



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-02-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	490
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8000
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	25
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

“Barndommen kommer ikke i reprise”

“No second chance for a good
childhood”

Kandidatnummer: 490

Bachelor i sykepleie

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap (FHS)

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Fagseksjon for sjukepleie - Haugesund

27.04.2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Sammendrag

Studiens bakgrunn

Alle barn har rett til en trygg barndom. Likevel vokser alt for mange barn opp under utrygge omstendigheter. Omsorgssvikt mot barn er et globalt samfunnsproblem som kan gi livslange konsekvenser. Barn er en sårbar gruppe som trenger å bli sett. For å sikre god prognose er tidlig innsats avgjørende. Sykepleiere ved akuttmottak er i en ideell posisjon til å oppdage omsorgssvikt og hjelpe utsatte barn og familier.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere ved akuttmottaket avdekke omsorgssvikt mot barn?

Studiens hensikt

Oppgavens hensikt er å belyse hvordan sykepleiere kan avdekke omsorgssvikt mot barn.

Metode

Metoden som er brukt i denne oppgaven er litteraturstudie, der jeg har brukt eksisterende forskning og litteratur for å belyse oppgavens problemstilling. Fem forskningsartikler er inkludert.

Funn

Sykepleiere føler seg ofte usikre i møte med barn som er utsatt for omsorgssvikt og deres omsorgspersoner. Funn fra forskning viser at manglende kunnskap, frykt og uklare retningslinjer og rutiner er barrierer og hinder for å oppdage flere barn som er utsatt for omsorgssvikt.

Konklusjon

For å kunne avdekke omsorgssvikt mot barn er det behov for økt kunnskap om ulike typer omsorgssvikt og risikofaktorer hos omsorgspersoner. Sykepleierens opplysningsplikt må være fremtredende, og det er nødvendig med kartleggingsverktøy, klare retningslinjer og konkrete prosedyrer.

Nøkkelord

Omsorgssvikt, barn, risikofaktorer hos omsorgspersoner, kartleggingsverktøy

Abstract

Background

All children have the right for a safe childhood. Yet too many children grow up in unsafe conditions. Neglect is a global societal problem that can have lifelong consequences. Children are a vulnerable group that needs to be seen by adults. To ensure a good forecast, early intervention is crucial. Emergency room nurses are in an ideal position to detect neglect and help vulnerable children and families.

Research question

How can nurses at the emergency department detect neglect of children?

Purpose

The thesis is to shed light on how nurses can detect neglect of children.

Method

The method used in this thesis is a literature study, where I have used existing research and literature to shed light on the thesis' problem. Five research articles are included.

Findings

Nurses often feel insecure in encounters with children who are exposed to neglect and their caregivers. Findings from research show that lack of knowledge, fear and unclear guidelines and routines are barriers and obstacles to discovering more children who are exposed to neglect.

Conclusion

In order to be able to detect neglect towards children, there is a need for increased knowledge about different types of neglect and risk factors in caregivers. The nurse's duty to provide information must be prominent, and mapping tools, clear guidelines and specific procedures are necessary.

Keywords

Neglect, children, risk factors in caregivers, mapping tools

Innhold

Sammendrag	1
Abstract	2
1.0 Introduksjon	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	6
1.3 Problemstilling	7
1.4 Avgrensning og presisering	7
1.5 Begrepsavklaring	8
2.0 Teori	8
2.1 Tilknytningsteori	8
2.2 Omsorgssvikt	10
2.2.1 Fysisk overgrep	10
2.2.2 Psykiske overgrep	10
2.2.3 Vanskjøtsel	11
2.2.4 Seksuelle overgrep	11
2.3 Risikofaktorer for omsorgssvikt	11
2.4 Konsekvenser og øvrige tegn på omsorgssvikt	12
2.5 Pasientsikkerhet	14
3.0 Metode	15
3.1 Hva er metode?	15
3.2 Litteraturstudie som metode	15
3.3 Litteratursøk	15
3.4 Søkeprosessen	17
3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	18
3.6 Kildekritikk	19
4.0 Resultat og funn	20
4.1 A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment	22
4.2 Recognition of child maltreatment in emergency departments in Europe: Should we do better?	22
4.3 A survey on the perception and attitude change of first-line healthcare providers after child abuse education in South Korea: A pilot study	23
4.4 Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe	24
4.5 Potential Child Abuse Screening in Emergency Department; a Diagnostic Accuracy Study	25
5.0 Diskusjon	27

5.1 Sykepleierens kunnskapsnivå	27
5.2 Verktøy og retningslinjer	30
5.3 Sykepleierens utfordringer og barrierer	31
6.0 Konklusjon	33
Litteraturliste	34
Tabell 1: Søketabell	17
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	18
Tabell 3: Resultatmatrise	20
Tabell 4: Analysematrise	25

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven handler om omsorgssvikt og hvordan sykepleiere ved akuttmottak kan avdekke mistenkte tilfeller av omsorgssvikt mot barn.

Omsorgssvikt er et globalt problem som medfører alvorlige livslange konsekvenser som kan bidra til å bremse et lands økonomiske og sosiale utvikling (World Health Organization, 2020). Det er en av de vanligste risikofaktorene til å utvikle psykisk sykdom og atferdsproblematikk, i tillegg til en rekke livsstilsrelaterte og kroniske somatiske sykdommer (Norsk barnelegeforening, 2020). Selv om en viktig og prioritert del av samfunnet dreier seg om å beskytte barn mot vold og overgrep, tyder tidligere undersøkelser på at altfor mange barn og unge blir utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt i løpet av barne- og ungdomsårene (Hafstad & Augusti, 2019, s. 3). Omsorgssvikt innebærer et fravær av barnets fysiske, psykiske eller følelsesmessige behov, hvor omsorgen og beskyttelsen barnet har behov for i hjemmet ikke er til stede. Kjærlighet, omsorg, trygghet og beskyttelse er noe alle trenger, og fravær av dette kan være skadelig. Det påfører barnet et enormt stressnivå, der kroppen konstant er i beredskap. Dette langvarige stresset gjør barnet mer utsatt for sykdommer, samt psykiske- og fysiske lidelser. I tillegg bruker barnet opp all energien sin på å være redd, og har dermed minimalt med krefter til andre ting (Bufdir, 2021b).

Ifølge folkehelse rapporten (2018) rammes mange barn i Norge av vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen. Psykiske lidelser og alkoholrelaterte problemer hos foreldre kan være belastende for barna og utgjør en risiko for omsorgssvikt. Mange barn i Norge bor under slike forhold, og tall fra tidligere undersøkelser viser at ca. 250 000 barn under 18 år har foreldre med psykisk lidelse som kan påvirke hvordan de fungerer i hverdagen og omsorgen som gis (Suren et al., 2018). Verdens helseorganisasjon understreker at omsorgssvikt kan medføre livslang svekket fysisk- og mental helse og barn som er misbrukt kan selv misbruke andre i voksen alder (World Health Organization, 2020). Slike hendelser kan være vanskelig å oppdage, og det er ofte et skjult fenomen i helse- og omsorgstjenesten. Prognosen kan imidlertid være god dersom omsorgen sikres, volden stoppes og barnet får tilrettelagt hjelp til å håndtere reaksjoner og helseplager. Det må derfor avdekkes og stanses

så tidlig som mulig (Norsk barnelegeforening, 2020). Alle barn har rett til å vokse opp i et trygt hjem med trygge rammer. Helsepersonell har et stort ansvar og kan bidra til å avdekke omsorgssvikt, noe som krever åpenhet og god kunnskap om temaet (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018a).

Interessen for å skrive om dette temaet kom etter å ha vært i praksis på en akuttpsykiatrisk avdeling. Her ble jeg oppmerksom på hvordan faktorer i barndommen påvirker mennesker i ettertid, og at omsorgssvikt i oppveksten og senere psykiske lidelser har en klar sammenheng. Dette understrekes av Stine Sofies stiftelse (u.å.). Temaet har hatt liten plass i sykepleierutdanningen. Jeg ønsker å jobbe med barn i fremtiden og anser temaet som nyttig for å øke kunnskapen rundt denne problematikken.

1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om omsorgssvikt mot barn og sykepleiernes rolle for å kunne avdekke dette. Jeg tror at åpenhet og et større søkelys på dette temaet sammen med god bakgrunnskunnskap hos sykepleiere kan bidra til at flere barn får den hjelpen de har krav på. Barn er en sårbar gruppe som trenger å bli sett. De trenger at noen bryr seg, lytter til det de har å si og som våger å stå i ubehaget og usikkerheten med et ønske om å hjelpe. Signalene må fanges opp på et tidligst mulig stadium (Redd Barna, u.å.).

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå ble det meldt inn 56 802 saker til barnevernet i 2020 (Statistisk sentralbyrå, 2021). Kun 4455 saker ble meldt inn av helsepersonell (Statistisk sentralbyrå, u.å.). Dette står i kontrast til helsepersonelloven §33 hvor det fremkommer at helsepersonell har en meldeplikt til barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt hos barn. Helsepersonell skal være "oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten". Videre i §33 står det at helsepersonell uten hinder av taushetsplikten i §21 skal melde fra til barneverntjenesten "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" (Sisert i helsepersonelloven, 1999, §33). Denne bestemmelsen skal beskytte barn som er ute av stand til å melde ifra om uverdige forhold på egenhånd. Sykepleiere har en unik mulighet til å oppdage og melde ifra, da de kommer tett på barn og deres pårørende

i sårbare situasjoner (Gangnes, 2019). Gjennom jobben kommer sykepleiere i kontakt med mange barn og familier, og får innsyn i situasjoner og forhold som kan påvirke barnets omsorgssituasjon (Homlong et al., 2019). Det kan være lett å lukke øynene og ta avstand fra et så sårt og alvorlig problem. For å slippe å se problemet er det dokumentert at helsepersonell benytter ulike psykologiske mekanismer som overlevelsesstrategier, overidentifisering med foreldrene, bagatellisering, rasjonalisering, distansering, projisering og problemforflytning. For å unngå realiteten tillegges omsorgspersonene flere positive egenskaper enn de har og faren barnet befinner seg i bagatelliseres (Halvorsen et al., 2013). Disse familiene er ofte storforbrukere av helsetjenestene og helsepersonell kan bidra til å bagatellisere problemene ved å unngå å spørre hvorfor. Samtidig kan redselen for å bli fanget av foreldrenes fremstilling eller å bli utsatt for aggresjon ved å komme med antydninger veie tungt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 345-346).

