



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse- og omsorgsfag

Erfaringer med å identifisere og melde fra om barnemishandling hos barn innlagt på sykehus

Lina Konstane Einebakken Nilsen

Masteroppgave i sykepleien – studieretning barnesykepleie, SYP-3902, juni 2024

Antall ord: 16 497



Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært som å navigere gjennom en labyrint av tanker, følelser og utfordringer. Dykket ned i temaet identifisering og rapportering av barnemishandling har vært en intens og hjerteskjærende reise. Det har vært et møte med det ubeskrivelige, det uforklarlige og det viktigste av alt – det avgjørende for barns velferd over hele kloden.

Min vilje til å forstå, utforske og formidle de komplekse faktorene som påvirker barnesykepleiers evne til å gripe inn og beskytte barn i sårbare situasjoner har drevet meg gjennom denne prosessen. Gjennom lange netter med dyptgående forskning og refleksjon har jeg forsøkt å kaste lys over det som er gjemt i skyggene, det som er vanskelig å se og vanskeligere å erkjenne.

Som en fortsatt reise av min spesialisering innen barnesykepleie har denne oppgaven vært et naturlig skritt videre i min profesjonelle utvikling. Å balansere arbeid og studier har vært en test av utholdenhet og viljestyrke, men det har også vært en kilde til inspirasjon og motivasjon.

Jeg ønsker å rette en hjertelig takk til alle som har delt sin kunnskap, støttet meg gjennom de vanskelige øyeblikkene, veiledet og oppmuntret meg til å fortsette når veien virket uendelig. Deres bidrag har vært som lysglimt i mørket, og jeg er evig takknemlig.

Til slutt, til alle barn som lider i stillhet og usynlighet, til alle de små stemmene som skriker etter hjelp – denne oppgaven er for dere. Måtte innsatsen vår, både som forfatter av denne oppgaven og som en del av det større fellesskapet som kjemper mot barnemishandling og omsorgssvikt, være en kraft for endring og en kilde til håp i en verden som ofte kan virke kald og likegyldig.

Takk for at du tar deg tid til å lese denne oppgaven.

Tromsø, mai 2024

Lina Nilsen

Sammendrag

Bakgrunn: Historisk sett har barn vært utsatt for alvorlige former for overgrep og omsorgssvikt. Til tross for lovpålagte krav om å avdekke og rapportere tilfeller av omsorgssvikt, opplever helsepersonell utfordringer med underrapportering. Dette skyldes blant annet manglende kompetanse, frykt for konsekvenser og variabel tillit til barnevernet. På verdensbasis lider mange barn av alvorlige konsekvenser av slike forhold.

Hensikt og problemstilling: Studien søker å forstå hvordan barnesykepleiere identifiserer og håndterer tilfeller av barnemishandling på sykehus. Deres erfaringer er viktige for å forbedre barnevernet og beskytte sårbare barn gjennom bedre opplæring og støtte. Oppgaven har følgende problemstilling: *Hvordan erfarer barnesykepleiere prosessen med å identifisere og melde fra om barnemishandling blant barn innlagt på sykehus?*

Metode: Denne studien tar i bruk en litteraturgjennomgang med systematisk tilnærming, som beskrevet av Aveyard (2019). Søk etter artikler ble gjort i databasene CINAHL og PubMed. Til sammen ble åtte studier inkludert i analysen, både kvalitative, kvantitative og litteraturstudier. Dataene ble analysert ved hjelp av en tematisk tilnærming.

Funn: I analysen av studien ble det identifisert fire hovedtemaer knyttet til deltakernes opplevelse av å håndtere mistanke om barnemishandling. Resultatene avdekket at deltakerne følte seg mangelfulle når det gjaldt faglig kunnskap og kjennskap til lovverket. De uttrykte også behov for bedre samarbeid og støtte i prosessen med å identifisere og rapportere barnemishandling. Samtidig uttrykte de frykt for at rapportering av mistanke kunne true barnets sikkerhet og ha negative konsekvenser for dem selv.

Konklusjon: Barnemishandling er komplekse problemer som krever oppmerksomhet og handling fra helsepersonell, spesielt barnesykepleiere. Til tross for deres viktige rolle i å identifisere og håndtere slike tilfeller, møter de betydelige barrierer som manglende kunnskap, begrenset erfaring og etiske dilemmaer. For å bedre adressere disse utfordringene, er det nødvendig med målrettet opplæring, tydelige retningslinjer og bedre samarbeid mellom ulike tjenester og sektorer. Ved å styrke kunnskapen, samarbeidet og bevisstheten om juridiske retningslinjer kan vi sammen arbeide for å beskytte sårbare barn og familier.

Nøkkelord: barnesykepleier, sykepleier, helsepersonell, barnemishandling, omsorgssvikt, meldeplikt, erfaring

Abstract

Background: Historically, children have been subjected to severe forms of abuse and neglect. Despite legal mandates to identify and report cases of neglect, healthcare professionals face challenges of underreporting. This due in part to lack of expertise, fear of consequences, and varying levels of trust in child welfare services. Globally, many children suffer serious consequences because of such conditions.

Aim: The study seeks to understand how pediatric nurses identify and handle cases of neglect in hospitals. Their experiences are crucial for improving child welfare and protecting vulnerable children through better training and support. The research question is as follows: *How do pediatric nurses experience the process of identifying and reporting child abuse among hospitalized children?*

Methods: This study employs a systematic literature review approach, as describes by Aveyard (2019). Article searches were conducted in the CINAHL and PubMed databases. In total, eight studies were included in the analysis, comprising both qualitative, quantitative and literature reviews. Data were analyzed using a thematic approach.

Findings: The analysis of the study identified four main themes related to participants' experiences in handling suspicions of child abuse. The result revealed that participants felt deficient in terms of professional knowledge and understanding of the legal framework. They also expressed the need for better collaboration and support in the process of identifying and reporting child abuse. At the same time, they expressed fear that reporting suspicions could endanger the child's safety and have negative consequences for themselves.

Conclusion: Child abuse and neglect are complex issues that require attention and action from healthcare professionals, especially pediatric nurses. Despite their crucial role in identifying and addressing such cases, they face significant barriers such as lack of knowledge, limited experience, and ethical dilemmas. To better address these challenges, targeted training, clear guidelines, and improved collaboration between different services and sectors are necessary. By enhancing knowledge, collaboration, and awareness of legal guidelines, we can work together to protect vulnerable children and families.

Keywords: pediatric nurse, nurse practitioner, healthcare professionals, child neglect, child abuse, child maltreatment, duty to report, mandatory reporting, experience, perceptions

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Hensikt	3
2	Teoretisk rammeverk.....	4
2.1	Barnemishandling.....	4
2.1.1	Omsorgssvikt.....	4
2.1.2	Seksuelle overgrep	5
2.1.3	Fysisk	5
2.1.4	Psykisk	6
2.1.5	Risikofaktorer.....	6
2.1.6	Konsekvensene.....	6
2.2	Lovverket og meldeplikten.....	7
2.3	Barnesykepleiers rolle og kunnskapsbasert praksis	8
2.4	Tidligere forskning	9
3	Metode.....	11
3.1	Litteraturstudie	11
3.2	Beskrivelse av fremgangsmåte.....	11
3.2.1	Valg av databaser	11
3.2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
3.2.3	Søkeord.....	13
3.3	Forskningsetiske overveielser	14
3.4	Kvalitetsvurdering.....	14
4	Analytisk tilnærming og litteraturoppsummering	15
4.1	Litteratursøk	15
4.2	Analyseprosessen	16
4.3	Presentasjon av de inkluderte artiklene.....	17

4.4	Tematisk oversikt	26
4.5	Forforståelse	26
5	Presentasjon av funn.....	28
5.1	Mangel på kunnskap.....	28
5.2	Samarbeid og støtte	29
5.3	Andre barrierer for å rapportere	31
5.4	Kjennskap til lovverket	32
6	Diskusjon.....	34
6.1	Mangel på kunnskap.....	34
6.2	Samarbeid og støtte	39
6.3	Andre barrierer for å melde	43
6.4	Kjennskap til lovverket	45
6.5	Studiens styrker og begrensninger	49
6.6	Refleksjoner over implikasjoner for praksis og forskning	50
7	Konklusjon	51
	Referanseliste	52
	Vedlegg	57
	Vedlegg 1: Søkehistorikk	57
	Vedlegg 2: Kvalitetsvurdering av artiklene	58
	Vedlegg 3: Dataekstraksjonsmatrise	66

Tabelliste

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
Tabell 2: PICO-skjema.....	13
Tabell 3: Presentasjon av inkluderte artikler.....	25
Tabell 4: Tematisk oversikt.....	26

Figurliste

Figur 1: PRISMA diagram (Page et al., 2020).....	16
--	----

1 Innledning

Til alle tider har barn vært utsatt for overgrep, mishandling og sviktende omsorg (Grøholt et al., 2022). I henhold til helsepersonelloven (1999) har helsepersonell en spesiell plikt til å avdekke og rapportere om tilfeller av omsorgssvikt. Internasjonale studier har avdekket at underrapportering av barnemishandling kan tilskrives flere faktorer, inkludert manglende kompetanse blant helsepersonell (Perkins, 2018), frykt for konsekvensene av å rapportere (LeCroy & Milligan-LeCroy, 2020), og variabel tillit til barnevernet (Lines et al., 2017). Når det gjelder forebygging og avdekking av vold og overgrep mot barn, fremheves det i rapporter at det eksisterer mangelfullt samarbeid mellom ulike tjenester og manglende kompetanse (Barne-ungdoms- og familiedirektoratet, u.å.-a).

Gjennom min erfaring på barneavdelingen har jeg vært vitne til den komplekse og følelsesmessige krevende prosessen knyttet til mistanker om omsorgssvikt. En spesifikk hendelse som har satt dype spor, var da jeg som nyutdannet sykepleier ble bedt om å assistere en lege på akuttmottaket med å observere samspillet mellom en mor og hennes barn. Jeg ble instruert om å nøye observere og ta hensyn til alle aspekter ved samspillet, inkludert å kle av barnet for å muliggjøre grundig observasjon. Mens jeg beveget meg fra barneavdelingen til akuttmottaket, begynte en klump å vokse i magen min, spesielt da jeg så barnet som hadde fått skader på sensitive steder. Dette utfordret meg til å tørre å se det som vi ofte unngår å tro kan skje med barn, og det vekket en indre bekymring om barnets trygghet og trivsel i sine omgivelser.

I tillegg til mine personlige erfaringer, illustrerer «Christoffer-saken» den alvorlige konsekvensen av underrapportering av omsorgssvikt. Denne tragiske hendelsen, hvor en åtte år gammel gutt døde av påførte skader uten at barnevernet ble varslet, understreker viktigheten av å handle ved mistanke om omsorgssvikt (Gangdal, 2010). Sykepleiere har en plikt til å beskytte barn mot omsorgssvikt, herunder gjennom forebygging, avdekking og iverksetting av tiltak (Lines et al., 2018). Likevel avdekker forskning at sykepleiere kan føle seg utilstrekkelige og mangler nødvendig støtte og kunnskap på dette området (Lines et al., 2017). Til tross for lovens krav om at alle har et ansvar for å rapportere mistanke om barnemishandling, hindres sykepleiere av ulike barrierer i å utføre denne plikten (Piltz & Wachtel, 2009).

På global skala opplever hundrevis av barn hvert år alvorlige konsekvenser som følge av barnemishandling og forsømmelse. Omtrent fem prosent av barn og ungdom i Norge opplever oppvekst i hjem preget av barnemishandling og/eller omsorgssvikt (Köpp et al., 2020), og bare en brøkdel av barna som er utsatt for mishandling, får støtte fra helsepersonell (World Health Organization, 2022). Ifølge barnevernsstatistikken utgjør omtrent kun tre prosent av meldingene om vold til barnevernet fra sykehus, lege eller tannlege. Dette til tross for at barn som utsettes for forskjellige former for barnemishandling har en høyere forekomst av generell sykdom og sannsynligvis besøker helsetjenesten hyppigere enn andre barn. Disse barna kan presentere uspesifikke symptomer, som delvis kan tilskrives fysisk sykdom og delvis til omsorgssvikt, vold eller overgrep. Det er derfor rimelig å anta at helsetjenesten enten overser eller ikke klarer å tolke tegn på vold og overgrep hos barn, og feilaktig kan tolke påførte skader som hendelige uhell (Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress, 2018).

I masteroppgaven vil jeg ta leseren gjennom prosessen med identifisering og rapportering av barnemishandling, og oppgaven bygger på min egen prosjektskisse (Nilsen, 2023).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne masteroppgaven utforsker barnemishandling fra et barnesykepleierperspektiv. På grunn av begrenset forskning på området fra dette perspektivet, inkluderes også synspunkter fra annet helsepersonell.

Min interesse for temaet kommer fra mine erfaringer som barnesykepleier, hvor jeg har observert sammenhenger mellom barndomstraumer og psykiske vansker blant pasienter. Under praksis på en psykiatrisk avdeling la jeg merke til at mange av de innlagte pasientene med store utfordringer i voksen alder, hadde blitt utsatt for omsorgssvikt som barn. Dette mønsteret ser jeg også hos barn innlagt på barneavdelingen som lider av psykiske vansker og har forsøkt å begå selvmord. Tematikken er lite belyst i både grunn- og videreutdanning av sykepleiere, noe som motiverer meg til å bidra til økt forståelse og bedre håndtering av barnemishandling.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å øke kunnskapen om hvordan barnesykepleiere kan avdekke og håndtere barnemishandling på sykehus.

Å forstå barnesykepleieres erfaringer er avgjørende for å forbedre barnevernet i helsevesenet av flere grunner. For det første er barnesykepleiere ofte de første fagpersonene som kommer i kontakt med barn som kan være utsatt for misbruk eller forsømmelse. Deres innsikt kan derfor bidra til tidlig identifikasjon og intervensjon i tilfeller av barnemishandling. Videre kan en dypere forståelse av deres erfaringer hjelpe med å identifisere eventuelle barrierer de møter ved rapportering, og dermed utvikle bedre opplærings- og støttetiltak. Til slutt kan kunnskap om barnesykepleiernes erfaringer også informere utformingen av retningslinjer og politikk som sikrer at barnets beste blir ivaretatt av helsevesenet. Derfor er det essensielt å forstå deres erfaringer for å styrke barnevernet og beskytte sårbare barn. Jeg håper at denne oppgaven kan bidra med verdifull innsikt i et viktig fagområde for barnesykepleiere.

På bakgrunn av dette er oppgavens problemstilling: *«Hvordan erfarer barnesykepleiere prosessen med å identifisere og melde fra om barnemishandling blant barn innlagt på sykehus?»*

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil teoretisk rammeverk for oppgaven bli presentert, som ifølge Aveyard (2019) må være relevant til forskningsspørsmålet og benyttes for å skape struktur i gjennomgangen av litteraturen.

