

Vitenskapelig artikkel med tittel:

Sykepleieledelse ved mistanke om barnemishandling
– tilretteleggelse og omsorg til barnets beste

Nursing leadership when child abuse is suspected
– facilitating and caring with the child's best interest in mind

1. Kari Skarsaune,
Universitetslektor / anestesisykepleier MNSc, RN
Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap.
kari.skarsaune@nord.no
2. Terese Bondas,
Professor i sykepleie / helsesykepleier PhD, LicHSc, MHSc, RN, PHN
Universitetet i Stavanger, Det helsevitenskaplige fakultet.
terese.e.bondas@uis.no

Korresponderende forfatter
Kari Skarsaune,
kari.skarsaune@nord.no

Sammendrag

Bakgrunn: Barnemishandling er vanskelig å avsløre og sykepleierne opplever etisk dilemma ved mistanker. Sykepleiere trenger veiledning og støtte av sin leder, noe de ofte savnet. Det er lite kunnskap om sykepleieleders erfaringer ved mistanke om barnemishandling. Studien er en del av et større forskningsprosjekt. **Hensikt:** Å belyse sykepleieledernes erfaringer, når det er mistanke om barnemishandling ved en barneavdeling. Metode: Kvalitativ deskriptiv design med individuelle intervju basert på strategisk utvalg av åtte sykepleieledere fra barneavdelinger ved norske sykehus. Det er brukt kvalitativ innholdsanalyse med en induktiv analyse og en latent tilnærming. **Resultat:** Tre temaer utpekte seg. Ledernes holdning var basert på bevissthet og kunnskap og de prøvde være en bauta og ledestjerne for personalet. Lederne overtok ikke ansvaret, men sørget for at barnet og familien ble ivaretatt. Lederne jobbet i kulissene for barnets beste ved å ivareta hele familien og personalet. Studiens hovedfunn ved mistanke om barnemishandling på barneavdeling er «tilretteleggelse og omsorg til barnets beste». **Konklusjon:** Sykepleierlederne tar ansvar når barnemishandling er mistenkt. De prøver å legge til rette for sykepleie med barnets beste i tankene ved tilrettelegging slik at sykepleierne kan gi omsorgsfull pleie til hele familien.

(189 ord)

Nøkkelord: Barnemishandling, karitativ ledelse, leder, ledelse, sykepleieledelse.

Summary

Background: Nurses often miss support and guidance from their nursing leader when encountering the ethical dilemma of suspecting child abuse. There is scarce knowledge about the nurse leaders' experiences when suspecting child abuse. The study is part of a larger research project. **Aim:** To illuminate the experiences of first line nurse managers when there is a suspicion of child abuse at a children's ward. **Method:** Qualitative descriptive design with individual interviews based on a strategic sample of eight first-line nurse managers from Norwegian hospitals. **Findings:** Three themes emerged. The nurse leaders showed distinct attitudes based on their consciousness and knowledge, and they strived to be a leading star for the staff. The nurse leaders did not overtake responsibility but tried to ensure that the child and the family were taken care of. The nurse leaders worked behind the scenes to care for the whole family and the staff. 'Facilitating and caring with the child's best interests in mind' emerged as the main theme. **Conclusion:** Nurse leaders take concern when child abuse has been suspected at their ward. They facilitate nursing care with the child's best interests in mind so that nurses can provide nursing care to the whole family.

(200 words)

Keywords: Caritative leadership, Child abuse, Child maltreatment, leadership, nursing leadership, The battered child syndrome.

Innledning

Studien er en del av ett forskningsprosjekt, formålet med dette prosjektet er å studere sykepleieres og sykepleielederes erfaringer med å stå i situasjoner der det mistenkes barnemishandling. Denne studien belyser sykepleieleders erfaring. Norske sykehus er organisert etter en modell med enheter med enhetsledere som har et delegert ansvar for økonomi og resultatoppnåelse. Dette innebærer at dilemmaene flyttes til de som står nærmest pasienten (1). Høst (2) hevder at enhetsledernes holdninger, verdier og evne til å motivere medarbeiderne har stor betydning for organisasjonen. Utfra tidligere funn, savnet sykepleierne støtte fra leder (3) og leders betydning for hvordan personalet handler (2), er det interessant å studere sykepleieledernes erfaringer i forbindelse med mistanke om barnemishandling. I denne studien defineres ledere som en sykepleier i formell lederstilling ved en barneavdeling.

Bakgrunn

Barnemishandling er et globalt problem og World Health Organization (WHO) definisjon av barnemishandling er lite konkret, og det er vanskelig å peke på hva som er barnemishandling. WHO beskriver barnemishandling som alt som kan skade barnets helse, utvikling eller verdighet (4). FNs konvensjon om barnets rettigheter gir barn egen beskyttelse og beskriver barns rettigheter på ulike områder i forhold til menneskerettighetene. Hele 196 land har forpliktet seg til denne resolusjonen (5). Flere forskere har beskrevet skademekanismer i forhold til barnemishandling og hva man skal se etter (6;7). Andre studier finner hvordan barnemishandling fører til økt forekomst av sykdom, både fysisk og psykisk senere i livet (8-10) og utviklingsforstyrrelser med adferd og lærevansker (11). WHO godkjente i 2016 den første globale handlingsplanen for helsesektorens rolle i bekjempelsen av vold mot kvinner, jenter og vold mot barn. I planen inngår utarbeidelse av nasjonale veiledere (12). Den norske veilederen påpeker viktigheten av tverrfaglig samarbeid. Et godt tverrfaglig samarbeid krever at mandat og ansvarsforhold er avklart, i tillegg er forankring i ledelsen viktig (13).

