



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.:	488
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7881
----------------------	------

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:	65
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



BACHELOROPPGAVE

Våger vi å se de utsatte barna?
Sykepleiers møte med barn utsatt for fysisk
vold og seksuelle overgrep

Do we dare to see the vulnerable children?
Nurse interaction with child maltreatment

Kandidatnummer: 488

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 28.04.22

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-

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema

Sykepleiere på sykehus kan møte barn som er utsatt for vold og seksuelle overgrep uavhengig av hvilken avdeling de jobber på, og har dermed et stort ansvar. Ansvaret består i å identifisere de utsatte barna, tørre å ta ansvar for dem, og melde saken videre til barnevernet. Mange sykepleiere opplever imidlertid flere barrierer som hindrer dem i dette arbeidet. Det er viktig at sykepleiere gjøres bevisst på slike barrierer, slik at de kan avdekke flere barn utsatt for vold og seksuelle overgrep.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å identifisere hvilke barrierer sykepleiere opplever i arbeidet med å avdekke barn utsatt for vold og seksuelle overgrep.

Problemstilling

Hvilke barrierer hindrer sykepleier på sykehus i å avdekke fysisk vold og seksuelle overgrep mot barn?

Metode

I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. Relevante forskningsartikler ble funnet i databasene CINAHL og PubMed. Oppgaven inkluderer to kvantitative og tre kvalitative studier.

Funn

Funnene i forskningen viser at sykepleiere opplever flere barrierer i møte med barn utsatt for vold og seksuelle overgrep. Disse faktorene fører ofte til at sykepleier mislykkes i å avdekke slike tilfeller.

Konklusjon

Mangel på kompetanse, følelsesmessige utfordringer, frykt for konsekvenser og organisatoriske utfordringer utgjør barrierene som hindrer sykepleiere i å avdekke vold og seksuelle overgrep mot barn.

Abstract

Background

All hospital nurses may encounter children who are exposed to violence and sexual abuse, and therefore have a great responsibility. The responsibility includes identifying the vulnerable children, daring to take responsibility for them, and reporting the case to child protective services. However, nurses experience several barriers obstructing them in taking further action. It is important that nurses are aware of such barriers so that they can detect children exposed to violence and sexual abuse.

Purpose

The purpose of the thesis is to identify the barriers nurses experience in the work of uncovering child maltreatment.

Problem

What barriers prevent hospital nurses from uncovering child maltreatment?

Method

Literature study has been used as the method in this thesis. Relevant research articles were found in the CINAHL and PubMed databases. Two quantitative and three qualitative studies were included.

Findings

The findings of the research show that nurses experience several barriers when encountering child maltreatment. These factors often prevent nurses from uncovering such cases.

Conclusion

Lack of competence, emotional challenges, fear of consequences, and organizational challenges have been proven to be factors that prevent nurses from uncovering child maltreatment.

Innholdsfortegnelse

<i>Sammendrag</i>	2
<i>Abstract</i>	3
1 Introduksjon	6
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	6
1.2 <i>Hensikt og formål</i>	7
1.3 <i>Avgrensing og presisering</i>	8
1.4 <i>Begrepsavklaring</i>	8
1.5 <i>Problemstilling</i>	8
2 Teoridel	9
2.1 <i>Fysisk vold og seksuelle overgrep</i>	9
2.1.1 <i>Fysisk vold</i>	9
2.1.2 <i>Seksuelle overgrep</i>	9
2.2 <i>Sykepleierens kliniske kompetanse</i>	9
2.2.1 <i>Sykepleiers kliniske blikk og intuitive tenkning</i>	9
2.2.2 <i>Faglig skjønn</i>	10
2.2.3 <i>Etisk kunnskap og moralsk kompetanse</i>	10
2.3 <i>Omsorgsfilosofi og mestringsstrategi</i>	11
2.3.1 <i>Kari Martinsens omsorgsfilosofi</i>	11
2.3.2 <i>Richard Lazarus' teori om stress og mestring</i>	11
2.4 <i>Sykepleiers ansvar i et juridisk og faglig perspektiv</i>	12
2.4.1 <i>Opplysningsplikten</i>	12
2.4.2 <i>FNs barnekonvensjon</i>	12
2.4.3 <i>Faglig forsvarlighet</i>	12
2.4.4 <i>Sykepleiers funksjon og ansvar</i>	13
3 Metode	14
3.1 <i>Hva er metode?</i>	14
3.2 <i>Litteraturstudie som metode</i>	14
3.3 <i>Litteratursøk</i>	14
3.4 <i>Forskningsetikk</i>	17
3.5 <i>Kildekritikk</i>	17
4 Resultat og funn	19
4.1 <i>Walking Children Through a Minefield: How Professionals Experience Exploring Adverse Childhood Experiences:</i>	20
4.2 <i>Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments:</i>	20
4.3 <i>A survey on the perception and attitude change of first-line healthcare providers after child abuse education in South Korea:</i>	21
4.4 <i>Nurses' perceptions of systems and hierarchies shaping their responses to child abuse and neglect:</i>	22

4.5 Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe.....	22
5 Diskusjon.....	25
5.1 Sykepleiernes manglende kompetanse.....	25
5.2 Følelsesmessig utfordrende:.....	27
5.3 Frykt for konsekvensene:.....	29
5.4 Utfordringer ved det tverrfaglige samarbeidet.....	31
6 Konklusjon	33
7 Referanseliste	34
8 Vedlegg	39
8.1 vedlegg 1: sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie.....	39
Tabell 1- Søketabell	15
Tabell 2 - Inklusjon og eksklusjon.....	16
Tabell 3- Resultatmatrise	19
Tabell 4- Analysematrise	23

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vold og overgrep mot barn er et kjent fenomen og uten tvil en av de største truslene mot folkehelsen (NOU 2017: 12, s. 27). I denne oppgaven blir det satt søkelys på fysisk vold og seksuelle overgrep mot barn, og hvilke barrierer som hindrer sykepleiere i å avdekke slike tilfeller. Ifølge Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2018) omfatter vold og overgrep mot barn fysisk vold, psykisk vold, seksuelle overgrep, fysisk og emosjonell neglisjering samt omsorgssvikt. Stine Sofie stiftelsen (u.å.) påpeker at barn er mest sårbare for vold og overgrep i sine første 1000 dager. Det vil si at den potensielle skaden er størst dersom volden inntreffer i løpet av barnets tre første leveår. Samtidig skriver Kvello (2015, s. 2020) at kvaliteten i omsorgen og hvordan personer tilrettelegger oppvekstmiljøet for sine egne barn, har en tendens til å overføres fra generasjon til generasjon. Dette betyr at personer med en barndom preget av vold og overgrep, vil ha en betydelig økt risiko for å mishandle sine egne barn. Forskning viser også at vold og overgrep i barndommen kan ha store helsemessige konsekvenser i voksen alder, slik som økt risiko for posttraumatisk stresslidelse, stemningslidelser, angstlidelser, rusmiddellidelse og tidlig død (Nemeroff, 2016). Thoresen & Myhre (2016, s. 158) påpeker at tidlig identifisering av barnemishandling vil kunne hjelpe samt bremse de negative konsekvensene og helsemessige plagene knyttet til dette. Funnene indikerer derfor et behov for å avdekke mishandlede barn så tidlig som mulig.

Alvdal-saken er en av de mest omtalte overgrepssakene i Norge og vekket stor oppsikt rundt ansatte i helsevesenet, rettssystemet og skolesystemet. Denne saken blir omtalt som en av de mest alvorlige overgrepssakene som har eksistert her til lands (Teigstad, 2021). Her ble fire barn utsatt for grov vold og seksuelle overgrep i flere år, uten at dette ble avdekket. Det faktum at slik form for alvorlig vold ikke ble avdekket tross for alle instansene som var involvert er bekymringsverdig. Alvdal-saken er dessverre ikke unik og det anslås at 19% av ungdom i Norge har opplevd fysisk vold minst en gang i løpet av oppveksten, mens 4% har blitt utsatt for alvorlig fysisk vold (Bufdir, 2021). Thorvaldsen & Kirchhoff (2017) trekker imidlertid frem tall fra statistisk sentralbyrå som viser at kun 4% av norske barn årlig mottar

tiltak fra barnevernet. Disse funnene indikerer derfor at det er et mørketall blant rapporterte tilfeller av vold og overgrep mot barn i Norge.

Myhre (2016, s. 171) belyser at barnemishandling ofte har et høyt skadepotensial, og kan gi behandlingstrengende skader med sykdomslignende symptomer som ofte skjuler mishandlingen. Samtidig er det også stor sannsynlighet for at sykepleier på sykehus vil møte på slike tilfeller. Sykepleier kan av den grunn bidra med tidlig innsats for å forebygge situasjoner der barn og unge opplever en form for fysisk vold og seksuelle overgrep. Politimann og foredragsholder Kåre Svang har imidlertid tall som viser at de barna som blir utsatt for vold og overgrep, ofte er i kontakt med helsevesenet flere ganger før noen fatter mistanke og melder videre til barnevernet (Hofstad, 2019). Mye tyder på at identifisering og rapportering av mishandlede barn ikke er god nok blant sykepleiere. En medvirkende årsak til dette kan være barrierer og utfordringer som ligger rundt sykepleiernes egne opplevelser av situasjonen. For at utsatte barn skal kunne avdekkes og videre mishandling forhindres, forutsetter det at sykepleier har tilstrekkelig kompetanse innenfor fagområdet. Funnene indikerer et behov for å øke sykepleieres kompetansenivå i møte med voldsutsatte barn, samt hvilke tegn og symptomer de skal se etter. Dette kan følgelig føre til at flere barn oppdages og får mulighet til et bedre liv.

