



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD440-BOPPG-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-04-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSD440 1 BOPPG 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	247
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7998
----------------------	------

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:	2
Andre medlemmer i gruppen:	202

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

Sykepleiers rolle i å avdekke barnemishandling

Nurses' role in uncovering child abuse

av kandidatnr 202 og 247

GRSD19

Høgskulen på Vestlandet

Veileder Edit Blåsternes

Innleveringsdato 12.05.2023

Vi 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.



Du ser det ikke før du tror det.

Abstract

Background: As many as 1 of 20 children have been a victim of child abuse. Too many of these children are brought to the emergency department on numerous occasions before child abuse or neglect is discovered and reported.

Aim: The purpose of this thesis is to identify nurses' barriers to screening for child abuse in the emergency department.

Methods: The thesis includes a literature study involving five peer reviewed articles regarding barriers nurses experience when it comes to uncover and reporting child abuse. Furthermore it explores facilitators such as checklists or screening tools.

Results: The study shows that lack of knowledge, improper training, or insufficient guidelines were amongst the barriers healthcare professionals most often reported. Other barriers were the fear of false accusations and which consequences reporting may cause for the child, the family and the reporter.

Discussion: In this study the most common barriers prohibiting nurses from mandatory reporting are discussed up against facilitators - and whether or not the use of screening tools and checklists can reduce these barriers.

Conclusion: Barriers to identify child abuse are relatively common and can be overcome by regular training and use of screening tools. Most importantly - you have to believe it to see it.

Key words: child abuse, barriers, facilitators, screening, nurse.

Abstract	2
1.0 Introduksjon	4
1.1 Valg av tema:.....	4
1.2 Valg av problemstilling.....	5
1.3 Avgrensninger.....	5
2.0 Teoretisk bakgrunn	6
2.1 Hva er barnemishandling?.....	6
2.1.1 Sykepleiers møte med barn.....	7
2.2 Etikk og jus.....	9
2.2.1 Yrkesetiske retningslinjer.....	9
2.2.2 Lovverk.....	9
2.2.3 Avvergingsplikt.....	10
2.3 Barn under radaren.....	11
2.3.1 Hauge protokollen.....	11
2.3.2 Barn under radaren som screeningverktøy.....	11
2.4 Sykepleierteoretisk forankring.....	12
3.0 Metode	13
3.1 Valg av litteraturstudie som metode.....	13
3.2 Søkestrategi.....	13
3.3 Analyse av artiklene.....	14
3.3.1 Kvalitative eller kvantitative data.....	14
3.4 Metodediskusjon.....	15
3.4.1 Kildekritikk.....	15
3.4.2 Litteraturstudie som metode.....	15
4.0 Resultat/funn	16
4.1 Oversikt over resultatene av de utvalgte artiklene.....	16
5.0 Diskusjon	18
5.1 Kunnskap og opplæring.....	18
5.2 Rutiner og retningslinjer.....	22
5.3 Tid.....	24
6.0 Oppsummering og konklusjon	25
8.0 Vedlegg	31
Vedlegg 1: Tankekart rundt tema.....	31
Vedlegg 2: Sjekkliste “Barn under radaren”.....	32
Vedlegg 3: Søkematrise.....	35
Vedlegg 4: Oversikt over søkeresultat og videre utvalg av artikler.....	36
Vedlegg 5: Litteraturmatrise.....	38
Vedlegg 6: Hovedtrekk barrierer og fremmede faktorer.....	40

1.0 Introduksjon:

1.1 Valg av tema:

Tema for denne bacheloroppgaven er sykepleiers rolle i å avdekke og melde ifra ved mistanke om barnemishandling. Forskning og erfaring viser at barnemishandling er et stort samfunnsproblem, og helsepersonell trenger mer kunnskap om dette.

Ifølge Folkehelseinstituttet blir om lag 1 av 20 barn utsatt for barnemishandling, mens 1 av 5 barn blir utsatt for mindre alvorlig vold (Reneflot et al., 2019). Til tross for at dette er altfor mange, kan det tenkes det er store mørketall.

Det fremkommer hyppig historier i media om barn og unge som har opplevd ulike former for mishandling. Som sykepleiere møter vi disse utsatte barna i mange ulike arenaer, både som pårørende eller som pasient blant annet på akuttmottak, legevakt, barneklinnikk, helsestasjon eller innen psykisk helse og rus. I akuttmottak og legevakt er sykepleier gjerne den første som møter barnet like etter skaden og dermed den som tidligst kan gripe inn. For å kunne gripe inn, må man ha kunnskap om hva man skal se etter og hvordan man skal gå frem for å avdekke om dette er mishandling eller om det har vært en ulykke. Dette er grunnen til at vi ønsker å sette søkelys på sykepleiere som jobber på akuttmottak og legevakt i denne oppgaven.

Som helsepersonell har man et faglig ansvar så vel som etisk og juridisk plikt til å melde fra når man oppdager vold mot barn og unge. Det er store etiske utfordringer rundt det å melde ifra fordi du alltid vil befinne deg i et risikabelt område der feilvurdering kan innebære katastrofale følger for en familie eller en trygg relasjon mellom barn og omsorgsgivere. Samtidig er dette noe som har vært vektlagt svært lite på studiet og vi tenker at mange, spesielt nyutdannede sykepleiere, kjenner på usikkerhet rundt hvilke tegn en skal se etter, hvordan en går frem i en slik situasjon og hvordan melde ifra. Hensikten med denne oppgaven er å få inngående kunnskap om og forståelse av kompleksiteten ved å avdekke barnemishandling, samt å spre kunnskap til andre.

1.2 Valg av problemstilling

Selve temaet for denne bacheloroppgaven ble bestemt tidlig i prosessen, og vi laget et tankekart for å danne en oversikt (*Vedlegg 1*). Med bakgrunn i dette formulerte vi følgende problemstilling: *“Hvilke barrierer hindrer sykepleiere på akuttmottak og legevakt i å melde fra ved mistanke om barnemishandling?”*

Videre ønsker vi å se på faktorer som fremmer at sykepleiere melder fra om mistanke om barnemishandling og om bruken av screeningverktøy som “Barn under radaren” kan føre til at flere barn utsatt for barnemishandling blir oppdaget og meldt ifra om.

1.3 Avgrensninger

Vi har valgt å ta for oss barn og unge i aldersgruppen 0 - 18 år, da vi har tatt utgangspunkt i Helsedirektoratets rundskriv om opplysningsplikt. (Helsedirektoratet, 2023). I dette skrivet fremgår det at de følger barnevernloven, som gjelder barn opp til 18 år. (Barnevernloven §1-2, 2023).

For å spisse oppgaven ytterligere har vi, som møtearena, valgt å fokusere på akuttmottak og legevakt ettersom dette i mange tilfeller er det første møtet punktet mellom helsevesenet og disse utsatte barna.

2.0 Teoretisk bakgrunn

I teorikapittelet forklares funksjonen og ansvaret sykepleiere har gjennom bruk av faglige, etiske og juridiske retningslinjer. Videre vil temaet drøftes i et sykepleieperspektiv som baserer seg på Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi og hennes tanker om sykepleie. Aller først vil vi starte med definisjon av begrepet barnemishandling, samt risikofaktorer og forekomst.

2.1 Hva er barnemishandling?

Begrepet barnemishandling er per definisjon “å utsette barn for fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgrep, krenkelser eller forsømmelse av barnets grunnleggende behov”. (Dyb & Flekke, 2019) Tradisjonelt sett har man skilt mellom fire former for barnemishandling: fysisk-, seksuell- og emosjonell mishandling og omsorgssvikt. “I den senere tid har også det å være vitne til vold i nære relasjoner blitt sett på som en form for barnemishandling.” (Dyb & Flekke, 2019). I denne oppgaven bruker vi derfor *barnemishandling* som et overordnet begrep.

En annen form for barnemishandling kan være at omsorgsgiver har den sjeldne diagnosen Münchhausen by Proxy, og dermed påfører barnet forgiftning, skade eller på andre måter sykeliggjør barnet, deretter tas barnet med til legen med bekymring. Denne formen for mishandling må gjenkjennes i helsevesenet, da den er nærmest umulig for andre å avdekke. Symptomene disse barna får oppstår ofte når bare den ene forelderen er til stede og historien kan være usannsynlig. Man kan finne omfattende sykehistorie hos søsken, og barnet får hyppig nye symptomer. Utredning og behandling kan føre til stort fysisk og psykisk ubehag hos barnet, og mishandlingen kan føre til varig skade eller i verste fall død. (Myhre, 2016, s 175).

Det er forekomst av mishandling og omsorgssvikt i alle samfunnsklasser men der finnes noen risikofaktorer;

- Unge, enslige foreldre med lite sosialt nettverk.
- Foreldre som selv har opplevd mishandling og omsorgssvikt som barn.
- Foreldre med ruslidelse.
- Foreldre med psykiatrisk sykdom, da spesielt mødre med alvorlig depresjon.

(Grønseth & Markestad, 2017, s 346).

Rapporten *Vold og overgrep mot barn og unge*, fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) viser en tydelig kobling mellom levekår og utsatthet for grov vold. Den viser at unge som vokser opp i fattigdom, har foreldre med rusproblematikk eller foreldre med ikke-vestlig bakgrunn er mer risikoutsatte enn andre. Barn som vokser opp i familier med partnervold har økt sannsynlighet for direkte vold fra både den voldsutøvende forelderen, men også fra den forelderen som utsettes for partnervold. (Svein Mossige & Stefansen (Red.), 2016).

Bare i 2021 ble det, ifølge tall fra Statistisk Sentralbyrå, sendt over 53 000 meldinger av ulik art til Barnevernet. Av disse ble det startet opp omtrent 42 000 undersøkelser og det var over 50 000 barn med ulike barneverntiltak i løpet av det samme året. (Statistisk sentralbyrå, 2023). Barnemishandling og omsorgssvikt finnes i flere ulike former, både synlig, ikke-synlig og ofte i kombinasjon, og er vanskelig å oppdage. Av den grunn finnes det store mørketall.