Mistanke om barnemishandling oppleves som et etisk dilemma, fordi uansett hva som gjøres (melde / ikke melde) kan det skade barnet og familien (3). Et etisk dilemma defineres som en situasjon der en må velge mellom flere uønskede situasjoner (14). Ifølge helsepersonelloven (15§33) har helsepersonell i Norge plikt til å melde barnemishandling til barnevernet. De etiske dilemmaet ligger i usikkerheten i forhold til hva de ser, er det mishandling eller ikke, samtidig er det utfordrende å gi god omsorg når det mistenkes barnemishandling. Dette krever veiledning og støtte, noe sykepleierne ofte savner (3). For å avsløre barnemishandling er kunnskap viktig og flere finner at kunnskapen blant sykepleierne er mangelfull (3;16-18). Sykepleiere trenger praktisk og teoretisk opplæring i å identifisere barnemishandling og hvordan de skal samarbeide med andre fagfolk (19).

Det hevdes at leders holdninger og adferd har stor betydning for om barnemishandling blir meldt til barnevernet (20). Verdier og holdninger styrer beslutningene i etiske dilemmaer, bevisstgjøringen av faglige verdier blir derfor viktig (21). Det norske helsevesenet er organisert etter New Public Management (NPM) som ble lansert på 1980 tallet. Ved innføring av markedsorientering i offentlig sektor var målet å gjøre sektoren mer kostnadseffektiv. Reformen vektla og utviklet indikatorer for måling av resultatoppnåelse (22) (22). En studie har sett på hvordan NPM har påvirket australske sykepleierledere. Lederne i studien ser på ressursforvaltning som en vesentlig del av sin lederfunksjon, samtidig er sykepleielederne klinisk og profesjonell orientert i beskrivelsen av lederskapet. De ser på veiledning som en av deres fremste oppgaver og har behov for mer synlighet og påvirkningskraft av sykepleien (23). Orvik (1) beskriver at sykepleieledere med faglig og administrativt ansvar står i fare for å bli utydelig i saker som handler om faglig forsvarlighet fordi de blir lojale mot det administrative systemet. De etiske verdier står på spill og blir synlig i sykepleieledelsen ved etiske dilemma, som i denne studien ved mistanke om barnemishandling på barneavdelinger.

Studiens teoretiske perspektiv er basert på den karitative ledelsesteorien. Karitas begrepet innen ledelse i helsetjenester er utviklet gjennom en rekke studier innen ledelse, der motivet for ledelse er medfølelse og kjærlighet (24-27). I den karitative lederskapsteori er diskusjon om kjerneverdier og idegrunnlaget for pleien viktig og skaper et fundament i komplekse omsorgsvalg der pasienten står i sentrum. Åpenhet, dialog og vekst er sentrale begreper (24). En studie som bygger på teorien om karitativ ledelse finner fire temaer som har betydning for omsorgsfull sykepleieledelse: ansvar for kvaliteten, sikre pasientenes stemme, bygge og opprettholde en tillitsfull relasjon og sikre en fornuftig økonomi (28). Videre hevdes det at effektiviteten i helsevesenet kan måles, men betydningen av helse og omsorg kan ikke måles, men må anerkjennes (24). Honkavuo and Lindström (29) viser at lederansvaret er knyttet opp mot etiske problemstillinger, noe som blir aktualisert i vanskelige situasjoner. Det er av betydning at leder prioriterer sykepleiernes behov for støtte og samtaler. Leders evne til å lytte blir av sykepleierne sett på som den viktigste støtten.

Vi vet at barnemishandling påvirker barnet og voksenlivet både fysisk og psykisk.

Barnemishandling kan være vanskelig å avsløre og mistenk om barnemishandling oppleves som et etisk dilemma. Norske sykehus er organisert etter NPM der fokuset er måling av resultat, mens sykepleierledere er også klinisk og profesjonell orientert. Vi vet også at leders evne til å lytte blir beskrevet som den viktigste støtten i vanskelige situasjoner. Videre vet vi at sykepleiere savner støtte fra ledere når det er mistanke om barnemishandling. Vi vet lite om sykepleieledelse når det er mistanke om barnemishandling.

Hensikt

Hensikten med studien er å belyse sykepleieledernes erfaringer når det er mistanke om barnemishandling ved en barneavdeling.

Metode

I studien er det valgt en kvalitativ forskningsdesign med intervju som metode (30-32).

Utvalg og intervju

Informantene er valgt etter et strategisk utvalg (33) der kriteriene for deltakelse er: utdannet sykepleier og jobber som sykepleieleder. Målet var å få deltakere fra ulike sykehus og avdelinger, vi kontaktet derfor flere sykehus via e-post for å innhente tillatelse og rekruttere sykepleieledere. Når det viste seg at barn var innlagt på barneavdelingen uansett medisinsk årsak, besluttet vi underveis å inkludere bare ledere fra barneavdelinger. Deretter ble ledere kontaktet via e-post, og videre oppringt for å avtale tid for intervjuene. I tillegg hadde en av informantene forslag på kollegaer som også ble tatt med i studien, disse informantene oppfylte kriteriene for deltakelse.

Det er gjennomført åtte intervju av sykepleieledere. Alle intervjuene foregikk på informantens arbeidsplass og informantene ordnet med lokale. Det deltok informanter fra fire ulike sykehus, ett universitetssykehus og tre mindre sykehus, dette ga stor spredning både geografisk og i avdelingsstørrelse. Informantene gjennomsnittsalderen er ca. 50 år og alle er erfarne sykepleiere. Ledererfaring varierte, der en hadde 1 års erfaring i nåværende stilling, men ledererfaring fra annen lederstilling i tillegg og en hadde 33 års erfaring de resterende hadde mellom 5 og 15 år ledererfaring. Halvparten av lederne hadde lederutdanning og flere hadde videreutdanning (intensiv-, barne- sykepleie eller psykisk helsearbeid) og en master i klinisk sykepleie. En av lederne hadde en ren administrativ stilling med spesielt ansvar for barnevernssaker, vi valgte å inkludere denne lederen pga hennes sentrale rolle innen barnevernssaker. Dette ga grunnlag for et rikt og variert datamateriale og grunnlag for å belyse fenomenets variasjoner.