Ifølge Pål Martin Sand er “volds- og overgrep utsatte barn avhengig av fellesskapets beskyttende hånd. Denne barnegruppen er mer enn noen avhengig av å bli sett (..)” (Regjeringen, 2013, s. 6). Videre understreker tidligere statsråd Inga Marte Thorkildsen viktigheten av å gi tidlig hjelp og at barndommen er en verdifull tid som ikke kommer i reprise. Det dreier seg om verdier som ikke kan måles i penger, og en god barndom varer i generasjoner. Altfor mange barn blir utsatt for handlinger utenfor vår fatteevne. Hvilken fremtid de får i morgen vil være avhengig av hvordan de behandles i dag. Det er viktig med åpenhet og kunnskap om omsorgssvikt og hver enkelt må tro at det kan skje: “Du ser det ikke før du tror det” (Regjeringen, 2013, s. 5).

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere ved akuttmottaket avdekke omsorgssvikt mot barn?

1.4 Avgrensning og presisering

Jeg velger å avgrense oppgaven til sykepleiere ved akuttmottaket og sykepleierens rolle når det gjelder omsorgssvikt mot barn. Ettersom mange barn i dag ikke bor med sine biologiske foreldre bruker jeg ordet omsorgspersoner for de som har ansvar for barn under 18 år. I dagens flerkulturelle samfunn ville det vært naturlig å trekke inn et flerkulturelt perspektiv

med tanke på blant annet forskjeller i kultur og barneoppdragelse. På grunn av oppgavens størrelse og tidsramme velger jeg å ikke inkludere dette. Det samme gjelder eventuelle behandlinger barna har behov for og hvordan de håndteres videre når de er ute av sykepleierens ansvarsområde, som også vil bli ekskludert fra denne oppgaven.

1.5 Begrepsavklaring

Omsorgssvikt kan defineres som "å forsømme å dekke et barns grunnleggende behov i en slik grad at det utsettes for fysisk eller psykisk skade eller fare" (Sitert i Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018). Det er et fravær av den omsorgen og beskyttelsen et barn har behov for i hjemmet, som over tid kan være skadelig for barnets helse og utvikling (Bufdir, 2021). Ifølge Verdens helseorganisasjon inngår omsorgssvikt i definisjonen av barnemishandling, som definerer barnemishandling som overgrep og omsorgssvikt mot barn under 18 år, der alle typer fysisk og/eller følelsesmessig mishandling og seksuelle overgrep er inkludert (World Health Organization, 2020).

2.0 Teori

I dette kapittelet presenteres tilknytningsteori og ulike former for tilknytningsmønstre. Deretter kommer en beskrivelse av ulike former for omsorgssvikt, risikofaktorer og konsekvenser. Avslutningsvis belyses barnas rettigheter ut fra dagens lovverk. Teorigrunnlaget skal skape en felles forståelse og referanseramme rundt temaet og problemstillingen jeg har valgt.

2.1 Tilknytningsteori

Barnets evne til å danne emosjonelle bånd og sosiale relasjoner til andre kalles tilknytning. Dette er viktig for emosjonell og sosial utvikling, og barn vil alltid knytte seg til omsorgspersonene sine uansett hvordan de behandles (Renolen, 2015, s. 96-99).

John Bowlby (1994) har utviklet en tilknytningsteori hvor han anser det å utvikle nære emosjonelle bånd til spesielle individer som et grunnleggende trekk ved den menneskelige natur. Dette oppstår ved fødsel og varer livet ut. Denne tilknytningen vil etterhvert veksle

mellom å gi og få omsorg, og anses som et av de viktigste trekkene innen psykisk helse. Han legger til grunn at barn som er trygge vil kunne utforske omgivelsene fra en trygg base, mens barn som er utrygge vil søke nærhet. Det er essensielt at barnet føler tillit til foreldrene og at det tidlig etableres trygge tilknytningsmønstre. Disse mønstrene utvikles dersom foreldrene møter barnets signaler på en kjærlig måte, hvor det får trøst og beskyttelse. Det motsatt av trygge tilknytningsmønstre er det engstelige eller klengete (ambivalente) tilknytningsmønsteret. Her er barnet usikker på hvordan foreldrene vil reagere dersom det har behov for hjelp og støtte underveis. Resultatet blir at barnet ikke tør å utforske verden og forlate foreldrene. Dette er et mønster som kan vise seg dersom barn opplever relasjonen som uforutsigbar, der de noen ganger får hjelp mens andre ganger blir møtt av utilgjengelige eller avvisende foreldre. Trusler blir ofte brukt som kontrollmiddel og mønsteret er ofte konfliktfylt. Det tredje mønsteret blir omtalt som det engstelige og unnvikende tilknytningsmønsteret. Barnet har ikke lengre troen på at det vil få hjelp og omsorg og venter på å bli avvist. Dette er barn som må leve uten andres kjærlighet, og som prøver å være følelsesmessig selvforsynt. Hvilken sti og mønster et barn følger, vil være avhengig av miljøet og de nære omsorgspersonenes evne til å møte barnets reaksjoner. Bowlby poengterer at barn som har hatt foreldre som har forsømt eller avvist dem, ofte har havnet på en avvikende sti som ikke er forenelig med psykisk sunnhet. Videre påpeker han at stien ikke er fastlagt, men kan bli både verre eller bedre basert på behandlingen barnet får (Sitert i Klette, 1998, s. 49-51). Det er derfor av stor betydning at omsorgssvikt oppdages og at barnet sikres en god sti.

Ved god kunnskap om tilknytningsteorier kan sykepleiere danne et bilde av barnets tilknytningsstrategi. Ulike tilknytningsmønstre kan da observeres og nødvendige tiltak igangsettes (Klette, 1998, s. 52). Å observere for å innhente opplysninger om pasienten krever at sykepleieren bruker sitt kliniske blikk. Det vil si evne til å sanse, vilje til årvåkenhet, ha kunnskap om det som observeres og at en tidligere har reflektert rundt egne erfaringer. Ifølge sykepleieteoretiker Florence Nightingale (1997) er kunnskap og evnen til å observere sykepleierens viktigste evne for å opprettholde liv og velvære (Sitert i Kristoffersen, 2016, s. 155-156). Barn som bor med foreldre med rusmiddelproblemer, voldelige samlivssituasjoner og/eller alvorlige psykiske lidelser har lite krefter til å utvikle seg sosialt og kognitivt, da all

energi går til å forstå hva som foregår rundt de. Vanskjøtsel, psykiske, fysiske og seksuelle overgrep er blant de vanligste årsakene til tilknytningsforstyrrelser (Killén, 2015, s. 142-143).

2.2 Omsorgssvikt

Som tidligere nevnt innebærer omsorgssvikt en forsømmelse av barnets grunnleggende behov i en slik grad at det påføres fysisk eller psykisk skade eller fare (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018).

Omsorgssvikt kategoriseres ofte som: fysisk overgrep, psykisk overgrep, vanskjøtsel og seksuelle overgrep. Et barn kan være utsatt for alle dimensjonen samtidig, og en kan derfor ikke utelate noen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 345-346).

2.2.1 Fysisk overgrep

Fysiske overgrep kan dreie seg om barn som enten skades direkte gjennom en aktiv handling eller påføres skade på grunn av manglende tilsyn. Blåmerker og brannsår er de vanligste tegnene på fysisk skade. Det kan være vanskelig å skille disse blåmerkene fra vanlige blåmerker hos barn. Plassering av skadene, barnets alder og forklaring er derfor av betydning (Killén, 2015, s. 44).

2.2.2 Psykiske overgrep

Ved psykiske overgrep utsettes barnet for fiendtlige eller negative holdninger eller handlinger. Den utsatte påføres en psykisk belastning i form av frykt, skyld, skam, mindreverd og fortvilelse som resulterer i at barnet ikke føler seg ønsket eller elsket. Barnet kan motta verbale beskyldninger eller sårende og nedsettende utsagn. Omsorgspersonen overser barnet og de emosjonelle behovene, og kan komme med trusler om å forlate barnet, drepe kjæledyr eller skade noen som betyr noe (Bufdir, 2020). De påførte skadene er innvendig og kan derfor være vanskelig å oppdage. Likevel vil de være svært ødeleggende, og kunnskap om samspills- og tilknytningsmønstre hos helsepersonell kan bidra til tidligere oppdagelse (Killén, 2015, s. 49).