1.2 Hensikt og formål

Fysisk vold og seksuelle overgrep mot barn er et globalt problem og har store negative konsekvenser for barnets liv og helse. På bakgrunn av sykepleiers posisjon og de store helsemessige konsekvensene for barnet, trengs det økt fokus på å lære opp sykepleiere i å avdekke slike tilfeller. Hensikten med denne oppgaven er derfor å identifisere mulige barrierer sykepleiere opplever i arbeidet med å avdekke fysisk vold og seksuelle overgrep mot barn på sykehus. Dette vil følgelig være med på å klarlegge hva sykepleier har behov for i slike situasjoner, slik at sykepleier kan bli mer rustet til å fatte tiltak og rapportere videre til barnevernet ved mistanke.

1.3 Avgrensning og presisering

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til et sykepleieperspektiv, da det er sykepleiernes barrierer i møte med barn utsatt for fysisk vold og seksuelle overgrep som er relevant for å kunne svare på min problemstilling. Vold og overgrep mot barn kan bestå av fysisk vold, psykisk vold, seksuelle overgrep, fysisk og emosjonell neglisjering samt omsorgssvikt. Jeg ønsker å avgrense oppgaven til å handle om fysisk vold og seksuelle overgrep, da det ofte er lettere å se tegn og symptomer på slik mishandling. Jeg ønsker også å avgrense oppgaven til sykepleiere som jobber på sykehus. Jeg velger å ikke avgrense oppgaven til en spesifikk avdeling, da jeg ønsker at tematikken skal være gjenkjennbar for alle sykepleiere som kan møte barn på sykehus. Med «avdekking» mener jeg hvilke faktorer som hindrer sykepleiere i å fange opp symptomer og tegn på vold og seksuelle overgrep mot barn, samt hva som hindrer dem i å rapportere sine mistanker til barnevernet. I oppgaven velger jeg å bruke omsorgsperson for den som har ansvar for barnet, da det ikke alltid er biologiske foreldre som har omsorgen. Når jeg bruker barnet i oppgaven referer jeg til barn i alderen 0-6 år, da jeg i oppgaven ønsker å legge vekt på tidlig innsats.

1.4 Begrepsavklaring

Jeg velger å bruke ordene «vold», «overgrep», «mishandlede barn» og «barnemishandling» om hverandre i oppgaveteksten. Fokuset vil, uavhengig av hvilket ord som brukes, alltid være fysisk vold og seksuelle overgrep. Dette er for å skape en bedre flyt i teksten. I oppgaven vil «sykepleier» noen ganger nevnes i hunkjønn, selv om det like sannsynlig kan være en mannlig sykepleier. Dette er kun av praktiske årsaker. På lik linje vil «barnet» noen ganger bli referert til som «pasienten» og «han». På denne måten skapes det et skille mellom hvem som er pasienten/barnet og hvem som er sykepleieren.

1.5 Problemstilling

Hvilke barrierer hindrer sykepleiere på sykehus i å avdekke fysisk vold og seksuelle overgrep mot barn?

2 Teoridel

2.1 Fysisk vold og seksuelle overgrep

2.1.1 Fysisk vold

Fysisk vold innebærer bevisst bruk av fysisk makt som resulterer i, eller har potensialet til å resultere i, fysisk skade. Fysisk barnemishandling innebærer at en omsorgsperson påfører et barn smerte, kroppslig skade eller sykdom. Fysisk mishandling kan ta form av slag, spark, lugging, klyping, biting, kasting, brenning, skålding med mer (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018).

2.1.2 Seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep mot barn innebærer alle former for seksuell aktivitet barn og unge blir involvert i og som de utviklingsmessig ikke er i stand til å forstå og heller ikke kan samtykke til. Dette gjelder seksuell omgang, seksuell handling og seksuell krenkende atferd (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018).

2.2 Sykepleierens kliniske kompetanse

2.2.1 Sykepleiers kliniske blikk og intuitive tenkning

De fleste sykepleiere vil med erfaring utvikle et godt klinisk blikk. Sykepleier observerer pasienten og tar sansene i bruk for å innhente data om pasientens tilstand. Slike ferdigheter kalles også klinisk blikk (Kristoffersen, 2016a, s. 156). Et godt klinisk blikk inkluderer sykepleiers fagkunnskaper og moralske aspekter, gode kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter og beslutningstaking basert på relevante og pålitelige data. (Kristoffersen, 2016a, s. 165). Samtidig som sykepleier registrerer ved hjelp av sansene er det viktig at hun kan se sammenhengen i observasjonene hun gjør ved å integrere enkle observasjoner til en større helhet. Dette kan knyttes til intuitiv tenkning. Her baseres sykepleiers handlinger på en umiddelbar forståelse av sammenheng i observasjonene hun gjør, uten en bevisst vurdering og anvendelse av teori (Kristoffersen, 2016a, s. 166). En erfaren sykepleier vil oftere våge å ta i bruk sin intuisjon i kliniske situasjoner. Det er

imidlertid også viktig å understreke at en ikke må stole blindt på intuisjonen, men heller la den angi en retning samt validere den mot andre opplysninger som foreligger i den konkrete situasjonen (Kristoffersen, 2016a, s. 168).

2.2.2 Faglig skjønn

Kristoffersen (2016a, s, 169) beskriver skjønnet i sykepleien som et tydningsarbeid hvor fagkunnskap og naturlig sansing arbeider sammen. Skjønnet er da avhengig av sykepleierens åpenhet i sansingen av den andres uttrykk, av forståelsen av situasjonen og av moralsk vurderingsevne. Mens klinisk blikk og intuisjon handler om evnen til å forstå og se sammenhengen i observasjonene man gjør, vil faglig skjønn handle om evne til å handle ut fra denne forståelsen. Ifølge Kristoffersen (2016a, s. 169) betraktes skjønnet ofte som et kjennetegn på høy klinisk kompetanse. Det er derfor viktig at sykepleier utvikler det faglige skjønnet, da det gjør henne bedre rustet til å mestre nye og uventede situasjoner i arbeidshverdagen.

2.2.3 Etisk kunnskap og moralsk kompetanse

Sammen med fagkunnskap og praktisk kunnskap bygger sykepleieutøvelsen på verdier og normer som fastsetter sykepleiens etiske kvalitetsmål. Det kan oppstå en rekke moralske utfordringer når sykepleieren mistenker at et barn blir utsatt for vold og overgrep, og sykepleierens handlinger og væremåte har stor betydning for barnet og familien. Av den grunn er det viktig at sykepleier har kjennskap til fagets verdier, etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer. Dette kan forbindes med etisk kunnskap. I tillegg er det viktig at sykepleier har evnen til å oppfatte og kjenne igjen etiske utfordringer i kliniske situasjoner, vurdere situasjonen og handle på en måte som ivaretar viktige menneskelige verdier eller etiske prinsipper. Det er dette moralsk kompetanse innebærer. Også her vil erfaring være en fordel, hvor sykepleierens moralske kompetanse utvikles gjennom erfaring med etiske valgsituasjoner og kritisk refleksjon over disse (Kristoffersen, 2016a, s. 160).

2.3 Omsorgsfilosofi og mestringsstrategi

2.3.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er en norsk sykepleieteoretiker som vektlegger de filosofiske sidene av sykepleiefaget, og stiller seg kritisk til en tradisjonell teoretisering av faget. Hennes hovedbudskap er at omsorg er grunnleggende i all utøvelse av sykepleie. Martinsen mener at det er en kjensgjerning at menneskers liv er forbundet med andre menneskers liv. Dette blir spesielt viktig når mennesker av ulike grunner befinner seg i en sårbar situasjon der de trenger hjelp. I møte med andre mennesker er det opp til sykepleieren å besvare et menneskes behov for hjelp med omsorg. Dette betegner Martinsen som en etisk fordring. Ifølge Martinsen har yrkesmessig omsorg med hvordan vi forholder oss til andre, og består av en relasjon mellom minst to mennesker. Her er den ene forpliktet til å yte den hjelpen den andre ut ifra sin situasjon trenger. Yrkesmessig omsorg må derfor kjennetegnes av aktiv handling til det beste for andre (Kristoffersen, 2016b, s. 53-57).