I studien er det valgt individuelle intervju framfor fokusgruppe siden temaet kan være sensitivt og fokuset er å få fram sykepleielederens individuelle erfaringer. Det er også praktisk vanskelig å samle ledere fra ulike sykehus til fokusgruppeintervju. Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide, åpent for individuelle erfaringer og beskrivelser.

Intervjuguiden ble fleksibelt brukt under intervjuene for å sikre at alle temaene ble belyst. Temaene var egen erfaring og forståelse av barnemishandling, hvordan jobbes det med temaet i avdelingen, leders ansvar og utfordringer. Det var et mål at informantene skulle snakke mest mulig fritt, for ikke å gå glipp av viktig informasjon (33) det ble derfor stilt åpne spørsmål med oppfølgings spørsmål om å utdype og forklare osv. Det var en avslappet tone i intervjusituasjonene og informantene viste engasjement og delte villig sine erfaringer.

Intervjuene er gjennomført og transkribert av førsteforfatter og varigheten var mellom 20 – 45 minutter.

Analyse

I analyseprosessen er det brukt en kvalitativ innholdsanalyse, en metode som er mye brukt innen sykepleieforskning (34). Det er brukt en induktiv analyse som bygger på informantenes opplevelse og beskrivelser av fenomenet og de kodede kategoriene er hentet direkte fra datamaterialet (30;31). Analysen er bygd på en latent tilnærming, som tolker den underliggende betydningen av teksten (34). Begge forfatterne har sykepleiebakgrunn og ledererfaring, begge har deltatt i analyseprosessen.

Etter transkriberingen ble teksten inndelt i meningsbærende enheter (34). De meningsbærende enheter ble fargekodet og nummerert for å kunne spores tilbake til sin opprinnelige kontekst samtidig som de ble inndelt i temagrupper etter innhold. Gruppene ble videre analysert hver for seg samtidig som funnene ble sett i sammenheng. De meningsbærende enhetene ble kondensert og kategorisert, det ble her brukt en tabell for å systematisere og få oversikt i analyseprosessen. Med kondensering menes en forkorting av teksten der kjernen av innholdet

bevares (34). Videre i prosessen utvikles koder som innebærer å abstrahere innholdet til et høyere logisk nivå. Kode kan også beskrives som en etikett på den kondenserte meningsbærende enhet, noe som krever abstraksjon (34). Til slutt utvikles tre temaer og et hovedtema.

Tabell 1. Eksempel fra analysen

Tabell 1. Eksempel fra analysen

Meningsbærende enhet	Kondensering	Kode / kategori	Tema
Hvordan kan jeg bidra, jeg tenke ikke at jeg skal overta men være en støtte og en hjelper	Jeg overtar ikke men er en støtte og hjelper	Overtar ikke Støtter	Lederne overtok ikke ansvaret, men sørget for at barnet og familien ble ivaretatt
Jeg tenke at det er viktig at lederne er med som en røde tråden, ... personalet går jo fra dag til aften og natt, også er de borte noen dager ... da er jo leder den røde tråden, på ukedager i alle fall. Hva er sakt? Hva er gjort? Hvem er kontakta? osv.	Viktig at leder er med som den røde tråden, har oversikt	Rød tråd Holder overordna oversikt	
Min oppgave er jo at å sørge for at .. ehhh barnet og familien blir ivaretatt barnet først og fremst selvfølgelig	sørge for at familien blir ivaretatt, barnet først og fremst	Familien ivaretatt	

Tabell 1. Eksempler på analysen, merk endelig tema inneholder flere kodegrupper enn de som vises her.

Etisk vurdering

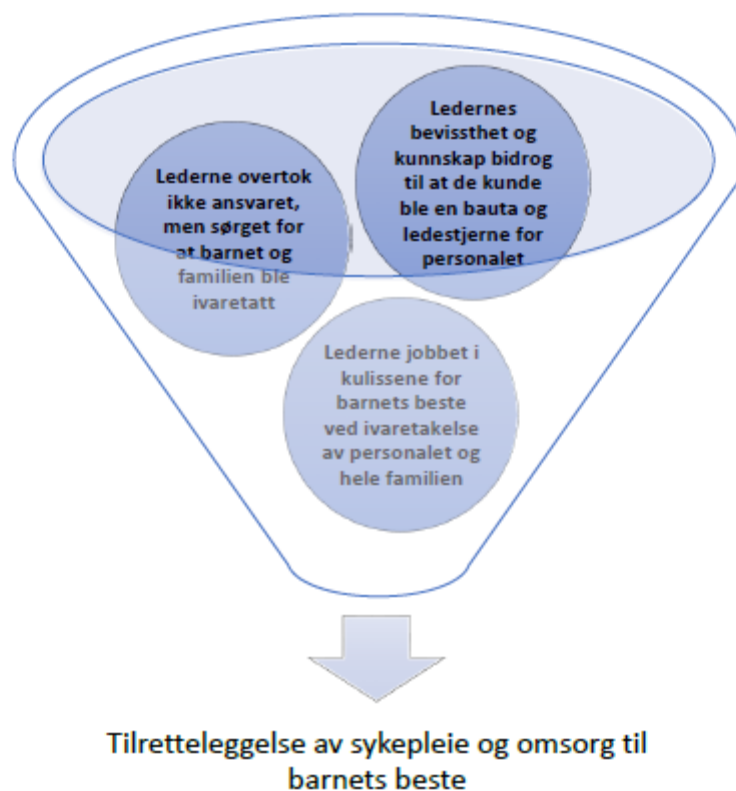
Prosjektet er vurdert av NSD - Norsk senter for forskningsdata. Deltakelse i prosjektet er frivillig, og deltakerne fikk i forkant skriftlig informasjon om prosjektet. Alle intervjuene startet med muntlig informasjon om prosjektet og muligheten for å trekke seg underveis. Ingen av informantene trekker seg i løpet av prosjektet og alle skrev under samtykkeerklæring. Datamaterialet er anonymisert slik at verken institusjon, informant eller eksempler kan gjenkjennes.