2.2.3 Vanskjøtsel

Vanskjøtsel er den vanligste formen for omsorgssvikt. Symptomene kan være diffuse og vanskelig å oppdage (Grønseth & Markestad, 2017, s. 345-346). Vanskjøtsel innebærer ifølge Klette (1998, s. 75) at barnet ikke får dekket sine grunnleggende behov som fører til fysiologiske, psykiske og/eller sosiokulturelle skader eller lidelser. Foreldrene eller de nære omsorgspersonene rundt barnet har reduserte evner til å dekke disse grunnleggende behovene og er følelsesmessig utilgjengelig. Barnet kan være ustelt og magert eller få mat i stedet for kjærlighet (Killén, 2015, s. 40-41)

2.2.4 Seksuelle overgrep

Ved seksuelle overgrep blir barn involvert i en seksuell aktivitet de hverken har forutsetning til å forstå rekkevidden av eller gi samtykke til fordi de ikke er utviklingsmessig modne nok (Norsk barnelegeforening, 2020). Det er ofte et grunnleggende svikt fra noen barnet har tillit til og er avhengig av. For at barnet skal engasjere seg i den seksuelle aktiviteten kan det bli presset i form av belønning eller trusler. Lek blir ofte brukt som en forførelse inn i den seksuelle overgrep situasjonen, og først når barnet forstår at det er en "hemmelig lek" kan det fatte mistanke om at noe ikke stemmer. Sårbarhet, skyldfølelse, trusler og bestikkelser kan tvinge barnet til taushet (Killén, 2015, s. 61-64).

2.3 Risikofaktorer for omsorgssvikt

Barndommen varer i generasjoner og foreldrenes oppvekst kan påvirke foreldrerollen og omsorgen som gis. Store belastninger i oppveksten er en risikofaktor som kan gi utfordringer med å gi adekvat omsorg til egne barn (Killén, 2015, s. 174).

Norsk barnelegeforening (2000) understreker at det er økt risiko for omsorgssvikt hos barn der foresatte:

- har en alvorlig psykisk lidelse eller rusavhengighet
- utøver voldelige/kriminelle handlinger
- har reduserte kognitive evner eller
- har betydelige samlivsproblemer, økonomiske vansker eller andre store belastninger som gir et høyere stress- og konfliktnivå samt redusert omsorgskapasitet, og/eller

- isolerer seg sosialt eller mangler sosialt nettverk, for eksempel ved hyppige flyttinger (Norsk barnelegeforening, 2020).

Hos barn og unge er det økt risiko hos de:

- med økt omsorgsbehov, som kan skyldes at de i liten grad responderer på tradisjonelle former for barneoppdragelse som følge av for eksempel psykiske lidelser, rus, psykisk utviklingshemming og nedsatt funksjonsevne
- har svekket evne og/eller mulighet til å forstå og kommunisere
- som er i kontakt med flere omsorgsgivere i institusjon og/eller fosterhjem (Norsk barnelegeforening, 2020).

Sykepleiere må være oppmerksom på risikofaktorer og tegn som gir grunn til mistanke og bekymring for alle typer vold og overgrep mot barn. Dette kan forekomme i alle familier og ramme barn i alle aldre. Det er flere forskjellige typer skader og symptomer. I situasjoner hvor man møter et skadet barn med en sykehistorie som ikke stemmer overens med type skade og omfang, er det grunn til å rette mistanke og bekymring. Uvanlige skader og uttrykk kan imidlertid forekomme ved uhell og sykdom, og ingen symptomer eller skadetyper er sikre tegn. Mistanken skal bygges på et samspill av symptomer, skadetyper, sykehistorie og det kliniske helhetsbildet (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018).

Som sykepleier på sykehus er sannsynligheten for å komme borti tilfeller av omsorgssvikt stor, særlig på avdelinger som behandler barn. På voksenavdelingen vil mange pasienter befinne seg i utfordrende livssituasjoner som kan påvirke omsorgen som gis. Det er derfor viktig at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap om temaet, og at sykehuset har en prosedyre for hvordan dette håndteres (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018).

2.4 Konsekvenser og øvrige tegn på omsorgssvikt

For å kunne gjenkjenne atypisk utvikling hos barn må sykepleiere raskt kunne identifisere hva som er normal eller forventet utvikling i de ulike aldersfasene. Selv om det ikke finnes noen fasit på et barns utvikling har Bufdir (2021a) laget en oversikt over hvordan utviklingen

kan forventes å utarte seg. Gode omsorgspersoner og et godt oppvekstmiljø som gir respons på barnets stimuli er avgjørende faktorer for en normal utvikling (Bufdir, 2021a).

Konsekvensene av omsorgssvikt kan ifølge Stine Sofies stiftelse (u.å.) bli større desto yngre barnet er. Et barn er mest sårbar for vold og overgrep i sine første 1000 dager, og omsorgssvikt i denne perioden kan påvirke barnets utvikling av grunnleggende funksjoner som aktivering, affektregulering, kognitiv utvikling, motorisk og kroppslig utvikling, i tillegg til utrygg tilknytning. Dette kan resultere i psykososiale problemer senere i livet, og kan påføre barnet konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker, kognitiv utvikling og skolefaglige problemer (Stine Sofies Stiftelse, u.å.). I tillegg kan det gi relasjonelle problemer som kan medføre forstyrrelser i barnets opplevelse av trygghet og tillit til både seg selv og andre. Selv om barnet er mest sårbart i sine første tre leveår, vil de fortsatt være sårbar for ytre påkjenninger i årene etter. Mange sliter med angst og depresjon, hodepine, kvalme og kroppssmerter. Det ses også et høyere sykefravær, problemer med søvn og redusert livskvalitet sammenlignet med barn som ikke har vært utsatt for omsorgssvikt. Det gir også økt risiko for å utvikle angst, depresjon og/eller posttraumatisk stresslidelse i voksen alder (Redd Barna, u.å.). Ifølge Norsk barnelegeforening (2020) øker også risikoen for å bli utsatt vold og overgrep fra andre jevnaldrende og voksne. De blir hyppigere innlagt på sykehus og rammes oftere av ulykker, akutte infeksjoner eller forverring av kroniske sykdommer.

Det kan være vanskelig å oppdage at et barn blir utsatt for omsorgssvikt. Ingen barn er like, og alle kan reagere på ulike måter. Som oftest er det flere faktorer som spiller inn. Likevel finnes det noen tegn det bør rettes ekstra oppmerksomhet rundt. Dette gjelder for eksempel manglende tilsyn, usunt eller mangelfullt kosthold (over- eller undervekt), mangelfull hygiene, dårlig tannhelse, uegnet påkledning, dårlig stell og pleie over tid, store bleieutslett, ubehandlet infeksjoner, manglende oppfølging av nødvendig medisinsk behandling og helsetjenester og manglende sosial kontroll. Det er også bekymringsverdig om et barn uten noen naturlig forklaring viser tegn til tristhet, mimikkmangel, konsentrasjonsvansker, har ufrivillig vannlating og avføring, er motorisk urolig eller sliter med angst eller følelsesmessig ustabilitet. Andre tegn kan være bortfall av tidligere ferdigheter, ekstremt god tilpasningsevne og at barnet er uvanlig fokusert på foreldrene i forhold til alder og utvikling (Bufdir, 2018). Barn kan ha diffuse psykosomatiske plager og klage over hodepine og

magesmerter. Sykepleiere må ha i bakhode at dette kan skyldes omsorgssvikt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 37).

2.5 Pasientsikkerhet

Barn har en lovfestet nasjonal og internasjonal rett til å vokse opp i et fritt miljø, der barnets helse, oppvekst og utvikling beskyttes. FN har utarbeidet en internasjonal avtale som skal sikre barnas rettigheter, kalt *Barnekonvensjonen* (Unicef, u.å). Dette er ifølge regjeringen barnas grunnlov, som skal sikre alle barn en trygg og god oppvekst, uavhengig av hvem man er og hvor man bor. Konvensjonen har vært en del av norsk lov siden 2003, og går foran andre norske lover om de står mot hverandre (Regjeringen, 2020). Av denne konvensjonen vil jeg trekke frem artikkel 19 som gir generelle retningslinjer for barnas rett til beskyttelse mot omsorgssvikt:

1. Partene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å beskytte barnet 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, verge(r) eller eventuell annen person har omsorgen for barnet. (Menneskerettsloven, 1999).
2. Slike beskyttelsestiltak bør omfatte effektive prosedyrer for utforming av sosiale programmer som yter nødvendig støtte til barnet og til dem som har omsorgen for barnet, samt andre former for forebygging, påpeking, rapportering, viderehenvisning, undersøkelse, behandling og oppfølging av tilfeller av barnemishandling som tidligere beskrevet og, om nødvendig, for rettslig oppfølging. (Menneskerettsloven, 1999).

I Norge finnes det også en barnelov som skal beskytte barnas oppvekstvilkår. Den skal sørge for at barn møtes med trygghet, omsorg og kjærlighet, og at de som befinner seg i omgivelser som kan være skadelig for egen helse og utvikling får den hjelpen de har krav på til rett tid (Barnevernloven, 1992).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Sitert i Dalland, 2021, s. 53).

3.2 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven skal problemstillingen besvares gjennom et litteraturstudie. Det vil si at jeg henter data fra allerede eksisterende fagkunnskap, forskning og teori, for deretter å drøfte litteraturen opp mot hverandre. Det vil være en fordel å starte med å sette seg inn i temaet en ønsker å undersøke på forhånd for å få en bedre oversikt over litteraturen som finnes innenfor valgt temaområde (Dalland, 2021, s. 199-206). Hvilken data man ser etter avhenger av hva man ønsker å finne ut av i oppgaven. Jeg vil derfor se etter data som omhandler omsorgssvikt og sykepleierens rolle angående dette.