2.3.2 Richard Lazarus' teori om stress og mestring

Lazarus utviklet sin teori om stress og mestring over flere tiår og utførte deler av arbeidet sammen med kollegaen Susan Folkman. Teorien bygger på en kognitiv, fenomenologisk og transaksjonell forståelse av den situasjonen en person befinner seg i. Det er, ifølge Lazarus, samspillet mellom faktorer i personen og situasjonen som er avgjørende for opplevelsen av og reaksjonen på ulike stressende situasjoner. Av den grunn vil det være svært individuelt hva en person opplever som stressende. For å mestre situasjoner som oppleves som stressende skiller Lazarus og Folkman hovedsakelig mellom to typer mestringsstrategier: problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. En problemorientert mestring handler om å forholde seg aktivt og direkte for å håndtere vanskelige situasjoner. Personen forholder seg aktivt og direkte ved for eksempel å søke informasjon, å ta initiativ til å forandre situasjonen og å bearbeide situasjonen følelsesmessig. En emosjonelt orientert mestring omfatter strategier som primært tar sikte på å redusere ubehaget i situasjonen fremfor å endre selve situasjonen. Denne mestringsstrategien kan derfor føre til at personen unngår eller flykter fra ubehaget situasjonen skaper (Kristoffersen, 2016d, s. 251).

2.4 Sykepleiers ansvar i et juridisk og faglig perspektiv

2.4.1 Opplysningsplikten

Helsepersonelloven §33 (1999) viser til opplysningsplikten sykepleiere har til barnevernet. Det vil si at sykepleiere skal varsle barnevernet når hun mistenker forhold som kan være til skade for barnet. Sykepleier skal uten hinder av taushetsplikten etter Helsepersonelloven §21 (1999), melde fra til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn blir, eller vil bli mishandlet eller utsatt for alvorlig omsorgssvikt. Barnevernloven §6-4 (1992) støtter opp under dette, og forteller at sykepleier plikter å gi opplysninger til barnevernstjenesten dersom det foreligger mistanke om at et barn blir eller vil bli mishandlet. Videre kan det være relevant å nevne barnevernets plikt, etter Barnevernloven 6-7a (1992), om å sende tilbakemelding til melder innen tre uker etter at meldingen er mottatt, dersom det ikke foreligger særlig grunn som taler mot å gi tilbakemelding.

2.4.2 FNs barnekonvensjon

Convention on the Rights of the Child er en internasjonal avtale om barn rettigheter, også kalt barnas egen grunnlov (United Nations Children's Fund, u.å.). Barnekonvensjonen ble fra 2003 gjeldende som norsk lov, og den har en spesiell status som gjør at den går foran andre norske lover dersom de står mot hverandre (Barne- og familiedepartementet, 2020). Denne loven har som formål å sikre at alle barn, uansett hvem de er eller hvor de bor, skal ha de samme grunnleggende rettigheter. Samtidig skal Barnevernloven §1-1 (1992) sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Loven skal også bidra til at barn og unge får gode og trygge oppvekstvilkår. World Health Organization (u.å.) belyser imidlertid at vold og seksuelle overgrep mot barn er et samfunnsproblem verden over. Dette betyr at selv om man har et globalt og nasjonalt fokus i både lovverk og retningslinjer for å sikre barns rettigheter, ser man likevel at dette ikke blir ivaretatt.

2.4.3 Faglig forsvarlighet

For at sykepleieren skal kunne utøve forsvarlig helsehjelp, er det nødvendig at det sykepleiefaglige forsvarlighetskravet er avklart. Forsvarlighetskravet blir presentert i

helsepersonelloven § 4 (1999) og fastsetter at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (helsepersonelloven, 1999, § 4). Samtidig må sykepleier innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal i situasjoner der det er nødvendig og mulig innhente bistand eller henvise pasienten videre (helsepersonelloven, 1999, § 4) Forsvarlighetskravet omhandler også virksomhetens ansvar i å tilrettelegge for forsvarlige helsetjenester. I spesialisthelsetjenesteloven (1999) presenteres det at «Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utøve sitt arbeid forsvarlig (spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-10). Det betyr at det faglige forsvarlighetskravet gjør seg gjeldende både for sykepleieren og virksomheten.

2.4.4 Sykepleiers funksjon og ansvar

Sykepleieprofesjonen omfatter ulike fagspesifikke funksjoner eller områder som til sammen utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde. Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon vil i oppgaven omfatte sykepleierens ansvar i å avdekke vold og seksuelle overgrep mot barn og å rapportere videre ved mistanke. Ved å identifisere tegn og symptomer på vold og overgrep i tidlig fase og handle på bakgrunn av funnene, kan videre mishandling hindres og man vil kunne tilrettelegge for normal vekst og utvikling hos barnet. Sykepleiers forebyggende funksjon vil i oppgaven innebære å iverksette tidlige tiltak som forebygger videre helsesvikt, da barna allerede har tatt skade før de kommer til behandling på sykehuset. Sykepleier har med dette hovedsakelig en sekundærforebyggende funksjon i møte med barn utsatt for vold og overgrep. I tillegg har sykepleier også en behandlende funksjon. Den behandlende funksjonen retter seg mot å fjerne eller redusere barnets problemer og opplevelser av ubehag (Kristoffersen et al., 2016, s. 16-18).

3 Metode

3.1 Hva er metode?

Dalland (2017) beskriver metode som et verktøy i møte med noe vi vil undersøke. Ved å være metodisk i vitenskapelig forstand bruker og overholder vi intellektuelle standarder i argumentasjonen. Vi har behov for ulike metoder både for å få frem ny kunnskap og til å etterprøve i hvilken grad påstander er sanne, gyldige eller holdbare. Metoden forteller oss derfor noe om hvordan vi kan gå frem for å samle inn data og hvordan vi bør etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 51-52).

3.2 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven bruker jeg litteraturstudie som metode for å finne relevant litteratur som belyser problemstillingen best mulig. Når man benytter denne litterære metoden innhenter man, ifølge Dalland (2017, s. 207), data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Ifølge Thidemann (2015, s. 80) er hensikten med litteraturstudiet å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen som problemstillingen etterspør, i tillegg til at det skal forklares hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen. Forskningsartiklene som er anvendt i denne oppgaven er funnet med utgangspunkt i problemstillingens fenomenologiske spørsmål om sykepleiernes opplevde barrierer. Derfor anvendes det hovedsakelig kvalitative studier, med formål om å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles ved kvantitativ metode (Dalland, 2017, s. 52). Det er imidlertid anvendt en kvantitativ studie i oppgaven som har fordelen med å gi data i form av målbare enheter i større grupper sykepleiere. I tillegg ble det inkludert en integrativ litteraturstudie som anvendte både kvalitative og kvantitative studier. Ved å anvende både kvalitative og kvantitative studier vil man kunne belyse problemstillingen fra ulike sider og gir en bredere forståelse av tematikken (Dalland, 2017, s. 52).

3.3 Litteratursøk

Proessen for litteratursøk startet med å skrive ned forventninger og kunnskap jeg har knyttet til problemstillingen. Jeg valgte å plassere problemområdet i hovedemnene sykepleier, avdekke, barrierer, vold og seksuelle overgrep mot barn og sykehus. Disse

hovedemnene ble grunnlaget for den videre systematiserte søkeprosessen min i databasene CHINAL og PubMed. Disse databasene inneholder artikler som er publisert i sykepleiefaglige eller medisinske tidsskrifter, noe som gjorde dem relevante for mine søk. Videre anvendte jeg PICO som verktøy i min søkestrategi. Dette er et godt verktøy for å strukturere og klargjøre spørsmålet for litteratursøk, samt utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen (Helsebiblioteket, 2016).

Søkeordene jeg har valgt å bruke er hentet ut fra hovedemnene for å dekke disse ved søkeprosessen. Søkeordene er derfor «child abuse», «nurse», «nursing role», «hospital», «healthcare professionals», «child maltreatment», «education» og «barriers». For å søke etter relevante forskningsartikler brukte jeg søkeordene i ulike kombinasjoner ved å anvende AND og OR. Jeg kombinerte blant annet «child abuse» AND «nurse» for å avgrense søket til artikler som inkluderte både vold og overgrep mot barn og sykepleiere, og som derfor var relevant for min problemstilling. For å vise til alle søkene som ble gjort har jeg utarbeidet en grundig gjennomgang av søkehistorikken som blir presentert i tabell 1 nedenfor. Allerede fra starten avgrenset jeg søket fra 2012-2022, slik at jeg fikk artikler som var av nyere forskning. Jeg sorterte deretter ut de mest relevante artiklene ved å lese titler og sammendrag. Etter å ha lest flere artikler, valgte jeg å stå igjen med de fem artiklene som blir presentert i tabellen under (tabell 1).