Resultat

Tre temaer utpekte seg når sykepleielederne beskrev sine erfaringer ved mistanke om barnemishandling. Ledernes bevissthet og kunnskap bidrog til at de kunne bli en bauta og ledestjerne for personalet (tema 1). Lederne overtok ikke ansvaret, men sørget for at barnet og familien ble ivaretatt (tema 2). Lederne jobbet i kulissene for barnets beste ved ivaretagelse av personalet og hele familien (tema 3). Felles for alle tre temaene var ‘tilretteleggelse av sykepleie og omsorg til barnets beste’ og ble dermed studiens hovedtema.

Figur 1. Sykepleieleders erfaringer ved mistanke om barnemishandling.

Figur 1. Sykepleieleders erfaringer ved mistanke om barnemishandling



Ledernes holdning var basert på bevissthet og kunnskap og de prøvde være en bauta og ledestjerne for personalet

Lederne beskrev hvordan bevissthet og kunnskap om barnemishandling hadde betydning for deres lederskap. Lederne brukte sin ledererfaring, sykepleiererfaring og private erfaringer når de beskriver egen bevissthet om temaet. Egen bevissthet rundt temaet ble beskrevet både som en gradvis bevisstgjøring og / eller en vekker i form av en opplevelse f.eks. via media, privat eller på jobb. En av lederne med lang erfaring beskrev hvordan det å ha stått i mange slike situasjoner både som sykepleier og leder har formet henne og gitt henne erkjennelsen;

det er faktisk en plikt vi har og det har bare blitt tydeligere og tydeligere for meg – det er ikke noe vi kan vende oss bort fra (informant 8).

Denne bevisstheten viste en tydelig holdning om at barnemishandling er noe som skal og må tas på alvor. Den gradvise bevisstheten ble formet av livssituasjon og oppvekst, mens andre beskrev en erkjennelse i voksen alder.

egen bevissthet – nei det kom vel egentlig gradvis, det er vel noe som har kommet de siste 10 – 15 årene – det er blitt snakka litt mer om det nå – Det hva ikke ett tema vi hadde på sykepleierskolen som jeg kan husk i alle fall (informant 7).

eller

det e sikkert sånn at man har vært borti det i livet – vi vokste jo opp en plass – og vi visste jo at ikke alle hadde det like greit – uten at vi egentlig forstod (informant 8)

Alle beskrev at det å jobbe med barn var med på å øke bevisstheten om barnemishandling. Det å selv få barn ble beskrevet som en viktig faktor for egen bevissthet. «....*var nok bevist på det, men ikke klar over det før jeg fikk barn selv – tror jeg*» (informant 1).

Egen bevissthet var ofte formet av hendelser fra før de ble ledere, noen har beskrevet hendelser fra oppveksten eller tidlig i karrieren som de har hatt med seg. De har også beskrevet at kunnskap hadde betydning for egen bevissthet. Flere av lederne påpekte at dette ikke var noe tema i sykepleierutdanning og at de derfor hadde tilegnet seg kunnskap gjennom erfaring og kurs i ettertid. Sykepleielederne var tydelig på at internopplæring om temaet var viktig og nødvendig. Leders dilemma var at denne opplæringa kommer i konkurranse med annen opplæring.

.... de som kommer inn som nyutdanna og de som jobbe har nå – har jo vokst opp i en generasjon der man snakket om sånne ting – det gjorde ikke vi. Videre tilføyer hun ...når det er noen som legges inn og som ikke er helt A4 og dem har vi mange av – har vi mange gode diskusjoner på vaktrommet – bare for å snakk litt rundt ting og så kan vi som har jobbet noen år spe på med våre erfaring (informant 7)

Lederne tilrettela for slike diskusjoner og viste på den måten sin erfaring og kunnskap.

vi har hatt fokus på det, jeg syns sykepleierne har blitt flinkere, til å stille spørsmål hvis de føler seg usikre også diskutere vi litt sammen, både pleierne og legene.
(informant 1)

Det ble også påpekt at liggetiden har gått, ned noe som gjør det vanskeligere å avdekke barnemishandling og som oppleves som utfordrende. «... *det var jo litt sånn på kanten når de var her så kort – det var vanskelig å lage seg ett helt bilde av situasjonen*» (informant 2)

Lederne i studien hadde en bevist holdning; dette var viktig, likevel følte de, at de ikke fikk gjort nok, det var vanskelig å finne tid i en travel hverdag. Det er flere som pekte på svingninger i tiden, det er mere åpenhet og fokus rundt temaet nå. Ikke bare fokuset rundt temaet har endret seg også lederrollen er endret. Spesielt de som har vært ledere en tid beskriver endringer og nye oppgaver som krever tid og en beskriver det slik, «*alle prosjekta*

om kvalitetssikring, pasientsikkerhet og dokumentasjon - den biten altså vokser oss over hodet» (informant 7).

Lederne var opptatt av at de skulle jobbe som ett team «*så like jeg jo at vi drar lasset sammen og da må man jo jeg som leder legge noen føringer for at vi kan lykkes» (informant 6)*

Flere av lederne utstrålte en indre trygghet etter flere års erfaring både som sykepleier og leder. Det var avgjørende at de selv hadde ett bevist forhold til barnemishandling for å vise vei, dele kunnskap og holdninger.