3.3 Litteratursøk

Litteraturen som er brukt er hentet fra fagbøker, fag- og forskningsartikler, ulike tidsskrifter, nettsider og lovverk. Jeg startet med å gjøre innledende søk i ulike kilder som PubMed og andre sykepleiefaglige tidsskrifter og nettsider. På den måten fikk jeg tidlig et overblikk over hvilken litteratur som eksisterte på valgt temaområde og kom over interessante artikler. Videre utførte jeg manuelle søk ved å lese referanselisten til artiklene som introduserte meg til flere gode kilder. For å holde oversikt noterte jeg aktuelle artikler, nettsider og søkeord underveis. Dette gjorde det lettere å foreta det systematiske søket, som ifølge Thidemann (2019, s. 82) kjennetegnes av at det er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart. Jeg anvendte systematisk søk for å finne relevant forskningslitteratur som kunne besvare problemstillingen, og søkte i ulike databaser som Pubmed og Cinahl. Disse databasene var oversiktlige og enkel i bruk, samtidig som de inneholder artikler som er publisert i sykepleiefaglig eller medisinske tidsskrifter. I tillegg inneholder de vitenskapelige artikler verden over som gjør det mulig å identifisere og sammenligne problemområdet med ulike land. For å utvide søket ytterligere og dekke et større forskningsområde testet jeg flere

databaser, deriblant SveMed+. For å se etter aktuelle veiledere og lovverk, og for å identifisere problemområdet her i landet søkte jeg også i helsepersonellens nasjonale elektroniske bibliotek, helsebiblioteket. Her finnes gratis tilgang til oppslagsverk, retningslinjer og veiledere, fagprosedyrer, oppsummert forskning, tidsskrifter, samt lover og regler som gjelder for helsepersonell (Thidemann, 2019, 85).

PICO er et godt hjelpemiddel til å lage en presis og søkbar problemstilling som gjør det enklere å finne relevant forskning (Thidemann, 2019, 82). Ved å anvende dette rammeverket ble det lettere å konkretisere søkene og navigere i de ulike databasene. For å undersøke om artiklene var relevant startet jeg med å se hvilke titler som inneholdt nøkkelord som samsvarte med valgt tema. Deretter leste jeg abstraktet, og gjorde en vurdering på om dette kunne belyse problemstillingen. Videre sorterte jeg interessante artikler i søketabeller for å holde oversikt og lettere kunne ta en avgjørelse på hvilke artikler som samsvarte best med det jeg ønsket svar på.

I søkeprosessen prøvde jeg meg frem med ulike søkeord. Det ble brukt emneord fra databasene og Medical Subject Headings (MeSH), i tillegg til tekstord. Videre brukte jeg de boolske operatorene AND og OR, der sistnevnte bidrar til å utvide søket og gi flere treff. På noen ord brukte jeg også trunkering for å få med alle bøyningene, for eksempel nurse: "nursing", "nurse", "nurses" og "nursed". Jeg har brukt søkeord som "Child Abuse", "Screening", "Hospital", "Emergency Department", "Parental characteristics", "Child maltreatment", "Nursing", "Nurses role", "Mandatory reporting" og "Reporting". Ordet *Child abuse* ga treff som inkluderte både overgrep, omsorgssvikt og mishandling, som var av stor interesse. For å inkludere flere begrep kombinerte jeg *Child abuse* med *Child maltreatment*. Ved å kombinere *Child abuse* med blant annet *Hospital*, *Emergency department* og *Nurse's role* fant jeg artikler som inkluderte sykepleiere og/eller sykehus som var relevant for min problemstilling. For å avgrense søkene ytterligere valgte jeg en artikkel publisert på siste ti år så funnene var av nyere forskning. Søkene ble foretatt mellom 1. mars og 14. april, og er presentert i tabell 1 "søketabell".

Forskningsetikk handler ifølge Dalland (2021, s. 168) om å ivareta personvernet til de som deltar i forskning og sørge for at de ikke påføres skade eller unødvendige belastninger.

Oppgavens metode er litteraturstudie og jeg har derfor ikke utført intervjuer eller innhentet persondata på egenhånd. Gjennom søkeprosessen og datainnsamlingen har jeg likevel holdt meg kritisk til artiklene og gjort etiske overveielser.

3.4 Søkeprosessen

Tabell 1 - søketabell

Database	Søkeord	Treff	Utvalgte artikler
PubMed	“Child Abuse” AND “Screening”	5899	
	“Child Abuse” AND “Screening” AND “Hospital”	2537	
	“Child Abuse” AND “Screening” AND “Hospital” AND “Emergency Department”	509	<u>“Recognition of child maltreatment in emergency departments in Europe: Should we do better?” (Hoedeman et al., 2021).</u>
	“Child Abuse” AND “Screening” AND “Hospital” AND “Emergency Department” AND “Parental characteristics”	<u>22</u>	<u>“A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment” (Diderich et al., 2013).</u>

PubMed	“Child abuse” AND “Child maltreatment” AND “Emergency Department” AND “Screening”	<u>64</u>	<u>“Potential Child Abuse Screening in Emergency Department; a Diagnostic Accuracy Study” (Dinpanah & Pasha, 2017).</u>
Cinahl	“Child abuse” AND “Reporting” AND “Hospital”	<u>77</u>	<u>“A survey on the perception and attitude change of first-line healthcare providers after child abuse education in South Korea: A pilot study” (Peak et al., 2019).</u>
Cinahl	“Child abuse” OR “Child maltreatment” AND “Nurses role” AND “Nurs*”	<u>80</u>	<u>“Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe” (Lines et al., 2017)</u>
SveMed+	“Child abuse” AND “Nurse”	24	Ingen utvalgte forskningsartikler

3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 2 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Publikasjon innenfor 2012-2022 - Sykehus - Fagfellevurdert forskningsartikler - Sykepleiefaglig relevans 	<ul style="list-style-type: none"> - Publikasjoner før 2012 - Kommunehelsetjeneste - Ikke fagfellevurdert forskningsartikler - Ikke sykepleiefaglig relevans

3.6 Kildekritikk

Ifølge Dalland (2021, s. 152) innebærer kildekritikk en vurdering og karakterisering av den litteraturen som er brukt. Leseren skal få et innblikk i anvendte kriterier og refleksjoner angående litteraturens relevans og gyldighet som skal belyse oppgavens problemstilling.

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke 5 forskningsartikler som tar for seg problemstillingen fra ulike aspekter. For å foreta en kritisk vurdering av forskningslitteraturen har jeg brukt sjekklister fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). De inkluderte artiklene har alle et sykepleiefaglig perspektiv og er hentet fra anerkjente databaser. I tillegg er de fagfellevurdert, som vil si at minst to eksperter innenfor fagområdet har kvalitetsvurdert og godkjent artiklene, noe som gjør de mer pålitelige (Thidemann, 2019, 67). Alle er innenfor en tidsramme på 10 år, der den eldste ble publisert i 2012 og den nyeste i 2021. Selv om jeg anser dette som relativt ny forskning, er jeg klar over at resultatene kunne vært annerledes dersom de hadde blitt gjennomført i dag. Ettersom de er fra ulike land og skrevet på engelsk kan det ha oppstått misforståelser og/eller feiltolkninger i arbeidet med oversettelse. Det kan også være forskjeller i helsevesenets oppbygning i ulike land, og forskjeller i kultur, begrep, regelverk og prosedyrer kan påvirke sykepleieres kunnskap, holdninger og handlinger.

Barnemishandling, overgrep og omsorgssvikt er ulike typer vold som kan overlappe hverandre. I litteraturen brukes ofte barnemishandling som en felles betegnelse på alle komponenter som tidligere vist i verdens helseorganisasjon sin definisjon. Av den grunn har jeg valgt å benytte søkeord som i oversatt betydning betyr barnemishandling, deriblant "Child Abuse".

Av litteraturen som er anvendt er mye innenfor en ramme på 5 år, noe jeg anser som oppdatert og aktuell kunnskap. Bortsett fra lovdata, utdatert rammeplan og Klettes bok er unntakene innenfor en tidsramme på 10 år. Selv om boken "Hvem ser barnet" (Klette, 1998) er 24 år gammel finner jeg innholdet like relevant i dag, og jeg har ikke funnet noen bøker som kan erstatte denne. Jeg har også anvendt John Bowlby's tilknytningsteori fra denne boken som derfor kan bære preg av Klettes forståelse og tolkninger.

4.0 Resultat og funn

Under presenteres en kort oversiktstabell (tabell 3) av forskningsartiklene og deres funn.

Forfatter og utgivelsesår	Land	Hensikt	Metode	Resultat
Diderich et al., 2013	Nederland	Formålet med denne studien er å vurdere om en protokoll for screening av voksne som møter til akuttmottaket kan identifisere barn med høy risiko for mishandling.	Studien brukte et kvasiekperimentelt pretest-posttest design med en ikke randomisert kontrollgruppe. Akuttmottakets spesialist spurte om pasientene som oppfylte kriteriene var ansvarlige for mindreårige barn.	Den anvendte Haag-protokollen med fokus på foreldrekarakteristikk hos voksne som besøker akuttmottaket hadde en høy positiv prediktiv verdi. Etter innføring av denne protokollen ble det en betydelig økning i antall henvisninger om barnemishandling utført av akuttmottaket, og barnemishandling ble bekreftet i 91% av tilfellene.
Hoedeman et al., 2021	Europeiske land	Hensikten med denne studien er å evaluere de ulike retningslinjene for å anerkjenne barnemishandling i akuttmottak i Europa og se etter forbedringsområder.	Spørreundersøkelse som tar sikte på metoder som blir brukt for å gjenkjenne barnemishandling. En oppsummerende poengsum basert på NICE-retningslinjen ble beregnet.	De fleste akuttmottak i Europa er ikke tilstrekkelig rustet til å gjenkjenne mishandling av barn, og mangler standard prosedyrer eller strategier for å avdekke mishandling. Samtidig er det mindre bevissthet om anerkjennelse av foreldreegenskaper enn om barns egenskaper.