2.1 Barnemishandling

Det eksisterer flere terminologier for å beskrive barn som utsettes for skadelige hendelser, og det kan være utfordrende å konsisere med ett bestemt begrep i litteraturen. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) foretrekker begrepet «barnemishandling» når det er foreldre eller andre omsorgspersoner som utøver volden (2018). I dag brukes barnemishandling for å beskrive de fleste former for mishandling, inkludert ikke bare fysisk, men også psykisk mishandling, omsorgssvikt og seksuelle overgrep. Verdens helseorganisasjon bruker imidlertid begrepet «vold og overgrep» og kategoriserer volden i fire hovedtyper: fysisk, psykisk og seksuell vold, samt omsorgssvikt (2022). Jeg vil i masteroppgaven benytte begrepene barnemishandling og omsorgssvikt om hverandre for å beskrive ulike modaliteter av skadelig praksis mot barn, da de er relaterte begreper som kan overlape og påvirke hverandre.

2.1.1 Omsorgssvikt

Barn som lider av omsorgssvikt utgjør en svært mangfoldig gruppe, ofte eksponert for ulike former for overgrep, inkludert vanskjøtsel, fysiske, psykiske og seksuelle overgrep. Det er sjeldent tilfelle at barn som opplever omsorgssvikt, bare utsettes for en av disse formene (Killén, 2009). Definisjonen av omsorgssvikt er ikke entydig, og varierer avhengig av kultur, tid og etnisitet. Dette skaper utfordringer for å sammenstille forskningsfunn. Selv om både fagfolk og allmennheten erkjenner at omsorgssvikt, utnyttelse og mishandling av barn forekommer, avspeiler debattene klare forskjeller i definisjonen av disse begrepene, og dermed også hvor grensen går mellom tilstrekkelig og utilstrekkelig omsorg (Kvello, 2019). Man snakker om et problem som har medisinske, juridiske, sosiale, kulturelle og moralske aspekter, hvor grensen mellom hva som skal aksepteres er uklar (Grøholt et al., 2022).

Symptomer på omsorgssvikt kan være subtile, inkludert depresjon, tilpasningsvansker og lærevansker hos barnet (Killén, 2021). Omsorgssvikt kan defineres som manglende evne hos omsorgspersoner til å møte barnets grunnleggende behov, og det kan forekomme bevisst eller

ubevisst (Grøholt et al., 2022, p. 315). På grunn av den skjulte naturen til omsorgssvikt kan slike forhold være vanskelig å oppdage, noe som fører til store mørketall når det gjelder omfanget av problemet.

2.1.2 Seksuelle overgrep

Barn utsatt for seksuelle overgrep opplever ulike former for uønsket seksuell interaksjon initiert av voksne omsorgspersoner, som de ikke er følelsesmessig, utviklingsmessig eller mentalt klare for. Disse handlingene kan variere fra eksponering for pornografi til fysisk kontakt og seksuell samhandling, der overgriperen utnytter barnet for egen seksuell og maktbehov (Killén, 2009). Typisk involverer overgrepene en person kjent for barnet, og barnet kan bli presset eller manipulert til deltakelse ved bruk av belønninger, trusler eller begge deler (Markestad, 2016). Barn reagerer ulikt på slike overgrep, avhengig av alder og modenhet. Yngre barn kan uttrykke seg gjennom lek, tegninger eller utsagn, mens eldre barn kan velge å dele opplevelsene med jevnaldrende eller holde det for seg selv og benekte det hvis de blir spurt (Killén, 2009).

Oppdagelsen av seksuelle overgrep kan være vanskelig, ettersom mange misbrukte barn ikke viser fysiske tegn. Likevel kan mistanke vekkes av fysiske skader på for eksempel genitalområdet, seksuelt overførbare sykdommer, vedvarende smerter i for eksempel mage og endringer i atferd og skoleprestasjon (Markestad, 2016).

2.1.3 Fysisk

Barn utsatt for fysiske overgrep kan pådra seg skader enten gjennom aktiv handling eller på grunn av manglende tilsyn (Killén, 2009). Det innebærer at en voksen påfører et barn smerte, kroppslig skade eller sykdom. Dette kan omfatte slag, spark, klyping, lugging, kasting, biting, skålding, brenning og filleristing, samt mer alvorlige former som forgiftning, drapsforsøk eller drap (Grøholt et al., 2022). Typiske symptomer og tegn inkluderer gjentatte skader, uvanlige skader i forhold til barnets alder, vage eller unøyaktige forklaringer på skadene, atferdsendringer og tegn på mistrivsel, samt forsinket søken etter medisinsk hjelp for barnets skader. Disse tegnene kan indikere at barnet opplever fysisk mishandling og bør tas på alvor (Markestad, 2016).

2.1.4 Psykisk

Barn utsatt for psykiske overgrep kan befinne seg i ulike livssituasjoner, og denne formen for omsorgssvikt er ofte utfordrende å definere klart. Psykiske overgrep kan kort beskrives som vedvarende holdninger eller handlinger fra foreldre eller omsorgspersoner som skader eller hindrer barnets positive selvoppfatning (Killén, 2009). Dette kan omfatte avvising, ondsinnet kritikk og manipulerende atferd som viser mangel på kjærlighet, og kan føre til lav selvfølelse, atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer hos barna (Markestad, 2016). Dette mønsteret av skadelig atferd blir en dominerende faktor i barnets liv, men skadene er ikke synlig på overflaten. De indre sårene kan imidlertid føre til psykisk smerte og skade over tid, selv om de ikke alltid er åpenbare for omgivelsene (Killén, 2009).

2.1.5 Risikofaktorer

Barnemishandling kjenner ingen sosiale grenser og kan manifestere seg i ulike familier og samfunnslag. Risikofaktorer øker sannsynligheten for negativ påvirkning på et barns utvikling, men bør ikke alene danne grunnlaget for mistanke. Disse faktorene kan være assosiert med omsorgspersoner, barnet selv og/eller miljøet det vokser opp i (Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress, 2018). Eksempler inkluderer kriminell atferd, stress, aggresjon, alkoholmisbruk, dårlig forhold til egne foreldre, mangel på sosial støtte, ung foreldrealder, arbeidsledighet, lav sosioøkonomisk status, tidligere eksponering for barnemishandling og aleneforsørgerstatus (Markestad, 2016). I tillegg har barn med spesielle omsorgsbehov og de som allerede er under barnevernets omsorg en forhøyet risiko for å bli utsatt for omsorgssvikt (Köpp et al., 2020).

«Barndommen varer i generasjoner» uttrykker den anerkjente forskeren Kari Killén, og understreker hvordan foreldrenes egen oppvekst kan påvirke deres foreldreferdigheter. Mangel på god omsorg kan ofte spores tilbake til dårlige oppvekstvilkår hos foreldrene, som selv har manglet positive foreldreroller (Killén, 2019a). Når helsepersonell mistenker omsorgssvikt finnes det egne retningslinjer som skal følges (Köpp et al., 2020). Uansett form for mishandling, er en grundig helhetsvurdering som fokuserer på barnets behov avgjørende for å kunne tilby riktig hjelp (Killén, 2009, p. 63).

2.1.6 Konsekvensene

Konsekvensene av barnemishandling kan være omfattende og påvirke barnets psykiske, fysiske og sosiale velvære, med potensial for langsiktige skader som strekker seg inn i

voksenlivet. Traumatiske opplevelser kan føre til betydelige utfordringer i voksenlivet, og variasjonene i konsekvensene avhenger av flere faktorer, inkludert barnets individuelle karakteristika, omfanget og varigheten av omsorgssvikten, samt miljøet det vokser opp i (Grøholt et al., 2022). De negative konsekvensene kan omfatte depresjon, angst, suicidal atferd, lav selvfølelse, spiseforstyrrelser, seksuelle problemer, dissosiative forstyrrelser, post-traumatiske stressforstyrrelser og rusmiddelproblemer. Dette understreker behovet for tidlig intervensjon og forebygging av barnemishandling for å unngå alvorlige og langvarige konsekvenser for barnets helse og trivsel (Killén, 2009).

Norman et al. (2012) påpeker en sammenheng mellom fysisk mishandling, emosjonell mishandling, forsømmelse og alvorlige helseutfordringer senere i livet, som depresjon, narkotikamisbruk, selvmordsforsøk, seksuelt overførbare infeksjoner og risikabel seksuell atferd. Denne studien understreker behovet for tidlig intervensjon for å avverge langvarige og alvorlige helseutfordringer som følge av omsorgssvikt.

Rapporten «*Samfunnsøkonomiske konsekvenser av omsorgssvikt og vold mot barn*» (Rasmussen & Vennemo, 2017) indikerer at omsorgssvikt øker risikoen for marginalisering, fysiske og psykiske lidelser, lavere utdanningsnivå, inntekt og forventet levealder. Dette fører til reduserte muligheter og tap av livskvalitet både på kort og lang sikt, samt samfunnsmessige kostnader som følge av redusert produktivitet (p. 26). Alle barn trenger trygghet, beskyttelse og omsorg, og når disse behovene ikke oppfylles, kan det være skadelig for dem. Dermed er de avhengig av at noen ser dem og kan gi dem hjelp (Barne-ungdoms- og familiedirektoratet, u.å.-a).

2.2 Lovverket og meldeplikten

Sykepleiere har et etisk, faglig og personlig ansvar for å følge lovverket som regulerer deres tjeneste (Norsk sykepleierforbund, 2023). Barns rettigheter er tydelig definert i FNs barnekonvensjon. Artikkel 3 fastslår at barnets beste skal være det primære hensynet i alle beslutninger som angår dem, uavhengig av hvilken myndighet som tar avgjørelsen (Killén, 2021). Dette prinsippet understrekes også i Grunnlovens §104 (1814), som vektlegger barnets beste i alle relevante saker. Videre sikrer FNs barnekonvensjon artikkel 19 barns rett til beskyttelse mot forsømmelse og vold, og artikkel 34 omhandler beskyttelse mot seksuelle overgrep (Menneskerettsloven, 1999).

Loven om opplysningsplikt til barnevernet har som mål å sikre at barn og unge som utsettes for forhold som kan true deres helse og utvikling, mottar nødvendig hjelp og omsorg i rett tid. Offentlig ansatte, inkludert helsepersonell, er pålagt å melde fra til barnevernstjenesten uten å bryte taushetsplikten når det er grunn til å tro at et barn utsettes for mishandling eller alvorlig omsorgssvikt (Barnevernsloven, 2021).

Straffeloven pålegger sykepleiere en generell plikt til å forsøke å avverge straffbare handlinger eller konsekvenser, inkludert mishandling i nære relasjoner (Straffeloven, 2005). Selv om taushetsplikten er et viktig prinsipp, går hensynet til å beskytte liv og helse foran (Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress, 2018).

I henhold til helsepersonelloven (1999, §4) må helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med faglige standarder og være oppmerksomme på tegn og symptomer på omsorgssvikt hos barn. Helsepersonell har meldeplikt til barnevernstjenesten i henhold til §33 i helsepersonelloven (1999), og denne plikten overstyrer taushetsplikten når vilkårene for opplysningsplikten er oppfylt (Helsebiblioteket, 2019). Manglende oppfølging av dette ansvaret utgjør et lovbrudd og kan få alvorlige konsekvenser for barn som trenger beskyttelse (Killén, 2021).

2.3 Barnesykepleiers rolle og kunnskapsbasert praksis

Barnesykepleie retter seg mot en bred aldersgruppe, inkludert premature, nyfødte, barn og ungdom, samt deres familier, som trenger helse- og omsorgstjenester knyttet til helseutfordringer, sykdom og skader. Målet med barnesykepleierutdanningen er å forbedre kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene som tilbys til denne målgruppen. Utdanningen sikrer at kandidatene har tilstrekkelig kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse til å gi faglig forsvarlig, pasient- og familiesentret barnesykepleie (Forskrift om nasjonal retningslinje for barnesykepleierutdanning, 2021).

Barnesykepleierens rolle er av stor betydning for barns helse og trivsel, og omfatter forebyggende, behandlende og lindrende oppgaver. Dette inkluderer å arbeide for å hindre ytterligere belastninger på barnets helse, yte forsvarlig helsehjelp og begrense belastninger av både fysisk, psykisk, sosial og åndelig karakter hos barnet. Barnesykepleieren må utføre sine oppgaver med presisjon og i samsvar med gjeldende standarder for å sikre barnets velvære og fremgang (Barnesykepleierforbundet, 2021).

Kunnskapsbasert praksis (KBP) utgjør et viktig fundament i barnesykepleiens utførelse. KBP integrerer erfaringer fra praksis, forskningsbasert kunnskap og pasientens individuelle behov og preferanser for å informere om faglige beslutninger. Dette involverer å søke kunnskap fra ulike kilder, som forskning, kollegialt samarbeid, retningslinjer og opplæring, for å forbedre beslutningsgrunnlaget. KBP innebærer effektiv bruk av ulike kunnskapskilder i det daglige arbeidet, der faglige avgjørelser baseres på grundig forskning, erfaringsbasert innsikt og klinisk vurdering, samtidig som pasientens individuelle behov og ønsker blir tatt i betraktning (Helsebiblioteket, 2021a). Melnyk og Fineout-Overholt (2019) presenterer syv steg for implementering av KBP, men utfordringer som tidspress, negative holdninger og manglende støtte fra ledelsen kan oppstå.

2.4 Tidligere forskning

Barn som fra fødsel blir utsatt for omsorgssvikt, kan innen kort tid bli utsatt for alvorlig fare og kreve umiddelbar innleggelse på sykehus. Kliniske observasjoner av slike barn indikerer ofte tilstander preget av dårlig hygiene, vekttap, utilstrekkelig påkledning og forsinket utvikling både kognitivt og motorisk. Sammenlignet med sine jevnaldrende har disse barna økt sannsynlighet for å lide av sykdommer og skader. Helsevesenets kontakt med disse barna kan variere betydelig, fra hyppig henvendelser angående hodepine, brudd og overvekt til rapporterte atferdsforstyrrelser eller avvisning av behandlingstilbud (Köpp et al., 2020). I tillegg viser den omfattende ACE-studien (Adverse Childhood Experiences) en betydelig sammenheng mellom helseproblemer i voksen alder og tidligere opplevelser av traumer (Felitti et al., 1998). Selv om studien ble gjennomført for over to tiår siden, er dens funn fortsatt relevant og støttes av nyere forskning (Schmeck, 2020; Kalin et al., 2021).

En studie fra Finland i 2002 undersøkte faktorer knyttet til identifisering av omsorgssvikt hos barn innlagt på sykehus. Resultatene viste at rundt halvparten av sykepleierne opplevde dette som utfordrende på grunn av manglende erfaring, begrenset kunnskap og tvil om observasjonene de gjorde (Paavilainen et al., 2002). Tilsvarende viser en svensk studie at sykehuspersonell rapporterer om barnemishandling til sosialtjenesten mindre hyppig enn andre fagpersoner, og at faktorer som lengre yrkeserfaring og tilgang til retningslinjer økte sannsynligheten for rapportering. Stress og emosjonelle faktorer spiller imidlertid en rolle i beslutningen om å avstå fra rapportering (Svärd, 2017b).

En australsk studie viser at selv om nesten halvparten av sykepleierne mistenker at barn utsettes for omsorgssvikt, rapporteres det sjelden om dette. Manglende kunnskap om lovens krav til rapportering understreker behovet for bedre opplæring og forståelse blant sykepleiere (Fraser et al., 2010).