Lederne overtok ikke ansvaret, men sørget for at barnet og familien ble ivaretatt

Beskyttelse av barnet ble beskrevet som sykepleieledernes hovedansvar, videre at familien ble godt ivaretatt, de overtok ikke ansvaret, men tilrettela. Sykepleierne kjente barnet best og var tette på familiene og var de som sto i det. En av sykepleielederne uttrykte det slik: «*...min oppgave er jo å sørge for at barnet og familien blir ivaretatt. Barnet først og fremst selvfølgelig... men også familien skal bli ivaretatt ...» (informant 4).*

Sykepleielederne prøvde å få et overblikk over situasjonen, hva var gjort, hvem var informert osv. de ble et bindeledd mellom ulike instanser.

Jeg tenke at det er viktig at lederne er med som en rød tråd, ... personalet går jo fra dag til aften og natt, også er de borte noen dager ... da er jo leder den røde tråden, på ukedager i alle fall. Hva er sagt? Hva er gjort? Hvem er kontakta? osv. (informant 5)

Sykepleielederne beskrev hvordan slike situasjonen påvirket arbeidsmiljøet og kunne skape uenighet om hva man så.

Vi har hatt noen vanskelige saker, vil jeg si ... og da kan det også prege arbeidsmiljøet og det kan utfordre lojalitet, videre hvem er lojaliteten rettet mot, er det barnet, er det

foreldrene, er det sykehuset eller er det den som står i det, det kan være utfordrende.

Det kan være hardt arbeid å stå på barnets side mange ganger (informant 3).

Enighet kan være vanskelig å oppnå, lederne så en utfordring her, spesielt når noen av sykepleierne kom tett på foreldrene.

Når du får ei gruppa med sykepleiere rundt en pasient ... så kan dem vær veldig uenig i hva dem ser ... noen blir veldig tett på foreldrene og blir liksom snakka rundt som vi sier – mens noen klare å sette seg på utsida og si – ja, men her er det noe som skurrer og som stiller de spørsmålene som gjør at man klare å se.... (informant 5).

Det var ikke nødvendig å oppnå enighet, men ulike syn måtte respekteres. Lederne ville unngå at det ble «diskutert i krokene», noe som bare var med på å danne grupperinger i personalet. De så sin oppgave som brobygger mellom personalgruppen ved at de la til rette for en åpen diskusjon. De ønsket at barnets beste skulle stå i sentrum.

Lederne jobbet i kulissene for barnets beste ved ivaretagelse av hele familien og personalet

Sykepleielederne jobbet i kulissene for å ivareta personalet og hele familien. Det var viktig for sykepleielederne å samle personalet slik at de sto sammen til barnets beste. Sykepleielederne var konkret og praktisk i sin tilnærming og lederansvaret ble beskrevet som tilrettelegging for sykepleierne. Ved tilrettelegging ønsket lederne å gjøre sykepleierne rustet, slik at de ga god omsorg til hele familien og da var kontinuitet rundt familien viktig. «*det e jo tøft å stå i det... men jeg prøver å sørger for kontinuitet rundt ungen, i den grad man klare det – for det er viktig*» (informant 6).

Videre var lederne opptatt av hvordan de kunne bidra til kontinuiteten. Eksempler som ble nevnt var turnusendringer, ekstra bemanning, de brukte personale med erfaring eller

spisskompetanse. Sykepleierne trengte skjerming, arbeidsro og tid med familien for å gjøre en god jobb. Sykepleielederne tilrettela for dette i kulissene, noe de anså som viktig. Her sto det sykepleierfaglige i fokus og de brukte de ressursene som var nødvendig *«også får vi ta kjeften etterpå»* (informant 7) som en av lederne uttrykte det.

Sykepleierlederne beskrev, at det å være en trygg og støttende leder som deres viktigste oppgaver.

... når vi blir involvert i barnevernssak er det tøft å stå i ... da er det viktig å kunne støtte hverandre og som leder tenker jeg at min støttefunksjon er det aller viktigste ... (informant 1).

Dette sitatet representerte alle sykepleielederne, alle hadde lignende uttalelser og var tydelig på viktigheten av å være en god medspiller. Sykepleielederne beskrev at de ønsket å være gode samtalepartner, diskusjonspartnere og veiledere for sykepleierne. Lederne overtok ikke ansvaret, men ønsket å være en sparringspartner. *«Det å stå i det sammen rett og slett er viktig ... det er viktig at lederen er en del av det, for å støtte og fange opp de som sliter»* (informant 1).

Sykepleielederne opplevde også at det ga gjensidig støtte når de hadde samtaler med sykepleierne som sto i situasjonen. Flere av lederne hadde god erfaring med *«her og nå samtalen»* da samlet de, de involverte raskt etter vanskelige situasjoner der de snakket om situasjonen.

Sykepleierlederne ønske å være trygge ledere som sykepleierne kunne komme til i vanskelige situasjoner, men alle hadde også tilbud om hjelp utenfor avdelingen. Da betydde personlige egenskaper mest, de brukte de som «virket» uavhengig av profesjon. Eksempler var bedriftshelsetjenesten, psykiatri ressurser og sykehusprest.

Skulle det sendes bekymringsmelding, praktiser flere, at leder skrev under. Sykepleielederne så det som en gest til sykepleierne, dette sto de sammen om. Når en sykepleier uttrykte

bekymring, diskuterte de bekymringen og ble enige om det var grunn til bekymring og skrev bekymringsmeldingen sammen. Lederne mente dette var med på å senke terskelen for å sende bekymringsmeldingen, samtidig understrekte de det personlige ansvaret.