Paek et al., 2019	Sør-Korea	Studiens formål var å evaluere effektiviteten av et utdanningsprogram som hadde som hensikt å øke helsepersonellets kunnskaper om mishandling av barn.	Tverrsnittstudie. Spørreundersøkelse av helsepersonell for evaluering av et utdanningsprogram før og etter et deltagelse.	Helsepersonellet fikk økt kunnskap om barnemishandling og varslingssystemet etter å ha deltatt på opplæringsprogrammet. Kunnskapen stagnerte noe etter 3 måneder. Etter sykepleierne hadde deltatt på opplæringsprogrammet økte antall mistenkte tilfeller av barnemishandlingssaker med 80%.
Lines et al., 2017	Australia	Hensikten var å identifisere sykepleiernes rolle og erfaringer med å holde barn trygge.	Systematisk litteraturgjennomgang der 60 studier fra 16 ulike land er inkludert.	Mange sykepleiere følte de hadde utilstrekkelig og manglende kunnskap om omsorgssvikt til å kunne identifisere og iverksette nødvendige tiltak. Bekreftelse fra kollegaer var viktig. Flere følte de straffet omsorgspersonene ved å varsle om omsorgssvikt og mange var redd for å ødelegge forholdet til familien.
Dinpanah & Pasha, 2017	Iran	Studiens hensikt var å evaluere nøyaktigheten av et screeningprogram brukt for å avdekke mishandling og overgrep hos barn på akuttmottak.	6120 barn under 16 år innlagt på akuttmedisinsk avdeling ble undersøkt. Det ble tatt prøver av barna ved innleggelse og sykepleiere gjennomgikk en sjekklister angående barnets skade og sykehistorie.	Kurs og sjekklister kan gjøre det lettere for sykepleiere og akuttmedisinsk personell å evaluere pasienter ved innleggelser. Det kan bidra til et større fokus på risikofaktorer, og at flere tilfeller av barnemishandling oppdages. Ved hjelp av en sjekklister ble det rettet mistanke mot 137 barn i denne undersøkelsen. Etter grundigere undersøkelser viste det seg at 35 av barna var utsatt for mishandling.

Tabell 3 - Resultatmatrise

4.1 A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment

I denne studien ønsket Diderich et al. (2013) å undersøke om Haag-protokollen kan bidra til å avdekke barnemishandling. Protokollen tar sikte på å identifisere høy risiko foreldre som besøker voksenavdelingen på akuttmottaket. Økt bevissthet om dette kan føre til at flere barn oppdages selv når de ikke er til stede. Protokollen ble brukt for å kartlegge årsaken til oppsøkt medisinsk hjelp og den medisinske diagnosen. Det ble også etterspurt om pasienten hadde ansvar for mindreårige barn. Hadde den det ble det fylt ut et skjema som ble sendt til et rapporteringssenter for barnemishandling og omsorgssvikt (RCCAN). Å avdekke barnemishandling kun på grunnlag av barnets egenskaper fører til at mange barn ikke blir oppdaget. Målet med protokollen er å oppdage og stanse barnemishandling, samt gi familien den støtten de har behov for.

Studien foregikk ved 9 akuttmottak i Nederland og det ble utført en før- og etter studie for å kunne sammenligne resultatene. Resultatene viser at akuttmottakene som anvendte Haag-protokollen fikk en betydelig økning i antall henviste saker, der barnemishandling ble bekreftet i 91% av tilfellene. I kontroll regionene var antall henvisninger nesten uendret. Tre fjerdedeler av barna som ble henvist var ukjent for RCCAN, og flertallet av familiene hadde ikke tidligere mottatt hjelp og støtte. Protokollen har en svært høy positiv prediktiv verdi som kan bidra til at flere barn oppdages og at foreldre får hjelp til å løse sine spesifikke problemer, som igjen kan bidra til å stoppe og forhindre barnemishandling.

4.2 Recognition of child maltreatment in emergency departments in Europe: Should we do better?

Hoedeman et al. (2021) utførte en kvantitativ studie for å se etter forbedringsområder ved å evaluere de ulike retningslinjene for å anerkjenne barnemishandling på ulike akuttmottak i Europa. Undersøkelsen hadde søkelys på screeningmetoder, foreldres risikofaktorer, opplæring og sykehuspolitikk. Resultatet av studiet baserer seg på 185 fullførte undersøkelser, der 148 sykehus fra 29 europeiske land er representert.

En fjerdedel av de responderende sykehusene brukte et screeningverktøy for å signalisere mishandling av barn. Av sykehusene som brukte et screeningverktøy, brukte 48,1% det for alle barn, mens 46,2% brukte det kun for mistenkte tilfeller av barnemishandling. Halvparten av respondentene erklærte at de hadde en standardisert policy eller retningslinjer for anerkjennelse av barnemishandling basert på barnets egenskaper, men 42,2% fulgte ingen opplæring basert på barnets egenskaper. Behovet for mer opplæring ble ansett som nødvendig av mer enn to tredjedeler av respondentene. Mindre enn en tredjedel av respondentene oppga at sykehusene de jobbet på brukte retningslinjer for å oppdage barnemishandling som inkluderte foreldrenes risikofaktorer. Flertallet av respondentene fulgte heller ingen opplæring om disse foreldrekaraktistikkene.

Denne undersøkelsen får frem at de fleste sykehus i Europa (51,9%) ikke er tilstrekkelig rustet til å gjenkjenne barnemishandling på akuttmottakene. De fleste europeiske sykehus har ikke noen standardprosedyrer eller strategier. Bevisstheten om anerkjennelse av barns egenskaper er større enn anerkjennelse av foreldreegenskaper, og de fleste har ingen retningslinjer eller opplæring angående dette. Studien viser at det er avgjørende med både screening av barns egenskaper og vurdering av foreldre risikofaktorer hos voksne som tar seg av barn for å anerkjenne barnemishandling på akuttmottak.

4.3 A survey on the perception and attitude change of first-line healthcare providers after child abuse education in South Korea: A pilot study

I denne kvantitative studien som ble gjennomført i Sør-Korea ønsket Paek et al. (2019) å evaluere effektiviteten av et utdanningsprogram om barnemishandling og rapporteringsmetoder. For å kartlegge og måle effekten av kompetansehevingen, ble det gjennomført en spørreundersøkelse både før og etter undervisningen. I tillegg ble samme skjema fylt ut 3 måneder senere. Totalt 409 sykepleierne deltok i studiet. For å fremstille resultatet ble det brukt en poengskala fra 0-10.

Umiddelbart etter programmet hadde de fleste en signifikant økning, med en liten nedgang etter 3 måneder. Oppfatningen av mistenkte symptomer på barnemishandling økte fra 5,28

til 8,03. Det samme skjedde med tilliten til å rapportere om overgrep. Kunnskapen om rapporteringsmetoder og lovverk økte betraktelig. Den sank derimot etter 3 måneder. Etter implementering av programmet ble oppfatningen om at opplæring er nødvendig forbedret, og tilfredsheten med programmet var størst rett etter programmet var avsluttet. De fleste mente at en årlig forsterkning av denne kunnskapen var tilstrekkelig.

Utdanningsprogrammet førte til en økning på 82 % i rapporterte tilfeller om overgrep. Til sammenligning var det kun en økning på 34 % i de byene der helsepersonell ikke hadde samme opplæring.

4.4 Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe

Formålet til denne australske systematiske litteraturgjennomgangen til Lines et al. (2017) var å identifisere sykepleiernes rolle og erfaringer med å få barn til å føle seg trygge.

Hovedfunnene i studiet er spesifisert til å omhandle utilstrekkelig og manglende kunnskap, behov for validering og forbedret kommunikasjon, og til slutt et ønske om støtte. For lite kunnskap var en barriere til å identifisere omsorgssvikt. Manglende eller for lite informasjon om rapporteringskrav og rapporteringsprosedyrer gjorde beslutningene vanskeligere. Ifølge denne studien er sykepleierne bevisste på sitt juridiske og etiske ansvar til å melde ifra om omsorgssvikt, men underrapportering kan skyldes mangel på kunnskap, holdning og ferdigheter når beslutningen skal tas. Mange var redd for å ta feil og levere en rapport som var ubegrunnet. I de tilfellene de var usikre drøftet de situasjonen med kollegaene og ønsket bekreftelse på sine bekymringer. Å bygge tillit og skape gode relasjoner til familien ble ansett som svært verdifullt for en sykepleier. Mange sykepleiere var redd for å ødelegge denne tilliten ved å rapportere om omsorgssvikt og overvåke familien. For mange opplevdes rapportering som å straffe omsorgspersonene. Negative konsekvenser som trusler eller tanken på å måtte avlegge bevis i retten gjorde det også vanskelig å rapportere om overgrep.