Tabell 1- Søketablell

Database	Søkeord	Begrensninger	Treff	Inkludert
CINAHL	Child abuse AND nurse	2012-2022	707	
CINAHL	Child abuse AND nursing role	2012-2022	252	Lines, Hutton & Grant (2017)
CINAHL	Child maltreatment OR child abuse AND nurse	2012-2022	721	
CINAHL	Child abuse AND healthcare professionals	2012-2022	104	

CINAHL	Child abuse AND barriers	2012-2022	303	Tiyyagura, et al. (2015)
CINAHL	Child abuse AND nurse AND hospital	2012-2022	93	
PubMed	Child abuse AND nurse	2012-2022	622	Lines, Hutton & Grant (2020)
PubMed	Child abuse AND nursing role	2012-2022	156	
PubMed	Child maltreatment OR child abuse AND nurse	2012-2022	654	
PubMed	Child abuse AND healthcare professionals	2012-2022	1502	Albeak, Kinn & Milde (2018)
PubMed	Child abuse AND barriers	2012-2022	541	
PubMed	Child abuse AND nurse AND hospital	2012-2022	216	
PubMed	Child abuse AND nurse AND education	2012-2022	252	Peak et al. (2019)

Tabell 2 - Inklusjon og eksklusjon

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Problem	Sykepleiernes barrierer og/eller erfaringer knyttet til tematikken	Konsekvenser av vold og seksuelle overgrep for barnet
Språk	Skandinavisk eller engelsk	Artikler på andre språk enn de inkluderte.
Informanter	Helsepersonell generelt, men fokus på sykepleiere.	Barneverns personell, tannleger og sosialarbeidere.
Publisert	Fra 2012 - 2022	Elder enn 2012
Helsesystemet	Helsesystemet i landet studien er utført i kan relateres til helsesystemet i Norge	Land med helsesystem som ikke kan relateres til Norge

3.4 Forskningsetikk

Dalland (2017, s. 236) skriver at etikken i bunn og grunn handler om normer for riktig og god livsførsel, og skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler.

Forskningsetikken bygges i dag fortrinnsvis på Nürnbergkodeksen fra 1946 og Helsinkideklarasjonen fra 1964. I begge står det informerte samtykke helt sentralt, samtidig som det i Helsinkideklarasjonen også slås fast at det forskningsetiske ansvaret hviler på forskeren (Førde, 2014). Deklarasjonen spesifiserer at vitenskapens og samfunnets behov for ny kunnskap aldri kan rettferdiggjør at deltakeren utsettes for unødig ubehag og risiko. Forskningsetikk er derfor viktig for å ivareta personvernet og sikre at deltakerne ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2017, s. 236). For å bli inkludert i min litteraturstudie, var det en forutsetning at forskerne gjorde godt rede for personvern og at de inkluderte artiklene fulgte kravene for forskningsetikk. De generelle retningslinjene for forskningsetikk er fulgt i alle de inkluderte artiklene, hvor deltakerne har samtykket til forskningen og er anonymisert.

3.5 Kildekritikk

Dalland (2017, s. 158) beskriver kildekritikk som en vurdering og karakterisering av den utvalgte forskningslitteraturen. Videre skal jeg redegjøre for hvilke refleksjoner jeg har gjort rundt forskningslitteraturens relevans, gyldighet og holdbarhet i forhold til oppgavens problemstilling. Jeg har valgt fem forskningsartikler som i hovedsak fokuserer på problemstillingens fenomenologiske spørsmål om sykepleiernes opplevde barrierer. Det vil si at det i hovedsak anvendes artikler som belyser problemstillingen fra relativt like aspekter. Jeg har imidlertid valgt å inkludere en kvantitativ studie om effekten av et utdanningsprogram på sykepleiernes kunnskapsnivå om barnemishandling. Selv om flere av artiklene belyser problemstillingen fra relativt like aspekter, får de likevel frem ulike sider og utfordringer som sykepleierne opplever i møte med tematikken. De inkluderte artiklene er derfor med på å gjøre at jeg får drøftet temaet på et bredt grunnlag. Alle artiklene er hentet fra anerkjente søkemotorer, og søkebasen som er anbefalt fra studiestedet. Artiklene er gitt ut mellom 2015-2020, og anses derfor som relevante den dag i dag. Sammen med dette er alle de inkluderte artiklene fagfellevurdert, noe som er med på å styrke deres pålitelighet.

Jeg har også kritisk vurdert artiklene ved hjelp av relevante sjekklister på helsebiblioteket.no. Eksempel på en kritisk vurdering av den ene artikkelen er vedlagt (vedlegg 1).

Det var først ønskelig å bruke forskningsartikler som presenterte funn fra Skandinavia i besvarelsen min. Dette er da studier fra andre land kan ha et såpass annerledes helsesystem og kultur at det ikke kan relateres til det norske helsesystemet. Det kom imidlertid tydelig frem i søkeprosessen at dette var vanskelig å overholde, da det var utfordrende å finne artikler fra Skandinavia. Jeg valgte derfor også å inkludere studier fra andre land. Mine utvalgte forskningsartikler presenterer funn fra Nederland, USA, Sør-Korea, Australia, Sverige og Storbritannia. Jeg vurderte at helsesystemet i landene de inkluderte forskningsartiklene presenterer funn fra som relevant til situasjonen i Norge, og ble derfor inkludert. Studien som er utført i Sør-Korea var jeg først usikker på, da jeg ikke er kjent med helsesystemet i landet. Jeg valgte likevel å inkludere denne, da hensikten med studien omhandler effekten av et utdanningsprogram og er derfor vurdert som relevant for oppgaven. Samtidig var det først ønskelig å kun inkludere studier som anvendte en kvalitativ metode, da funnene fra kvalitativ metode passer sammen med det fokuset jeg ønsker å ha i oppgaven. På bakgrunn av at jeg har tre kvalitative forskningsartikler og en integrativ litteraturstudie (som inkluderer både kvalitative og kvantitative studier), vurderte jeg at dybdeforståelsen i oppgaven hadde god dekning, slik at jeg også kunne inkludere en kvantitativ studie. Jeg tror at ved å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning vil jeg kunne belyse problemstillingen fra et bredere perspektiv, samtidig som det vil kunne gi en positiv innvirkning på omfanget rundt problemstillingen min.

4 Resultat og funn

Tabell 3- Resultatmatrise

Forfatter og utgivelsesår	Land	Hensikt	Metode	Resultat
Albaek, Kinn & Milde (2018)	USA, Nederland, Sverige og Storbritannia	Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleiernes utfordringer i håndteringen av mistenkt barnemishandling.	Kvalitativ metaanalyse	Utilstrekkelig kompetanse, frykt for å gjøre barnets situasjon verre, og at arbeidet ga følelsesmessig ubehag var barrierer som påvirket sykepleiernes evne til å håndtere barnemishandlingssaker.
Tiyyagura, et al. (2014)	USA	Hensikten med denne studien var å undersøke helsepersonell sine barrierer i å identifisere og rapportere barnemishandling	Kvalitativ metode	Studien fant at helsepersonellets barrierer var knyttet til manglende kunnskap, følelsesmessige utfordringer, og utfordringer knyttet til rapporteringsprosessen og samarbeid med barnevernet.
Peak, et al. (2019)	Sør-Korea	Hensikten med denne studien var å evaluere effektiviteten av et utdanningsprogram for helsepersonell, med formål om å øke deres kunnskaper om overgrep mot barn.	Tverrsnittstudie	Resultatene fra studien viste at helsepersonellets kunnskap om overgrep mot barn økte etter utdanningsprogrammet, samtidig som deres vilje til å rapportere mistanke om overgrep mot barn også ble sterkere. Studien viste imidlertid også at kunnskapen stagnerte litt etter tre måneder.
Lines, Grant & Hutton (2020)	Australia	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan organisasjonssystemer og hierarkier påvirker sykepleiernes evne til å reagere på barnemishandling.	Kvalitativ metode	Sykepleierne rapporterte om flere utfordringer som følge av systemene og hierarkiene som var knyttet til utfordringer ved informasjonsdeling, frykt for å gjøre feil, og uflexible systemer.
Lines, Hutton & Grant (2017)	Ikke oppgitt	Hensikten med denne studien var å identifisere sykepleiernes rolle og erfaringer med å holde barn trygge.	Integrativ litteraturstudie	Studien fant at sykepleierne ofte følte at de ikke hadde nok kunnskap, ferdigheter og støtte til å iverksette tiltak på dette området.

4.1 Walking Children Through a Minefield: How Professionals Experience Exploring Adverse Childhood Experiences:

I denne studien ønsket Albeak, Kinn & Milde (2018) å undersøke sykepleiernes utfordringer med å håndtere mistenkte barnemishandlingssaker. Studien brukte kvalitativ metasyntese som metode. Dette er en form for vitenskapelig undersøkelse der forskningsfunn fra gjennomførte kvalitative studier oppsummeres eller integreres for å gjøre dem mer anvendelige for å informere om praksis, politikk eller fremtidig forskning (Albeak, Kinn & Milde, 2018). Studien tok for seg funn fra åtte tidligere kvalitative primærstudier for å få ny innsikt og en dypere forståelse av temaet. Tre studier ble utført i USA, to i Nederland, to i Sverige og en i Storbritannia. Studien fant tre hovedtemaer som hindret sykepleierne i arbeidet med vold og overgrep mot barn: utilstrekkelig kompetanse, frykt for å gjøre det verre, og følelsesmessige utfordringer. Sykepleierne var skeptisk til egen kompetanse i å håndtere tilfeller av barnemishandling, og følte seg mindre optimistiske med hensyn til positive utfall for barnet. I og med at sykepleierne følte seg ute av stand til å forutse konsekvensene av deres handlinger, følte de seg også engstelige for at deres forsøk på å hjelpe ville gjøre barnets situasjon verre. Videre belyser studie hvordan det å møte utsatte barn fremkalte ubehagelige følelser hos sykepleieren, som frustrasjon, fortvilelse, skyldfølelse og skam. Disse ubehagelige følelsene fremkalte også flere typer unngåelsesmønstre, slik som undertrykkelse, unngåelse, mistro og frykt for negative reaksjoner. Sykepleierne ba om veiledning, kunnskap, retningslinjer og forbedring av eksterne faktorer, som tid, arbeidsmengde, fasiliteter og rolleklarhet. Samtidig ba sykepleierne om kunnskap om temaet, hvordan man kan spørre om vold og overgrep, og handlingene de skulle utføre dersom de avdekket slike tilfeller.