Jeg er klar over at alle har en selvstendig plikt til å melde også dersom lederen ikke er enig og det står fast ... prosedyren vår er at leder skriver under... da har jeg erfart at hadde det ikke vært sånn, hadde kanskje terskelen for å melde bekymring til barnevernstjenesten vært høyere (informant 3).

Diskusjon

Studiens hovedtema er tilretteleggelse av sykepleien og omsorg til barnets beste. Studien finner at det er flere faktorer som påvirker hvordan sykepleiere utøver sitt lederansvar i forhold til mistanke om barnemishandling. Egen bevissthet og erfaring har betydning for hvordan ledere går inn i situasjonene. Skal sykepleierne bli gode støttespillere og tilretteleggere for sykepleierne må de selv ha ett bevist og avklart forhold til problemstillingen, videre er erfaring viktig, det at de selv har stått i lignende situasjoner. Noen av lederne hadde jobbet i mange år og stått i slike situasjoner flere ganger og utstråler en indre trygghet. Trygghet har med selvinnsikt og erfaring å gjøre og bevissthet rundt egen utrygghet og selvrefleksjon har betydning for leders trygghet (35). Sykepleierne i studien viser egen bevissthet og refleksjon rundt temaet, de har lang erfaring og trygghet rundt tematikken. I denne tryggheten viser lederne sin egen indre etiske overbevisning og kunnskap. Lederne er tydelig på at dette er en etisk vanskelig situasjoner og at sykepleierne trenger støtte og arbeidsro. Lederne blir gode rollemodeller ut fra sin indre trygghet, erfaring og fagkunnskap. Ledere er også avhengig av bekreftelse både fra ansatte og overordnede for å utvikle selvtillit og trygghet, noe lederne ofte savner og det gir en følelse av degradering og ensomhet (36). Lederne i studien beskriver at når de har samtaler med sykepleierne gir det dem gjensidig

støtte og bekreftelse. Dette er med å gi lederne selvtillit og trygghet slik Solbakken, Bergdahl (36) hevder er nødvendig.

I følge den karitative lederskapsteorien viser lederne omsorg for de ansatte og tar ansvar for sykepleien og omsorgskulturen i avdelingen, teorien legger vekt på en åpen diskusjon om kjerneverdier for å danne et etisk fundament for omsorgen (24). Lederne gir ikke uttrykk for at de er bevist denne dialogen, men de er opptatt av verdier og en dialog rundt situasjonen når de har barn med mistanke om barnemishandling.

Sykepleielederne påtar seg ansvaret for at alle barn og deres familier får riktig og god pleie når de er innlagt også når det er mistanke om barnemishandling. Lederne er tydelig på at selv om ansvaret er deres, overtar de ikke pleien, men de har en viktig funksjon for å ivareta både personalet og familien. Leders støttefunksjon i vanskelige situasjoner beskrives av Honkavuo and Lindström (29) som viktig. De beskriver viktigheten av å ha en relasjon mellom sykepleier og leder. For å lykkes som leder, er gjensidig, åpen og ærlig kommunikasjon viktig (37). Dette samsvarer med at lederne ønsker å være gode samtalepartnere, veiledere og en trygg person å snakke med i vanskelige situasjoner for sykepleierne. For å få til det må lederne ha en god relasjon til de ansatte. Bondas (26) finner fire lederstiler for sykepleieledere i sin studie: Aktiv utvikler -, passiv tenker -, skaper - den rutinemessige - sykepleieleder. Den passive tenkende leder er bevist situasjonen, men klarer ikke å omsette bekymringen ut i praksis. Dette viser at en bevist holdning ikke er nok, dersom leder ikke klarer å omsette bekymringen til handling. Vår tidligere studie (3) viser at sykepleierne savner støtte, som kan tyde på at flere ledere ikke klarer å omsette sin bekymring for personalet ut i praksis. Denne studien viser tydelige, beviste og erfarende ledere som ser sin støttefunksjon som deres viktigste oppgaver. Kan disse motstridende funnene tyde på at sykepleierne opplever situasjonen så vanskelig at støtten fra lederne aldri blir god nok, mangler relasjonen mellom leder og sykepleierne eller har lederne et idealistisk bilde av egen lederstil?

Lederne prøver «å se det store bildet» slik som Sørensen and Hall (38) beskriver i sin studie. I deres studie blir det «å se det store bildet» sett på som en nødvendighet for lederne. Ledere beskriver viktigheten av å ha den «røde tråden» og i det legger de, det å ha oversikt over hva som skjer med akkurat det ene barnet og familien, men også hele avdelingen. De beskriver også hvordan det å ha ett barn i avdelinga der det mistenkes barnemishandling preger hele avdelingen. Et overordna blick bli derfor viktig i en i en fragmentert hverdag. Andre studier beskriver lederskapet som en bevegelse mellom ulike rom. Her presiseres viktigheten av bevissthet og bevegelse mellom rommene for ikke å stagnere i lederskapet. Balansegangen mellom pasient- ansatte- og egen- omsorg er viktig for å fungere som en omsorgsfull leder (36). Sykepleielederne er opptatt av hvordan de kan legge til rette for sykepleierne, i det ligger praktisk tilrettelegging i avdelingen, men også omsorg for pasient, pårørende, ansatte og spesielt barnet. Som tidligere nevnt gir samtaler med sykepleierne gjensidig støtte og således er det med å fylle rommet for egen omsorg (36).

Norske sykehus er organisert etter NPM tankegangen der måling av resultatoppnåelse står sentralt (22). Tilretteleggingen sykepleierlederne gjør kan måles ved ekstra kostnader, men de gjør det de mener er nødvendig for å ta vare på barnet, familien og personalet utfra et sykepleierfaglig perspektiv. Andre studier finner også at sykepleieledere setter pasienten og sykepleiefaglige vurderinger først, men de må argumentere for økte kostnader (28). Noe også denne studien viser ved at sykepleierlederne sier «*vi gjør det vi må og tar kjeften etterpå*».