4.5 Potential Child Abuse Screening in Emergency Department; a Diagnostic Accuracy Study

I denne diagnostiske nøyaktighetsstudien ønsket Dinpanah & Pasha (2017) å evaluere nøyaktigheten til et Escape- instrumentet som ble brukt i triage av risikotilfeller av barnemishandling i perioden 2011-2014. 6120 barn under 16 år innlagt på akuttmottak i Iran ble undersøkt. Ved innleggelse ble et Escape-spørreskjema gjennomgått av en sykepleier. Spørsmålene ble stilt direkte til barnet eller barnets verge. Sjekklister skulle avdekke om skadene samsvarte med historien, om skadene var gamle eller nye og om det var signaler som gjorde at man tvilte på barnets sikkerhet eller andre familiemedlemmer. Dersom resultatet ble et eller flere unormale svar ble dette vurdert som positivt resultat. Barnet ble da sendt videre til undersøkelse av et barnemishandlingsteam. Av 6120 barn som ble screenet var 137 barn mistenkt for å være utsatt for barnemishandling. Etter gjennomført screening bekreftet barnemishandlingsteamet at 35 barn var reelle ofre for barnemishandling. Å finne et verktøy som kan skille ut barna som blir utsatt for overgrep med høy grad av nøyaktighet er av stor interesse for et akuttmottak. Studiet konkluderte med at Escape er et egnet screeningsverktøy til å oppdage barnemishandling på akuttmottak, og har en nøyaktighetsgrad på 99,2 %.

Jeg har gjort en tematisk analyse av funnene i de inkluderte artiklene som jeg har delt inn i tre hovedtema (tabell 4).

Forfatter	Tematiske funn		
	Sykepleierens kunnskapsnivå	Verktøy og retningslinjer	Sykepleierens utfordringer og følelsesmessige barrierer
Diderich et al., 2013		Ved å bruke Haag-protokollen som identifiserer høyrisikoforeldre ble det en betydelig økning i antall	

		<p>henviste saker.</p> <p>Barnemishandling ble bekreftet i 91% av tilfellene, der ¾ av barna var ukjent for systemet.</p>	
Hoedeman et al., 2021	<p>Funnene viser at de inkluderte sykepleierne hadde mindre bevissthet om anerkjennelse av foreldreegenskaper enn om barnets egenskaper. De fleste hadde hverken opplæring eller retningslinjer angående dette. Over 70% oppga behov for mer opplæring.</p>	<p>Retningslinjer og prosedyrer angående barnemishandling var en mangelvare på de fleste europeiske sykehus.</p>	
Paek et al., 2019	<p>Etter å ha deltatt i utdanningsprogrammet økte kunnskapsnivået om barnemishandling og viljen til å varsle. Etter 3 måneder ble kunnskapsnivå noe lavere.</p>		
Lines et al., 2017	<p>Funn fra studien viser at de inkluderte sykepleierne ifølge forfatterne mangler kunnskap om barnemishandling og omsorgssvikt, samt hvordan de skulle rapportere om mistenkte tilfeller.</p>	<p>Studiens funn viser at flere av sykepleierne var usikre på hvor de fant tilgang til relevant informasjon om rapporteringskrav- og prosedyrer. Sykehusets retningslinjer var for vage og lite hjelpsomme.</p>	<p>Ifølge forfatterne var flere sykepleiere redd for å ødelegge tilliten og forholdet til familien ved å varsle, og flere følte de straffet i stedet for å hjelpe. I tillegg manglet de tiltro til egne vurderinger og støtte fra kollegaer var viktig.</p>

Dinpanah & Pasha, 2017		Studiet konkluderte med at Escape er et egnet screeningsverktøy til å oppdage barnemishandling på akuttmottak, og har en nøyaktighetsgrad på 99,2 %.	
------------------------	--	--	--

Tabell 4 - Analysematrise

5.0 Diskusjon

Ut fra funnene i forskningsartiklene og annen relevant litteratur skal jeg nå drøfte hvordan sykepleiere på akuttmottak kan avdekke omsorgssvikt. For å gi kapittelet en god oversikt og struktur har jeg valgt ut tre hovedtema: Sykepleierens kunnskapsnivå, verktøy og retningslinjer, og sykepleierens utfordringer og barrierer.

5.1 Sykepleierens kunnskapsnivå

Et av de viktigste yrkene i samfunnet er sykepleie, og utdanningens mål er å utdanne selvstendige sykepleiere med en bevisst og reflektert holdning (Kristoffersen et al., 2016, s. 15). Sykepleiere har et faglig, juridisk og moralsk ansvar overfor barn som utsettes for omsorgssvikt. I artikkelen "Hvorfor overser vi barnemishandling?" hevder forfatterne at det er for lite undervisning om omsorgssvikt i helseutdanningene i Norge og slike alvorlige tilfeller kan derfor overses (Halvorsen et al., 2013). Behovet for mer kunnskap ble beskrevet allerede i 1998 (Klette, 1998, s. 24), likevel har omsorgssvikt lenge vært ekskludert fra rammeplanen til sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008). Først i nyere tid har dette fått en plass i læringsutbytte som ble gjeldende fra studieåret 2020-2021. Den inkluderer blant annet å kunne identifisere, følge opp, sette inn nødvendige tiltak og behandling, og å kunne samtale med barn om omsorgssvikt (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningen, 2017, § 2). Det kan stilles spørsmål om hvorfor et så omfattende tema med så store og alvorlige konsekvenser både på individ- og samfunnsnivå

ikke har et større fokus i utdanningen. Særlig med tanke på at sykepleiere stadig møter barn og familier i sårbare situasjoner og er i en ideell posisjon til å avdekke slike tilfeller. At dette skulle ta over 20 år er bekymringsverdig og jeg vil tro at flere tilfeller kunne vært avdekket dersom det var en del av rammeplanen tidligere. Samtidig gir det et håp om at flere barn kan oppdages ved at sykepleiere får nødvendig kompetanse.

I flere av de inkluderte artiklene var manglende kunnskap et gjentakende problem (Lines et al., 2017, Paek et al., 2019 & Hoedeman et al., 2021). Kunnskap danner grunnlag for valg og avgjørelser, og manglende kunnskap påvirker sykepleiernes handlinger. Dette samsvarer med den systematiske studien til Lines et al. (2017) hvor det fremkommer at utilstrekkelig kunnskap om omsorgssvikt var barriere for å identifisere og reagere på slike tilfeller. I barneombudets rapport "Hadde vi fått hjelp tidligere, hadde alt vært annerledes" presenteres unge og barns egne historier. Flere barn meddeler at de har forsøkt å fortelle om hva som foregår hjemme uten å bli tatt på alvor. Noen forteller om hvordan det oppleves å bli sviktet to ganger, først av omsorgspersonene og deretter helsevesenet. Tilfeller som kunne blitt oppdaget ble aldri fanget opp (Barneombudet, 2018). Selv om manglende kunnskap er en faktor til at omsorgssvikt ikke avdekkes, vil trolig emosjonelle utfordringer også være av betydning. Sykepleiere trenger derfor moralsk kompetanse om den følelsesmessige belastningen det er å ivareta disse barna (Killén, 2015, s. 94). Ordtaket "Du ser det ikke før du tror det" indikerer at sykepleiere må våge å tenke tanken for at tilfeller skal avdekkes. Det kan være lett å lukke øynene og ta avstand ved å benytte ulike psykologiske mekanismer. Men ved at ingen tar ansvar kan barna gå under radaren og problemene og den negative utvikling kan få satt seg.

Studien til Paek et al. (2019) fremhever at opplæring i ulike typer barnemishandling gjør sykepleiere bedre rustet til å håndtere slike saker og at kunnskap må vedlikeholdes. Opplæring i symptomer, konsekvenser og risikofaktorer kan styrke sykepleiernes evne til å utføre gode kliniske observasjoner (Kristoffersen, 2016, s. 156-157). I tillegg kan observasjoner av barnets tilknytningsatferd og samspill med omsorgspersoner gi viktige opplysninger og styrke eventuell mistanke. Særlig hvis omsorgspersonen oppsøker helsehjelp sent, nekter barnet å prate med helsepersonell alene eller er uvanlig oppfarende og truende (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018c). Barn trenger å

bli ivaretatt av helsepersonell som våger å snakke med de om vanskelige tema. Mange sykepleiere kvir seg for dette og er redd for å gjøre feil, andre tenker de skåner barna ved å tie. Skaden kan imidlertid bli større dersom en unnlater å prate om det (Helmers, 2022). Selv om det kan være utfordrende å opprette tillitsforhold til barn bør en anstrenge seg for å oppnå dette. Sykepleiere som er imøtekommende, snakker vennlig og som tør å bli følelsesmessig berørt og involvert er avgjørende for at barn skal åpne seg (Grønseth & Markestad, 2017, s. 98). Gode journaler med funn, symptomer sykehistorie vil være av stor betydning. Kåre Svang fra Kripos understreker at barn som utsettes for mishandling ofte har mye kontakt med helsevesenet før de oppdages (Hofstad, 2019), eldre journaler kan derfor styrke mistanke ved innleggelser.

Mange barn vokser opp under risikable forhold med rus, vold og alvorlig psykisk sykdom (Kristoffersen et al., 2016, s. 202). I det som skulle vært barnas tryggeste base opplever tusenvis å konstant være redd og utrygg (Barneombudet, 2018). Helsepersonell har et særlig ansvar overfor disse barna. For tolv år siden ble det lovpålagt å kartlegge om voksne pasienter har omsorg for barn under 18 år og sikre barnet nødvendig informasjon og oppfølging ved behov (Helsepersonelloven, 1999, § 10-a). Likevel er oppfølgingen for dårlig og barna blir ofte overlatt til seg selv (Bergem, 2022). Studien til Diderich et al. (2013) understreker at flere barn kan oppdages ved at sykepleiere på akuttmottak har kunnskap om foreldres risikofaktorer, da personer med slike problemer ofte trenger medisinsk behandling (Diderich et al., 2013). Funn fra studien til Hoedeman et al. (2021) viser imidlertid at helsepersonell i Europa har mindre bevissthet om foreldreegenskaper enn barnets egenskaper. Flertallet har hverken opplæring eller klare retningslinjer noe som er svært oppsiktsvekkende, da disse barna har 100 prosent større sjanse for å bli utsatt for negative hendelser i barndommen sammenliknet med andre barn. I tillegg er det en klar sammenheng mellom foresattes problemer og skadevirkninger hos barna (Hjelmseth & Aune, 2018). At ca. 250 000 barn bor under slike forhold gir derfor grunn til å tro at mange barn befinner seg i hjem som kan være skadelig for oppvekstmiljøet. Det er derfor av høy prioritet å oppdage disse barna og ikke la de gå under radaren. Helsepersonell må derfor være bevisst på den økte risikoen barn som pårørende utsettes for.