I rapporten fra NOVA, fremkommer det at 21% av ungdommene hadde opplevd fysisk vold fra minst en av foreldrene sine i løpet av oppveksten. Forekomsten av grov vold (som slag med knyttneve, gjenstand, fått juling) rapporteres lavere med 6 %. Utviklingsmessig ser en at rapportering av mild vold har gått noe ned fra 2007, mens grov vold rapporteres stabilt. (Svein Mossige & Stefansen (Red.), 2016).

2.1.1 Sykepleiers møte med barn

En oversiktsartikkel fra 2009 viser at omtrent 10% av barna som blir innlagt på sykehus i vestlige land har blitt utsatt for en eller flere former for mishandling det siste året. (Gilbert et al., 2009). I akuttmottak og legevakt møter sykepleiere ofte barn som kommer inn til undersøkelse for fysiske skader. Det er da viktig at man som helsepersonell er særlig oppmerksom på ulykkesskader hos små barn som enda ikke har lært å gå, og vurdere om oppgitt årsak henger sammen med skadeomfanget hos det aktuelle barnet. Når det kommer til eldre barn og unge, skal det mye til for at barnet forteller at om det er utsatt for fysisk mishandling, og det er tilnærmet umulig for de å fortelle noe dersom foreldrene er til stede. Alle skadetyper kan være tegn på mishandling, og dersom barnet eller andre forteller at skaden er påført, må det tas alvorlig. (Myhre, 2016, s 171-172).

I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på barn i alderen 0-18 år. Barns modning og utvikling er i kontinuerlig endring og det er viktig at man som sykepleier tilpasser seg barnet

man er i kontakt med. Sykepleiere er ofte de som kommer i posisjon til å avdekke mishandling gjennom møter med og ved observasjoner av barn og deres omsorgsgivere. Ved mistanke om mishandling peker litteraturen på at det er avgjørende at sykepleiere skaper tillit og forsøker å komme nærmere situasjonen gjennom å være åpen, direkte og ikke dømmende. Barnemishandling er sjeldent en overlagt handling fra foreldre, men et symptom på manglende mestring og krise, og foreldrene har ofte enorm skyldfølelse og bekymring for barnet. (Grønseth & Markestad, 2017, s 345-348). Kommunikasjon mellom sykepleier og barn er vesentlig for å formidle informasjon, og for å høre hva barnet selv tenker eller mener rundt skaden, behandlingen eller situasjonen. Barns evne til å uttrykke seg avhenger både av alder, utviklingsnivå samt tillit til sykepleieren. Som sykepleier er det viktig å være oppmerksom på barnets verbale og nonverbale uttrykk, og møte barnet der det er, og gjennom dette forsøke å skape en god relasjon der barnet har tillit til sykepleieren. (Tveiten et al., 2012, s 164 -173). Akuttmottak og legevakt er ofte preget av travelhet og korte møter og er av den grunn ikke alltid tilrettelagt for de ideelle samtalene for å bygge en god relasjon. Det er derfor særlig viktig at sykepleiere skaper tillit hos både pasient og pårørende. En måte å skape tillit hos et barn er å ta seg tid til å samtale. Dersom barnet er pasienten henvender man seg til barnet først, og deretter foreldrene. Dersom en av foreldrene er pasient, er det bedre å ta seg tretti sekunder på huk for å snakke med barnet også enn å ikke gjøre det. (Bergem, 2017).

For å kunne avdekke barnemishandling er det viktig at en faktisk tar innover seg over at det foregår, med andre ord - tro at det forekommer. Enkelte barn blir mishandlet eller utsatt for overgrep i en slik grad at det påvirker helsen deres, noe som gjør at å tenke på barnemishandling som en årsak til helseplager hos barn er viktig i alt klinisk arbeid. Dette inkluderer å ha et våkent blikk samt å vurdere barnemishandling som en mulig årsak til barnets helseplager. (Myhre, 2016, s. 180).

Til tross for at sykepleiere har meldeplikt, har det i vår utdanning ikke vært tema eller undervisning omhandlende barnemishandling. Det er derimot lovfestet i ny rammeplan for sykepleierutdanningen at sykepleiere skal ha kunnskap om omsorgssvikt, og skal kunne “samtale med barn om tema som omsorgssvikt, vold og overgrep.” (Kunnskapsdepartementet, 2019).

2.2 Etikk og jus

2.2.1 Yrkesetiske retningslinjer

Å kunne reflektere over etiske problemstillinger både alene og sammen med andre er grunnleggende for å utøve god sykepleie. I saker der det er mistanke om barnemishandling er det svært vanskelige etiske avgjørelser og avveininger som må tas.

I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer sies det at “grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene”. Videre står det i punkt 2 av retningslinjene at sykepleiere har ansvar for helhetlig omsorg, sykepleieren skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger, og lindre lidelse. Det står også nevnt at sykepleiere skal ivareta barn som pårørende og deres behov. Samtidig kommer det fram at sykepleiere skal verne om pasientens fortrolige opplysninger. (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

2.2.2 Lovverk

Gjennom helsepersonelloven §21 har helsepersonell hovedregel om taushetsplikt, og skal hindre andre fra å få tilgang til opplysninger om folks helse eller personlige forhold som de får kjennskap til gjennom rollen som helsepersonell. (Helsepersonelloven §21, 1999). I helsepersonelloven §33 kommer det frem at den som yter helsehjelp skal uten ugrunnet opphold melde ifra til barnevernet ved enhver mistanke om barnemishandling - uansett form. (Helsepersonelloven §33, 1999).

I loven om barnevern §13-2 står det beskrevet at helsepersonell har meldeplikt og ikke skal hindres av taushetsplikten for å melde ifra ved slike mistanker. Samtidig er det visse vilkår som må oppfylles for at taushetsplikten kan tilsidesettes. (Barnevernloven §13-2, 2021). Videre står det i §13-3 at når barneverntjenesten mottar bekymringsmelding fra offentlige tjenesteytere skal de gi tilbakemelding om mottatt melding, såfremt meldingen ikke er åpenbart grunnløs, og informere om undersøkelser er iverksatt. Etter undersøkelser er gjennomført, skal barneverntjenesten gi tilbakemelding om hvorvidt barnet og familien følges opp eller ei. (Barnevernloven §13-3, 2021).

I helsepersonelloven §10 a kommer det frem at helsepersonell “skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken og vedkommendes informasjons-

eller oppfølgingsbehov.” (Helsepersonelloven §10a, 1999).

Spesialisthelsetjenesteloven §3-7 a forteller oss at spesialisthelsetjenesten er pliktig til å ha barneansvarlig personell, i den utstrekning det er nødvendig. (Spesialisthelsetjenesteloven, 2017).

Norge har forpliktet seg til å følge FN’s barnekonvensjon som er en internasjonal menneskerettighetskonvensjon som sikrer barns rettigheter juridisk. Denne konvensjonen er en del av norsk lov, noe som gjør at staten har ansvar i å sørge for at alle barn i Norge får oppfylt de rettighetene som står i konvensjonen. (Redd Barna, 2023).

Barnekonvensjonens artikkel 19 omhandler barns rett til beskyttelse fra forsømmelse samt fysisk og psykisk vold, mens artikkel 34 tar opp barnets rett til beskyttelse fra seksuelle overgrep, prostitusjon og pornografi. (Menneskerettsloven, 1999).

I Norge har vi et eget Barneombud som har som særskilt oppgave å sikre at barns interesser blir ivaretatt i lovgivning, at Norge overholder FN’s barnekonvensjon og som følger med på utviklingen av barns oppvekstkår. Dette er regulert av Barneombudsloven (1981).

2.2.3 Avvergingsplikt

Avvergingsplikten går ut på at man, både som fagperson og som privatperson, har en lovpålagt plikt til å avverge dersom en får kunnskap om at en volds- eller overgrepshandling vil skje eller er stor sannsynlighet at det skjer. For å vite om man har avvergingsplikt kan det være til hjelp å stille seg disse fem spørsmålene: 1) Er det en alvorlig, straffbar handling? 2) Vet eller mistenker du at handlingen kommer til å skje? 3) Er det mulig å avverge handlingen? 4) Kan jeg avverge uten å utsette meg selv eller andre uskyldige for fare? 5) Kan jeg avverge uten selv å bli tiltalt eller siktet? Dersom svaret er ja på alle disse spørsmålene har man plikt å varsle politiet eller på annen måte avverge at handlingen skjer. Avvergingsplikten går alltid foran taushetsplikten. (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2023).

2.3 Barn under radaren

2.3.1 Hauge protokollen

Hauge-protokollen er en protokoll utviklet i Hauge i Nederland, som baserer seg på å fange opp barn utsatt for mishandling gjennom å kartlegge voksne som kommer til akuttmottak med sine egne medisinske problemer. Protokollen går ut ifra tre karakteristika hos omsorgspersoner ved innleggelse; utsatt for vold i hjemmet, rusproblematikk/intoksikasjon, eller suicidalforsøk. Etter at Hauge-protokollen ble innført i Nederland har akuttjenesten og ambulansen økt treffsikkerheten sin ved melding til barnevernet til 91%. Det er flere grunner til at disse retningslinjene er så suksessfulle - for det første er det ikke all mishandling som er fysisk synlig. For det andre er det ikke alltid foreldre som mishandler barna sine oppsøker helsevesenet i frykt for å bli oppdaget. For det tredje er det ikke sikkert at man som helsepersonell melder ifra selv om man får mistanker. (Diderich-Lolkes de Beer, 2015).

2.3.2 Barn under radaren som screeningverktøy

Barn under radaren er et screeningverktøy utviklet av BarnsBeste, med utgangspunkt i Hauge-protokollen. BarnsBeste er et nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende, til for at barn som pårørende og familien skal få den oppfølging og hjelp de trenger. Screeningsverktøyet er ment til bruk i akuttmottak og ambulansetjenesten, og dette skal hjelpe helsepersonell å avdekke barnemishandling. Barn under radaren er foreløpig i implementeringsfasen i Helse Bergen, etter at det har blitt gjennomført pilotprosjekt ved Sørlandet sykehus HF.

