på overgrep er ofte ikke nok for å kartlegge barnemishandling.
Hensikt	Å identifisere sykepleierens erfaringer i den kliniske omsorgen til barn som opplever mishandling. Målet er å vurdere hvordan sykepleiere forblir profesjonelle når den antatte mishandleren er en forelder.
Metode	Kvalitativ metode. Individuelle, semistrukturerte forskningsintervju med 11 mannlige og kvinnelige sykepleiere. Barnesykehus i Sverige.
Resultater	Tre områder blir belyst i resultatene. Følelser av ambivalens, sykepleiers profesjonalitet og sykepleiers omsorgsstrategier. Deltakeren i studien uttrykte utfordringer ved å opprettholde en profesjonell rolle i møte med barnets forelder. Sykepleiere var misfornøyde i sin motstridende rolle som (en dømmende funksjon) og (en omsorgsfull funksjon) Det her forstår du ber enn mæ☺