I en norsk studie ble det identifisert et kompetansegap blant sykepleiere når det gjelder identifisering og håndtering av mistanke om barnemishandling. Håndteringen av slike mistanker ble opplevd som utfordrende, og sykepleierne stod overfor manglende tilgang på klare retningslinjer og prosedyrer for hvordan de skulle håndteres (Skarsaune & Bondas, 2014).

En svensk studie fra 2021 avdekket en høy frekvens av henvisninger til barnevernet, men mange tilfeller av alvorlig mishandling og atferdsproblemer forble uoppdaget. Forskerne påpekte at uavhengig av barnets utfordringer, var faktorer knyttet til sosioøkonomiske ulemper sterkt knyttet til den høye forekomsten av henvisninger. Disse funnene understreker viktigheten av å adressere sosioøkonomiske faktorer for å identifisere og beskytte sårbare barn og unge mot mishandling og atferdsproblemer (Kalin et al., 2021).

Til tross for alvorret ved omsorgssvikt og dens negative konsekvenser for barn, mottar temaet begrenset oppmerksomhet både fra medier og fagfolk (Killén, 2009). Under helseutdanninger blir temaet ofte dårlig belyst, og det er tilfeldig hvilket studiested som prioriterer å ha dette temaet med i undervisningen (Skarsaune & Bondas, 2014).

Den tidligere forskningen peker på betydelig mangel på kunnskap blant sykepleiere og annet helsepersonell når det gjelder håndtering av mistanke om barnemishandling. Det er identifisert en rekke utfordringer og mangler blant helsepersonell når det gjelder gjenkjenning, rapportering og håndtering av mistanke om barnemishandling. Inkludert begrenset kunnskap om tegn og symptomer på barnemishandling, manglende kjennskap til lovgivning og retningslinjer, samt stress og emosjonelle faktorer som påvirker beslutningen om å rapportere mistanke. Denne forskningen understreker behovet for bedre opplæring, retningslinjer og støttesystemer for helsepersonell for å forbedre deres evne til å håndtere tilfeller av omsorgssvikt og sikre best mulig omsorg og beskyttelse for sårbare barn.

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere hvordan jeg har gått frem for å finne relevant forskning. Kriteriene for inkludering og ekskludering av studien, og hvordan kvalitetsvurdering som er gjort.

3.1 Litteraturstudie

Jeg har valgt litteraturstudie som metode for å besvare forskningsspørsmålet, basert på Aveyards (2019) tilnærming. Litteraturstudien tar sikte på å kartlegge og finne tilgjengelig litteratur om et spesifikt tema og tilby relevant kunnskap. Denne tilnærmingen muliggjør rask tilgang til data, men det kan være utfordrende å finne relevante studier, og prosessen kan være tidkrevende. På grunn av begrensninger knyttet til tid og ressurser for masteroppgaven, er det ikke mulig å gjennomføre en fullstendig systematisk litteraturstudie. Derfor følger jeg Aveyards anbefaling om å bruke en litteraturstudie med systematisk tilnærming. Selv om omfanget blir mindre, vil metoden være den samme, og studien kan opprettholde god kvalitet når fremgangsmåten følges korrekt (Aveyard, 2019).

En litteraturstudie gir mulighet for grundig analyse og sammenligning av all tilgjengelig litteratur, noe som kan gi ny innsikt i temaet (Aveyard, 2019). Som helsepersonell ligger det et selvstendig ansvar å holde seg faglig oppdatert ved å følge ny forskning (Barnesykepleierforbundet, 2021). En litteraturstudie gir et bredere og mer variert bilde av forskningen sammenlignet med analyse av enkeltstudier (Aveyard, 2019). Derfor velger jeg å gjennomføre en litteraturstudie etter Aveyards modell for å sikre at jeg arbeider kunnskapsbasert og får en oppdatert oversikt over tematikken.

3.2 Beskrivelse av fremgangsmåte

For en systematisk gjennomgang av litteraturen startet jeg med å identifisere kunnskapshull og formulerer et forskningsspørsmål. Et klart definert forskningsspørsmål er vesentlig i en litteraturstudie for å finne relevant litteratur (Aveyard, 2019).

3.2.1 Valg av databaser

Jeg har benyttet databasene PubMed og CINAHL. PubMed er kjent for sin brede dekning av vitenskapelig litteratur innen medisin og helsefag, mens CINAHL fokuserer spesifikt på sykepleie. Ved å bruke disse databasene, muliggjør det en grundig gjennomgang av

eksisterende forskning og kunnskap på feltet. Jeg fulgte også Aveyards (2019) anbefaling om å starte søket i en database, og startet med PubMed, som jeg allerede var kjent med, før søket ble gjentatt i CINAHL. For å sikre at ingen relevante artikler ble oversett under søket, gjennomgikk jeg også referanselistene til de inkluderte studiene. Denne tilnærmingen, kjent som snowball sampling ifølge Aveyard (2019), resulterte i identifisering av en ekstra studie.

3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ifølge Aveyard (2019) er detaljerte inklusjons- og eksklusjonskriterier avgjørende for å utforme en effektiv søkestrategi. For å forenkle søkeprosessen har jeg opprettet en tabell som tydelig viser disse kriteriene. De hjelper med å spesifisere søket og sikrer at relevant litteratur blir identifisert. Etter å ha gjennomført et systematisk søk vil jeg velge studier i henhold til disse kriteriene. Kriteriene er blitt revidert underveis i skriveprosessen basert på eksisterende forskning og problemstillingen. På bakgrunn av dette har jeg utarbeidet følgende kriterier, presentert i tabell 1:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Barn og unge	Over 18 år
Sykepleieperspektiv på sykehus (helst barnesykepleier)	Alt utenfor sykehus, f.eks. kun skoletjenesten eller tannlege
Språk: Skandinavisk språk og engelsk	Andre språk
Studier publisert fra 2010	Studier publisert før 2010
Fagfellevurderte artikler	Artikler som ikke er vurdert av andre forskere

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Min forskningsoppgave hadde som mål å utforske omsorgssvikt blant barn i en spesifikk aldersgruppe innlagt på sykehus. På grunn av begrenset mengde tilgjengelig forskning på dette området, har jeg utvidet aldersgrensen til 18 år, basert på norsk lovgivning som definerer individer som voksne etter denne alderen (Vergemålsloven, 2010). Jeg har i stor grad ekskludert undersøkelser utenfor sykehusmiljøet for å fokusere på barnesykepleierperspektivet. Siden det var begrenset forskning som kun involverte barnesykepleiere, har jeg inkludert studier som involverer annet helsepersonell, spesielt sykepleiere på sykehus. Dette valget er basert på troen på at studier rettet mot bredere

helsepersonellgrupper vil bidra til å fylle kunnskapshullene knyttet til avdekking av omsorgssvikt blant innlagte barn. Jeg har begrenset inkluderingen av artikler basert på mine egne språkferdigheter for å forhindre feiltolkninger eller tap av informasjon.

Tidsavgrensningen var opprinnelig satt til ti år, men ble utvidet på grunn av eksisterende forskning. Dette ga mulighet til å identifisere likheter og undersøke endringer over tid, selv om dette ikke var hovedfokuset. Søket ble derfor utført for perioden 2010-2024. Jeg har inkludert kvalitative, kvantitative og litteraturstudier for å belyse temaet fra flere perspektiver, i tråd med Aveyards (2019) tilnærming. Fagfelleevaluering var et nøkkelkriterium for å styrke studiens troverdighet, og utvalget av studier ble nøye gjort med disse kriteriene i bakhodet.

3.2.3 Søkeord

Proessen med å identifisere passende søkeord er en kompleks og nødvendig del av forskningsarbeidet. For å sikre at mine søk var presise og omfattende, gjennomførte jeg flere tester og justerte søkeordene kontinuerlig. Jeg strukturerte søkeprosessen ved å bruke et PICO-skjema, et akronym som representerer **P**opulation/problem, **I**ntervention/issue, **C**omparison/context og **O**utcome (Aveyard, 2019). Dette hjalp meg med å tydelig definere nøkkelkomponentene i forskningsspørsmålet mitt. Resultatet av denne prosessen er presentert i en strukturert tabell, som vist i tabell 2.

	Norske søkeord	Engelske søkeord
P – Populasjon (population)	Pediatrik sykepleier Barnesykepleier Sykepleier Klinisk sykepleier	Pediatric nurse Pediatric nurse practitioner Nurs Nurse practitioner
I – Intervensjon (Intervention or issue)	Omsorgssvikt Barnemishandling	Child neglect Child abuse Child maltreatment
C – Sammenlikning/kontekst (context or comparison)	Tiltak skal ikke sammenlignes med et annet tiltak	
O – Utfall (outcome)	Hvordan avdekke omsorgssvikt Meldeplikt Erfaring/opplevelse	Duty to report Mandatory reporting Experience Perceptions

Tabell 2: PICO-skjema

Under søkeprosessen møtte jeg utfordringer knyttet til antall søkeord. Det ble klart at både for mange og for få søkeord kunne føre til uheldige resultater, enten ved å begrense søket unødvendig eller oversvømme resultatene med irrelevante treff. Etter å ha gjennomført testsøk

som ikke ga ønskede resultater, søkte jeg veiledning fra en bibliotekar ved UiT. Bibliotekaren ga nyttige tips som hjalp meg å justere søkeordene mine for å oppnå en mer balansert mengde treff, verken for mange eller for få.

3.3 Forskningsetiske overveielser

Ved medisinsk forskning på mennesker er det nødvendig å følge de etiske retningslinjene som er fastsatt i Helsinkideklarasjonen fra 1964 av World Medical Association (2022) for å sikre respekten for individets rettigheter og helse under forskningen (Polit & Beck, 2021). I litteraturstudier, som bygger på tidligere publiserte data, er det ikke behov for å søke tillatelser fra etisk komiteer for å gjennomføre studien (Aveyard, 2019). Når det gjelder de forskningsetiske vurderingene knyttet til presentasjonen av andres forskning, innebærer dette en nøye vurdering av de etiske aspektene ved de inkluderte studiene. De inkluderte artiklene er kvalitetssikret ved bruk av Helsebibliotekets sjekklister for forskningskvalitet i tråd med etisk standard (2021b).

Forskningen i denne oppgaven er gjennomført systematisk, og alle valg som er tatt, er nøye begrunnet og belyst for å muliggjøre etterprøving. Som forsker har jeg også et ansvar for å unngå plagiering av forfatterne i tidligere studier og for å avstå fra å dikte opp eller forfalske nye resultater, i samsvar med forskningsetiske retningslinjer (Polit & Beck, 2021).

3.4 Kvalitetsvurdering

For kvalitetsvurdering har jeg benyttet meg av sjekklister fra Helsebiblioteket (2021b). Lesere oppfordres til å henviser til vedlegg 2, for en detaljert oversikt over kriteriene og resultatene av kvalitetsvurderingen av de inkluderte artiklene.

Aveyard (2019) understreker viktigheten av å vurdere kvaliteten på tidsskriftene der forskningen er publisert. Publikasjonens validitet er vurdert ved bruk av registre fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) for vitenskapelige publiseringskanaler for hver artikkel. NSD klassifiserer publikasjoner i to nivåer: nivå en inkluderer omtrent 4/5 av alle publikasjoner innen et fagfelt, mens nivå to består av den femtedelen som, gjennom årlige nominasjoner, anerkjennes som de mest betydningsfulle publikasjonene på fagfeltet. Vurderingen av publikasjonen, der artikkelen er trykt, indikerer at alle inkluderte artikler på nivå en eller to har gjennomgått fagfellevurdering og bestått en kvalitetssjekk allerede (Norsk senter for forskningsdata, u.å).

4 Analytisk tilnærming og litteraturoppsummering

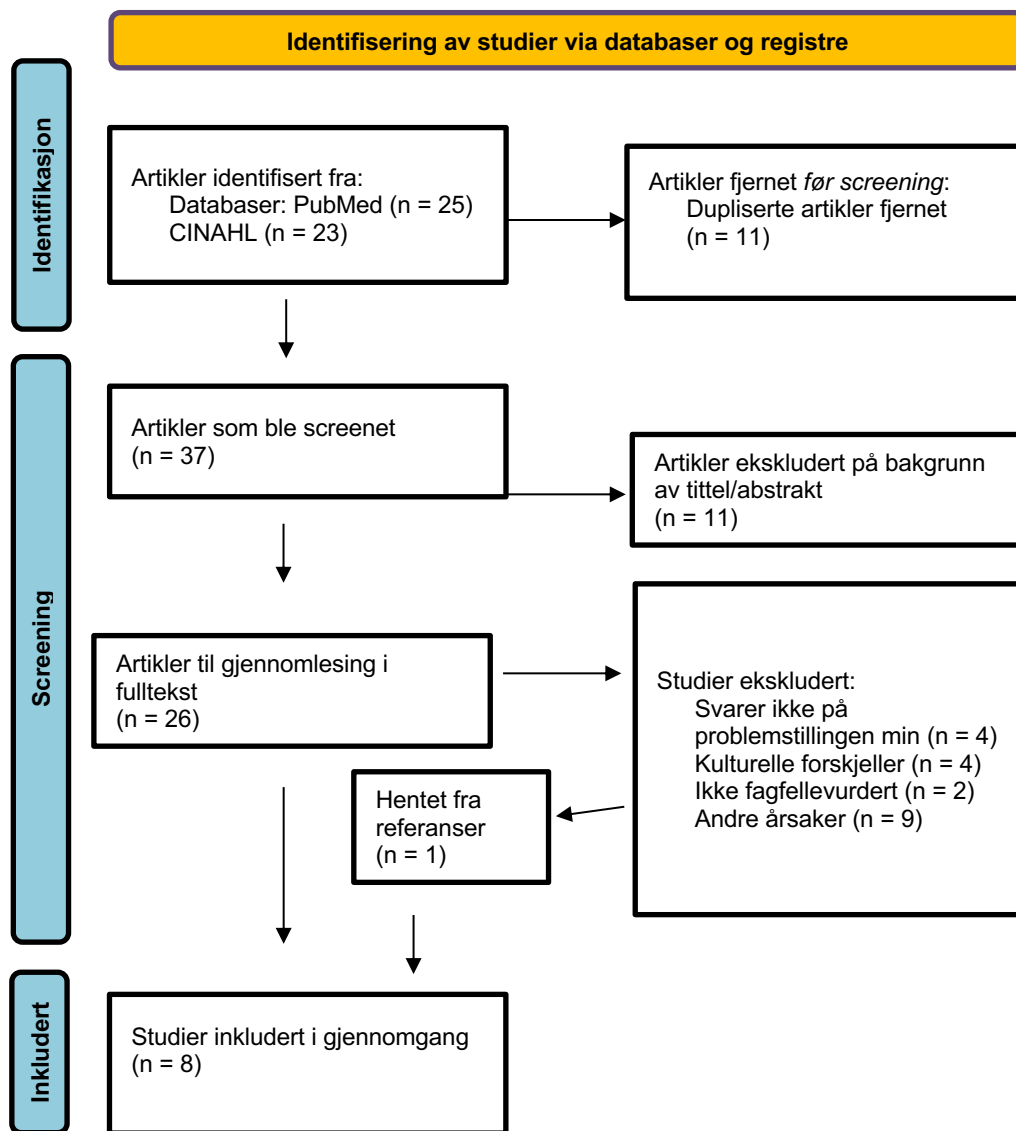
I dette kapitlet vil jeg legge frem søkeresultat, gi en kort oppsummering av de inkluderte artiklene, slik at en får et overblikk over hovedfunnene. Deretter vil jeg presentere en tematisk oversikt for å gi leseren innsikt i de sentrale temaene som diskuteres i artiklene, før jeg til slutt vil dele noen refleksjoner om min forforståelse.