“Sjekklisten benyttes i møte med voksne pasienter som har mindreårige barn og som mottar akutt helsehjelp i forbindelse med intoksikasjon/alvorlig rusproblematikk, suicidalforsøk, alvorlig psykiatrisk tilstand og vold.” (*Veileder - Implementering Barn Under Radaren*, 2023).

Sjekklisten, (*vedlegg 2*), består av en rekke spørsmål som gjelder pasient, pasientens barn, hvorvidt barna er sammen med pasienten eller om man som helsepersonell vet at de er på en trygg plass og blir tatt vare på. Det er også spørsmål om vold, om pasientens beskrivelse av sine skader samsvarer med sykepleiers kliniske observasjon, og om “det er noe i samspillet mellom pasient og ledsager som ikke stemmer”. Spørsmålene er i ja/nei form, med mulighet for å utdype på enkelte områder.

2.4 Sykepleierteoretisk forankring

Vi har valgt å knytte denne oppgaven opp mot Kari Martinsen og hennes tenkning om hva sykepleie er ut fra et omsorgsfilosofisk perspektiv. Kari Martinsen er både sykepleier, magister i filosofi, dr.philos og professor emerita i sykepleievitenskap. Hennes tanker rundt sykepleie handler blant annet om det å gi omsorg gjennom sansing og tilstedeværelse i mellommenneskelige relasjoner. Martinsens forståelse og forklaring av sykepleie er bygget på Knud Løgstrups filosofi. Det er Løgstrup som viser Martinsen vei til sansing og sanselighet i sykepleien. Martinsen skiller mellom det sansende øyet som et oppmerksomt og faglig undersøkende øye og det registrerende øyet som holder avstand og er trukket ut av situasjonen. Det kliniske blikket, eller mesterskapet i å se som Martinsen skriver om, påvirkes både av kunnskapen og av erfaringen vi som sykepleier kan tilegne oss dersom vi er åpne og mottakelige for inntrykk og våger å være i en kontinuerlig prosess sammen med den andre (Martinsen, 2002, s 28-32).

Martinsens tanker bygger også på filosofien om at mennesker er født som sårbare vesener. Vi er på den måten avhengig av menneskelig kontakt og omsorg for å leve. Samtidig må man bruke faglig-etisk skjønn der hvor man viser omsorg. Særlig i situasjoner der man står overfor etiske dilemmaer og det er motstridende normer, ulike behov og ulike hensyn å ta. (Alvsvåg & Martinsen, 2018). Videre handler det om at sykepleiere må ta valg ut fra både etikk og moral. Martinsen trekker frem historien om den barmhjertige samaritan for å belyse valgene mellom å se bort, gå forbi eller å handle ut fra det du ser. (Martinsen, 2002, s 15 - 18).

For å skape tillit må sykepleiere, ifølge Martinsen, være sansende og sårbare til stede. Sykepleiere må våge å være til stede med hele sitt vesen, og samtidig faglig tyde situasjonen en befinner seg i. (Martinsen & Kjær, 2012, s. 14-15). Omsorgen for den andre viser seg gjennom tillit, åpen tale og barmhjertighet. Om tillit sier Løgstrup at det tilhører vårt menneskelige liv, og at vi normalt møter hverandre med tillit. Å vise tillit er å utlevere seg selv, derfor reagerer vi voldsomt om denne tilliten misbrukes. (Løgstrup, 2008 s 17-18). Martinsen bruker Løgstrups ord når hun sier at i relasjonen ligger det en fordring om å ta vare på det liv som er lagt i våre hender. (Martinsen, 2003 s 71-72). Martinsen trekker frem at sykepleie ikke skal være foruten omsorg, men at omsorg alene ikke er sykepleie. Omsorg uttrykkes i sykepleien ved å være medfølende, omtenksum og sansende oppmerksom i utøvelsen av faglig skjønn. (Fonn, 2019).

Kari Martinsen uttrykker at vi i dagens samfunn forveksler timetid med hjerteslag, og beskriver dagens helsevesen med ord som økonomiske besparelser, produktivitet, lønnsomhet, kunde/bruker og at tiden skal utnyttes som en ressurs en har tilgang på. Martinsen skriver videre at instrumentell tidsbruk presser sykepleierne mot et strengt skjema- og prosedyrebestemt arbeid, hvor det faglige skjønnet tilsidesettes. Skjønn krever overblikk, oppmerksomt nærvær samt innsikt i å vurdere kunnskap og prosedyrer for å handle best mulig for og sammen med pasienten. (Martinsen, 2021, s 41 -46).

3.0 Metode

I dette kapitlet skal vi kort redegjøre hva metode er, samt begrunne valg av metode for vår oppgave. "Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling." (Thidemann, 2020, s 74 - 75).

3.1 Valg av litteraturstudie som metode

Vi har valgt systematisk litteraturstudie, som betyr at vi systematisk gjennomgår relevant forskning og eksisterende kunnskap som allerede finnes omhandlende dette temaet for å besvare oppgavens problemstilling.

3.2 Søkestrategi

For å finne frem til studier relevante til temaet vårt og som kan være med på å besvare problemstillingen vår, har vi søkt systematisk i ulike databaser. Databasene vi har valgt er Cinahl og Medline (Ovid) da dette er databaser som publiserer helsefaglig relatert forskning, og som er tilgjengelig for oss på biblioteket på HVL.

Søkeordene vi kom frem til og benyttet var "nurs* AND child neglect", "nurs* AND barriers AND child neglect", "nurs* AND child neglect OR abuse AND barriers", "nurs* AND child neglect OR child abuse AND barriers AND emergency", "nurs* AND screening AND knowledge AND child maltreatment", "nurs* AND child maltreatment" og "nurs* AND child

maltreatment AND barriers”. Vi erfarte at antall treff varierte ut fra de ulike søkekombinasjonene samt hvilken database vi søkte i, og at en del av studiene kom igjen flere ganger (*vedlegg 3*). Det at en får treff på de samme artiklene med ulike søkekombinasjoner antyder at en har dekket de fleste relevante artiklene, og er et godt tegn ved litteraturstudier.

Vi har kun valgt å inkludere artikler som er fagfellevurderte, såkalt peer reviewed. Gjennom disse søkene kom vi frem til 12 artikler vi valgte å inkludere basert på tittel og abstrakt. I tabellen i *vedlegg 4*, dannet vi et overordnet blikk over de ulike studiene og begrunnet inklusjon/eksklusjon.

Vi valgte å ekskludere ut fra følgende kriterier:

- Tidspunkt for publisering - ikke eldre enn 12 år (- 2)
- Store kulturelle forskjeller (- Saudi Arabia, Israel, Vietnam, - 4)

3.3 Analyse av artiklene

Etter prosessen med systematisk søk og ekskludering satt vi igjen med 6 artikler som var relatert til problemstillingen, som vi leste gjennom og analyserte. Etter dette ekskluderte vi en til da den var skrevet på et mer overordnet nivå enn tematikken i oppgaven vår, og satt da igjen med 5. Disse studiene leste vi og analyserte nøye. De inkluderte forskningsartiklene ble oppsummert i en litteraturmatrise. (*Vedlegg 5*).

Hovedresultatene fra artiklene er satt opp i en ny tabell, som danner en bedre oversikt over likheter og forskjeller i resultatene fra de ulike studiene. (*Vedlegg 6*).

3.3.1 Kvalitative eller kvantitative data

Kvantitative data er målbare enheter og kan være viktige for å si noe om eventuelt forekomsten (hvor mange), mens kvalitative data kan gi oss mer kunnskap om menneskelige egenskaper (meninger, holdninger, erfaringer og holdninger) som mer beskriver hva helsepersonell/sykepleiere opplever som hindrer eller fremmer at de melder fra ved mistanke. (Thidemann, 2020, s 75- 76). Vi vil i denne oppgaven benytte en kombinasjon av kvantitative og kvalitative data.

I vårt analysearbeid har vi valgt ut tre kvalitative og to kvantitative vitenskapelige artikler. Vi

valgte å ha hovedvekt på kvalitative forskningsartikler da vi ut fra vår problemstilling ønsket dybdeforståelse fra sykepleiers perspektiv ved å melde ved mistanke som vises mer i form av erfaringer, tanker og følelser enn gjennom tall og statistikk, og gjennom tre kvalitative artikler ble det vurdert tilstrekkelig dybdeforståelse. Vi har i tillegg valgt å inkludere to kvantitative studier som gjennom tall og statistikk viser mer omfanget av rapportering av barnemishandling og barrierer som forhindrer dette samt tar for seg sannsynligheten for at en større andel mishandlede barn blir fanget opp ved bruk av sjekklister.

3.4 Metodediskusjon

Vi har tidligere i oppgaven forklart valg av metode og fremgangsmåte. Vi vil her ha en kritisk gjennomgang av kildene, samt diskutere fordeler, ulemper og svakheter ved bruk av denne metoden.

3.4.1 Kildekritikk

Dalland beskriver at kildekritikk er todelt. Den første delen handler om å finne frem til litteratur som best mulig lar seg bruke til å beskrive og belyse problemstillingen, med andre ord kildesøking. Den andre går ut på å redegjøre for valget av litteraturen som er anvendt i oppgaven. (Dalland, 2020, s 143-147).

Vi har søkt i internasjonale databaser, og ikke funnet noen norske studier om vårt tema. Det at vi ikke har funnet noen artikler basert på norsk helsevesen kan være en svakhet i oppgaven. Artiklene vi har funnet er alle skrevet på engelsk, og språkbarrierer kan være en annen svakhet og feilkilde da vi kan ha oversatt feil underveis.

Videre har vi lest i fagbøker og litteratur som finnes omhandlende emnet. Bøker og faglitteratur er ikke alltid fullverdige og oppdaterte, og vi har derfor supplert med funn fra nettsider fra ulike troverdige organisasjoner som kommer med nyere og mer oppdaterte data i form av offentlige dokumenter, lover, tall og statistikk.