4.2 Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments:

I denne kvalitative studien ønsket Tiyyagura, et al., (2015) å undersøke helsepersonell på akuttmottak sine erfaringer med screening og rapportering av barnemishandling. Studien inkluderte 29 semistrukturerte intervjuer av helsepersonell fra tre generelle akuttmottak i USA som hadde erfaring med barnemishandling. Blant de inkluderte var 16 sykepleiere, og

det er disse jeg har tatt utgangspunkt i når jeg presenterer resultatene. I studien fremkommer det at sykepleierne møtte ulike utfordringer når de tok opp spørsmålet om barnemishandling. Sykepleierne beskrev; et ønske om å tro omsorgspersoner, sykepleiernes fordommer og oppfatning av omsorgspersonene, manglende evne til å gjenkjenne symptomer og tegn, og utfordringer relatert til å arbeide på akuttmottak som mulige barrierer for å avdekke barnemishandling. Sammen med dette ble den overflødige og tidkrevende rapporteringsprosessen og negative konsekvensene av å lage en rapport til barnevernet også beskrevet som barrierer. Videre fant studien flere tiltak for å øke sykepleiernes evne til å avdekke barnemishandling som inkluderte saksdiskusjoner, anerkjennelse av viktigheten med rapportering ved mistanke, og en forståelse av hvilke roller sykepleier har i arbeidet. Sykepleierne ba om mer saksbasert opplæring, tilbakemelding på rapporterte saker og en lettere måte å rapportere til barnevernstjenesten på.

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

Peak, et al., (2019) utførte en kvantitativ studie hvor de ønsket å undersøke effekten av et utdanningsprogram på helsearbeidernes kunnskapsnivå om barnemishandling. Studie baserte seg på et pedagogisk opplæringsprogram som skulle være til hjelp for tidlig identifisering av barnemishandling. I studien deltok 1103 helsearbeidere hvor 409 var sykepleiere. Kunnskapsnivået til sykepleierne ble testet både før og rett etter utdanningsprogrammet. Kunnskapsnivået ble også testet tre måneder etter programmet, for å kartlegge hvor mye sykepleierne husket. Etter tre måneder var det imidlertid kun $\frac{1}{4}$ av deltakerne som deltok. Etter utdanningsprogrammet fant studien at sykepleiernes kunnskapsnivå økte med 2,75 poeng, mens det etter tre måneder synker til 1,92 i økning. Videre ser vi at sykepleiernes tillit til barnevernet, samt kunnskapene om rapporteringsmetoder og lovbestemmelser også økte etter utdanningsprogrammet. Etter tre måneder sank imidlertid også disse noe. Videre økte også sykepleiernes ønske om å delta i opplæringen etter endt utdanning, noe som også var forhøyet etter tre måneder og de ønsket å anbefale utdanningen videre til kollegaer. Sammen med dette uttrykket

sykepleierne at utdanningsprogrammet var nødvendig for å vedlikeholde kunnskapsnivået, og ønsket å gjennomgå dette hvert år.

4.4 Nurses' perceptions of systems and hierarchies shaping their responses to child abuse and neglect:

I denne kvalitative studien ønsket Lines, Grant & Hutton (2020) å undersøke hvordan organisasjonssystemer og hierarkier påvirket deres evne til å reagere på barnemishandling. Data ble samlet inn gjennom dybdeintervjuer med 21 sykepleiere som arbeidet med barn, i Australia. Forfatterne har i sin studie bare inkludert sykepleiere som jobber med barn, og begrunner dette med at disse sykepleierne daglig har kontakt med barn og deres familie og hyppigere opplever det å reagere på barnemishandling. Studien fant at sykepleierne opplevde mange utfordringer i arbeidet med overgrep mot barn; vansker med å dele informasjon, frykt for å gjøre feil, og uflexible systemer. Det første temaet belyser hvordan sykepleiere erkjente viktigheten av informasjonsdeling i arbeidet, men møtte flere barrierer knyttet til dette. «Frykt for å gjøre feil» beskriver hvordan sykepleierne erkjente de potensielle konsekvensene av feilvurdering på barnet og familien, samtidig som de også opplevde en personlig straffekultur. Med «ufleksible systemer» menes det hvordan sykepleierne erkjente at systemer og organisasjonskulturer kan utgjøre en barriere for å reagere effektivt på vold og overgrep mot barn.

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

I denne studien ønsket Lines, Hutton & Grant (2017) å identifisere sykepleiernes rolle og erfaringer med å forebygge, identifisere og reagere på vold og overgrep mot barn. Studien brukte en integrativ litteraturstudie som metode hvor de innhentet både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. 60 kvantitative og kvalitative forskningsartikler oppfylte inklusjonskriteriene og ble inkludert i studien. Data fra hver studie ble trukket ut og kategorisert i henhold til gjennomgangsmålene og studiens hovedfunn. Forfatterne fant tre hovedfunn i studien; sykepleiernes utilstrekkelige kunnskapsnivå, behov for validering og forbedret kommunikasjon og utfordringer knyttet til samhandling med omsorgspersonene og barnevernet. Studien avdekket at sykepleierne vanligvis var klar over deres juridiske og etiske ansvar om å rapportere overgrep og omsorgssvikt mot barn. På grunn av opplevd

mangel på informasjon og støtte var det imidlertid ikke alltid sykepleierne meldte fra om sine mistanker til barnevernet. Videre rapporterte sykepleierne om utilstrekkelig kompetanse, og opplevde manglende tillit til sine egne vurderingsevner, noe som følgelig førte til en avhengighet av kollegers meninger. Sammen med dette fant studien at sykepleierne ofte var misfornøyde med barnevernet, og var usikker på om tiltak fra barnevernet ville gjøre barnets situasjon bedre.

I tabellen under har jeg utført en tematisk analyse av funnene i de inkluderte artiklene og kommet frem til fire hovedkategorier som belyser problemstillingen:

Tabell 4- Analysematrise

Forfatter og årstall	Tematikk			
	<i>Sykepleierens manglende kompetanse</i>	<i>Følelsesmessig utfordrende</i>	<i>Frykt for konsekvensene</i>	<i>Utfordringer ved det tverrfaglige samarbeidet</i>
Albaek, Kinn & Milde (2018)	Sykepleierne følte seg utilstrekkelige og uegnet til å jobbe med mishandlede barn.	Sykepleierne beskrev hvordan det å møte de utsatte barna induiserte følelsesmessig ubehag.	Sykepleierne fryktet at deres handlinger kunne påføre barnet skade eller gjøre situasjonen til barnet verre.	
Tiyyagura, et al. (2014)	Studiens funn viser at manglende kompetanse er en barriere for å oppdage barnemishandling.	Sykepleiernes fordommer og oppfatning av omsorgspersonene påvirket deres evne til å oppdage barnemishandling.	Studien fant at sykepleiernes frykt for å feilaktig anklage en familie samt at foreldrene kunne ty til vold var barrierer for å varsle barnevernet	Rapporteringsprosessen til barnevernet ble beskrevet som tidkrevende og overdreven. Videre rapporterte sykepleierne om dårlig oppfølging av rapporterte saker.
Peak, et al. (2019)	Sykepleiernes kunnskapsnivå om barnemishandling økte etter utdanningsprogrammet, men sank noe etter tre måneder.			Ønske om å rapportere økte i takt med kunnskapsnivået, men sank noe etter tre måneder.

Lines, Grant & Hutton (2020)			Studien fant at sykepleierne fryktet for å bryte taushetsplikten og fryktet negative konsekvenser for seg selv, barnet og omsorgspersonene dersom mistanken viste seg å være feil.	Deling av informasjon til andre instanser ble oppfattet som en barriere. Samtidig følte sykepleierne at retningslinjene for rapportering ekskluderte dem, da de måtte gjennom rigide systemer for å uttrykke sine bekymringer.
Lines, Hutton & Grant (2017)	Sykepleierne uttrykket manglende kunnskap som en barriere for å avdekke barnemishandling.	Sykepleierne rapporterte at det var følelsesmessig utfordrende å samhandle med omsorgspersonene dersom barnemishandling var kjent.	Sykepleierne opplevde negative konsekvenser av rapportering på forholdet mellom sykepleier og familie. Samtidig som de ga uttrykk for frykt over eventuelle negative personlige utfall.	Sykepleierne så på barnevernet som vanskelig å kontakte og lite hjelpsomme.