4.1 Litteratursøk

Ved forskningsstart høsten 2023 gjennomførte jeg et uformelt bakgrunnssøk i Google Scholar, basert på anbefalingen fra Aveyard (2019), for å identifisere relevante nøkkelord. Etterpå utvidet jeg søket i Oria, og søkeprosessen bar preg av begrenset systematikk og tilfeldige tilnærminger. Under arbeidet gjennomførte jeg et prøvesøk i PubMed, men et initialt søk ga ingen resultater. Ved å inkludere flere synonymer som «child neglect» og «identification», ble søket mer omfattende, og jeg oppnådde over 20 000 resultater. Dette førte til en mer strukturert tilnærming i videre søk.

Aveyard (2019) anbefaler en avansert tilnærming ved å bruke «advanced search»-funksjonen og benytte boolske operatører som «OR» og «AND». Disse operatørene brukes for å optimalisere treffenes relevans innenfor mitt forskningstema. «OR» utvider søket ved å inkludere synonymer, mens «AND» brukes til å fokusere søket på spesifikke aspekter (Aveyard, 2019).

Det systematiske litteratursøket ble gjennomført i januar 2024, og søkehistorikken er lagt som vedlegg. Resultatene viste 23 treff i CINAHL og 25 treff i PubMed. Utvelgelsen av artikler fulgte PRISMA-flowskjemaet, presentert i figur 1. Etter nøye ekskludering og inkludering endte jeg opp med 8 artikler som dannet grunnlaget for min analyse.



Figur 1: PRISMA diagram (Page et al., 2020)

4.2 Analyseprosessen

Aveyard (2019) foreslår bruken av en tematisk analysemetode. I det første trinnet utføres en kritisk vurdering av artiklenes kvalitet. Videre anbefaler Aveyard (2019) bruk av verktøy for å kritisk evaluere data, og det er viktig å være grundig uten å være for streng. For eksempel bør artikler med lav score ikke avvises, men heller gis mindre vekt i analysen. Etter å ha gjennomgått de åtte inkluderte artiklene flere ganger og tatt notater, gjennomførte jeg en kritisk vurdering ved hjelp av kvalitetssjekklistene fra Helsebiblioteket, tilpasset etter studietypen.

Det neste trinnet handler om å identifisere og utvikle temaer basert på funnene i studiene (Aveyard, 2019). Jeg identifiserte funnene i alle studiene som var relevante for å svare på

forskningsspørsmålet. I tråd med Polit & Beck (2021) oppsummerte jeg hver artikkel med egne ord for å oppnå dypere forståelse, og utarbeidet en tabell for hver artikkel (se tabell 3) hvor relevante funn ble beskrevet.

I neste steg arbeidet jeg med å utvikle temaer basert på funnene i presentasjonstabellen. Jeg begynte med å lese resultatdelen av de inkluderte artiklene og markerte relevante resultater. Deretter noterte jeg korte beskrivelser som representerte innholdet i disse avsnittene. Etter å ha sammenlignet beskrivelsene fra de ulike artiklene, begynte jeg å gruppere funnene fra artiklene som behandlet lignende emner og tildelte dem passende titler. Prosessen ble gjentatt for hvert tema. I det siste trinnet ble temaene diskutert med veileder, det medførte nye beskrivelser eller «merkelapper» for å best representere funnene. Analyseprosessen resulterte i fire hovedtemaer som presenteres under resultatkapittelet.

4.3 Presentasjon av de inkluderte artiklene

Studien inkluderer åtte artikler. Blant disse finnes tre kvalitative studier, to kvantitative studier, to litteraturstudier og en scoping review. Artiklene er publisert fra 2010 til 2024, og kommer fra ulike publikasjonsland, med fire artikler fra USA, tre fra Australia og en fra Sverige. I tabellen nedenfor presenteres en oversikt over de inkluderte studiene.

Forfatter/år /land /tidsskrift	Tittel	Metode	Hovedfunn	Studiens svakheter	Studiens styrker	Kritisk vurdering (sjekklister)
<p>1 Bragança-Souza, K. K., Loped de Lisboa, J., Silvia-Oliveira, F., Soares Nunes, L., Ferreira e Ferreira, E., Gomes, V. E. & Zarzar, P. M. P. A., 2024, USA</p> <p>Trauma, Violence, & Abuse</p> <p>NSD-nivå:1</p>	<p><i>Health Professionals: Identifying and Reporting Child Physical Abuse -a Scoping Review</i></p>	<p>Scoping review.</p> <p>Litteraturgjennomgang. 20 artikler fra ni land. Publisert mellom 2000-2020.</p>	<p>Underrapportering fra helsepersonell er et globalt fenomen. Studien identifiserte fem temaer: opplæring, yrkespåvirkning, erfaringer med barnevernstjenester, personlige terskler for mistanke, og yrkestyper.</p> <p>Opplæring og etterutdanning er avgjørende for å øke rapporteringsraten, men kvaliteten på opplæringen varierer geografisk. Byråkrati og arbeidsbelastning kan påvirke rapporteringsprosessen negativt. Tidligere erfaringer med barnevernet og frykt for negative konsekvenser påvirker om helsepersonell melder fra.</p> <p>Studien har visse begrensninger, men peker på behovet for å vurdere til sosioøkonomiske og rasemessige faktorer, samt lover og tiltak som støtter rapportering. Konklusjonen er at komplekse faktorer påvirker rapporteringspraksisen, og tiltak bør ta hensyn til disse for å øke rapporteringsraten.</p>	<p>Avdekker motstridende funn fra andre studier vedrørende tidligere erfaringer med barnevernet og påvirkningen på rapporteringsatferden. Metodiske utfordringer og manglende vurdering av artiklens kvalitet svekker studiens pålitelighet</p> <p>Tar kun for seg fysisk mishandling</p>	<p>Gjennomgår internasjonale studier og fremhever behovet for opplæring og etterutdanning i barnemishandling for å bedre identifisere og rapportere til barnevernet blant helsepersonell.</p>	<p>Sjekkliste for litteraturstudie 6/8. Studien vurderes til middels til høy kvalitet.</p>

<p>2 Eisbach, S. S. & Driessnack, M., 2010, USA</p> <p>Journal for specialists in pediatric nursing</p> <p>NSD-nivå: 1</p>	<p><i>Am I sure I want to go down this road? Hesitations in the reporting of child-maltreatment by nurses</i></p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>23 sykepleiere i studien, 7 barne-sykepleiere, 10 helsesykepleiere og 6 pediatrik psykiatriske sykepleiere.</p>	<p>Studien identifiserte tre hovedprosesser knyttet til rapportering av mistanke om barnemishandling: oppdagelse, inngripen og rapportering. Hastigheten på rapporteringen ble påvirket av lovkrav og komplekse vurderinger.</p> <p>Sykepleierne trengte klare bevis før de meldte fra, spesielt ved omsorgssvikt der bevisene var uklare. Tillit til egne vurderinger og støtte fra arbeidsplassen var avgjørende.</p> <p>Beslutningen om å rapportere ble nøye vurdert med tanke på familiens sosiale situasjon, og noen nølte med å handle uten tilstrekkelig informasjon. Refleksjon over fordeler og ulemper ved rapportering til barnevernet var vanlig. Noen ville gripe inn selv før rapportering, mens andre ventet på grunn av bekymringer for barnevernssystemets overveldende natur.</p> <p>Frykt for barnets sikkerhet og bekymring for familiens reaksjoner påvirket beslutningen.</p> <p>Resultatene viser at beslutningen om å rapportere er kompleks og påvirkes av flere faktorer, inkludert tilgjengelige bevis, erfaringer med barnevernet og familiedynamikken. Dette understreker behovet for forbedringer i opplæring og støttesystemer for helsepersonell involvert i håndtering av barnemishandlingsaker. Samt viktigheten av læring og erfaringsutveksling for å forbedre praksisen.</p>	<p>Erfarne sykepleieres beslutningsprosesser kan avvike fra de uerfarne.</p> <p>Begrensningen av rekruttering til medlemmer av statlige sykepleieorganisasjoner begrenser generaliseringen av funnene, gitt den lave andelen sykepleiere som tilhører slike organisasjoner.</p> <p>Eksklusjon av ikke-rapporterende sykepleiere</p>	<p>Belyser sykepleierens komplekse ansvar overfor mistanker om barnemishandling.</p> <p>Variert deltakergruppe.</p> <p>Grundig analysemetode.</p>	<p>Sjekkliste for kvalitativ metode. Ja på 8/10 spørsmål. Studien vurderes til høy kvalitet.</p>
--	---	--	--	---	---	---

<p>3 Green, Michele, 2020, USA Journal of Pediatric Nursing NSD-nivå: 1</p>	<p><i>Nurses' Adherence to Mandated Reporting of Suspected Cases of Child Abuse</i></p>	<p>Litteraturstudie. Fagfellevurdert litteratur fra 2008-2018. Totalt ni inkluderte artikler.</p>	<p>Identifiserte fire hindringer for sykepleieres pålagte rapportering:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kunnskapsmangel og manglende utdanning: Sykepleiere var usikre på å identifisere barnemishandling til tross for opplæring. Bedre undervisningsprogrammer og protokoller er nødvendig. 2. Tillit til barnevernet: Manglende tillit til barnevernet påvirket sykepleiernes beslutning om å melde. Det er behov for tiltak som kan bygge tillit og redusere frykten for juridiske konsekvenser. 3. Utsatt ansvar: Sykepleiere viste en tendens til å delegere rapporteringsansvaret til mer erfarende kolleger, som leger. Tydeligere retningslinjer og støtte er nødvendig for å styrke sykepleiernes evne til å ta ansvar for rapportering. 4. Bekymring for pasientforholdet: Sykepleiere var bekymret for å skade det terapeutiske forholdet til pasienten ved å rapportere. Det er viktig å veie fordeler og ulemper ved å melde for å bevare tilliten til sykepleieren. <p>Studien anbefaler implementering av standardiserte utdanningsprogrammer, tiltak for å bygge tillit til barnevernet, klarere ansvarsfordeling og bevaring av det viktige sykepleier-pasientforholdet for å forbedre etterlevelsen av rapportering. Det understrekes også betydningen av å adressere de personlige belastningene sykepleiere opplever i slike situasjoner for økt effektivitet i rapporteringen og påfølgende intervensjoner.</p>	<p>Studien er begrenset av den tilgjengelige mengden aktuell forskning, samt små utvalgsstørrelser.</p> <p>Uklarhet om sykepleiernes utdanningsbakgrunn.</p> <p>Det er ikke spesifikt rapportert om kvalitetsvurderinger av de inkluderte studiene i analysen.</p>	<p>Gir betydningsfull innsikt i barrierer som sykepleier kan oppleve når de skal rapportere.</p> <p>Fremhever nødvendigheten av ytterligere forskning for å imøtekomme sykepleieres behov for å øke barnevernstiltak.</p>	<p>Sjekkliste for litteraturstudie 6/8. Studien vurderes til middels til høy kvalitet.</p>
--	---	---	---	--	---	---

<p>4 Herendeen, P. A., Blevins, R., Anson, E. & Smith, J., 2014, USA</p> <p>Journal of Pediatric Health Care</p> <p>NSD-nivå: 1</p>	<p><i>Barriers to and Consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse practitioners</i></p>	<p>Kvantitativ metode gjennom elektronisk undersøkelse distribuert til 5764 medlemmer av National Association of Pediatric Nurse Practitioners i perioden 2008-2009. 643 medlemmer svarte, utgjør 11%.</p> <p>Baserer seg på 2006 CARES-undersøkelsen.</p>	<p>20% av sykepleierne rapporterte ikke mistenkelig skader på barn grunnet: saken var allerede henvist til barnevernet, barnet ble henvist til en annen fagperson, samarbeid med familien for å løse problemet, uenighet med samarbeidende lege om bekymringen, eller samarbeidende lege frarådet sterkt rapportering.</p> <p>For de som rapportere, varierte konsekvensene: flertallet opplevde positive resultater, som forbedret barnets situasjon eller tiltak som forbedret foreldrenes omsorgsevner. Likevel, noen opplevde negative konsekvenser, som tap av familien som pasienter, rettsaker, eller ytterligere overgrep mot barnet på grunn av treg respons. Mer enn halvparten mente barnevernet var positivt for barn. Over 20% følte seg ikke tilstrekkelig opplært.</p> <p>Mange av funnene sammenfaller med tidligere funn blant leger. Både leger og barnesykepleiere opplevde at barnevernet ikke holdt dem informert om progresjonen. Erfaring med tidligere rapportering økte villigheten til å rapportere. Mange opplevde at familier byttet helsepersonell eller unngikk dem helt etter rapportering. En andel på 14,3% forsøkte å håndtere problemet på egenhånd, noe som ligner legenes tilnærming til rapportering.</p> <p>Studien fremhever viktigheten av opplæring i barnemishandling for å bedre ruste sykepleiere på å rapportere. Som i tidligere studier, viser også denne studien en generell mistillit til barnevernet blant helsepersonell. Studien fremhever behovet for ytterligere opplæring i barnemishandling og forskning om barnevernssystemets funksjon og begrensninger for å avklare om barnesykepleieres forventninger er realistiske.</p>	<p>Begrenset svarprosent på 11%.</p>	<p>Får frem erfaringer fra barnesykepleierperspektivet. Utforsker deres erfaringer, holdninger, rapporteringspraksis og oppfatninger om barnevernets effektivitet. Dette gir en omfattende forståelse av temaet.</p>	<p>Sjekkliste for prevalensstudie 11/12. Studien vurderes til høy kvalitet.</p>
---	--	--	---	--------------------------------------	--	--