Sørensen and Hall (38) finner at det store bildet kan true pasienten og personalet, dersom leder i iveren etter å se det store bildet ikke oppdager detaljene som krever handling. Ser lederne barnet som trenger mer omsorg eller en sykepleier i krise. Denne studien finner at sykepleielederne er opptatt av at de må stå sammen og at det gir gjensidig støtte, videre ved å stå sammen med sykepleierne kan de lettere fange de som sliter. Vi finner også at lederne bruker sine og erfarne sykepleieres erfaring til hjelp og støtte for mindre erfarende

sykepleiere. I følge det karitative lederskapet er leder en rollemodell og har ansvar for å fremmer det unike hos den enkelte, det øker potensialet for god omsorg til pasientene (24). Lederne fremhever viktigheten av å se den enkelte ansatte og bruke rett person på rett sted. De prøvde å bruke sykepleiere med erfaring og engasjement for problemstillingen, men det er ikke alltid lett å få til.

I brytningen mellom det å ha ansvar, men ikke overta er lederstil viktig. Zydzianaite and Suominen (39) studie om lederskapsstiler i beslutningsprosesser ved etiske dilemmaer finner at sykepleieledere bruker stor grad av paternalistisk og autorativ lederstil. Den paternalistiske lederstilen beskrives som en karismatisk leder med sterk personlighet som bruker tilsyn / kontroll, men samtidig har evnen til å skape tillit hos de som mangler styrke og selvtillit. Den autorative lederstilen (ekspert) har evnen til å fremme ideer som fører til kreativitet. Begge disse lederestilene er opptatt av å få jobben gjort framfor en etisk dialog med personalet. Er det slike ledere sykepleierne etterlyser (3), en som forteller de at det er slik det skal være? En autoritær leder ut fra sin ekspertise og fagkunnskap passer med karitativ ledelse, men i disse lederstilene mangler den etiske dialogen. I det karitative lederskapet bygges hierarkiet på kunnskap og forståelse og leder skal være en rollemodell for etikk, forståelse og omsorg (24). Å ta vare på det karitative i lederansvaret blir viktig, en lederstil uten kjærlighet blir kald og upersonlig. Den karitative ledelsesteorien har et grunnleggende menneskesyn som bygger på kjærlighet, omsorg og ett ønske om å lede en tjeneste med en etisk omsorgskultur. Dette må gjenspeiles i leders væremåte, språk og rutiner (24).

Metode diskusjon

I denne studien er det intervjuet åtte sykepleieledere om deres erfaringer og lederansvar ved mistanke om barnemishandling. Vi valgte underveis å bare intervjuere ledere fra barneavdelinger noe som kan ha påvirket resultatet. Samtidig var disse sykepleielederne genuint interessert i barns helse og oppvekstvilkår og hadde lang erfaring og representerte

ulike sykehus og helseforetak. Det er ulike størrelser på sykehusene i studien, noe som kan ha påvirket resultatet. Alle hadde erfaring med temaet og fylte kriteriene til et strategisk utvalg (31). Dette ga et rikholdig datamateriale som har bidratt til en bred og dyp forståelse av leders erfaringer og arbeidssituasjon. Åtte informanter var tilstrekkelig for å oppnå metning av datamaterialet (40). Lederne hadde ulik erfaring som leder i nåværende stilling fra 1 til 33 år. Dette kan ha styrkt resultatet.

Begge forskerne, med ulike profesjonelle erfaringer og vitenskapelig bakgrunn har bidratt i analyseprosessen. Det bidro til å redusere effekten av forforståelsen og er med å styrke studiens pålitelighet (31).

Studiens kan overføres til lignende kontekster med etiske dilemmaer ved at sykepleieledere kan kjenne seg igjen i funnene som er beskrevet og gi kunnskap til både nye og erfarne ledere.

Konklusjon

Ut fra egen erfaring, bevissthet og kunnskap er sykepleielederne opptatt av barnets beste ved å tilrettelegge slik at sykepleierne kan gi omsorgsfull pleie til hele familien. Lederne er også opptatt av å ta vare på sykepleierne gjennom en omsorgsfull lederstil. De overtar ikke ansvaret, men prøver å være gode tilretteleggere, medspiller og veiviser for sykepleierne.

I deres lederansvar skinner prinsippene fra et karitativt lederskap igjennom ved at barnet står i sentrum og videre omsorgen for personalet og hele familien står sentralt. Sammen sykepleierne sørger de for at barnet får riktig omsorg og pleie. Dette er en etisk vanskelig og sårbar situasjon både for sykepleierne, barnet og familien. Ved en etisk diskusjon om kjerneverdiene vil det skape tydelige holdninger som viser vei både for ledere og sykepleiere.

Studien er en del av et forskningsprosjekt, tidligere studie i prosjektet finner at sykepleierne savner støtte fra sin leder, mens denne studien finner ledere som er opptatt av å gi god støtte

til sykepleierne som står i situasjonen. Dette åpner for nye forskningsspørsmål om hva som ligger i disse motstridende funnene.

Interessekonflikt.

Det er ingen interessekonflikter og studien mottar ikke økonomisk støtte.