5 Diskusjon

5.1 Sykepleiernes manglende kompetanse

Samtlige av de inkluderte artiklene trekker frem sykepleiernes manglende kompetanse som en barriere knyttet til å avdekke vold og overgrep mot barn (Tiyyagura et al., 2014; Lines, Hutton & Grant, 2017; Albeak, Kinn & Milde, 2018). Her legges det særlig vekt på sykepleiernes manglende kunnskap om symptomer og tegn, noe som skaper en usikkerhet rundt det de egentlig ser. Ifølge Killén (2015, s. 44) vil det ofte være vanskelig å skille mellom skader forårsaket av fysisk vold og overgrep, og skader barn i småbarnsalder og tidlig skolealder får i bevegelse og lek. Gode observasjoner av barna danner grunnlaget for sykepleieprosessen og dens vurderinger, handlingsalternativer, beslutninger og evaluering av sykepleieutøvelsen (Kristoffersen, 2016a, s. 162). Kompetansenivået er derfor en indikator på hvorvidt sykepleierne har mulighet til å observere situasjoner som er utenfor normalen. Samtidig har sykepleier, etter helsepersonelloven (1999, § 4), et personlig ansvar i å sikre at det utøves faglig forsvarlig helsehjelp. Virksomheten har på en annen side også et ansvar her, og skal tilrettelegge for forsvarlig helsehjelp (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-10). Av den grunn er det ikke nødvendigvis slik at det er sykepleiernes skyld at hun har manglende kompetanse på fagfeltet.

Mine utvalgte artikler peker ikke på funn fra Norge, men jeg har som nevnt tidligere likevel vurdert funnene som relevante for oppgavens hensikt. Dessuten viser den offentlige rapporten *svikt og svik* at begrensede kunnskaper om tegn på vold og overgrep mot barn er en barriere for å avdekke slike tilfeller også i Norge (NOU 2017: 12, s. 52). Dette selv om barnekonvensjonen (1989, art. 3) fastsetter at staten skal sikre at barn møter på kvalifisert helsepersonell. En mulig årsaksforklaring på hvorfor manglende kompetanse blant sykepleierne oppleves som en barriere for å avdekke slike tilfeller kan være at tematikken «vold og overgrep mot barn» har fått for lite oppmerksomhet i sykepleierutdanningen. I den nylig utdaterte rammeplanen for sykepleierutdanningen var ikke vold og overgrep mot barn nevnt som en del av læringsutbyttet (NOU 2017: 12, s. 65). Likevel skulle alle sykepleierstudenter ha tilegnet seg nødvendig kunnskap og kompetanse i utøvelsen av sykepleieprofesjonen for å få autorisasjon. I den nye forskriften til rammeplanen er

imidlertid kunnskap om vold og overgrep nå inkludert (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2017). På bakgrunn av denne endringen kan det nå tenkes at fremtidige sykepleiere vil være bedre rustet til å avdekke vold og overgrep mot barn. Man kan også trekke inn arbeidsplassens organisering og innarbeidede rutiner som en medvirkende faktor for å kunne avdekke disse barna. Her finner studien til Albeak, Kinn & Milde (2018) at uklare retningslinjer og uenighet om vurderingsverktøy på arbeidsplassen skapte usikkerhet hos sykepleierne i møte med tematikken. Av den grunn kan det tenkes at sykepleiers evne til å avdekke vold og overgrep mot barn også fordrer at det foreligger klare retningslinjer og gode vurderingsverktøy på arbeidsplassen.

Studien til Lines, Hutton & Grant (2017) viste at mistanken ofte startet rundt sykepleiernes intuisjon eller «magefølelse» på at noe ikke stemte. Her la sykepleierne vekt på en helhetlig og pågående vurdering, snarere enn individuelle eller isolerte observasjoner. I denne sammenheng kan vi trekke frem sykepleiernes yrkeserfaring som en viktig forutsetning for å kunne avdekke barn utsatt for vold og overgrep. Dette beskrives også i studien til Albeak, Kinn & Milde (2018) hvor enkelte av sykepleierne håndterte deres tvil med erfaringsbasert intuisjon. Følgelig kan vi hevde at sykepleiere som har opparbeidet seg et godt klinisk blikk og tar i bruk sin intuitive tenkning, lettere vil kunne avdekke barn utsatt for vold og seksuelle overgrep. Samtidig påpeker Sjøvold & Furuholmen (2015, s. 19) at det trengs mengdetrening innen et fagområde for å bli dyktig og kompetent. Her poengterer hun at det også er behov for tverrfaglig spisskompetanse mellom de pediatrike avdelingene for å sikre kvaliteten. I arbeidet med å avdekke mishandlede barn kan spisskompetanse i form av fordypning, mengdetrening, videreutdanning eller spesialisering innen fagfeltet derfor også være av stor betydning (Kristoffersen, 2016d, s. 236).

I Albeak, Kinn & Milde (2017) uttrykker sykepleierne at de mangler kunnskap og spesifikke ferdigheter som satte begrensninger for god kommunikasjon med barna. De tvilte på om sykepleiere med utilstrekkelig kompetanse burde spørre barn om vold og overgrep. Forskning på dette temaet viser imidlertid at det er langt større konsekvenser knyttet til å ikke spørre barna om disse opplevelsene (NOU 2017: 12, s. 49). På en annen side kan det tenkes at en kompetent sykepleier som er trygg i sin rolle vil ha en fordel når det kommer til kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter i møte med sårbare barn. Sykepleiernes

opplevde begrensninger kan imidlertid ikke overstyre deres plikt om å yte faglig forsvarlig helsehjelp. I situasjoner hvor sykepleieren ikke føler seg kompetent nokk til å handle faglig forsvarlig skal hun derfor, ifølge helsepersonelloven (1999, § 4), innhente bistand eller henvise pasienten videre. Samtidig påpeker Molven (2017, s. 137) at forsvarlighetskravet avhenger av kvalifikasjoner hos sykepleieren og det forventes mer av en sykepleier med økt kompetanse enn av en nyutdannet sykepleier. Av den grunn vil en eventuell tilleggsgutdannning være hensiktsmessig i situasjoner hvor det vurderes om en sykepleier har handlet faglig forsvarlig eller ikke (Molven, 2017, s. 137).

Sykepleierne i Tiyyagura, et al. (2014) ønsker og etterspør mer saksbasert opplæring og kunnskap om temaet barnemishandling, samt opplæring og gjennomgang av rutiner ved rapportering. Dette mente de kunne øke deres kompetanse i å avdekke slike tilfeller. Studien til Peak et al. (2019) støtter opp under dette og viser en kraftig økning i kunnskapsnivå og antall meldesaker til barnevernet i de bydelene der sykepleierne hadde gjennomført opplæringsprogrammet. Ifølge Stokke (2015, s. 132) er dette et ledelsesansvar, hvor lederne skal sørge for at sykepleieren har nokk kunnskap, erfaring og personlig egnethet til å håndtere vanskelige situasjoner. Opplæring og gjennomgang av tidligere saker bør derfor gjøres obligatorisk for sykepleiere som jobber med barn. Dette er et ansvar for virksomheten, av den grunn at spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-10) spesifiserer at virksomheten skal sørge for at det gis opplæring som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utøve sitt arbeid forsvarlig.

5.2 Følelsesmessig utfordrende:

Kan vi se på et barn om det blir utsatt for fysisk vold eller overgrep? Det er nærliggende å tenke at evnen til å oppdage barnemishandling blir påvirket av at dette er noe man innerst inne ikke ønsker å vite noe om (Myhre, 2016, s. 100). Studiene til Albaek, Kinn & Milde (2018), Lines, Grant & Hutton (2017) og Tiyyagura et.al. (2015) legger vekt på følelsesmessige utfordringer sykepleierne opplever som en barriere for at tegn på vold og overgrep mot barn overses. Det er å forvente at sykepleiere reagerer emosjonelt på grusomheten i barns smerte, problemet oppstår imidlertid ikke før disse reaksjonene blir styrende i deres evne til å avdekke de utsatte barna. Vi anvender, ifølge Killén (2015, s. 79),

en rekke mekanismer og overlevelsesstrategier som følgelig kan påvirke våre vurderinger, holdninger og handlinger i møte med mishandlede barn og deres familie.

Sykepleiere har et lovpålagt krav, men også et moralsk krav om å reagere på vold og overgrep mot barn. Det kan imidlertid oppstå en rekke moralske utfordringer når sykepleieren mistenker barnemishandling som følgelig påvirker deres handlinger. Dette er noe som fremkommer i studien til Albaek, Kinn & Milde (2018), hvor sykepleierne beskrev at møte med mistenkte barnemishandlingsaker induserte ubehagelige følelser som frustrasjon, fortvilelse, skyld og skam. Disse følelsesmessige reaksjoner gjorde det også utfordrende for dem å avdekke slike tilfeller. I denne situasjonen setter sykepleieren sine egne følelsesmessige behov fremfor muligheten til å avdekke barnemishandling, og hun vil følgelig ikke kunne handle i tråd med verken lovverket eller det moralske kravet. Samtidig er det sannsynlig at hun har mistet synet av Martinsens omsorgsfilosofi. Martinsen Hevder nemlig at yrkesmessig omsorg kjennetegnes av at sykepleieren er *pliktet* til å yte den hjelpen den andre ut ifra sin situasjon trenger (Kristoffersen, 2016c, s. 60).