<p>5 Kuruppu, J., Forsdike, K & Hegarty, K., 2018, Australia</p> <p>Australian journal of general practice.</p> <p>NSD-nivå: ikke funnet. På tidsskriftets tidligere navn er nivå lagt til 1</p>	<p><i>'It's a necessary evil': Experiences and perceptions of mandatory reporting of child abuse in Victorian general practice</i></p>	<p>Kvalitativ, semistrukturert intervjuer med tolv fastleger og fem praksissykepleiere i Victoria.</p>	<p>Identifiserte fire hovedtemaer: Manglende forståelse av loven, avveining av risiko ved rapportering, oppfattelsen av et svekket system og behovet for økt støtte og opplæring.</p> <p>Deltakerne opplevde emosjonelt arbeid i møte med obligatorisk rapportering, inkludert håndtering av foreldrenes reaksjoner og komplekse følelser. De manglet klarhet i den viktorianske meldeplikten og trengte bedre opplæring. Deltakerne var mer bekymret for pasientenes reaksjoner enn de juridiske konsekvensene av unnlattelse av rapportering. De følte seg ikke tilstrekkelig støttet av barnevernet, og opplevde møtene som skremmende. Manglende tilbakemelding og ineffektive intervensjoner fra barnevernet påvirket tilliten negativt.</p> <p>Studien konkluderer med at det nåværende systemet for rapportering av overgrep mot barn har utfordringer, inkludert manglende kommunikasjon og støtte, samt utilstrekkelig fokus på de følelsesmessige aspektene ved rapportering. Forskerne foreslår tiltak som klare praksisprotokoller, involvering av barnevernspersonell i lokale møter og opprettelse av protokoller for å sikre helsepersonells sikkerhet ved rapportering. De anbefaler også regelmessige møter blant helsepersonell for å skape et støttende miljø som oppmuntrer til oppfyllelse av rapporteringsplikten.</p>	<p>Begrenset deltakelse og demografisk mangfold.</p> <p>Tidsskriftet ble ekskludert fra den godkjente listen etter gjennomgang av kanaler som ikke var brukt av norske forskere de siste fem årene. Selv om tidsskriftet er indeksert i flere vitenskapelige databaser, har få norske forskere publisert der nylig. Lav norsk publisering betyr ikke nødvendigvis dårlig kvalitet, så artikkelen ble likevel inkludert basert på mine eksklusjons- kriterier.</p>	<p>Inkluderte erfarne praktikere og peker på behovet for forbedrede retningslinjer, opplæring, og støtte for helsepersonell som må rapportere.</p>	<p>Sjekkliste for kvalitativ metode. Ja på 9/10 spørsmål. Studien vurderes til høy kvalitet.</p>
--	--	--	--	---	--	---

<p>6 Lines, L.E., Hutton, A. & Grant, J.M., 2021, Australia</p> <p>Child Abuse Review</p> <p>NSD- nivå: 1</p>	<p><i>Constructing a Compelling Case: Nurses' Experiences of Communicating Abuse and Neglect</i></p>	<p>Kvalitativ, semistrukturerte dybdeintervju med 21 registrerte sykepleiere som jobbet med barn i Australia. Deltakerne hadde arbeidserfaring mellom 10-40 år.</p>	<p>Studien utforsker tre hovedtemaer om sykepleieres håndtering av barnemishandling: 1. Kommunikasjon med barnevernet. 2. Følelser av frustrasjon og maktesløshet. 3. Balansen mellom engasjement og rapportering.</p> <p>Sykepleierne møter utfordringer med å bli hørt av barnevernet og føler seg avvist, noe som kan føre til nøling med rapportering når bevisene er uklare. De ønsker at deres bekymringer blir tatt på alvor, spesielt etter tidligere negative erfaringer.</p> <p>Følelser av frustrasjon og maktesløshet er vanlig blant sykepleierne, som føler at barnevernet ikke alltid handler raskt eller tar deres bekymringer på alvor, noe som kan føre til nøling med rapportering. Noen mener gjentatte varsler kan øke sjansen for at barnevernet handler.</p> <p>Den tredje tematikken omhandler balansen mellom engasjement og rapportering, hvor sykepleierne står overfor dilemmaer i vurderingen av å rapportere bekymringer. De ønsker å ivareta barnets beste og rapportere bekymringer, men er også bekymret for konsekvensene av rapporteringen, både for familiene og for deres eget forhold til dem. Dette kan føre til at sykepleierne distanserer seg fra prosessen eller nøler med å rapportere.</p> <p>Studien peker på behovet for støtte til sykepleiere i håndtering av komplekse beslutninger om omsorgssvikt og overgrep. Den understreker behovet for mer effektivt tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere og barnevern for å fremme endringer til beste for barn som er berørt av misbruk i Australia.</p>	<p>Utvalget bestod hovedsakelig av erfarne sykepleiere innenfor en bestemt jurisdiksjon, noe som begrenser generaliserbarheten av funnene. På grunn av dette kan ikke funnene nødvendigvis reflektere opplevelsene til mindre erfarne sykepleiere.</p>	<p>Inngående kvalitativ tilnærming – dyp innsikt.</p> <p>Å forstå sykepleiernes perspektiver kan bidra til forbedring av retningslinjer og støttetjenester.</p>	<p>Sjekkliste for kvalitativ metode. Ja på 10/10 spørsmål. Studien vurderes til høy kvalitet.</p>
---	--	---	---	--	---	--

<p>7 Lines, L.E., Hutton, A.E. & Grant, J., 2017, Australia</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>NSD-nivå: 2</p>	<p><i>Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe</i></p>	<p>Systematisk litteraturstudie som omfatter 60 studier fra 16 land, utført mellom 2005- 2015, med deltakelse fra flere yrkesgrupper enn sykepleiere.</p>	<p>Tre hovedtema identifiseres:</p> <p>1: Mange sykepleiere mangler nødvendig kunnskap, ferdigheter og støtte til å håndtere slike situasjoner effektivt. Opplæring er ofte utilstrekkelig, og behovet for kontinuerlig utvikling understrekes, spesielt når det gjelder tolkning av tegn på misbruk.</p> <p>2: Mangel på støtte og informasjon fører til underrapportering. Sykepleiere drøfter bekymringer med kollegaer og ledere, men frustrasjon oppstår når enighet om videre handling ikke oppnås. Noen foretrekker å rådføre seg med erfarne kollegaer fremfor å kontakte barnevernet.</p> <p>3: Sykepleierne er bekymret for personlige konsekvenser av å rapportere, inkludert potensiell skade på den terapeutiske relasjonen til pasienten eller pårørende. Usikkerhet om barnevernets håndtering av saken, egen rolle og myndighet bidrar til nøling med rapportering.</p> <p>Studien konkluderer med at sykepleiere er bevisste på sin rolle i å beskytte barn, men møter utfordringer knyttet til kunnskap, støtte og tillit til systemet for håndtering. Det er behov for ytterligere forskning for å bedre forstå og utvikle bedre opplæring og støttetiltak for sykepleiere i slike situasjoner.</p>	<p>Begrensninger i studien omfattet lokale forskjeller i retningslinjer og tjenester, samt inkludering av perspektiver fra andre profesjoner.</p>	<p>Grundig metode- beskrivelse.</p> <p>Stort antall og variasjon av inkluderte studier og internasjonal tilnærming.</p> <p>Fremhever behovet for ytterligere forskning for å forbedre opplæringen og utvikle tydeligere retningslinjer</p>	<p>Sjekkliste for litteraturstudie 7/8. Studien vurderes til høy kvalitet.</p>
---	--	---	--	---	--	---

<p>8 Svärd, V., 2017, Sverige</p> <p>Child & Family social work</p> <p>NSD-nivå:2</p>	<p><i>Assessing children at risk: organizational and professional conditions within children's hospitals</i></p>	<p>Kvantitativt spørreskjema og inkluderte 295 deltakere fra ulike helseprofesjoner, inkludert leger, sykepleier, hjelpepleiere og helse- og sosialarbeidere</p>	<p>Utforsker hvordan helsepersonell ved barnesykehus i Sverige håndterer og opplever arbeidet med potensielt sårbare barn, med formålet å identifisere kunnskapshull, organisatoriske utfordringer og behov for støtte for å forbedre identifiseringen og håndteringen av barn i risiko.</p> <p>Varierte nivåer av organisatorisk støtte ble avdekket mellom sykehusene, med ulik bevissthet om tilgjengelige ressurser blant faggruppene. Det er uenighet om hvem som bør ha rapporteringsansvaret, og behovet for endringer i sykekulturen for å styrke individuelt ansvar. En ny generasjon, spesielt blant sykepleiere, viser seg, men høy turnover blant sykepleiere kan utfordre kontinuitet og kunnskapsoverføring. Implementering av tverrfaglige vurderinger kan minimere barrierer og statusforskjeller.</p> <p>Studien påpeker behovet for mer opplæring om mishandling og rapportering i svensk helseutdanning, samt tverrfaglige tilnærminger for å styrke barns beskyttelse.</p>	<p>Fokuserte hovedsakelig på erfarne sykepleiere.</p> <p>Selektivt utvalg av sykehus.</p> <p>Dataene ble samlet inn gjennom selv-rapportering, noe som kan føre til svarbias og subjektivitet</p>	<p>Gir innsikt i faktorer som påvirker håndteringen av barnemishandling, med fokus på organisatoriske, faglige og interprofesjonelle aspekter.</p> <p>Inkluderer ulike yrkesgrupper og fremhever behovet for tverrfaglig samarbeid samt økt fokus på utdanning og opplæring.</p>	<p>Sjekkliste prevalensstudie 9/12. Studien vurderes til høy kvalitet.</p>
--	--	--	--	---	--	---

Tabell 3: Presentasjon av inkluderte artikler

4.4 Tematisk oversikt

Jeg har utarbeidet en tabell for å lette sammenligningen av resultatene fra artiklene. Denne tabellen ble anvendt som et hjelpemiddel under analysen, og bidro til å avdekke hovedfunnene fra hver artikkel.

Tema: Forfatter:	Mangel på kunnskap	Samarbeid og støtte	Konsekvenser og barrierer for å rapportere	Kjennskap til lovverket
1. Bragança-Souza et al. (2024)	X	X	X	X
2. Eisbach & Dreissnack (2010)	X	X	X	
3. Green (2020)	X	X	X	X
4. Herendeen et al. (2014)	X	X	X	
5. Kuruppu et al. (2018)	X	X	X	X
6. Lines et al. (2021)		X	X	X
7. Lines et al. (2017)	X	X	X	X
8. Svärd (2017a)	X	X		X

Tabell 4: Tematisk oversikt

4.5 Forforståelse

I min masteroppgave vektlegger jeg å formidle min forforståelse av temaet for å gi leseren innsikt i min bakgrunn og tolkning av litteraturen. Forforståelse, også referert til som «fordommer» av Gadamer, spiller en avgjørende rolle i vår forståelsesprosess, da vi alltid tar med oss tidligere erfaringer, verdier og normer inn i vår tolkning av fenomener og problemer (Wifstad, 2018). Malterud (2017) beskriver forforståelse som «ryggsekken», som representerer det forskeren tar med seg inn i prosjektet, og den påvirker hele forskningsprosessen fra datainnsamling til tolkning. Forforståelsen kan både være en ressurs som styrker oppgaven og en byrde som hindrer klar observasjon. Derfor er det avgjørende at forskeren er bevisst på hva som påvirker prosessen, enten det er perspektiver, kunnskap, hypoteser eller erfaringer (2017, p. 44).

Gadamer hevder at fordommer er en forutsetning for forståelse (Wifstad, 2018), og gjennom min forforståelse og tolkning søker jeg å skape ny forståelse av temaet (Gadamer, 2012). Mine egne erfaringer har lært meg at omsorgssvikt og varsling til barnevernet er utfordrende

og følsomt for mange. Jeg har blitt berørt av saker som Christoffer-saken, som viser at noen barn blir oversett. Alle barn har grunnleggende behov som må ivaretas, og mangel på tilstrekkelig omsorg kan være skadelig (Barne-ungdoms- og familiedirektoratet, u.å.-a). Som barnesykepleier føler jeg ansvaret for å se barna og tilby hjelp. Min begrensede erfaring som barnesykepleier påvirker mine tilnærminger og tolkninger av litteraturen. Jeg erkjenner min begrensede kunnskap om temaet, men har strebet etter objektivitet og vært bevisst på min forforståelse gjennom skriveprosessen.

5 Presentasjon av funn

I dette kapitlet presenteres de sentrale funnene fra de utvalgte studiene, organisert etter hovedtemaene som ble identifisert gjennom analysen.

5.1 Mangel på kunnskap

Kunnskapsmangler blant helsepersonell ved mistanke om barnemishandling er et gjennomgående tema i syv av de åtte inkluderte studiene (Bragança-Souza et al., 2024 ;Lines et al., 2017; Green, 2020; Svärd, 2017a; Herendeen et al., 2014; Eisbach & Driessnack, 2010; Kuruppu et al., 2018). Studier av Lines et al. (2017) og Green (2020) påpeker betydelige kunnskapshull blant sykepleiere når det gjelder å identifisere tegn på mishandling. Studiene fremhever behovet for kontinuerlig faglig utvikling på dette området. Variasjoner i opplæringsnivå og tilgang til opplæring mellom land, understreker ulikheter i sykepleiernes kunnskap og kompetanse. I tillegg til dette, har Svärd (2017a) dokumentert varierte kunnskapsnivåer blant helsepersonell på barnesykehus i Sverige. Studien avdekker at sosialarbeidere ofte har mer utdanning relatert til barn i risikosituasjoner sammenlignet med leger og sykepleiere, mens Bragança-Souza et al. (2024) observerte markante forskjeller i måten de ulike yrkesgruppene rapporterte om tilfeller av barnemishandling. Funn i den studien viser at tannleger, sammenlignet med andre helseprofesjonelle, viste lavere hyppighet på å identifisere og rapportere tilfeller av barnemishandling. Dette, sammen med manglende tillit til egen kunnskap og begrenset erfaring, fører til at sykepleiere ofte søker støtte fra kolleger i stedet for å handle direkte på vegne av barnet (Lines et al., 2017; Green, 2020).

Herendeen et al. (2014) og Eisbach & Driessnack (2010) har identifisert kunnskapshull blant sykepleiere når det gjelder å håndtere mistanke om barnemishandling. Sykepleiere synes å finne det lettere å melde saker der det foreligger tydelige bevis, men nøler når det ikke finnes konkrete bevis. Studiene indikerer at selv om mange sykepleiere har erfaring med å oppdage tegn på barnemishandling, mangler de nødvendig kunnskap og kompetanse for å håndtere slike situasjoner på en effektiv måte. Studiene avdekker at dette også gjelder for barnesykepleiere og leger. Noen av de som unnlot å rapportere mistenkte tilfeller pekte på manglende forståelse for det juridiske og profesjonelle ansvaret i slike situasjoner. Begge studiene peker på at usikkerhet og frykt for utfallet blant sykepleiere er betydelige barrierer for effektiv håndtering av slike saker. Kuruppu et al. (2018) avdekket en lav rapporteringsrate blant fastleger og sykepleiere. Dette mener de kan tilskrives den følelsesmessige belastningen

ved å rapportere slike tilfeller, samt manglende kunnskap om rapporteringsplikten blant helsepersonell. Ifølge Green (2020) var en av de sentrale hindringene for å rapportere mistanke om overgrep mot barn den oppfattede mangelen på forberedelse og tilgang til nødvendige verktøy for å starte og fullføre rapporteringsprosessen. Sykepleierne i denne studien var klar over sin plikt til å rapportere, men beskriver seg uforberedt på hvordan de skulle håndtere slike situasjoner.

Flere av studiene viser at mange sykepleiere mangler kunnskap om tegnene på barnemishandling, rapporteringsprosedyrer og beskriver et behov for mer relevant opplæring. For å gjøre helsepersonell i bedre stand til å identifisere og håndtere mistanke om mishandling og omsorgssvikt, foreslår fem av de inkluderte studiene standardiserte programmer i helsefagutdanninger, praksismuligheter, systematisk opplæring, klare retningslinjer og rapporteringsprotokoller for helsepersonell (Herendeen et al., 2014; Eisbach & Driessnack, 2010; Svärd, 2017a; Green, 2020; Bragança-Souza et al., 2024).