Referanser

1. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
2. Høst T. Ledelse i helse- og sosialsektoren. 3. utg. Oslo: Universitetsforl.; 2014.
3. Skarsaune K, Bondas T. Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse. Clin Nurs Stud 2015;4(1):p24.
<https://doi.org/https://doi.org/10.5430/cns.v4n1p24>
4. Violence against children. [Web Page]. WHO.int: World Health Organization [lest 24.04.2020]. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/topics/child_abuse/en/
5. FNs konvensjon om barnets rettigheter vedtatt av De forente nasjoner 20. november 1989, : Barne- og familiedepartementet [lest 23.11.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/barnekonvensjonen-kortversjon-norsk/id87582/>
6. Lyden C. Uncovering child abuse. Nurs Manage 2011;41:1-5.
7. Palusci VJ, McHugh MT. From the battered child syndrome to abuse and maltreatment: A public health view. Int Public Health J 2016;8(4):485.
8. Coelho R, Viola TW, Walss-Bass C, Brietzke E, Grassi-Oliveira R. Childhood maltreatment and inflammatory markers: a systematic review. Acta Psychiatr Scand 2014;129(3):180-92. <https://doi.org/10.1111/acps.12217>
9. Felitti VJM, FACS, Anda RF, MS., Nordenberg DM, Williamson David F .MS P, Spitz Alison M. MS M, Valerie EB, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med 1998;14(4):245-58.
[https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
10. Kirkengen AL. The lived experience of violation: how abused children become unhealthy adults: Zeta Books; 2010.
11. Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, Garner AS, et al. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. Pediatrics 2012;129(1):e232. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
12. WHO global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. [Web Page]. WHO.int/iris/: World Health Organization. 2016 [lest 18.11.2020]. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252785>
13. NKVTS veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner [Web Page]. NKVTS.no: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. [lest 27.04.2020]. Tilgjengelig fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/>

14. Slettebø Å. Ethiske dilemmaer. I: Brinchmann BS, red. Etikk i sykepleien. 4 utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016. s. 43 - 54.
15. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). (LOV-1999-07-02-64). Sist endret i: LOV-2020-12-04-134. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
16. Crisp BR. Nurses' perceived training needs in child protection issues. *Health Educ (Lond)* 2006;106(5):381-99. <https://doi.org/10.1108/09654280610686603>
17. Lee P-Y, Fraser JA, Chou F-H. Nurse Reporting of Known and Suspected Child Abuse and Neglect Cases in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci* 2007;23(3):128-37. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70387-0](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70387-0)
18. Newton AS, Zou B, Hamm MP, Curran J, Gupta S, Dumonceaux C, et al. Improving Child Protection in the Emergency Department: A Systematic Review of Professional Interventions for Health Care Providers. *Arch Acad Emerg Med* 2010;17(2):117-25. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00640.x>
19. Pabiś M, Wrońska I, Ślusarska B, Cuber T. Paediatric nurses' identification of violence against children. *J Adv Nurs* 2011;67(2):384-93. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x>
20. Feng J-Y, Wu Y-WB. Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: A test of the theory of planned behavior. *Res Nurs Health* 2005;28(4):337-47. <https://doi.org/10.1002/nur.20087>
21. Weis D, Schank MJ. Professional values: Key to professional development. *J Prof Nurs* 2002;18(5):271-5. <https://doi.org/https://doi.org/10.1053/jpnu.2002.129224>
22. Hillestad C. New Public Management i helsevesenet, en suksess?: En flernivåanalyse av hvordan legene vurderer sykehusreformens effekt [Master oppgave]: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2014. Tilgjengelig fra: https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/268948/754430_FULLTEXT01.pdf?sequence=1
23. Newman S, Lawler J. Managing health care under New Public Management: A Sisyphean challenge for nursing. *J Sociol (Melb)* 2009;45(4):419-32. <https://doi.org/10.1177/1440783309346477>
24. Bondas TE. Caritative leadership: ministering to the patients. *Nurs Adm Q* 2003;27(3):249-53.
25. Bondas T. Paths to nursing leadership. *J Nurs Manag* 2006;14(5):332-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00620.x>
26. Bondas T. Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. *J Res Nurs* 2009;14(4):351-62. <https://doi.org/10.1177/1744987108096969>
27. Bondas T. Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: a paradoxical practice. *J Nurs Manag* 2010;18(4):477-86. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01085.x>
28. Solbakken R, Bondas T, Kasén A. Safeguarding the patient in municipal healthcare— A hermeneutic focus group study of Nordic nursing leadership. *J Nurs Manag* 2019;27(6):1242-50. <https://doi.org/10.1111/jonm.12806>
29. Honkavuo L, Lindström UÅ. Nurse leaders' responsibilities in supporting nurses experiencing difficult situations in clinical nursing. *J Nurs Manag* 2014;22(1):117-26. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01468.x>
30. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci* 2013;15(3):398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>

31. Graneheim UH, Lindgren B-M, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today* 2017;56:29-34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
32. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju. (The Qualitative Research Interview)*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
33. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
34. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24(2):105-12. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
35. Haugland K, Kristiansen H. Bidrar et lederutviklingsprogram for førstelinjeledere til opplevelse av trygghet i lederrollen? [Master oppgave]: Universitetet i Oslo; 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/30200>
36. Solbakken R, Bergdahl E, Rudolfsson G, Bondas T. International Nursing: Caring in Nursing Leadership-A Meta-ethnography From the Nurse Leader's Perspective. *Nurs Adm Q* 2018;42(4):E1-E19. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000314>
37. Wong CA, Walsh EJ. Reflections on a decade of authentic leadership research in health care. *J Nurs Manag* 2019;28(1):1-3. <https://doi.org/10.1111/jonm.12861>
38. Sørensen EE, Hall EOC. Seeing the big picture in nursing: a source of human and professional pride. *J Adv Nurs* 2011;67(10):2284-91. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05639.x>
39. Zydziunaite V, Suominen T. Leadership styles of nurse managers in ethical dilemmas: Reasons and consequences. *Contemp Nurse* 2015;48(2):150-67. <https://doi.org/10.1080/10376178.2014.11081937>
40. Tjora AH. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. . Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.