Sykepleierne i studien til Tiyyagura et.al. (2015) beskriver hvordan enkelte tilfeller av barnemishandling kan ha blitt oversett da de stolte på omsorgspersonen. Killén (2015, s. 80) mener i denne sammenheng at vi ofte overidentifiserer oss med omsorgspersonene. Ved overidentifisering tillegger vi omsorgspersonene flere positive egenskaper enn de har, som igjen hindrer oss i å se realiteten. Dette kan følgelig føre til at vi bagatelliserer den faren barnet er i. Samtidig ser vi at sykepleiernes fordommer og oppfatning av omsorgspersonene også var en faktor til hvorfor de ikke fanget opp flere tilfeller av barnemishandling (Tiyyagura et al. 2015). Her kommer sykepleiernes holdninger i konflikt med det faglige, etiske og personlige ansvaret man har innenfor profesjonen. Strand (2018) påpeker at det i slike situasjoner kan være hensiktsmessig å ta en «indre skanning» av egne holdninger og verdier. Dette kan følgelig være med på å endre den profesjonelle rollen samt forhindre at de kommer i konflikt med profesjonsetikken i sykepleien.

Studien til Lines, Hutton & Grant (2017) uttrykket sykepleierne utfordringer knyttet til samhandling med omsorgspersonene, spesielt dersom mishandling var kjent. De la ofte den eneste skylden for barnets smerte på omsorgspersonene, som følgelig førte til utfordringer

for å engasjere seg med familien på meningsfulle måter. Når sykepleier mistenker barnemishandling har hun imidlertid et ansvar for å hjelpe både barnet og omsorgspersonene. Mishandling er med dette sjelden overlatt fra omsorgspersonenes side, men et symptom på krise og mangelfull mestring (Grønseth & Markestad, 2017, s. 347). Det er viktig at sykepleieren håndterer egne følelsesmessige reaksjoner, slik at hun ikke mister fokuset på hva som er til det beste for barnet. I denne sammenheng kan vi trekke frem Lazarus' teori om stress og mestring som et godt hjelpemiddel. Ifølge Lazarus' teori kan sykepleieren, ved å ta en kognitiv vurdering av den aktuelle situasjonen og vurdere mulighetene for å kunne håndtere den, velge den mest hensiktsmessige strategien for å takle stress og påkjenninger (Kristoffersen, 2016d, s. 248-249). Dette vil videre kunne hjelpe sykepleieren med å ta avgjørelser som er til det beste for barnet.

Enkelte av sykepleierne i studien til Albaek, Kinn & Milde (2018) uttrykket at de, isteden for å la tanker og følelser komme i veien, heller la vekt på den pålagte handlingen. De uttrykket at deres handlinger definerte dem og deres verdi som profesjonelle og medmennesker. Derfor investerte disse sykepleierne mer i å avdekke de utsatte barna, enn de som begrenset sine plikter overfor dem. Dette kan knyttes til sykepleiers moralske persepsjon, som omfatter en slags ansvarlighet hvor en ser seg selv som ansvarlig for å handle (Kristoffersen, 2016a, s. 162). I denne sammenheng kan det tenkes at sykepleiere med en holdning av at det er et personlig ansvar og ingen andres, lettere vil kunne handle på en moralsk god måte. Samtidig må man, ifølge Sjøvold & Furuholmen (2015, s. 22), anerkjenne den smerten vi opplever når vi arbeider med sårbare barn og deres familie, samtidig som vi skal være tydelig i våre faglige vurderinger av hva som er til det beste for barnet. Det er nemlig dette man som sykepleier skal ha fokus på, hva som er til det beste for barnet.

5.3 Frykt for konsekvensene:

Samtlige av de inkluderte artikler belyser at sykepleierne ikke alltid varslet videre ved mistanke da de fryktet eventuelle konsekvenser (Albaek, Kinn & Milde, 2018; Tiyyagura et al., 2015; Lines, Hutton & Grant, 2017; Lines, Grant & Hutton, 2020). Samlet handlet dette om frykt for å feilaktig anklage en familie og frykt for å påføre barnet og familien unødig splid. Samtidig blir frykt for å gjøre barnets situasjon verre og frykt for egen sikkerhet og autorisasjon rapportert som medvirkende faktorer til hvorfor de valgte å ikke varsle videre

ved mistanke. Barnets beste skal imidlertid være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger og avgjørelser som berører barnet (NOU 2017: 12, s. 146). Av den grunn er det viktig at sykepleiernes ansvarsfølelse overfor mishandlede barn ikke begrenses av frykten for eventuelle negative konsekvenser.

Forskningen bekrefter at sykepleierne veier potensiale for negative konsekvenser både for seg selv, barnet og familien opp mot en eventuell rapport. Konsekvensene en rapport om mulig barnemishandling vil ha for sykepleieren er imidlertid minimale sammenlignet med konsekvensene vedvarende fysisk mishandling vil ha for barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 346). Ved å la frykten være styrende i sykepleiers evne til å forebygge, avdekke samt følge opp barn utsatt for vold og overgrep, vil sykepleiers grunnleggende hensyn om å fremme barnets beste neglisjeres. Samtidig vil barnets menneskerettigheter, ifølge Barnelova (1981, §30), også krenkes og sykepleier risikerer å sende barnet hjem til videre mishandling. Ifølge Lazarus' teori om stress og mestring, kan vi hevde at en problemorientert mestringsstrategi vil være den mest hensiktsmessige metoden for sykepleier i samhandling med sårbare barn og deres familie. Denne metoden har nemlig til hensikt å løse eller håndtere stress-skapende situasjoner samt øke sykepleiers handlingsalternativ, i motsetning til en emosjonelt orientert mestringsstrategi som har til hensikt å redusere ubehagelige følelser (Kristoffersen, 2016d, s. 249-251). En problemorientert mestringsstrategi kan dermed sørge for at sykepleieren handler aktivt og direkte, og på den måten ikke lar frykten for negative konsekvenser være dominerende i vurderingen av situasjonen.

Flere av sykepleierne i studien til Tiyyagura, et al. (2015) og Lines, Grant & Hutton (2020) uttrykker viktigheten av støtte fra ledelsen og kollegaer når de står i saker hvor det mistenkes barnemishandling. Det er nærliggende å tenke at dette er situasjoner som er vanskelig å håndtere alene, og det vil være viktig å kunne diskutere situasjonen med en leder eller kollega. Sjøvold & Furuholmen (2015, s. 19) hevder at et godt faglig arbeid krever et trygt arbeidsmiljø hvor fagpersonenes egen sårbarhet ivaretas, spesielt når fagfeltet oppleves som smertefullt og konfliktfylt. Dette krever god ledelse og støttende kollegaer samt mulighet for refleksjon. Ifølge Lazarus' teori om stress og mestring vil en aktiv og problemorientert mestringsstrategi også omfatte følelsesmessig bearbeiding av problematiske situasjoner (Kristoffersen, 2016d, s. 249). Av den grunn kan vi hevde at en grundig gjennomgang av

ubehagelige hendelser eller situasjoner kan være med på å lette situasjonen for sykepleierne. Videre presiserer Sjøvold & Furuholmen (2015, s. 19) at det er gjennom opplevelsen av støtte både for de følelsesmessige belastningene, og de vanskelige faglige vurderingene, at vi klarer å hjelpe små barn i risiko og deres familier. Vi kan av den grunn påstå at en kombinasjon av økt ansvarsfølelse hos sykepleieren, sammen med støtte fra ledere og kollegaer og følelsesmessig bearbeiding samlet vil være med på å redusere sykepleiernes frykt i møte med mishandlede barn og deres familie.

5.4 utfordringer ved det tverrfaglige samarbeidet

En annen barriere sykepleierne opplever retter seg mot det utfordrende samarbeidet mellom sykepleiere og barnevernstjenesten (Tiyyagura et al., 2014; Lines, Hutton & Grant, 2017; Lines, Grant & Hutton, 2020). I Lines, Grant & Hutton (2020) ser vi at en utfordring for det tverrfaglige samarbeidet er at deling av informasjon kan hindres av taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Man kan tenke oss at selv om sykepleiers kompetanse i å avdekke vold og overgrep mot barn er tilfredsstillende, er man likevel avhengig av handlingskraft for å kunne hjelpe dem. Som sykepleier har man imidlertid ikke de nødvendige sanksjonsmidler som skal til for å beskytte barn mot nye episoder av vold og overgrep, det er det barnevernet og politiet som har (Myhre, 2016, s. 147). Slike tilfeller krever derfor tverrfaglig samarbeid. Her kan forskjellige regler for taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett imidlertid skape utfordringer for samarbeidet. Det kan være spesielt utfordrende når sykepleier må ta stilling til om taushetsplikten skal begrenses av opplysningsplikten. Denne vurderingen blir utfordrende da dette krever at sykepleier bruker faglig skjønn. Av den grunn kan vi tenke oss at frykten for å bryte taushetsplikten er en medvirkende faktor til hvorfor sykepleierne velger å ikke varsle videre ved mistanke.