5.2 Verktøy og retningslinjer

4 av de inkluderte studiene viser til retningslinjer og verktøy (Diderich et al., 2013, Hoedeman et al., 2021, Lines et al., 2017 & Dinpanah & Pasha, 2017). En forsvarlig helsetjeneste krever et kvalitetssystem med gjeldende retningslinjer, prosedyrer, instruksjoner og normer. Ansatte må ha en oversikt over hvordan virksomheten er organisert, hvem som har ansvar for hva, hva som skal gjøres og hvordan (Kirkevold, 2016, s. 281). Studien til Hoedeman et al. (2021) fant imidlertid at retningslinjer og verktøy angående barnemishandling var en mangelvare ved de fleste europeiske sykehus. De fleste hadde ingen strategier eller standardprosedyrer for å lette anerkjennelsen av barnemishandling eller rutiner for hvordan en bekymring henvises videre. Dette strider både mot en forsvarlig helsetjeneste og barnekonvensjonen, der artikkel 19 inneholder generelle retningslinjer for barnas rett til beskyttelse mot dette (Menneskerettsloven, 1999).

I en undersøkelse fra sykepleien.no fremkommer det at informasjonen om retningslinjene bare når ut til et fåtall på arbeidsplassen og det kan være tilfeldig hvor mye den enkelte sykepleier kan om lovverk og anbefalinger. I tillegg er det store variasjoner i opplæring, der noen har deltatt på fagdager, kurs og innarbeidet rutiner mens andre har funnet frem til informasjon på eget initiativ ved hjelp av internett og andre kilder (Bergsagel, 2022). At det er variasjoner i hva den enkelte sykepleier kjenner til kommer også frem i studien til Hoedeman et al. (2021), der respondenter fra samme sykehus svarte ulikt på spørsmål angående tilgjengelighet av screeningverktøy, opplæring og retningslinjer. Lines et al. (2017) fant også i sin studie at mange sykepleiere var usikre på hvor de fant tilgang til informasjon om rapporteringskrav- og prosedyrer. Basert på disse funnene kan mye tyde på at mange er usikre på gjeldende retningslinjer, prosedyrer og verktøy, der det kan være tilfeldig hvor mye den enkelte sykepleier kan.

Selv om arbeidsgiver har et overordnet ansvar for å tilrettelegge forsvarlige helsetjenester, har den enkelte sykepleier et individuelt ansvar i å kjenne til gjeldende lover og retningslinjer, samt holde seg faglig oppdatert (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Ved hjelp av elektroniske verktøy for helsepersonell kan sykepleiere jevnlig oppdatere fagkunnskapen sin. Det er utarbeidet egne fagprosedyrer, håndbøker og veiledere for helsepersonell som

arbeider med barn som kan være nyttige, deriblant “Akuttveileder i pediatri” og “Barnemishandling - Håndbok for helsepersonell ved mistanke om fysisk mishandling (Helsebiblioteket, u.å.).

Usikkerhet og mangel på klare rammer i en travel hverdag gjør det utfordrende for sykepleiere å kartlegge barnas behov. I tillegg til tidspress er mange usikker på hvor mye tid som kan avsettes til kartleggingen (Hjelmseth & Aune, 2018). Å finne et verktøy med høy grad av nøyaktighet som kan skille ut barn som blir utsatt for overgrep er ifølge Dinpanah & Pasha (2017) av stor interesse for et akuttmottak. Protokollen til Diderich et al. (2013) som tar sikte på risikofaktorer hos foreldre som besøker akuttmottaket kan være et hjelpemiddel til å øke oppdagelsesraten av omsorgssvikt. Forfatterne hevder det ikke er nok å bare screene barn for fysisk omsorgssvikt, og påpeker at flere kan oppdages ved å undersøke årsak til oppsøkt hjelp og om pasienten har ansvar for mindreårige barn. Protokollen var enkel i bruk med klare retningslinjer og økte antall henvisninger fra akuttmottak betydelig. Barnemishandling ble bekreftet i 91% av tilfellene (Diderich et al, 2013). I Norge er det utarbeidet en sjekklister inspirert av denne protokollen, kalt Barn under radaren. Etter innføringen av sjekklister ble det sendt inn åtte ganger så mange bekymringsmeldinger (Helmers, 2021). Disse funnene kan sammen tyde på at et verktøy kan være til hjelp for å avdekke omsorgssvikt i en travel hverdag.

5.3 Sykepleierens utfordringer og barrierer

Som det fremkommer i helsepersonelloven er sykepleiere lovpålagt å varsle barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt (Helsepersonelloven, 1999, §33). Likevel velger flere å ikke melde bekymringen videre og det er et stort gap mellom antall barn som er utsatt for omsorgssvikt og antall barn som mottar tiltak fra barnevernet (Thorvaldsen & Kirchhoff, 2017). Opplysningsplikten krever kunnskap til å uttrykke en bekymring og et system til hvordan bekymringen skal vurderes og håndteres videre (Dolonen, 2017). Ettersom samtlige inkluderte artikler viser til manglende kunnskap eller retningslinjer er det kanskje ikke så rart at sykepleiere er usikre på dette området.

Ingen barn, tegn eller reaksjonsmønstre er like. Det kan derfor være utfordrende å vite når opplysningsplikten inntreffer. Ved vage symptomer havner mange sykepleiere ifølge studien til Lines et al. (2017) i et dilemma om å sikre barnets velvære og frykten for å ta feil, både med tanke på familien og personlige konsekvenser. I tillegg veier redselen for å ødelegge tilliten og forholdet til familien tungt. I artikkelen "Se tegnene på omsorgssvikt" uttrykker også sykepleiere frykt for å såre familien og motta klager eller rettslig forfølgelse (Thorvaldsen & Kirchhoff, 2017). Dette kan ses i sammenheng med funnene til Dinpanah & Pasha (2017) som evaluerte den diagnostiske nøyaktigheten til et Escape- instrumentet til triage av risikotilfeller av barnemishandling. Her ble 137 mistenkt for å være utsatt for barnemishandling mens 35 ble bekreftet å være reelle ofre. Selv om antall henvendelser til barnevernet økte, kan sykepleiere føle de ødelegger forholdet og tilliten til de 102 tilfellene som ikke ble bekreftet. Gruppesamtaler og debriefing med råd, støtte og veiledning fra kolleger kan være et godt tiltak for å lette situasjonen for sykepleiere (Larsen, 2020).

Barneombudet (2018) understreker viktigheten av å kunne tolke barns signal og være trygg på hva som skal gjøres i møte med barn som er utsatt for ulike overgrep. Men manglende kompetanse om omsorgssvikt og rapporteringskrav gjør mange sykepleiere usikre på egne vurderinger og beslutninger. Tross kjennskap til gjeldende lover og etiske plikter forteller sykepleiere i studien til Lines et al. (2017) om viktigheten av kollegastøtte i avgjørelser selv om magesfølelsen tyder på at noe er galt. Andre følte de måtte overbevise legen om at bekymringen deres var reell før handlinger kunne iverksettes (Lines et al., 2017).

Sykepleiere er i en ideell posisjon til å avdekke omsorgssvikt noe som medfører et stort ansvar, likevel kan manglende tiltro til egne vurderinger og hierarki påvirke handlingene. Dette kan trolig bli en stor følelsesmessig belastning der kollegastøtte kan gi en følelse av ansvarsfraskrivelse. Paek et al. (2019) fant derimot i sin studie at både kunnskapen, tilliten og viljen til å varsle økte etter å ha deltatt i et utdanningsprogram, der flesteparten mente det var behov for en årlig forsterkning. Dette samsvarer med studien til Hoedeman et al. (2021) som hevder at trening og e-læringsøvelser øker selvtilliten og kunnskapen til å oppdage og dermed stoppe barnemishandling. Sykepleierens handlingskompetanse og vilje til å melde fra vil derfor trolig øke i takt med opplæring og kunnskap på området. I tillegg er det grunn til å tro at terskelen for å melde en bekymring blir lavere nå som bekymringsmeldinger til barneverntjenesten kan sendes digitalt ved en nasjonal portal som

skal gi raskere og bedre hjelp til barna som trenger det (Barne- og familiedepartementet, 2020).

6.0 Konklusjon

Som det fremkommer i oppgaven kan det være lett å lukke øynene og ta avstand fra noe så sårt, men disse barna er avhengig av å bli sett. Sykepleiere er i en nøkkelposisjon til å avdekke omsorgssvikt og tidlig hjelp kan sikre god prognose. Forskning tyder på at sykepleiere etterlyser mer kunnskap når det gjelder omsorgssvikt mot barn. Forhåpentligvis kan kunnskapen økes ved at det nå blant annet inngår i rammeplanen for sykepleierutdanningen. Opplæring, tilstrekkelig og jevnlig oppdatert kunnskap, gode rutiner og tilgjengelig verktøy og retningslinjer på arbeidsplassen kan styrke sykepleiernes selvtillit og handlingskompetanse, og dermed bidra til å avdekke omsorgssvikt mot barn. Barndommen kommer ikke i reprise og sykepleiere kan bidra til at barna ikke går under radaren. Alle barn fortjener en god barndom og bli sett. Konsekvensene av omsorgssvikt er alvorlige og livslange. Hvilken fremtid de får i morgen vil være avhengig av behandlingen de får i dag.