5.2 Samarbeid og støtte

There have been times that I have called in something that I felt [like you know] was an abusive situation ... to just be met with indifference on the part of DHS ... that just taints your view of reporting. You think, what the hell ... what can I do for this family? (Eisbach & Driessnack, 2010, p. 322).

Alle de inkluderte studiene fremhever utfordringer knyttet til samarbeid og kommunikasjon mellom ulike faggrupper og instanser. Sykepleiere beskriver usikkerhet i sine faglige vurderinger om barns sikkerhet, og oppdager ofte bekymringsfulle situasjoner basert på intuisjon eller vag uro. De beskriver behov for validering fra kolleger eller ledere, men hierarkiske strukturer i organisasjonene forsinket ofte adekvate handlinger. Selv om barnevernet anses som den mest hensiktsmessige kanalen for å diskutere bekymringer om barns sikkerhet, er det ikke alltid mulig å konsultere direkte med dem, og diskusjoner med kolleger erstatter da kontakt med barnevernet. Sykepleiere ga ofte ansvaret for å rapportere mistanke om barnemishandling til mer erfarne kolleger eller ledere (Bragança-Souza et al., 2024; Lines et al., 2017; Lines et al., 2021; Green, 2020; Svärd, 2017a; Kuruppu et al., 2018; Herendeen et al., 2014; Eisbach & Driessnack, 2010).

I studien til Herendeen et al. (2014) fant de at noen sykepleiere unngikk å rapportere mistanke når de var uenige med legene de samarbeidet med. Det skyldtes manglende tillit til faglige vurderinger, og det førte til at kollegers meninger ble avgjørende. Uten støtte fra kolleger var

sykepleierne usikre på beste handlingsmåte, og det medførte også at noen unnlot å handle. Det var tvetydigheten i situasjoner, for eksempel komplekse familieforhold og utfordringer med å forutsi fremtiden for familien der barn var i fare, som førte til behovet for støtte fra kolleger (Kuruppu et al., 2018; Lines et al., 2017; Svärd, 2017a; Lines et al., 2021; Green, 2020).

De sykepleierne som samarbeidet med barnevernet, ga uttrykk for misnøye og rapporterte om dårlig kommunikasjon, samt manglende eller utilfredsstillende tiltak for barnet. Det var ikke bare sykepleiere som hadde negative erfaringer med barnevernet, fagpersoner fra andre områder beskrev også lignende opplevelser, hvor barnevernet ble beskrevet som lite samarbeidsvillige, lite lydhøre og tilbakeholdende med tilbakemeldinger om barnets sak. Frustrasjon oppstår når sykepleiere opplever manglende tilbakemeldinger eller utilstrekkelig respons fra barnevernet etter å ha meldt bekymringer, noe som svekker tilliten til barnevernets evne til å håndtere saken tilfredsstillende (Lines et al., 2017).

Sykepleieres vilje og evne til å rapportere mistanke om overgrep mot barn påvirkes i stor grad av deres tillit til hvordan offentlige tjenestemenn og rettssystemet håndterer slike saker. Mangel på tillit kan føre til nøling med å rapportere slike mistanker (Green, 2020; Eisbach & Driessnack, 2010; Lines et al., 2021).

Usikkerhet knyttet til egne vurderinger, behovet for validering av bekymringer, og frustrasjon over manglende respons fra barnevernet er blant de viktigste utfordringene (Lines et al., 2017). I lys av studiens funn står sykepleiere overfor samhandlingsutfordringer mellom ulike faggrupper og instanser. Behovet for å presentere objektive fakta og beviser, møte bagatellisering av bekymringer, og utvikle strategier for å sikre at bekymringer blir hørt, er blant de identifiserte utfordringene (Lines et al., 2021).

Erfaringer med barnevernet, samt tidligere negative erfaringer med tjenesten, kan også påvirke beslutningen om å rapportere. Mange fagfolk har liten tillit til barnevernet og anser det som mer gunstig å håndtere problemet internt uten å varsle, noe de mener vil være bedre for barnet. Dette synet utgjør en betydelig hindring for rapportering av tilfeller av barnemishandling (Bragança-Souza et al., 2024).

Kuruppu et al. (2018) avdekker samhandlingsutfordringer knyttet til det obligatoriske rapporteringssystemet for overgrep mot barn. Systemet lider av mangler når det gjelder kommunikasjon og støtte for helsepersonell som er pålagt å rapportere i slike tilfeller, skriver

de. Mangel på tilbakemeldinger om rapportenes fremgang fører til frustrasjon og usikkerhet blant de som må rapportere.

5.3 Andre barrierer for å rapportere

Selv om kunnskapsmangel har blitt identifisert som et stort hinder i flere studier når det gjelder rapportering av barnemishandling, viser studiene at sykepleiere står overfor flere andre barrierer i håndtering og rapportering av barnemishandling. I flere av studiene (Green, 2020; Lines et al., 2017; Bragança-Souza et al., 2024; Lines et al., 2021; Eisbach & Driessnack, 2010; Kuruppu et al., 2018; Herendeen et al., 2014) ble bekymringer knyttet til konsekvensene av å rapportere mistanke om barnemishandling diskutert. Blant sykepleiere er det en utbredt bekymring for å forstyrre tillitsfulle relasjoner med familier og dermed risikere å miste dem som pasienter. Dette dilemmaet fører til en indre konflikt hos sykepleierne når de må balansere omsorgsrollen med plikten til å håndtere potensielt skadelige situasjoner. Den frykten de beskriver for å undergrave tilliten til sårbare familier og forstyrre det terapeutiske forholdet mellom sykepleier og pasient blir vurdert som en barriere for rapportering, noe som gjentas i flere studier.

Samtidig uttrykker sykepleiere bekymring over personlige konsekvenser av å rapportere, inkludert trusler fra pårørende og potensielle søksmål (Green, 2020; Lines et al., 2017; Lines et al., 2021). Kuruppu et al. (2018) avdekket også at sykepleiere opplevde en betydelig grad av ubehag når de ble konfrontert med situasjoner som krevde rapportering av mistanke om overgrep. Mens studien til Eisbach og Driessnack (2010) uttrykte bekymring for barnas sikkerhet ved å melde ifra, ble det også beskrevet en frykt for at dette kunne eskalere situasjonen, og de var engstelig for å forverre en allerede stresset familiesituasjon.

My role is to advocate for the kids when they cannot advocate for themselves, but I don't want to be stalked by a parent who is upset that I called DHS (Department of Health and Human Services) on them... but, I also don't want to look back at a child's funeral and say I never called. (Eisbach & Driessnack, 2010, p. 321).

I studien til Lines et al. (2021) forteller sykepleiere om presset av å ha tilstrekkelig «bevis» før de kan rapportere, noe som fører til nøling og spørsmål om hvorvidt de har tilstrekkelig grunnlag for å melde ifra. Til tross for at de opplever å ha presentert «fakta» om overgrep, blir de ikke alltid tatt på alvor av barnevernet. Dette kan føre til frustrasjon, følelse av maktesløshet og å ikke bli hørt.

I studien til Bragança-Souza et al. (2024) beskrives det en utbredt tendens til underrapportering blant helsepersonell, noe som forskerne mener kan skyldes administrativ byrde, arbeidsbelastning, diagnostisk usikkerhet og personlige terskler for mistanke om overgrep. I studien til Kuruppu et al. (2018) uttrykte fastleger og sykepleiere større bekymring for potensielle implikasjoner av å melde fra om mistanke om mishandling enn for de juridiske konsekvensene av å la være å rapportere. Alle studiene beskriver intense følelser blant helsepersonell når de vurderer å rapportere mistanke om overgrep, inkludert skyld, frykt og bekymring for negative reaksjoner.

5.4 Kjennskap til lovverket

Studier indikerer at flertallet av sykepleierne er bevisste på sine juridiske og etiske forpliktelser når det gjelder å rapportere overgrep og omsorgssvikt mot barn (Svärd, 2017a; Green, 2020; Lines et al., 2017; Lines et al., 2021). Til tross for erkjennelsen av ansvaret, er det en utfordring med underrapportering av slike tilfeller. Disse kan tilskrives ulike faktorer. Blant annet nevnes manglende kunnskap om barnemishandling blant sykepleierne, usikkerhet om når de skulle rapportere eller om deres bekymringer var berettiget. Samt utfordringer med å få tilgang til relevante retningslinjer eller prosedyrer for rapportering (Lines et al., 2017).

“I think should I have reported it, and why didn't I? I think it was that decision “well, I've no evidence, this is really just hearsay” (Lines et al., 2021, p. 337).

En gjennomgang av forskning fra ni land (Bragança-Souza et al., 2024) viser at alle disse landene har lover eller forskrifter som krever rapportering av selv mistenkte tilfeller av overgrep mot barn. Imidlertid varierer lovgivningen betydelig mellom landene. Noen har generelle lover som krever rapportering av mistanke om overgrep, for eksempel Frankrike og Norge, mens andre har mer detaljerte og omfattende regelverk som USA. Disse komplekse lover eksisterer i samspill med politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle faktorer i hvert samfunn. Definisjonen av fysisk overgrep varierer i forskjellige juridiske systemer; noen knytter det til synlige skader, mens andre tar hensyn til psykologiske konsekvenser uten synlige tegn. I Brasil, hvor det er lovpålagt rapportering, er det likevel en kulturell aksept for fysisk avstraffelse, selv om det er forbudt ved lov for disiplinære formål. Dette skaper en barriere for helsepersonell når det gjelder å identifisere og rapportere fysisk overgrep. Oppfatningen av fysisk avstraffelse som akseptabelt kan også påvirke fagfolks terskel for å identifisere og rapportere slike tilfeller.

For eksempel, i delstaten Sør-Australia, der majoriteten av sykepleierne i studien til Lines et al. (2021) arbeidet, krever loven at sykepleiere må rapportere hvis de har en «rimelig mistanke» om at et barn er i fare for misbruk eller forsømmelse. Likevel viser studien at sykepleierne ofte føler behov for mer konkrete beviser før de rapporterer, til tross for lovens krav om «rimelig mistanke». Deltakerne uttrykte usikkerhet rundt hva som egentlig utgjorde en «rimelig mistanke», noe som understreker behovet for mer presise retningslinjer for å veilede sykepleiere i deres ansvar. Denne konflikten mellom lovens krav og sykepleiernes oppfatning av behovet for konkrete beviser førte til usikkerhet blant sykepleierne om nøyaktig hva som ble forventet av dem i samsvar med loven.

I studiene utført av Kuruppu et al. (2018) og Svärd (2017a) beskrives en usikkerhet blant helsepersonell når det gjelder de lovmessige kravene for å rapportere overgrep mot barn. Dette fører til spørsmål om hvem som har plikt til å rapportere og hvordan prosessen med mottak og administrasjon av rapportering utføres.

Det oppstår også uklarheter om ansvarsfordelingen for å rapportere overgrepssaker. Noen mener at ikke-sykepleier skolepersonell bør være ansvarlig, mens andre mener at det er sykepleiernes ansvar. Dette kan føre til forvirring og forsinkelser i rapporteringen av mistanke om overgrep mot barn (Green, 2020).

Noen helsepersonell mener at alt bør rapporteres, mens andre mener at det bare er betydelige bevis på alvorlig skade som bør rapporteres. Usikkerheten omkring retningslinjer og prosedyrer for rapportering har blitt indentifisert som en hindring for effektiv rapportering. Dette kan være med på å føre til lavere rapporteringsrater av overgrep mot barn, da helsepersonell må navigere gjennom den følelsesmessige belastningen av å håndtere komplekse saker. Dette «emosjonelle arbeidet», inkluderer å anvende et byråkratisk rapporteringssystem uten tilstrekkelig støtte, samtidig som de må balansere pasientenes følelser og egne bekymringer. Det opplevdes også at mangelen på klare retningslinjer og informasjon om rapporteringsprosessen skaper ytterligere forvirring og usikkerhet (Kuruppu et al., 2018).

Samlet sett viser de inkluderte studiene at selv om sykepleiere og annet helsepersonell er klar over sine juridiske forpliktelser når det gjelder rapportering av overgrep mot barn, er det fremdeles utfordringer og barrierer som påvirker deres evne til å oppfylle disse pliktene i praksis.

6 Diskusjon

Formålet med denne litteraturstudien har vært å øke forståelsen og kunnskapen om hvordan barnesykepleiere håndterer tilfeller av barnemishandling på sykehus, samt å belyse de utfordringene de møter når de skal rapportere om barn i fare. Funnene i denne studien viser at deltakerne opplever at de mangler fagkunnskap og kunnskap om lovverket. I tillegg etterlyser de et bedre samarbeid og mer støtte i forhold til det å identifisere og rapportere barnemishandling. Deltakerne gir også uttrykk for frykt for at det å rapportere mistanke kan true barnets sikkerhet og ha negative konsekvenser for dem selv.

I dette kapittelet vil jeg diskutere funnene i lys av relevant teori, eksisterende forskning og egne refleksjoner. Til slutt vil jeg reflektere over studienes styrker og begrensninger, samt drøfte implikasjonene for fremtidig forskning og praksis.

6.1 Mangel på kunnskap

Barnemishandling er en vesentlig utfordring for folkehelsen, med konsekvenser som strekker seg over barns fysiske, kognitive, nevrologiske, emosjonelle og sosiale utvikling. Barnemishandling forekommer i ulike land og familier, uten hensyn til sosial klasse, etnisitet eller religiøs tilknytning (NOU 2017: 12, p. 27). Dessverre blir slike tilfeller ofte oppdaget for sent (Møller, 2018, p. 6). I løpet av de siste årene har statistikken vist en nedgang i antallet barn og unge som mottar tiltak fra barnevernet. Denne trenden har vært bemerkelsesverdig, men det har ikke blitt gitt noen entydig forklaring på nedgangen (Statistisk sentralbyrå, 2023a). Dette reiser spørsmål om årsakene bak nedgangen. Det kan spekuleres på om nedgangen reflekterer en reell reduksjon i tilfeller av barnemishandling eller om den skyldes andre faktorer, for eksempel endringer i rapporteringspraksis eller manglende identifisering og rapportering av saker som krever barnevernstiltak.

Sykepleiere på sykehus har en unik posisjon som gjør det mulig for dem å observere barn og deres familieforhold tett, og dermed oppdage potensielle tegn på omsorgssvikt (Lines et al., 2017, p. 302). For å kunne hjelpe barn og deres familier er det avgjørende å besitte tilstrekkelig kunnskap om omsorgssvikt (Paavilainen et al., 2002). Likevel viser forskningen at sykepleiere ofte opplever ubehag i møte med barn og deres familier på grunn av manglende kunnskap, begrenset erfaring og etiske dilemmaer (Bragança-Souza et al., 2024 ;Lines et al.,

2017; Green, 2020; Svärd, 2017a; Herendeen et al., 2014; Eisbach & Driessnack, 2010; Kuruppu et al., 2018).