3.4.2 Litteraturstudie som metode

Vi valgte litteraturstudie da vi ønsket å fordype oss i litteratur som allerede finnes om dette

emnet, og å systematisere det for å finne svar på vår problemstilling. Det å vite når man skal slutte å søke var noe utfordrende, men underveis i søkeprosessen så vi at de samme resultatene kom opp gjentatte ganger i begge databasene og vi avsluttet dermed søket. Vi har så systematisk gått gjennom resultatene våre, og har selv satt opp inklusjon- og eksklusjonskriterier.

4.0 Resultat/funn

4.1 Oversikt over resultatene av de utvalgte artiklene

Louwers et al. (2012) utførte en kvalitativ undersøkelse med semistrukturerte intervjuer av barneleger, kirurger, sykepleiere og ledere i akuttmottak, samt sykehusledelsen - totalt 27 personer, ved nederlandske sykehus. Målet med undersøkelsen var å definere fremmede faktorer og barrierer helsepersonell i akuttmottak kjenner på når det kommer til screening for barnemishandling. Det kom frem at vansker med kommunikasjon kunne være en barriere, eksempelvis dersom sykepleier så behov for en topp-til-tå-undersøkelse og foreldrene stilte spørsmål ved dette. Enkelte av intervjuobjektene så på medisinsk behandling som sin hovedoppgave, og ga ansvaret for screening for mishandling over til annet helsepersonell. Denne uenigheten om hvem som har ansvar for screeningen førte til at det ikke alltid ble gjennomført. Det kommer frem i undersøkelsen at sykehusene hadde en protokoll ved mistenkt barnemishandling, men alle var ikke klar over dette eller visste hvor de kunne finne den.

Andre barrierer var for lite tid, eller at helsepersonell ikke følte at de hadde fått god nok opplæring rundt tema.

Faktorer helsepersonellet så på som fremmede for å avdekke barnemishandling var aktiv støtte fra ledelsen ved sykehuset, for eksempel i form av å ha et eget barnemishandlingsteam eller en egen ansatt med fokus på barnemishandling. Større fokus på opplæring ble også pekt på som en fremmede faktor. (Louwers et al., 2012)

Et kvalitetsforbedringsprosjekt ble utført av Carson (2018) på bakgrunn av at sykepleiere ved akuttmottak ikke konsistent screener barn for mishandling når de kommer inn med skader som kan relateres til mishandling. Formålet var å implementere et kunnskapsbasert

screeningprogram som inkluderte kompetanseheving om barnemishandling. Det ble utført før- og ettertest for å analysere effekten av det 20 minutters kurset når det gjaldt kunnskapen hos sykepleierne på akuttmottaket. Resultatet viste en betydelig økning av både kunnskapen og selvsikkerheten hos de ansatte i å gjenkjenne barnemishandling. Undervisningen og screeningsverktøyet ble trukket frem som de mer fremmede faktorene for å avdekke, mens overgangen til nytt elektronisk journalsystem var den største barrieren. (Carson, 2018).

Jordan et al (2015) utfører en forskningsbasert diskusjon i artikkelen sin “Child Maltreatment: Interventions to Improve Recognition and Reporting”. Her trekkes det frem to kasuser som eksempler på tilfeller av barnemishandling som ikke blir oppdaget før livstruende konsekvenser oppstår. I begge disse sakene har barnet vært tilsett av sykepleier eller helsesykepleier ved minst en anledning tidligere for samme symptomer og/eller skader uten at mishandling har blitt avdekket. Forskningen de har lagt til grunn for artikkelen viser at mange sykepleiere ikke melder ifra selv når de har en sterk mistanke, og at det skyldes en rekke ulike barrierer som manglende kunnskap, erfaring og trygghet, motstand til å involvere seg med myndighetene, lojalitet overfor familien samt bekymringer for konsekvenser for barnet og familien. Andre barrierer er usikkerhet i hva ansvar som innbefattes av meldeplikten, og rundt det diffuse begrepet “rimelig mistanke”. Artikkelen trekker også frem viktigheten av at sykepleiere i alle deler av helsetjenesten har en åpen holdning og er årvåken når det kommer til skader eller sykdom som kan skyldes barnemishandling, og at det er behov for økt kunnskap rundt dette. (Jordan & Steelman, 2015).

I 2015 publiserte Diderich et al. en forskningsartikkel basert på Hauge-protokollen. (Diderich-Lolkes de Beer, 2015). Forskningsartikkelen konkluderer med at det er stor treffsikkerhet på å finne barn utsatt for mishandling basert på foreldrenes innleggelsesårsak. Hovedgrunnen til at tilfeller ikke ble meldt ifra i denne studien var at det manglet informasjon om at pasienten hadde ansvar for barn under 18 år. (Diderich et al., 2015).

I Herendeen et al. (2014) sin kvantitative undersøkelse har de sendt ut et spørreskjema på mail til nesten 6000 barnesykepleiere, hvorav 11% har svart. Målet med studien var å kartlegge barrierene til sykepleierne når det kommer til å melde om mistanke om barnemishandling. Deres hypotese er at selv de mest erfarne barnesykepleiere kan kjenne på barrierer og ikke melde ifra, men at erfaring likevel spiller en stor rolle. I undersøkelsen fant de blant annet at 20% ikke hadde meldt ifra ved suspekter skader hos barn. Grunn til dette var blant annet at saken allerede var meldt til barnevernet, sykepleierne henviste barnet til annet helsepersonell,

eller at de ville jobbe med familien for å løse problemet selv. Andre barrierer var at legen ikke var enig i sykepleiers mistanker eller frarådet sterkt å melde ifra. Dette til tross for at over halvparten av de som svarte på undersøkelsen svarte at de hadde fått god nok opplæring rund barnemishandling, og over 70% svarte at de følte seg trygge på å oppdage dette. 21% av svarene i undersøkelsen viste mistillit til barneverntjenesten, og at de ikke fikk videre informasjon om sakens gang etter at det var meldt ifra. 21% mente at de ikke hadde fått god nok opplæring rundt tema og dermed ikke følte seg trygge nok til å melde ifra.

Gjennom disse artiklene kom vi frem til hovedtrekk, hva gjelder barrierer og fremmede faktorer ved sykepleiers avdekking og melding av barnemishandling. (Vedlegg 6). Der har vi valgt å kategorisere dem i tre ulike kategorier som subjektive barrierer, objektive barrierer og fremmede faktorer.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres resultatene fra forskningsartiklene i lys av relevant teori. Sykepleieperspektivet er sentralt og anvendes gjennomgående sammen med egne erfaringer og synspunkter for å svare på oppgavens problemstilling:

“Hvilke barrierer hindrer sykepleiere på akuttmodtak og legevakt i å melde ifra ved mistanke om barnemishandling?”

Vi har valgt å strukturere drøftingen ved å dele det inn i avsnitt som baserer seg på resultatene fra forskningsartiklene; kunnskap og opplæring, rutiner og retningslinjer, og tid.

5.1 Kunnskap og opplæring

I Jordan et al (2015) sin forskningsbaserte diskusjon kommer det tydelig frem at helsepersonell ikke alltid melder ifra selv om de har en sterk mistanke om at et barn blir mishandlet. Barrierene som fremlegges i artikkelen er blant annet manglende kunnskap, erfaring og tillit til egne vurderinger. Diskusjonen forteller oss også at helsepersonell mener at de trenger grundigere opplæring om mishandling.

Manglende kunnskap og opplæring om temaet er også en barriere vi har erfart at sykepleiere opplever. Dette kan medføre mindre tiltro til egne observasjoner, og dermed mindre mot til å handle ut ifra det man ser. Hele 21% av deltakerne i Herendeen et al. (2014) sin studie svarte at de ikke hadde fått god nok opplæring om barnemishandling. Kari Martinsen skriver i boken "Øyet og Kallet" at man må våge å se og ta innover seg andres lidelse. Hun trekker også frem historien om den barmhjertige samaritan, som handler ut fra lidelsen han ser. (Martinsen, 2002, s 18-24). For å kunne se med hjertet, ta innover seg det man ser og stole på egne subjektive observasjoner, må man ha kunnskap. Med andre ord: for å kunne avdekke tilfeller av barnemishandling er sykepleier avhengig av å både ha kunnskap og vite hva en ser etter. Sykepleieren trenger et avklart forhold til hva det innebærer av forpliktelse å eie slik kunnskap. Ifølge Kari Martinsen vil omsorg gjennom å være oppmerksomt og sanselig tilstede i situasjonen innebære at man våger å se den andre og bruke "hjertets øye" i situasjonen. Vår erfaring er at dette fordrer både personlig og faglig trygghet og modenhet.

Herendeen et al. (2014) presenterer en hypotese om at til tross for at selv de mest erfarne barnesykepleierne kan kjenne på barrierer ved å melde ifra, spiller erfaring hos sykepleierne allikevel en stor og viktig rolle. I studien kommer det frem at de såkalte ekspertene hadde en tendens til å rapportere oftere. Fra vårt sykepleieperspektiv forstår vi at dette er et sårbart og vanskelig felt, og at det faglige skjønnet de mer erfarne sykepleiere har styrker motet til å stole på egne vurderinger og melde ifra.

Louwers et al. (2012) viser i sin undersøkelse at personlige barrierer som frykt for urettmessige mistanker også hindrer sykepleiere i å melde ifra. Også gjennom denne artikkelen vektlegges manglende kunnskap og opplæring som en barriere mot å melde ifra. I tillegg kan vansker med kommunikasjon, eksempelvis dersom foreldrene stiller spørsmål ved en topp-til-tå-undersøkelse, være en begrensende faktor som bidrar til at sykepleiere ikke oppdager mishandling. Dette vil vi komme tilbake til under punkt 5.2.2. *Rutiner og retningslinjer*.