Litteraturliste

Barneombudet. (2018). *Hadde vi fått hjelp tidligere hadde alt vært annerledes. Erfaringer fra barn og unge utsatt for vold og overgrep - 2018*. Hentet fra

<https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Hadde-vi-fatt-hjelp-tidligere-hadde-alt-vaert-annerledes.pdf>

Barne- og familiedepartementet. (2020, 17. april). *Ny digital portal for bekymringsmeldinger*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/bld/nyheter/2020/kan-du-varsle-barnevernet-digitalt/id2698021/>

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

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

Bergem, A. K. (2022). Barn som pårørende får ikke oppfølgingen de trenger. Hentet fra

[10.4220/Sykepleiens.2022.88379](https://www.sykepleien.no/2022/04/10.4220/Sykepleiens.2022.88379)

Bergsagel, I. (2022). Under halvparten har rutiner for å ivareta barn som er pårørende.

Hentet fra

<https://sykepleien.no/2022/04/under-halvparten-har-rutiner-ivareta-barn-som-er-pa-romende>

Bufdir. (2018, 06. april). *Omsorgssvikt*. Hentet fra

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

Bufdir. (2020, 05. november). *Psykisk vold*. Hentet fra

https://www.bufdir.no/vold/TryggEst/Overgrep/Psykisk_vold/

- Bufdir. (2021b, 13. januar). *Hva er omsorgssvikt?* Hentet fra https://www.bufdir.no/Barnevern/Om_barnevernet/omsorgssvikt/
- Bufdir. (2021a, 15. oktober). Barnets utvikling 0-5 år. Hentet fra https://bufdir.no/Foreldrehverdag/Barnets_utvikling_0_5_ar/
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Diderich, H. M., Fekkes, M., Verkerk, P. H., Pannebakker, F. D., Velderman, M. K., Sorensen, P. J., Baeten, P., & Oudesluys-Murphy, A. M. (2013). A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment. *Child abuse & neglect*, 37(12), 1122–1131. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.chiabu.2013.04.005>
- Dinpanah, H., & Akbarzadeh Pasha, A. (2017). Potential Child Abuse Screening in Emergency Department; a Diagnostic Accuracy Study. *Emergency (Tehran, Iran)*, 5(1), e8. Hentet fra <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.galanga.hvl.no/28286815/#affiliation-2>
- Dolonen, K. A. (2017). Sykehuset Østfold: Helsepersonell overholder ikke opplysningsplikten. Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/02/helsepersonell-overholder-ikke-opplysningsplikten>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Hvilke tegn og signaler som kan observeres av personell i barnehage og skole kan ha sammenheng med omsorgssvikt? En systematisk oversikt over oversikter*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/hvilke-tegn-og-signaler-som-kan-observeres-av-peronell-i-barnehage-og-skole-kan-ha-sammenheng-med-omsorgssvikt-rapport-2018-v2.pdf>
- Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. (2017). *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger* (FOR-2017-09-06-1353). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>

- Gangnes, O.-M. (2019, 13. mars). *Helsepersonell for dårlig på å melde om mulig barnemishandling*. Juristen. Hentet fra <https://juristen.no/nyheter/2019/03/helse%C2%ADpersonell-d%C3%A5rlig-p%C3%A5-%C3%A5-melde-om-mulig-barne%C2%ADmishandling%C2%A0>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4 utg.). Fagbokforlaget.
- Hafstad, G. S. & Augusti, E.-M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten. En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. (NKVTS rapport nr. 4/2019). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf
- Halvorsen, S., Killén, K. & Grøgaard, J. (2013). Hvorfor overser vi barnemishandling? *Tidsskriftet den norske legeforening*, 133 (16-7), [10.4045/tidsskr.12.0801](https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0801)
- Helmers, A.-K. B. (2021). Sjekkliste ved bekymring for mishandling og omsorgssvikt: Passer på så barna ikke går under radaren. Hentet fra <https://sykepleien.no/2021/02/passer-pa-sa-barna-ikke-gar-under-radaren>
- Helmers, A.-K. B. (2022). Faggruppelider om barn i rusfamilier: Oppfordrer til å se, snakke og være til stede for barna. Hentet fra <https://sykepleien.no/2022/02/oppfordrer-til-se-snakke-og-vaere-til-stede-barna>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklist*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>
[er](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist)
- Helsebiblioteket. (2020). *Pediatriveiledere*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5975&key=267884>

Helsebiblioteket. (u.å.). *Retningslinjer og veiledere*. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/barn-og-unge/retningslinjer-og-veiledere>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6#§33

Hjelmseth, M. & Aune, T. (2018). Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende. *Sykepleien forskning*. Hentet fra [10.4220/Sykepleienf.2018.65521](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.65521)

Hoedeman, F., Puiman, P. J., Smits, A. W., Dekker, M. I., Diderich-Lolkes de Beer, H., Laribi, S., Lauwaert, D., Oostenbrink, R., Parri, N., García-Castrillo Riesgo, L., & Moll, H. A. (2021). Recognition of child maltreatment in emergency departments in Europe: Should we do better?. *PloS one*, *16*(2), e0246361.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1371/journal.pone.0246361>

Hofstad, E. (2019). - Sykepleiere, dere er mye viktigere enn dere tror! Hentet fra

<https://sykepleien.no/2019/10/sykepleiere-dere-er-mye-viktigere-enn-dere-tror>

Homlong, L., Fredheim, G. & Knudsen, H. (2019). Helsepersonell har plikt til å melde til barnevernet. *Den norske legeförening*. Hentet fra [doi: 10.4045/tidsskr.19.0276](https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0276)

Killén, K. (2015). *Sveket I: barn i risiko og omsorgssviktsituasjoner* (5. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Kirkevold, M. (2016). *Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie*. I N. J.

Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red), Grunnleggende sykepleie bind 1 Sykepleie - fag og funksjon (3. utg., s. 267-304). Oslo: Gyldendal.

Klette, T. (1998). *Hvem ser barnet? Vanskjøtsel, helse og sykepleie*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Kristoffersen, N. J. (2016). *Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling*. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red), Grunnleggende sykepleie bind 1 Sykepleie - fag og funksjon (3. utg., s. 139-185). Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø, G. H. (2016). *Hva er sykepleie?* I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red), Grunnleggende sykepleie bind 1 Sykepleie - fag og funksjon (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierstudenter*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Larsen, D. W. (2020). Debriefing er viktigere enn noen gang. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2020/03/debrifing-er-viktigere-enn-noen-gang>

Lines, L. E., Hutton, A. E., & Grant, J. (2017). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 73(2), 302–322. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jan.13101>

Menneskerettsloven. (1999). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (LOV-1999-05-21-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018c, 24. april). *Samspill mellom barn og foresatt*. Hentet fra <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/risikofaktorer-og-tegn-2/samspill-mellom-barn-og-foresatt/>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018b, 26. april). *Hva kan gjøres i helsetjenestene?* Hentet fra <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/vold-mot-barn-utredning/hva-kan-gjores-helsetjenestene/>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018a, 30. april). *Hva er vold og overgrep mot barn?* Hentet fra

<https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/hva-er-vold-mot-barn/>

Norsk barnelegeforening. (2020). *Pediatriveiledere*. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5975&key=267884>

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Hentet fra

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svikt - gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Regjeringen. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/sec4>

Paek, S. H., Kwak, Y. H., Noh, H., Jung, J. H., & Hayashi., S. (2019). A survey on the perception and attitude change of first-line healthcare providers after child abuse education in South Korea: A pilot study. *Medicine*, 98(2), e14085.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1097/MD.00000000000014085>

Redd Barna. (u.å.). *Er du bekymret for et barn?* Hentet fra:

<https://www.reddbarna.no/vart-arbeid/barn-i-norge/vold-og-overgrep/er-du-bekymret-for-et-barn/>

Regjeringen. (2013). *Du ser det ikke før du tror det. Rapport fra nasjonal konferanse om tidlig innsats rettet mot barn i alderen 0–6 år*. Hentet fra

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/rapporter/2013/du_ser_det_ikke.pdf

- Regjeringen. (2020, 10. september). *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/>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Statistisk sentralbyrå. (2021, 22. september). *Barnevern*. Hentet 02.03.22 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern>
- Statistisk sentralbyrå. (u.å.). *Meldingar til barnevernet, etter kven som melde saka, statistikkvariabel og år*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10675/tableViewLayout1/>
- Stine Sofies Stiftelse. (u.å.). *Konsekvenser av vold og overgrep*. Hentet fra: <https://www.stinesofiesstiftelse.no/tema/konsekvenser>
- Suren, P., Wang, M. V., Lund, M., Brandlistuen, R. E., Bye, E. K., Becher, R., Holt, T., Øvrevik, J., Helland, M. S. & Sivertsen, B. (2018). *Barn og unges helse: oppvekst og levekår*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/barn-oppvekst/>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Thorvaldsen, I. R. & Kirchhoff, J. W. (2017). Se tegnene på omsorgssvikt! Hentet fra [10.4220/Sykepleiens.2017.59740](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59740)
- Unicef. (u.å.). *Convention on the Rights of the Child*. Hentet fra <https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text>

World Health Organization. (2020, 8. juni). *Child maltreatment*. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>