En gjennomgang av relevant litteratur viser en konsistent bekymring blant sykepleiere angående deres evne til å identifisere omsorgssvikt, med mangel på kunnskap som en sentral faktor. Ifølge Lines et al. (2017) rapporterte sykepleiere i 44 av 60 studier manglende identifisering av omsorgssvikt som følge av utilstrekkelig kunnskap. Et interessant spørsmål er hvilke spesifikke kunnskaper sykepleiere føler de mangler? Sykepleiere uttrykker ofte en følelse av utilstrekkelighet når de må tolke og håndtere subjektive data som tegn og symptomer på barnemishandling. Denne kunnskapsmangelen inkluderer spesielt utfordringer med å vurdere komplekse situasjoner der tegnene og symptomene ikke er åpenbare, og der informasjonen kan være subjektiv, enten fra barnet selv eller fra sykepleieren.

Studier antyder at sykepleiere føler seg mer selvsikre når det finnes objektive holdepunkter for mishandling, som synlige blåmerker eller brannskader, noe som gjør det enklere å ta beslutningen om å rapportere uten behov for ytterligere informasjon eller kontekstualisering av situasjonen (Eisbach & Driessnack, 2010; Green, 2020). Klinisk erfaring viser at symptomer og tegn på vold, overgrep og omsorgssvikt hos barn sjelden er entydige og kan ikke alene diagnostisere slike forhold. Til tross for dette har hjelpeapparatet en tendens til å identifisere barn i risikofylte familier lettere enn i familier uten åpenbare risikofaktorer. Dette kan resultere i at tilfeller av vold og overgrep i tilsynelatende fungerende familier oppdages senere, og at hjelpeapparatet kan ha vanskeligheter med å tro på barnet i slike situasjoner (Myhre, 2017, p. 100).

Studier av sykepleieres praksis viser at de skiller mellom to typer saker når det gjelder rapportering av mistanke om vold og overgrep. Mens tilfeller med tydelige tegn var relativt enkle å rapportere, var de mer komplekse sakene problematiske og førte ofte til forsinkelser i rapporteringsprosessen på grunn av utydelige tegn og symptomer, eller bare subjektive data (Eisbach & Driessnack, 2010). Dette kan antyde at et betydelig antall tilfeller ikke blir rapportert på grunn av subtile eller ikke-åpenbare tegn, som for eksempel bare barnets forklaring alene.

I løpet av min masteroppgave har jeg lagt merke til den brede anvendelsen av begrepet «barnemishandling» i litteraturen. Dette fenomenet har vist seg å være omfattende og komplekst, med variasjoner i forståelse og definisjoner av begrepet. Studien til Green (2020)

understreker manglende forståelse av fenomenet blant sykepleiere. Som en refleksjon av dette, oppstår spørsmålet om en klarere definisjon og avklaring av begrepet kan bidra til å styrke de meldepliktiges evne til å identifisere og respondere på tilfeller av barnemishandling. Dette peker mot behovet for ytterligere undersøkelser og diskusjoner om hvordan terminologien rundt barnemishandling kan formes for å fremme en mer enhetlig forståelse og praksis innenfor feltet.

I de inkluderte studiene ble det identifisert ikke bare kunnskapshull, men også en utfordring knyttet til mangelen på tilstrekkelig utdanning og forberedelse blant sykepleiere (Green, 2020). Studiene indikerte at til tross for en viss grad av opplæring i mandatrapportering av barnemishandling, var respondentene ikke tilfredse med opplæringen. I studien til Herendeen et al.'s (2014) uttrykte 21 prosent enten uenighet eller sterkt uenighet med at de hadde mottatt tilstrekkelig opplæring. Sykepleiere uttrykte at selv om de deltok i videreutdanning og mottok oppdateringer om gjenkjenning av barnemishandling, opplevde de at hovedfokuset lå på objektive funn i barnemishandling fremfor håndtering av situasjoner der bevisene var subjektive eller mindre konkrete (Eisbach & Driessnack, 2010). For å møte denne utfordringen blir det forslått at barnevernet bør involveres i å holde informasjonsmøter (Kuruppu et al., 2018). Bragança-Souza et al. (2024) hevder at identifiserte barrierer for rapportering, som manglende kunnskap, kan løses gjennom opplæring. Men når opplæringen ikke oppfattes som tilfredsstillende av deltakerne, reiser det spørsmål om hva som definerer tilfredsstillende opplæring innen overgrep mot barn.

Temaet barnemishandling og omsorgssvikt blir ikke ensartet prioritert i undervisningen på ulike studiesteder (Skarsaune & Bondas, 2014). Dette medfører variasjoner i omfanget av opplæring om emnet, både innenfor ulike fagområder og institusjoner, samt på tvers av landegrensene (Svård, 2017a; Lines et al., 2017). En nylig studie fra 2024 indikerer at opplæring i overgrep mot barn ikke er tilstrekkelig integrert i helsefaglig utdanning på lavere og høyere nivå (Bragança-Souza et al., 2024). Noe som også blir konkludert med i Svikt og svik-rapporten (NOU 2017: 12, 2017, p. 65), hvor det fremheves et behov for solid kompetanseløft innenfor flere utdanninger og fag.

I tråd med forskrift om rammeplan for barnesykepleierutdanning (2021, kap. 3, §7 h) blir betydningen av grundig kjennskap til temaene barnemishandling og omsorgssvikt understreket. Videre er det nå lovfestet i den nye rammeplanen for sykepleierutdanningen at sykepleiere skal ha kunnskap om omsorgssvikt og være i stand til å håndtere samtaler med

barn om emner som omsorgssvikt, vold og overgrep (2019). Evalueringen av opptrappingsplanen mot vold og overgrep fra 2017-2021, viser en fremgang i integreringen av undervisning om vold og overgrep i relevante høyere utdanningsprogrammer. Til tross for denne forbedringen, rapporterer studenter fortsatt om utilfredsstillende kunnskapsnivå om temaet (Prop. 36 S (2023-2024), p. 61).

Basert på funnene i de inkluderte studiene kan det argumenteres for at utdanningen av barnesykepleiere må være målrettet mot å gi grundig opplæring innen identifisering og håndtering av barnemishandling. Dette kan innebære å gi studentene nødvendig kunnskap om de ulike formene for mishandling, samt å utvikle deres evne til å gjenkjenne tegn og symptomer på slike forhold hos barn. Dette bør også løftes frem i bachelorstudiet i sykepleien. Det kan være hensiktsmessig at opplæringen omfatter hvordan barnesykepleiere skal håndtere situasjoner der mistanke om mishandling eller omsorgssvikt oppstår, herunder korrekt rapportering og samarbeid med relevante myndigheter og sosialtjenester. Ved å integrere disse aspektene i barnesykepleierutdanningen, vil studentene bli bedre rustet til å håndtere de komplekse utfordringene knyttet til barnemishandling og omsorgssvikt, og dermed bidra til å sikre bedre beskyttelse og omsorg for sårbare barn og unge.

Regjeringens opptrappingsplan mot vold og overgrep (Prop. 36 S (2023-2024), p. 61), understreker behovet for økt kompetanse i offentlige sektorer for å tidlig avdekke og hindre vold, inkludert forståelse av ulike overgrep, konsekvenser og risiko- og beskyttelsesfaktorer, samt kunnskap om gjeldende lovverk og effektiv kommunikasjon med voldsutsatte og samarbeid med andre tjenester.

Kunnskap og kompetanse innen barnemishandling er avgjørende for å kunne identifisere risikofaktorer og tegn på slike forhold hos barn. Dette innebærer å kunne utføre grundige vurderinger av barnets fysiske og psykiske helse, samt å være oppmerksom på indikatorer som ikke er åpenbare. Økt kunnskap og kompetanse gir barnesykepleiere nødvendige verktøy for å ta velinformerte beslutninger om å rapportere bekymringer om barnemishandling. Forskrifter og retningslinjer innen helsevesenet og utdanningssektoren understreker behovet for kontinuerlig læring og oppdatering (Forskrift om nasjonal retningslinje for barnesykepleierutdanning, 2021; Barnesykepleierforbundet, 2021). Dette kan inkludere formell opplæring, workshops, veiledning og annen faglig utvikling for å sikre at barnesykepleiere holder seg oppdatert på ny kunnskap, retningslinjer og beste praksis innenfor håndtering og rapportering av barnemishandling.

Et gjennomgående tema i de inkluderte studiene er etterspørselen etter retningslinjer og prosedyrer angående håndtering og rapportering av barnemishandling og omsorgssvikt. Svärd (2017a) observerte betydelige variasjoner i bruk av retningslinjer og rutiner i en svensk studie. I tillegg kom det frem at noen respondenter ikke visste om tilgjengelig organisatorisk støtte. Det er viktig å være klar over tilgjengelig ressurser som kan være til nytte i håndteringen av situasjoner som omhandler spørsmål om omsorgssvikt. En slik ressurs er Voldsveilederen utgitt av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2018), som inneholder relevant informasjon og retningslinjer for håndtering av slike situasjoner.

Ved å integrere Kunnskapsbasert praksis (KBP) som en del av tiltak rettet mot omsorgssvikt, vil det fremme kontinuerlig kunnskapsoppdatering, refleksjon og vurdering av egne handlinger. Implementeringen av KBP kan også gi støtte i vurderingen av barnevernssaker, noe som kan være avgjørende for å håndtere komplekse saker mer effektivt. Dette kan suppleres med initiativer som «Barn under radaren» (Sørlandet Sykehus HF, 2024), som har som mål å tidlig avdekke omsorgssvikt og vold mot barn gjennom bruk av en sjekklister blant helsepersonell i akuttjenestene. Evalueringen av tiltaket viser en betydelig økning i antall meldinger til barnevernstjenesten, noe som indikerer dets effektivitet (Prop. 36 S (2023-2024), p. 54). Ved å inkludere dette verktøyet kan helsepersonell sikres et effektivt verktøy for å håndtere og rapportere tilfeller av barnemishandling mot barn på en strukturert måte, som igjen vil kunne bidra til å styrke oppfølgingen og beskyttelsen av sårbare barn og unge.

Ved å undersøke de ulike aspektene ved manglende kunnskap om barnemishandling, blir det klart at dette er en kompleks utfordring som krever en helhetlig tilnærming. Gjennom analysen av litteraturen fremkommer det at sykepleiere opplever mangel på kunnskap og usikkerhet når de møter barn og deres familier. Dette fører ofte til en opplevelse av utilstrekkelighet og usikkerhet i tolkningen og håndteringen av tegn og symptomer på barnemishandling. Disse bekymringene og utfordringene peker på behovet for bedre støtte, opplæring og tydelige retningslinjer for sykepleiere i møte med situasjoner knyttet til barnemishandling (Bragança-Souza et al., 2024; Kuruppu et al., 2018; Lines et al., 2017; Eisbach & Driessnack, 2010; Green, 2020).

6.2 Samarbeid og støtte

I arbeidet med å avdekke og håndtere tilfeller av barnemishandling spiller samarbeid og støtte en avgjørende rolle for de meldepliktige. Barnesykepleieres involvering er dyptgripende, og fører ofte til emosjonelle reaksjoner så vel som faglige responser. På et personlig plan kan vi finne oss selv påvirket, noe som kan føre til subjektivitet og selektivitet i vår vurdering av situasjonen, og dermed resultere i feilvurderinger. Derfor er det viktig å inkludere flere stemmer i en helhetlig vurdering for å korrigere disse feilkildene. Den følelsesmessige belastningen av slikt arbeid kan være betydelig, og derfor er det nødvendig med støtte, både personlig og faglig (Killén, 2009).

Sykepleiere viser dyp bekymring og engasjement for barn og deres familier, men opplever ofte motløshet når de ikke mottar tilbakemeldinger fra barnevernstjenesten etter at bekymringsmeldinger er sendt (Lines et al., 2017, p. 315). Herendeen et al. (2014) indikerer videre at en betydelig andel av sykepleierne uttrykte utilfredshet med barneverntjenesten, spesielt med hensyn til responstid og informasjonsflyt. I Norge kan dette scenarioet antas å være annerledes, da tilbakemelding fra barnevernstjenesten er regulert i henhold til barnevernsloven (2021). Denne loven pålegger at tilbakemelding skal gis innen tre uker etter mottatt melding etter § 13-2. I tillegg skal barnevernet innen tre uker etter avsluttet sak informere melder om de følger opp barnet og familien videre. Dette gjelder spesielt for offentlige meldere som helsepersonell og lærere, som har en særlig plikt til å rapportere bekymringer til barnevernet.

Selv om sykepleiere vanligvis besitter tilstrekkelig kunnskap om deres juridiske plikt til å melde til barnevernstjenesten, viser funnene mine at tilfeller av omsorgssvikt ofte ikke blir rapportert i henhold til loven. NOU-rapporten, *Svikt og svik* (2017: 12, p. 55), fant at manglende tverrfaglig samarbeid fører til at verdifullt materiale går tapt, og dette kan delvis bidra til den observerte underrapporteringen. Temaet omsorgssvikt kan utløse ulike følelser og reaksjoner, blant annet usikkerhet, aggresjon og avmakt, som understreker behovet for støtte. Effektivt tverrfaglig samarbeid er avgjørende i slike situasjoner og bidrar til motivasjon og inspirasjon til å fortsette arbeidet. Saker om omsorgssvikt involverer ofte foreldre som motsetter seg samarbeid, noe som kan skape manglende tillit og motvilje mot hjelpetiltak. Samarbeid mellom ulike hjelpeinstanser er nødvendig for å etablere meningsfullt samarbeid med familien, spesielt når det gjelder familier som har kontakt med flere instanser, inkludert sykehus, barnevern, NAV, politi og barnehager. Disse instansene sitter på informasjon og

observasjoner som er avgjørende for en helhetlig vurdering av situasjonen (Killén, 2021, p. 173).

Kuruppu et al. (2018) påpeker den generelle mistilliten mot barnevernet, som ofte fører til at fagpersoner vurderer at å løse problemet internt uten å varsle vil være mer gunstig for barnet. Barrierer for rapportering av barnemishandling, som frykt for uheldige konsekvenser for barnet og troen på muligheten til å løse problemet direkte med familien, ble identifisert i studien til Bragança-Souza et al. (2024). For å gi effektiv støtte til barn og familier med komplekse behov, må barnevernet samarbeide med ulike tjenester for å sikre koordinerte tiltak og helhetlig støtte. Barnets og familiens behov bør være sentrale i samarbeidet, da det er disse behovene som styrer hvilke tjenester som må involveres og hvordan tiltakene skal tilpasses. Den tilgjengelige hjelpen er ofte rigid og ikke tilpasset barnas individuelle behov og situasjon. De utfordringene barna står overfor krever en helhetlig tilnærming på tvers av flere sektorer, noe som i dag ikke tilbys tilstrekkelig. Utvalget mener at dette skyldes uklare ansvarsforhold og manglende samarbeid mellom sektorene. Sektorgrensen mellom barnevern, helsetjenester og kriminalomsorg er uklar, og hvilke barn som får tilbud fra hvilke sektorer kan være vilkårlig og endres over tid (NOU 2023: 24, p. 44).