Frykt for urettmessige mistanker, eller å ta feil, er en vesentlig barriere som mange sykepleiere kjenner på. Vår erfaring er at dette vil alltid være svært sårbare og utfordrende pasientmøter som naturlig aktiverer både fag og følelser hos sykepleieren. Det er dog viktig å være klar over at det å ikke melde ifra kan ha store konsekvenser både for barnet det gjelder, eventuelle søsken og øvrig familie. Videre kan det også føre til svekket troverdighet til sykepleieren da det yrkesmessige ansvaret ikke blir fulgt opp. (Herendeen et al., 2014). I en slik forståelse kan konsekvensene ved å ikke melde ifra likevel vise seg å være større enn

konsekvensene ved å melde feilaktig. Det kan i tillegg være et etisk dilemma hvorvidt en skal varsle eller ei. I tilfeller hvor mishandleren er pasienten, kan sykepleieren havne i en skvis der det er motstridende normer, ulike behov, samt ulike hensyn å ta. Det er da viktig at sykepleieren kan reflektere og benytte faglig-etisk skjønn i sine vurderinger og handlinger, samt at det er rom for etiske refleksjoner på arbeidsplassen. (Alvsvåg & Martinsen, 2018). Samtlige av de nevnte artiklene forteller oss at følelsen av manglende kunnskap er en barriere som hindrer sykepleiere å melde ifra ved mistenkt barnemishandling. Som snart ferdig utdannede sykepleiere reflekterer vi over dette, og opplever at kunnskap alene kanskje ikke er tilstrekkelig før den kobles til erfaring og blir til sykepleierens personlige kunnskap. En kunnskapsbase er et viktig grunnlag og som nevnt i teorikapittelet er kunnskap om barnemishandling nå kommet inn i Rammeplan for sykepleierutdanningen, som angir at sykepleiere skal kunne “samtale med barn om tema som omsorgssvikt, vold og overgrep”. (Kunnskapsdepartementet, 2019).

For å kunne samtale med barn rundt dette, er det nødvendig at sykepleiere i tillegg har kunnskap om hvordan man best kan kommunisere med barn ut fra ulik alder og modenhet. Ved å være fullt og helt sansende tilstede kan sykepleiere faglig tyde situasjonen, tilpasse seg barnets utviklingsnivå, og på den måten skape tillit. (Martinsen & Kjær, 2012). Det kan dog stilles spørsmål til hvor stor plass kunnskap om barnemishandling vil få i obligatorisk undervisning i sykepleierutdanningen, og hvorvidt det blir forskjellig ved de ulike utdanningsinstitusjonene. I tillegg erfarer det store forskjeller i rutiner rundt temaet på ulike arbeidsplasser, og internundervisning er ofte mangelfull og tilfeldig. Det at temaet barnemishandling er så lite på dagsorden gjør det vanskelig for sykepleiere å ivareta kravet i Helsepersonelloven. Samtidig har man som sykepleier et eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert, og med dette tilegne seg kunnskap om barnemishandling, da dette er noe man kan komme borti uavhengig av hvor man jobber. Et viktig moment er å ta innover seg at barnemishandling skjer.

Carson (2018) ønsket å implementere et screeningverktøy med tilhørende 20-minutters kurs, hvor de i tillegg utførte før- og ettertest for å kartlegge effekten av kurset. Resultatet viste at det var markant økning av både kunnskap og selvsikkerhet i å avdekke barnemishandling. I dette kvalitetsforbedringsprosjektet kommer det frem at kursing og kompetanseheving hjalp sykepleiere i å føle seg tryggere i sin avgjørelse om å varsle ved mistanke om barnemishandling. Den største svakheten ved dette prosjektet var mangelfull tilgang på data i etterkant av prosjektet. Saker med barnemishandling som kommer innom legevakt varierer

vesentlig fra måned til måned, noe som betyr at kun en måneds data etter implementeringen ikke sier nok om effekten av dette prosjektet. Med bakgrunn i dette kan bruk av screeningverktøy, når det kombineres med kursing og opplæring, være med på å øke kunnskapen og tryggheten til sykepleierne når det kommer til å varsle ved mistanke om barnemishandling. Det kan tenkes at det å gjøre felles erfaringer og å reflektere sammen skaper større grad av trygghet og kunnskap.

I lov om spesialisthelsetjenesten §3-7a kommer det som tidligere nevnt frem at helseinstitusjoner som omfattes av nevnte lov skal i den utstrekning som er nødvendig ha eget barneansvarlig personell. (Spesialisthelsetjenesteloven, 2017) Den eller de barneansvarlige skal være ressurser i avdelingen, og skal sørge for at rutiner og retningslinjer er på plass. Barneansvarlig skal kunne gi veiledning til sine kollegaer, og kjenne til relevant forskning. (Bergem, 2017 s. 29). Vår erfaring er at det å plassere ansvar for fagområder hos sykepleiere som ønsker det kan gi et løft for alle i avdelingen.

I undersøkelsen til Louwers et al., (2012) fremkommer det at ved å ha eksempelvis fagsykepleier eller egne team med ekstra fokus på temaet vil dette kunne bidra til kompetanseheving på hele avdelingen gjennom opplæring, kursing samt oppdaterte rutiner og prosedyrer. Men selv om mange av sykehusene i undersøkelsen hadde både fagsykepleier, støtte fra ledelse, gode retningslinjer eller et passende screeningverktøy, opplevdes det fortsatt barrierer. Mer tid, penger og innsats både fra helsearbeiderne og ledelsen er nødvendige for å overkomme disse.

Ledelsen spiller en viktig rolle både i form av tilrettelegge og muliggjøre slik at ansatte skal kunne få økt kunnskap og kompetanse. Vi mener det også er svært viktig fordi det innebærer leders anerkjennelse og emosjonelle støtte. Saker omhandlende barn som blir utsatt for mishandling er menneskelig og personlig krevende å stå i, og som arbeidstaker er det svært viktig at en har støtte fra ledelsen. En leder en kan drøfte med og som tilrettelegger for debriefing og etiske refleksjoner på arbeidsplassen styrker erfaring og kunnskap.

5.2 Rutiner og retningslinjer

I Louwers et al. (2012) sin artikkel ser vi at manglende rutiner på hvem som har ansvar for screening av barn er en barriere. Enkelte helsepersonell mener at deres hovedansvar er medisinsk behandling, og setter dermed ansvaret for å ta stilling til barnemishandling over på andre. Ansvarsfraskrivelse førte til at screening ikke alltid ble gjennomført. I samme artikkel finner vi at flere visste at det var egne retningslinjer man skulle følge ved mistenkt barnemishandling, men at ikke alle var klar over dette eller hvor man kunne finne det. Dette viser tydelig at klare rutiner og retningslinjer er nødvendige fremmede faktorer for å avdekke mishandling.

Forskningsartikkelen til Diderich et al. (2015), som er basert på Hauge-protokollen, konkluderer med at ved å benytte screeningverktøy basert på foreldrenes innleggelsesårsak øker en treffsikkerheten - og mishandlede barn som normalt ville gått "under radaren" hos helsepersonell avdekkes med høy sannsynlighet. Det at sykepleiere i akuttmottak og legevakt rutinemessig bruker screeningverktøy normaliserer og ufarliggjør prosessen både fra helsepersonells men og pasientens side, samtidig som det blir mer en naturlig del av sykepleien å se etter tegn på barnemishandling.

Diderich-Lolkes de Beer (2015) mener at barrierer som hindrer helsepersonell i å se og melde om barnemishandling skal være enkle å løse. Hun har sammen med flere utviklet Hauge protokollen. Denne baserer seg på å fange opp barnemishandling gjennom å kartlegge voksne som kommer til akuttmottak med sine egne medisinske problemer. Kriteriene for screening er at pasienten har blitt utsatt for vold i hjemmet, rusproblematikk/intoksikasjon, eller suicidalforsøk. Ifølge Hauge-protokollen har "Barn av omsorgspersoner med depresjon/rusmisbruk/vold i hjemmet" høyere sannsynlighet for å bli utsatt for mishandling. (Diderich-Lolkes de Beer, 2015). Dette samsvarer med NOVA rapport 5/2016, som nevnt i teorikapittelet. Etter at Hauge-protokollen ble innført i Nederland har akutt- og ambulansetjenesten økt treffsikkerheten ved melding til barnevernet opp til 91%. Dette viser tydelig at det å være årvåken og å screene etter barnemishandling - selv i tilfeller hvor barnet ikke er pasient - er effektivt for å oppdage flere barn som utsettes for mishandling.

Helsepersonelloven §10-a forteller oss at vi har plikt som helsepersonell å ivareta mindreårige barn som pårørende. Dette betyr blant annet at vi skal undersøke om pasienten har mindreårige barn. (Helsepersonelloven §10-a, 1999). Pasienten plikter ikke å svare på dette og det er ikke straffbart å unnlate å svare på spørsmål om egne barn. Dersom man mistenker at pasienten holder tilbake informasjon om egne barn, som kan skade barna, skal man kontakte

barnevernet. (Bergem, 2017 s. 25). I tillegg har en avvergingsplikten som sier at man, både som privatperson og helsepersonell, har lovpålagt plikt til å melde ifra dersom en mistenker at vold og/eller overgrep mest sannsynlig vil skje.

Helse Bergen er i dag i implementeringsfasen av “Barn under radaren” som er et screeningverktøy basert på Hauge protokollen. Screeningverktøyet er bygget opp som et avkryssningsskjema med spørsmål om pasient og pasientens barn. Skjemaet er til bruk - som etter Hauge protokollens retningslinjer - når voksne pasienter kommer inn i akuttmottak etter å ha blitt utsatt for vold i hjemmet, rus/intoksikasjon, eller etter et suicidalforsøk. Skjemaet er for det meste bygget opp av ja/nei-spørsmål, med mulighet for å utdype ved noen av spørsmålene. Likevel kan det stilles spørsmål til om dette gir klare nok retningslinjer for helsepersonell om når mistanken er “sterk nok” til å melde ifra. Det er ingen poengsum for spørsmålene, og alle spørsmål ser ut til å vektlegges like mye. Dette kan i en travel hverdag føre til at enkelte utsatte barn fortsatt går under radaren.

Herendeen et al. (2014) forteller oss at 9 av 105 sykepleiere i undersøkelsen hadde opplevd å mistenke barnemishandling, men at da dette ble lagt frem for ansvarshavende lege var ikke legen enig og det ble derfor ikke meldt. I undersøkelsen svarte 5 sykepleiere at de hadde lagt sine mistanker frem for legen, at legen var enig - men rådet sterkt mot å melde. Dette viser oss at det er nødvendig med klare retningslinjer for når en mistanke er sterk nok til å melde ifra, samt rutiner dersom det oppstår kollegiale konflikter om temaet. I tillegg bør det være rutiner på avvikshåndtering dersom en tydelig bekymring om barnemishandling ikke blir meldt. Kunnskap om dette må bli felleseie på hele avdelingen.