I den offentlige rapporten *Svikt og svik*, gir helsepersonell i Norge uttrykk for et vanskelig samarbeid med barnevernstjenesten. De beskrev barnevernstjenesten som en lukket tjeneste, med manglende tilbakemelding som en kilde til frustrasjon (NOU 2017: 12, s. 104). Dette beskrives også i Tiyyagura et al. (2015) hvor det fremkom at dårlig samarbeid og tillit til barnevernet hindret sykepleierne i å rapportere sine mistanker. Sykepleierne manglet troen på at barnevernet ville iverksette passende tiltak på vegne av barnet. Samtidig synes sykepleierne at de fikk for lite tilbakemelding etter at de hadde varslet om

bekymringsverdige forhold. Dette mente de bidro til økt usikkerhet knyttet til om de hadde tatt rett avgjørelse vedrørende varsling. Ifølge barnevernloven §6-7a (1992) plikter imidlertid barnevernstjenesten å gi tilbakemelding til den som melder. Denne tilbakemeldingen kan hjelpe sykepleier med å se om varslingen førte til bedre omsorg for barnet. Man kan med dette tenke oss at et bedre samarbeid mellom sykepleiere og barnevernstjenesten, samt tilbakemelding på rapporterte saker kan bidra til at underrapportering av vold og overgrep mot barn reduseres.

Rapporteringsprosessen kan, ifølge Lines, Hutton & Grant (2017) og Tiyyagura et al. (2015), oppleves som en barriere knyttet til sykepleiernes varsling til barnevernstjenesten.

Sykepleierne beskrev blant annet rapporteringsprosessen som tidkrevende, og dermed vanskelig i en travel jobbsetting. Sammen med dette ble rapporteringsprosedyrer og retningslinjer for varsling til barnevernstjenesten beskrevet som utilgjengelig og lite hjelpsomme i klinisk beslutningstaking. Samlet var dette faktorer som førte til underrapportering. I studien til Peak, et al. (2019) ser man imidlertid positive resultater til sykepleiernes tillit til barnevernstjenesten og deres selvtillit vedrørende egne vurderinger etter de hadde fullført utdanningsprogrammet. Samtidig viser studie en kraftig økning i antall meldesaker til barnevernet i de bydelene der sykepleierne hadde gjennomført programmet. Av den grunn kan vi hevde at opplæring vedrørende barnevernet og rutiner ved rapportering, samt utvikling av en mer standardisert og mindre tidkrevende rapporteringsprosess samlet kan være med på å øke sykepleiernes evne til å varsle ved mistanke.

6 Konklusjon

Drøftingen av funnene viser at sykepleiernes manglende kompetanse, følelsesmessige utfordringer, frykt for konsekvenser og utfordringer ved det tverrfaglige samarbeidet er barrierer sykepleier opplever i arbeidet med å avdekke fysisk vold og seksuelle overgrep mot barn. Disse barrierene kan hindre sykepleiers evne til å identifisere tegn og symptomer på underliggende vold og overgrep mot barn som følgelig kan føre til underrapportering av mistenkte tilfeller. Dette vil i sin tur medføre store og negative konsekvenser for barnets utvikling og videre liv. Av den grunn bør det legges større vekt på kompetanseutvikling i utdannelsen og på arbeidsplassen, gode innarbeidede rutiner på avdelingen, samt et trykt arbeidsmiljø med støttende ledere og kollegaer. Sammen med dette er det viktig at sykepleieren evner å håndtere sine egne følelsesmessige reaksjoner, slik at hun ikke mister fokuset på hva som er til det beste for barnet.

7 Referanseliste

- Albeak, A. U., Kinn, L. G. & Milde, A. M. (2018). Walking Children Through a Minefield: How Professionals Experience Exploring Adverse Childhood Experiences. *Qualitative Health Research*, 28(2), 231-244. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/1049732317734828>
- Barne- og familiedepartementet. (2020, 09. oktober). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/fns-konvensjon-om-barnets-rettigheter/id2511390/>
- Barnekonvensjonen. (1989). *FNs Konvensjon om barnets rettigheter*. (20-11-1989 nr 1 Multilateral). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/bkn#bkn>
- Barnelova. (1981). *Lov om barn og foreldre* (LOV-1981-04-08-7). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1981-04-08-7>
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester* (LOV-1992-07-17-100). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1992-07-17-100>
- Bufdir. (2021, 01. september). *Barn utsatt for vold i familien*. https://www.bufdir.no/statistikk_og_analyse/oppvekst/vold_og_overgrep_mot_barn/barn_utsatt_for_vold_i_familien/
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk
- 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/forskrift/2017-09-06-1353>

Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. Forskningsetikk.

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

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

Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. (2016, 3. Juni). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

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

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hofstad, E. (2019, 1. oktober). *Sykepleiere, dere er mye viktigere enn dere tror!* Sykepleien.

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

Killén, K. (2015). *Sveket 1: risiko og omsorgssvikt – et helseproblem og tverrfaglig ansvar*.

Kommuneforlaget.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I G.

H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., Bind 1, s. 15-27). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleie – Kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I G. H.

Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., Bind 1, s. 139-185). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I G. H.

Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bind 3, s. 15-64). Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2016c). Sykepleierens ansvar og arbeidsområde i helsetjenesten. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., Bind 1, s. 193-253). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016d). Stress og mestring. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bind 3, s. 237-286). Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Ø. (2015). *barn i risiko* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lines, L. E., Hutton, A. E. & Grant, J. (2017). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 302-322. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jan.13101>
- Lines, L. E., Grant, J. M. & Hutton, A. (2020). Nurses' perceptions of systems and hierarchies shaping their responses to child abuse and neglect. *Nursing Inquiry*, 27(2), 1-9. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/nin.12342>
- Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Gyldendal Juridisk.
- Myhre, A. K. (2016). Hvordan se det vi ikke ønsker å se- fysiske- og psykososiale symptomer. I O, Edvardsen (Red.), *Vold mot barn: Teoretiske, Juridiske og praktiske tilnærminger* (s. 100-116). Gyldendal Akademisk.
- Myhre, C. M. (2016). Helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevd omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep I C. Øverlien., M. L. Haugen & J. H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (169-217). Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018, 30. april). *Hva er vold og overgrep mot barn?* Voldsveileder <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/hva-er-vold-mot-barn/>

Nemeroff, C. B. (2016). Paradise lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron*, 89(5), 892-909.

<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>

NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svik – Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Barne- og likestillingsdepartementet.

Peak, 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-](https://doi.org.galanga.hvl.no/10.1097/MD.0000000000014085)

[org.galanga.hvl.no/10.1097/MD.0000000000014085](https://doi.org.galanga.hvl.no/10.1097/MD.0000000000014085)

Sjøvold, M.S. & Furuholmen, K. G. (2015). *De minste barnas stemme: utredning og tiltak for risikoutsatte sped- og småbarn*. Universitetsforlaget.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjeneste m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Stine Sofie Stiftelsen. (u.å.). *Konsekvenser av vold og overgrep*.

<https://www.stinesofiesstiftelse.no/tema/konsekvenser>

Stokke, K. (2015). Hjelp i den akutte krisen. I D. Ulland., A. B. Thorød. & E. Ulland (Red.), *Psykisk helse: nye arenaer, aktører og tilnærminger*. Universitetsforlaget.

Strand, J. (2018). Helsesøster må våge å spørre om vold og overgrep. *Sykepleien*.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienn.2018.72233>

Teigstad, E. (2021, 10. september). *Overgrepene i Alvdal*. Overgrep.

<https://www.overgrep.no/alvdal/>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Thoresen, S. & Myhre, M. C. (2016). Tiden leger ikke alle sår. Vold og traumer i et livsløpsperspektiv. I C. Øverlien., M. L. Haugen & J. H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 150 – 166). Oslo: Universitetsforlaget.

Thorvaldsen, I. R. & Kirchhoff, J. W. (2017). Se tegnene på omsorgssvikt. *Sykepleien*, 105(1), 50-53. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59740>

Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A. & Bechtel, K. (2015). Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*, 66(5), 447-454. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020>

United Nations Children's Fund. (u.å.). *Convention on the Rights of the Children*. <https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-04/UN-Convention-Rights-Child-text.pdf>

World health organization. (u.å.). *Violence against children*. https://www.who.int/health-topics/violence-against-children#tab=tab_1

8 Vedlegg

8.1 vedlegg 1: sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A. & Bechtel, K. (2015). Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*, 66(5), 447-454. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020>

Del A: Innledende vurdering

1 Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

2 Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

3 Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

4 Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

5 Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?

- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

6 Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7 Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

8 Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?

- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9 Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10 Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