Videre viser artikkelen til Herendeen et al. (2014) at hele 21% av sykepleierne mente at barneverntjenesten ikke var god nok, mens 19% mente at barnevernet ikke jobbet raskt nok og barna ble ytterligere lidende under dette. Samtidig var 55% uenig eller sterkt uenig i at barnevernet holdt helsepersonell tilstrekkelig oppdatert i sakens gang etter at melding var mottatt. Også i Jordan et al. (2015) kan vi lese at det er usikkerhet hos sykepleierne rundt hva som går under meldeplikt, samt det diffuse begrepet “rimelig mistanke”. Det fremkommer også usikkerhet rundt når helsepersonell skal gi ansvaret over til barnevernet. Et tettere samarbeid med barneverntjenesten, og tilbakemelding kan også gjøre helsepersonell tryggere i avgjørelsen om å melde ifra. Både tydeligere formulerte retningslinjer og et bedre samarbeid mellom ulike instanser er med andre ord viktig for å få bukt med disse barrierene.

I barnevernloven § 13-3. Tilbakemelding fra barneverntjenesten står det at når det mottas melding fra offentlige meldere eller yrkesutøvere er de pliktig til å gi tilbakemelding innen 3 uker etter mottatt melding, og det skal også opplyses om det er iverksatt tiltak i den aktuelle saken. I tillegg skal barnevernet innen 3 uker etter avsluttet sak informere melder om de følger opp barnet og familien videre eller ei. (Barnevernloven §13-3, 2021). Dette kan virke som en fremmede faktor for sykepleiere som velger å melde ifra, da de kan få en viss innsikt i sakens gang, og ta det med videre som erfaring og kunnskap. Dette såfremt det gis tilstrekkelig informasjon til at man kan ta lærdom av det.

5.3 Tid

Louwers et al. (2012) viser oss at tid var en barriere som førte til at helsepersonell ikke screener for barnemishandling, til tross for at de hadde en sjekklister som ville tatt relativt kort tid å fylle ut og de var motiverte for å avdekke mishandling.

Produktivitet, lønnsomhet og tid i dagens helsevesen er noe som Kari Martinsen (2021) beskriver som et hinder for spesielt sykepleierens kliniske blikk og faglige skjønn. Den instrumentelle tidsbruken, hvor en forveksler timetid med hjerteslag, presser sykepleierne i en situasjon hvor prosedyrer og avkryssningsskjemaer tar over for det faglige skjønnet.

Det å se og avdekke barnemishandling krever at sykepleier har overblikk, oppmerksomt nærvær og tid. Et annet moment som Kari Martinsen trekker frem er at travelheten og dokumentasjons- og prosedyrepresset mange sykepleiere kjenner på går på bekostning av sykepleierens tilstedeværelse, oppmerksomhet og utviklingen av det faglige skjønnet. En kan med bakgrunn i dette undre seg om nok et avkryssningsskjema vil gå på bekostning av sykepleierens tid i et allerede presset tidsskjema.

Tilpasset kommunikasjon er tillitsskapende og avgjørende for å unngå misforståelser. Som sykepleier i akuttmottak og legevakt kan tid være en begrensende faktor, men god kommunikasjon trenger ikke være ekstra tidkrevende. For at barnet skal våge å åpne seg opp og være sårbar må sykepleieren tilpasse språket sitt, både verbalt og kroppslig, og skape en trygg atmosfære. Vi trenger kunnskap om barns naturlige utvikling for å kunne se deres sårbarhet og smerte. Dette sykepleieperspektivet støttes av Kari Martinsen som snakker om å se den andre og ta i mot appellen fra den andre ved å være fullt og helt tilstede i situasjonen, være mottagelige, sansende og faglig tydende. (Martinsen & Kjær, 2012, s 14-16). Ved å sette

seg på huk og møte barnet i øyehøyde kan man åpne opp for en trygghet som ikke er like tilstedeværende dersom man prater “ovenfra og ned”. (Bergem, 2017, 144).

Samtlige av artiklene inkludert i denne studien viser at økt kunnskap rundt og fokus på barnemishandling ville vært en fremmede faktor for at sykepleiere skal føle seg trygge til å melde ifra. Økt kunnskap forutsetter nok tid og ressurser.

6.0 Oppsummering og konklusjon

Barnemishandling er et stort samfunnsproblem, og som sykepleiere har vi et etisk og lovpålagt ansvar i å avdekke og å melde ifra ved mistanke. Til tross for dette har det under vår utdanning ikke vært tema i undervisningen. Dette er endret i ny rammeplan og det er lov å håpe at dette fører til økende kunnskap hos sykepleiere. Samtidig er ansvaret for å gi god sykepleie et arbeidsgiveransvar der kunnskap og kompetanse utvikles i gode samarbeidsrelasjoner i avdelingen. Som sykepleiere ønsker vi å vokse i trygge miljøer som deler erfaring og reflekterer sammen. Vanskelig og sårbare temaer som barnemishandling fortjener slike miljøer for at trygghet er en del av det man deler.

Målet med denne oppgaven har vært å belyse barrierer som hindrer sykepleier på legevakt og akuttmottak i å melde ifra ved mistanke om barnemishandling. Vi har i tillegg ønsket å se nærmere på om eventuelt bruken av sjekklister og screeningverktøy som eksempelvis “Barn under radaren” kan føre til at flere tilfeller med barnemishandling blir avdekket.

Resultatene fra denne litteraturstudien viser oss at sykepleierne erfarer flere ulike barrierer - deriblant mangel på kunnskap, erfaring, tid, rutiner og tydelige retningslinjer - som hindrer dem i å melde ifra ved mistanke om barnemishandling. Videre trekkes det frem at mange opplever begrepet “rimelig mistanke” som diffust, og at de av den grunn er usikre på hva som er nok for å gå videre med mistanken. For å overkomme disse barrierene handler det ikke om kunnskap og opplæring alene, men også om at sykepleier må være trygg nok til å se, samt våge å gjøre noe med det hun ser. Trygghet bygges opp ved hjelp av erfaring og ydmykhet overfor kompleksiteten i de situasjonene der barn er truet og mishandling kan skje.

Resultatene viser også at økt fokus i form av kursing, undervisning og det å ha egen fagsykepleier kan bidra til å redusere disse barrierene. På denne måten kan kunnskapen bli

allemanseie på hele avdelingen, noe som fører til økt trygghet og ansvarsfølelse. Bruk av screeningverktøy, eksempelvis “Barn under radaren”, har vist positive resultater på treffsikkerhet, og dette gir grunn til å anta at færre barn går under radaren hos helsepersonell. Ved å bruke sjekklister og screeningverktøy økes og bevisstheten hos sykepleiere og de kan bli mer selvsikre og trygge i egne vurderinger. Dette forutsetter tydelige retningslinjer som sier noe om hvem som skal gjennomføre screening, og når det skal meldes ifra. For at slike verktøy ikke skal bli ren rutine er det nødvendig at man våger å bli berørt. Samtidig må man beholde det faglige skjønnet og ikke kun handle ut fra følelser.

Den viktigste barrieren sykepleier må overkomme er å ta inn over seg - og la seg berøre av - at barnemishandling skjer.

Du ser det ikke før du tror det.

7.0 Referanseliste

- Alvsvåg, H., & Martinsen, K. M. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 215–222. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03>
- Barneombudsloven. (1981). *Lov om barneombud* (LOV-1981-03-06-5). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1981-03-06-5>
- Barnevernsloven §1-2. (2023). *Lov om barnevern* (LOV-2022-06-17-45). Lovdata.no. <https://lovdata.no/lov/2021-06-18-97/§1-2>
- Barnevernsloven §13-2. (2021). *Lov om barnevern* (LOV-2021-06-18-97). Lovdata.no. <https://lovdata.no/lov/2021-06-18-97/§13-2>
- Barnevernsloven §13-3. (2021). *Lov om barnevern* (LOV-2021-06-18-97). Lovdata.no. <https://lovdata.no/lov/2021-06-18-97/§13-3>
- Bergem, A. K. (2017). *Barn som pårørende i akuttsituasjoner en praktisk guide for hjelpere: Du finner det du leter etter* (2. utg). Hertervig.
- Carson, S. M. (2018). Implementation of a Comprehensive Program to Improve Child Physical Abuse Screening and Detection in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 44(6), 576–581. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.04.003>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Diderich, H. M., Verkerk, P. H., Oudesluys-Murphy, A. M., Dechesne, M., Buitendijk, S. E., & Fekkes, M. (2015). Missed Cases in the Detection of Child Abuse Based on Parental Characteristics in the Emergency Department (the Hague Protocol). *Journal of Emergency Nursing*, 41(1), 65–68. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.05.016>
- Diderich-Lolkes de Beer, H. (2015). *Detection of child maltreatment based on parental characteristics at the hospital Emergency Department*.
- Dyb, G., & Flekke, K. (2019, mars 28). *Barnemishandling*. Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatriisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-3-behandlingsmetoder-og-spesielle-arbeids>

omrader/barnemishandling/

Fonn, M. (2019). Kari Martinsen: Pleien tar den tiden den tar. *sykepleien.no*.

<https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)

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

Helsedirektoratet. (2023). § 33. *Opplysningsplikt til barnevernet*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/opplysningsplikt-m.v/-33.opplysningsplikt-til-barnevernet#apiUrl>

Helsepersonelloven §10-a. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§10a>

Helsepersonelloven §21. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.no.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§21>

Helsepersonelloven §33. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.no.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§33>

Herendeen, P. A., Blevins, R., Anson, E., & Smith, J. (2014). Barriers to and Consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse Practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), e1–e7. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.06.004>

Jordan, K. S., & Steelman, S. H. (2015). Child Maltreatment: Interventions to Improve Recognition and Reporting. *Journal of Forensic Nursing*, 11(2), 107–113.

<https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000068>

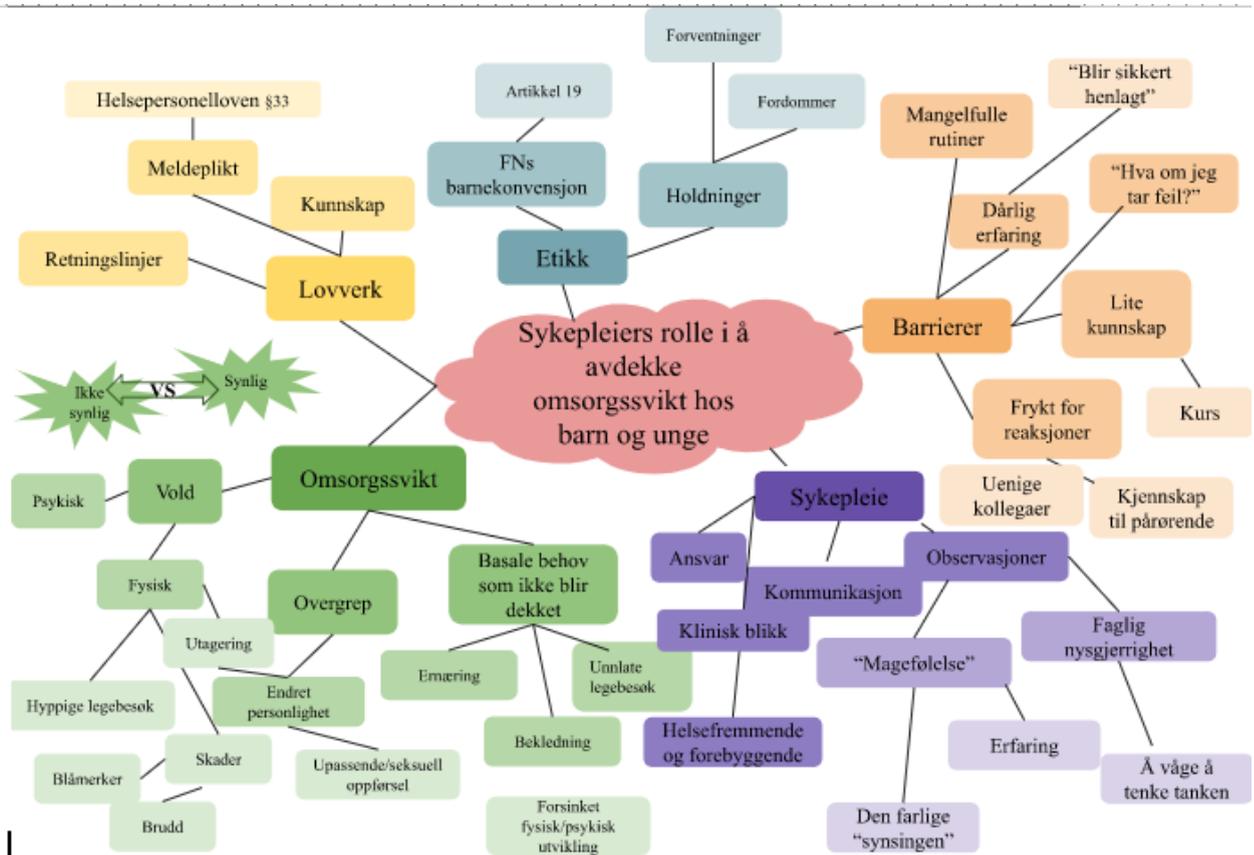
Kunnskapsdepartementet. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.no. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412/§6>

- Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., De Koning, H. J., & Moll, H. A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12(1), 167. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-167>
- Løgstrup, K. E. (2008). *Den etiske fordring* (3. gjennomsete udg). Gyldendal.
- Martinsen, K. (2002). *Øyet og kallet* (2. oppl). Fagboklaget.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utgave). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2021). *Langsomme pulsslag*. Fagbokforlaget.
- Martinsen, K., & Kjær, T. A. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe.
- Menneskerettsloven. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett* (LOV-1999-05-21-30). Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30>
- Myhre, M. C. (2016). Helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevd omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. I J.-H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 169–182). Universitetsforl.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2023). *Avvergingsplikten*. plikt.no. <https://plikt.no/#avvergingsplikt>
- Norsk Sykepleierforbund. (2023, april 13). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Redd Barna. (2023, april 11). *Barns rettigheter*. Redd Barna. <https://www.reddbarna.no/vart-arbeid/barns-rettigheter/#:~:text=Hvem%20har%20ansvaret%20for%20barns,rettighetene%20som%20st%C3%A5r%20i%20barnekonvensjonen.>
- Reneflot, A., Stene-Larsen, K., & Myklestad, I. (2019, juni 24). *Vold og seksuelle overgrep*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/>

- Spesialisthelsetjenesteloven. (2017). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61).
Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61/§3-7a>
- Statistisk Sentralbyrå. (2023). *Barnevernstatistikken* [Statistikk].
<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern>
- Svein Mossige, & Stefansen (Red.), K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge. - Omfang og utviklingstrekk 2007—2015* (NOVA Rapport 5/2016).
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5104/Vold-og-overgrep-mot-barn-og-ung-NOVA-Rapport-5-16-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter—Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie* (1. utgave). Gyldendal akademisk.
- Veileder—Implementering Barn Under Radaren*. (2023). BarnsBeste, Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende.

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Tankekart rundt tema



Vedlegg 2: Sjekkliste "Barn under radaren"

Sjekkliste – vurdering av bekymring for pasienters barn

Spørsmål til helsepersonell i akuttmottaket og ambulans akutteam som skal vurdere bekymring for barns omsorgssituasjon og melding til barneverntjenesten.

Sjekklisten benyttes i møte med pasienter som har mindreårige barn (0-18 år) og som får helsehjelp med utgangspunkt i bekreftet vold/mistanke om vold, alvorlig psykiatrisk tilstand, bekreftet selvmordsforsøk/mistanke om selvmordsforsøk eller intox/alvorlig rus.

Pasient

Navn	Fødselsnummer
------	---------------

Sjekkliste

1. Hvor mange barn har pasienten?			
2. Navn og fødselsdato på barna			
3. Er pasienten gravid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
4. Var pasienten ved bevissthet ved innkost?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
5. Var det behov for assistanse fra politi eller vokter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
6. Har pasienten vært i kontakt med enheten/avdelingen i liknende situasjoner tidligere?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis Ja, hvor mange ganger?			
7. Kommer barnet/barna i følge med pasienten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, hva er ditt inntrykk av barna?			
8. Har barnet/barna vært vitne til konkrete hendelser i forkant av helsehjelpen som gjør deg bekymret?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis Nei, eller Vet ikke, hvor befant barnet/barna seg?			
9. Hvem ivaretar barnet/barna nå?			
10. Vurderer du at barnet/barna er i trygghet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke

BARN UNDER RADAREN®

11. Kan de være der så lenge det er behov eller til annen løsning finnes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
12. Hvordan beskriver pasienten årsaken til helsehjelpen?			
13. Vurderer du at pasientens beskrivelse stemmer overens med dine kliniske observasjoner? Hvis Nei, beskriv din vurdering	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
14. Er det noe i samspillet mellom pasient og ledsager som gjør deg bekymret? Hvis Ja, beskriv hva som gjør deg bekymret	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt
15. Er sykehusinnleggelse nødvendig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
16. Opplever du pasienten som aggressiv?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	

Bekreftet vold / mistanke om vold

Ja Nei

<i>Hvis Ja:</i> Hvilke skader har pasienten? Hvilken relasjon har voldsutøver til pasient og barn? Hvor oppholder voldsutøver seg nå? Vurderer du det som trygt for barn og pasient å dra hjem? Beskriv din vurdering	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
--	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Alvorlig psykiatrisk tilstand

Ja Nei

<i>Hvis Ja:</i> Har pasienten en kjent alvorlig psykisk lidelse? Beskriv hvordan pasienten fremstår	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
---	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Bekreftet selvmordsforsøk / Mistanke om selvmordsforsøk

Ja Nei

Hvis Ja:

Hvordan utførte pasienten selvmordsforsøket?

Intox / alvorlig rus

Ja Nei

Hvis Ja:

Hvilket/hvilke rusmiddel/rusmidler har pasienten inntatt?

Melding til barneverntjensten

Vurderer du at det er grunn til å tro at barnet/barna blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt? (Helsepersonelloven §33)

Ja Nei Vet ikke

Hva innebærer «grunn til å tro»?

Kravet «grunn til å tro» innebærer at det ikke kreves sikker viten, men at det samtidig må foreligge mer enn en vag og udefinerbar mistanke.

Hvis Ja:

Beskriv kort hvilke observasjoner og konkrete forhold knyttet til barnets/barnas situasjon som gjør deg bekymret?

Vurderer du at meldeplikten er utløst?

Ja Nei

Hvis Nei:

Er det aktuelt å melde til barneverntjenesten i samarbeid med pasienten/foreldre?

Ja Nei

Hvis Ja på spørsmål om meldeplikten er utløst:

Samtykker pasienten til at det sendes melding til barneverntjenesten?

Ja Nei Ikke aktuelt

Vurderer du at situasjonen krever akutt bistand fra barneverntjenesten?

Ja Nei

Har du drøftet saken med barneverntjenesten/barnevernvakta?

Ja Nei

Vil det bli sendt melding til barneverntjenesten?

Ja Nei

Hvis Nei:

Begrunn hvorfor du ikke skal sende melding?

Hvis Ja:

Begrunn hvorfor du skal sende melding?

BARN UNDER RADAREN.

Dersom det vil bli sendt melding:

Er pasienten informert om at melding blir sendt?

Ja

Nei

Ikke aktuelt

Hvis Nei eller Ikke aktuelt:

Hvorfor er ikke pasienten informert?

Vedlegg 3: Søkematrise

Dato	Søkebase	PICO/Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Aktuelle artikler	Leste artikler	Relevante artikler	Inkluderte artikler
22.02	Ovid (søk 1)	nurs* AND child neglect	37	10	4	2	1	1
22.02	Cinahl (søk 1)	nurs* AND child neglect	926	0	0	0	0	0
22.02	Ovid (søk 2)	nurs* AND barriers AND child neglect"	2	0	1	1	1	1
22.02	Cinahl (søk 2)	nurs* AND barriers AND child neglect	6	5	2	0	0	0
22.02	Ovid (søk3)	nurs* AND child neglect OR child abuse AND barriers"	29	5	2	2	2	2
22.02	Cinahl (søk 3)	nurs* AND child neglect OR child abuse AND barriers	0	0	0	0	0	0
22.02	Ovid (søk 4)	nurs* AND child neglect.mp. OR Child Abuse AND barriers AND emergency	5	4	0	0	0	0
22.02	Cinahl (søk 4)	nurs* AND child neglect.mp. OR Child Abuse AND barriers AND emergency	0	0	0	0	0	0
22.02	Ovid (søk 5)	nurs* AND screening AND knowledge AND child maltreatment	6	5	1	0	0	0
22.02	Cinahl (søk 5)	nurs* AND screening AND knowledge AND child maltreatment	8	4	1	1	1	1
07.03	Ovid (søk 6)	nurs* AND child maltreatment	214	0	0	0	0	0
07.03	Cinahl (søk 6)	nurs* AND child maltreatment	952	0	0	0	0	0
07.03	Ovid (søk 7)	nurs* AND child maltreatment AND barriers	7	0	0	0	0	0
07.03	Cinahl (søk 7)	nurs* AND child maltreatment AND barriers	27	1	1	0	0	0

Vedlegg 4: Oversikt over søkeresultat og videre utvalg av artikler

Forfatter(e) Kilde	Artikkelens tittel	Inkludert i utvalg?	Begrunnelse for inklusjon/eksklusjon
Alkathiri, M. A., Baraja, M. A., Alaqeel, S. M., Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021. vol 10, utg 9	Knowledge, attitude, and practice regarding child maltreatment among health care providers working in primary care centers in Riyadh, Saudi Arabia	Nei	Kulturforskjeller og forskjeller i helsevesenets struktur
Carson, S. M., Journal of Emergency Nursing. 2018. Vol 44, utg 6.	Implementation of a comprehensive program to improve child physical abuse screening and detection in the emergency department	Ja	Relevans både med tanke på hvor man møter barna, i tillegg til screeningverktøy og vektlegging på viktigheten av helsepersonells kunnskap
Diderich, H. M., Verkerk, P. H., Oudesluys-Murphy, A. M., Dechesne, M., Buitendijk, S. E., Fekkes, M. Journal of emergency nursing. 2015. vol 41, utg 1	Missed cases in the detection of child abuse based on parental characteristics in the emergency department (the Hauge Protocol).	Ja	Relevans med tanke på tema, møtearena og sjekkliste (Hauge Protokoll).
Einboden, R., Rudge, T., Varcoe, C. Nursing Inquiry. 2019.	Beyond and around mandatory reporting in nursing practice: Interrupting a series of deferrals	Nei	Litt overordnet systemnivå, ikke helt spisset inn på oppgavens problemstilling.
Elarousy, W., Abed, S., Eastern Mediterranean Health Journal. 2019. Vol 25, utg 6.	Barriers that inhibit reporting suspected cases of child abuse and neglect in a public hospital, Jeddah, Saudi Arabia	Nei	Kulturforskjeller og forskjeller i helsevesenets struktur
Flemington, T., Fraser, J., International Emergency Nursing. 2017.	Building workforce capacity to detect and respond to child abuse and neglect cases: A training intervention for staff working in emergency settings in Vietnam	Nei	Kulturforskjeller og forskjeller i helsevesenets struktur
Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Linping, C., Dunne, M., International Journal of Nursing Studies. 2009.	Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis	Nei	Tidspunkt for publisering - eldre enn 12 år.
Herendeen, P. A., Blevins, R., Anson, E., Smith, J., Journal of Pediatric Health Care. 2014.	Barriers to and consequences of mandated reporting og child abuse by nurse practitioners	Ja	Fokus på barrierer og hvorfor sykepleiere ikke melder ifra ved mistanke om barnemishandling
Jordan, K. S., Steelman, S. H. 2015. Journal of	Child maltreatment: Interventions to improve	Ja	Aktuell med tanke på barrierer samt inngrep for å forbedre avdekning og rapportering

forensic nursing	recognition and reporting		
Louwers, E., Korfage, I. J., Afforutit, M. J., De Koning, H. J., Moll, H. A., BMC Pediatrics. 2012.	Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department	Ja	Aktuell fordi den omhandler barrierer, samt møteplass i akuttmottak
Piltz, A., Wachtel, T. Australian journal of advanced nursing. Vol 26, nr 3	Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect	Nei	Ekskludert på grunn av alder over 12 år
Vilensky, Y. S., Grinberg, K., Yisaschar-Mekuzas, Y., Journal of Childrens Services. 2022. Vol 17, utg 4.	Why is reporting so hard? Barriers to fulfilling the duty to report among community nurses in Israel	Nei	Kulturforskjeller og forskjeller i helsevesenets struktur

Vedlegg 5: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i oppgaven?
Carson, S. M., Journal of Emergency Nursing. 2018. Vol 44, utg 6.	Studiens formål var å implementere et kunnskapsbasert screeningprogram som inkluderte kompetanseheving om temaet barnemishandling og et systematisk screeningsverktøy	Child abuse, nonaccidental trauma, screening, emergency department, health care provider	Kvalitetsforbedringsprosjekt utført ved bruk av kvalitativ metode. Gjennomført før- og etter test etter gjennomført 20 minutters kurs.	Resultatet viste en betydelig økning av både kunnskapen og selvsikkerheten hos de ansatte i å gjenkjenne barnemishandling. Undervisningen og screeningsverktøyet ble trukket frem som de mer fremmede faktorene for å avdekke, mens overgangen til nytt elektronisk journalsystem var den største barrieren.	Relevans både med tanke på hvor man møter barna, i tillegg til screeningverktøy og vektlegging på viktigheten av helsepersonells kunnskap
Diderich, H. M., Verkerk, P. H., Oudesluys-Murphy, A. M., Dechesne, M., Buitendijk, S. E., Fekkes, M. Journal of emergency nursing. 2015. vol 41, utg 1	Studien fokuserer på hvorfor det var uoppdagede mishandlingssaker etter implementering av Hauge protokollen.	Detection, child maltreatment, emergency department, parental characteristics , missed cases	Kvantitativ forskningsartikkel basert på Hauge protokollen.	Konkluderer med at det er stor treffsikkerhet på å finne barn utsatt for mishandling basert på foreldrenes innleggelsesårsak.	Relevans i forhold til Barn under radaren, et screeningverktøy basert på Hauge protokollen, som nå er i implementeringsfasen i Helse Bergen.
Herendeen, P. A., Blevins, R., Anson, E., Smith, J., Journal of Pediatric Health Care. 2014.	Målet med studien var å kartlegge barrierene som hindret sykepleiere i å melde ifra ved mistanke om barnemishandling	Nurse practitioner, child abuse, mandated reporter	Kvantitativ undersøkelse gjennomført med spørreundersøkelse på mail, sendt ut til 5764 barnesykepleiere, med	Viser blant annet at 20% ikke hadde meldt ifra ved suspekter skader hos barn. Grunnen til dette var blant annet kollegiale uenigheter om saken, manglende kunnskap og dårlige rutiner rundt	Relevans med tanke på barrierer, samt rutiner og personlige uenigheter i om mishandling skal meldes ifra eller ei.

			11% svarrate.	opplæring.	
Jordan, K. S., Steelman, S. H. 2015. Journal of forensic nursing	Målet med artikkelen er å presentere en kunnskapsbasert diskusjon rundt tema barnemishandling, samt kartlegge barrierer hos helsepersonell, og fremmede faktorer til å melde ifra.	Child abuse and neglect, child maltreatment, screening, child maltreatment teams	Diskusjon basert på kvalitative data	Her trekkes det frem to kasuser som eksempler på tilfeller av barnemishandling som ikke blir oppdaget før livstruende konsekvenser oppstår. Det vises til at helsepersonell er usikker på hva som er "rimelig mistanke", og har for lite kunnskap.	Artikkelen trekker frem viktigheten av at sykepleiere i alle deler av helsetjenesten har en åpen holdning og er årvåken når det kommer til skader eller sykdom som kan skyldes barnemishandling, og at det er behov for økt kunnskap rundt dette.
Louwers, E., Korfage, I. J., Afforutit, M. J., De Koning, H. J., Moll, H. A., BMC Pediatrics. 2012.	Studien har som mål å kartlegge fremmede faktorer og barrierer som hindrer helsepersonell i å melde ifra ved mistanke om barnemishandling	Child abuse, emergency department, screening, qualitative study	Kvalitativ undersøkelse basert på 27 semistrukturerte intervju med helsepersonell fra syv ulike sykehus	Manglende kunnskap, kommunikasjon med foreldre ved mistenkt mishandling, og for lite tid til egenutvikling innen temaet var barrierer som hindret helsepersonell i akuttmottak i å melde ifra.	Artikkelen har mange viktige momenter som er relevante for oppgaven, og viser både barrierer og fremmede faktorer for helsepersonell i akuttmottak/legevakt

Vedlegg 6: Hovedtrekk barrierer og fremmende faktorer

Subjektive barrierer:	Objektive barrierer:	Fremmende faktorer:
Mangelfull kunnskap/erfaring	Mangelfull opplæring	Økt fokus og kursing rundt tema = Økt kunnskap
Usikkerhet rundt subjektive observasjoner	For lite tid	Screeningverktøy (“Barn under radaren”)
Dårlig erfaring med å melde i fra	Mangelfulle rutiner/retningslinjer	Egne team for barnemishandling/ ansatte med ekstra fokus
Frykt for konsekvenser ved å melde (for barnet, familien og melder)	Lite kjennskap til barnevernet og deres arbeid/manglende tilbakemelding på meldte saker	Tettere samarbeid med barneverntjenesten
Frykt for å ta feil		Støtte fra ledelse