Forskningen tyder på et påtrengende behov for kollegial støtte blant helsepersonell når de står overfor beslutninger om å rapportere mistanke mot barn. Svärd (2017a) og Kuruppu et al. (2018) avdekker en utbredt praksis med å konsultere kolleger innen samme yrkesgruppe når det gjelder vurdering og håndtering av saker om barnemishandling. Deltakerne i disse studiene uttrykte at kolleger i samme organisasjon ga verdifull støtte og følelse av samhörighet (Lines et al., 2021). På den annen side viser Herendeen et al. (2014) at enkelte helsepersonell opplevde manglende støtte når de tok opp bekymringer, noe som understreker betydningen av et støttende miljø der helsepersonell kan føle seg trygge på sine profesjonelle vurderinger og få nødvendig støtte til å handle i samsvar med sine yrkesmessige plikter og ansvar (Eisbach & Driessnack, 2010).

Killén beskriver «fagfolks overlevelsesstrategier» som en vesentlig hindring for å identifisere barn som er utsatt for omsorgssvikt. Fenomenet barnemishandling får voksne, inkludert profesjonelle, til å handle på bestemte måter. Når fagpersoner ikke får tilstrekkelig faglig og personlig støtte, og når ledere ikke anerkjenner hvor krevende arbeidet deres er, har de en tendens til å beskytte seg selv mer i stedet for barna (Killén, 1983, sitert i Thorkildsen, 2023, p. 23).

Plikten til å avverge lovbrudd er personlig og gjelder alle borgere, både privatpersoner og offentlig ansatte. Dette betyr at en tjenesteperson er forpliktet til å søke å forhindre et forestående lovbrudd, selv om overordnede eller kolleger måtte mene at det ikke er grunnlag for å varsle (Prop. 36 S (2023-2024), p. 34). Det er derfor avgjørende at helsepersonell står ved sine vurderinger, selv når dette medfører ubehag eller møter motstand. Å ta ansvar representerer en av de mest utfordrende aspektene innen dette feltet og krever mot, spesielt når implementeringen av planer kan møte motstand fra familien, deres nettverk og andre deler av hjelpeapparatet. Selv om det kan være utfordrende å navigere de ulike aspektene ved barnemishandling, har sykepleiere et profesjonelt ansvar som ikke kan ignoreres. Begrensede ressurser på institusjonsnivå og høy arbeidsbelastning for den enkelte utøver kan gjøre det utfordrende å fordele ansvar. Det er ikke uvanlig å se en nøling og tilbaketrekning fra oppgaver, selv når institusjonen har et tydelig definert ansvar (Killén, 2009).

I denne sammenhengen understreker Killén at en nøkkelfaktor for å utvikle mot er at studenter og fagfolk får hjelp til å forstå og bearbeide sine egne følelser. Omsorgssvikt og overgrep mot barn utløser sterke emosjoner hos alle, inkludert fagpersoner. Hun påpeker at uten å være i kontakt med egne følelser og bearbeide egne smertefulle erfaringer, vil man ikke kunne håndtere mennesker og situasjoner som krever følelsesmessig innlevelse og engasjement på en klok måte (Thorkildsen, 2023, p. 35). Dermed blir det tydelig at for å kunne ta ansvar og handle effektivt i møte med barn som har vært utsatt for omsorgssvikt, er det avgjørende at fagpersoner både får den nødvendige støtten til å utvikle emosjonell innsikt og motet til å stå ved sine vurderinger.

Samtidig er ansvarsfordeling også påvirket av sykehuskulturen, der noen oppgaver overføres som en unngåelsesstrategi. I Svärds studie (2017a) kom det frem at flere sykepleiere mente at det var legens ansvar å rapportere, noe som kan være knyttet til det medisinske hierarkiet på sykehusene. Kuruppu et al. (2018) observerte et lignende fenomen, hvor leger ikke var klar over at sykepleiere også hadde myndighet til å rapportere, og viste til en studie fra 1998 som viste tilsvarende resultater.

Det er behov for endringer i denne kulturen for å styrke individuell ansvarliggjøring og fremme en helhetlig tilnærming til oppgaveløsning. Samtidig viser det seg at en ny generasjon, spesielt blant sykepleiere, er på vei inn i arbeidsstyrken. Denne fornyelsen kan være positiv, men det er viktig å være oppmerksom på den høye turnoveren blant sykepleiere, da dette kan utfordre kontinuiteten og kunnskapsoverføringen. Det er derfor avgjørende å

utvikle strategier som fremmer stabil bemanning og kunnskapsoverføring for å sikre en bærekraftig praksis innenfor håndtering og rapportering av barnemishandling. Hvor det blir foreslått implementering av tverrfaglige vurderinger som kan minimere barrierer og statusforskjeller (Svärd, 2017a).

Det nåværende systemet for å rapportere overgrep mot barn står overfor utfordringer, spesielt når det gjelder manglende kommunikasjon og støtte for de som må rapportere. Forskning av Kuruppu et al. (2018) peker på at systemet ikke tar tilstrekkelig hensyn til de følelsesmessige utfordringene knyttet til rapportering. På den annen side beskriver Lines et al. (2021) sykepleiere som ikke følte seg tatt på alvor og uttrykte et ønske om tettere samarbeid med barnevernet for å oppnå mer effektiv behandling og gjensidig forståelse. Samtidig påpekes det at flere hadde positive erfaringer med samarbeidet med barnevernet og ikke opplevde det negativt å melde fra. Imidlertid mente noen sykepleiere at barnevernet ikke reagerte godt nok, og disse negative erfaringene førte til nøling. På nasjonalt nivå er Norge forpliktet gjennom barnekonvensjonen til å sikre omsorg, beskyttelse og best mulig helsehjelp til barn. I 2022 ble nye samarbeidsbestemmelser implementert i 14 velferdstjenestelover, med formål å styrke oppfølgingen av sårbare barn, unge og deres familier gjennom økt samarbeid mellom velferdstjenestene (NOU 2023: 24, p. 86).

Dessverre fortsetter dårlig kommunikasjon og samarbeid mellom ulike fagfolk og instanser å være et vedvarende problem, og har blitt identifisert som en medvirkende årsak til flere tragiske barnedødsfall (NOU 2017: 12, p. 49). Sykepleiere spiller en avgjørende rolle i å rapportere saker om barnemishandling til barnevernet. Resultatene fra forskningen viser at sykepleiere er klar over viktigheten av sin rolle, men de opplever ofte at de ikke blir tatt seriøst av barnevernet og føler seg maktesløse når det gjelder å gjøre endringer til beste for barnet (Lines et al., 2021).

Til tross for at flere studier har dokumentert negative erfaringer med barnevernet, og påpekt at disse erfaringene kan påvirke helsepersonells rapporteringsatferd (Kuruppu et al., 2018), er det også viktig å erkjenne og fremheve positive aspekter. Barnevernet utgjør en essensiell ressurs i samfunnet vårt, med en sentral rolle i å ivareta barns velferd og beskyttelse. På tross av utfordringer og kritikk, har barnevernet vist seg å være en viktig aktør i å sikre barns rettigheter og trygge oppvekstvilkår. Ved å tilby støtte, veiledning og tiltak for sårbare familier, bidrar barnevernet til å fremme barns beste interesser og skape et tryggere miljø for barn og unge (Barne-ungdoms- og familiedirektoratet, u.å.-b). Derfor er det avgjørende å

anerkjenne og understreke betydningen av barnevernets positive bidrag til samfunnet, selv i lys av utfordringene det måtte møte. Noen sykepleier opplever at samarbeidet med barnevernet kan føre til positive endringer og økt vilje til å rapportere mistanker om barnemishandling (Lines et al., 2021; Herendeen et al., 2014).

6.3 Andre barrierer for å melde

Det å utsette rapportering var en refleksjon blant sykepleierne frykt for barnets sikkerhet. De var bekymret familien ville slutte å ta kontakt med helsevesenet, og de følte de utsatte barnet for ekstra risiko ved å rapportere. Sykepleierne var også bekymret for sin egen sikkerhet. Dersom sykepleierne hadde erfaring med å melde tidlige, men opplevd mangel på respons fra barnevernet, nøyte de, noe som igjen var med på påvirke deres beslutning. For noen er rapportering en enkel og umiddelbar prosess. De føler seg komfortabel med sine kunnskaper og ferdigheter, mens for andre er den kompleks og langsom. Der hvor det var tydelige bevis på mishandling rapporterte sykepleiere uten å gjøre mange vurderinger. Der hvor symptomene og tegnene på mishandling var mer diffuse ønsket sykepleier å innhente mer informasjon, gjøre ytterligere vurderinger, se på konteksten rundt og bidra med tilgjengelig ressurser. Dette i form av anskaffelse av kuponger for gratis tjenester til familien, informasjon om foreldrekurs og henvisning til annen instans. Etter egne tiltak var gjort ville de bestemme seg for om de skulle rapportere (Eisbach & Driessnack, 2010).

Forskningen indikerer at prosessen med å rapportere overgrep mot barn til barnevernet kan bli oppfattet av familier som et straffetiltak (Lines et al., 2021), og det kan føre til at foreldre opplever seg selv som utilstrekkelige foreldre (Kuruppu et al., 2018). Disse potensielle negative reaksjonene fører til en bekymring blant deltakerne i studien for konsekvensene av å varsle, spesielt med tanke på pasientenes reaksjoner, i motsetning til de juridiske konsekvensene av å unnlate å melde (Kuruppu et al., 2018). Det uttrykkes også bekymring for at en allerede ustabil familiesituasjon kan forverres under presset fra barneverntjenesten (Eisbach & Driessnack, 2010).

I en annen studie av Bragança-Souza et al. (2024) ble det identifisert en ambivalens blant fagpersoner knyttet til deres nærhet til familien og kunnskap om deres bakgrunn når det gjelder vurdering og rapportering av barnemishandling. Noen opplever at et nært forhold til pasientene kan skape en motvilje mot å vurdere og rapportere, mens andre ser det som en mulighet til å identifisere risikofaktorer og dermed øke sjansen for rapportering.

Sykepleierne tar hensyn til familiens livssituasjon når de vurderer rapportering, men følte seg ikke alltid komfortable med å diskutere intensjonen bak varslingen, da de frykter foreldrenes reaksjoner (Lines et al., 2021). Markestad (2016) understreker betydningen av å være bevisst ens tilnærming ved mistanke om mishandling. Derfor må sykepleiere utøve faglig og moralsk skjønn. På den ene siden kan de vise forståelse for familiers ulike forutsetninger, enten det gjelder økonomiske, psykiske eller sosiale forhold. På den andre siden må de være oppmerksomme på de alvorlige konsekvensene omsorgssvikt kan ha for barnet. Barnevernet tilbyr støtte både til barnet og foreldrene, og omsorgsovertakelse er aktuelt i sjeldne tilfeller. Mindre inngripende tiltak som rådgivning og veiledning er mer vanlige (Barne-ungdoms- og familiedirektoratet, u.å.-b).

Faglig erfaring varierte blant yrkesgruppene (Svård, 2017a). Begrenset erfaring og eksponering for slike situasjoner gjorde det utfordrende å ta avgjørende beslutninger om å rapportere mistanke om barnemishandling (Green, 2020). Herendeen et al.(2014) fremhever at selv om det kan være hindringer for rapportering, spiller erfaringene til de erfarne sykepleierne en sentral rolle i identifisering og rapportering av mistanke om barnemishandling. Disse erfarne sykepleiere har en tendens til å rapportere mer regelmessig enn mindre erfarne kolleger. En interessant observasjon i resultatene er at det synes å være en overgang til en ny generasjon, spesielt blant sykepleiere, hvor en betydelig andel har mindre enn seks års erfaring i yrket. Det antydes at lengre arbeidserfaring kan bidra til økt oppmerksomhet og mindre usikkerhet i vurderingene, selv om det ikke nødvendigvis garanterer økt rapportering (Svård, 2017a).

Vurderingen av om man skal rapportere en sak kan ha betydelige implikasjoner for både individet og samfunnet. Selv om fysiske sår heles, kan barnet bære med seg en uutslettelig frykt og konstant angst for nye overgrep, noe som fører til en dyp mistillit til omverdenen (Killén, 2009). Å rette opp en ugunstig start i livet kan ha omfattende positive konsekvenser på både individuelt og samfunnsnivå, med potensial til å påvirke flere generasjoner fremover (NOU 2023: 24, p. 341). Det er derfor viktig å nøye vurdere de langsiktige konsekvensene før man beslutter å rapportere. Samtidig må man være oppmerksom på at brudd på plikter fastsatt i helsepersonelloven kan føre til ulike sanksjoner, inkludert tilbakekalling av autorisasjonen (Helsepersonelloven, 1999, §58).

6.4 Kjennskap til lovverket

Helsepersonell, som er forpliktet til å følge lover, har en nøkkelrolle i rapporteringen av barnemishandling, som er essensiell for å sikre beskyttelse og omsorg for sårbare barn. Lovverket gir tydelige retningslinjer og juridisk rammer for håndtering av slike mistanker, og forståelse av disse forpliktelsene er avgjørende for barnesykepleiere og annet helsepersonell. Selv om studiene indikerer at de fleste sykepleiere er klar over sine juridiske og etiske forpliktelser, viser de også at mange unnlater å melde mistanke om barnemishandling (Svärd, 2017a; Green, 2020; Lines et al., 2017; Lines et al., 2021; Eisbach & Driessnack, 2010).

Barnevernloven har som formål å sikre barns beskyttelse. Ettersom barn ofte ikke har evnen til å beskytte seg selv, er det avgjørende at andre har muligheten til å gripe inn på deres vegne. Vi bærer alle en forpliktelse til å rapportere, men innenfor denne konteksten har helsepersonell en spesielt betydningsfull rolle (Barnevernsloven, 2021). Til tross for helsepersonells forpliktelser til å rapportere, avdekker studier flere barrierer som begrenser deres evne til å oppfylle disse forpliktelsene fullt ut. Forskningen antyder at helsepersonell kan oppleve utfordringer med å ha tilstrekkelig tillit til egne vurderinger når det gjelder å melde fra, til tross for deres kjennskap til gjeldende lover og etiske forpliktelser (Lines et al., 2017; Paavilainen et al., 2002).

Flere studier har dokumentert at sykepleiere ofte føler behov for konkrete bevis før de rapporterer til barnevernet. Dette behovet for bevis var så fremtredende at sykepleiere noen ganger unnlater å melde til tross for lovens krav om at en «rimelig mistanke» er tilstrekkelig. Denne spenningen mellom lovens krav og sykepleiernes oppfatning av behovet for mer konkrete bevis illustrerer en utfordrende dynamikk (Lines et al., 2021). Eisbach & Driessnack (2010) støtter denne observasjonen og viser at sykepleiere ofte tar seg tid til å vurdere konteksten og familiens sosiale situasjon før de rapporterer, noe som kan føre til nøling og forsinkelse i rapporteringsprosessen mens de søker etter en bedre forståelse av situasjonens helhet.

Respondentene i flere inkluderte studier opplevde utfordringer med å utøve sin meldeplikt til barnevernet, til tross for bevisstheten om deres ansvar. Dette fenomenet bidrar til underrapportering fra helsepersonell, noe som er påpekt som et globalt fenomen i flere studier (Bragança-Souza et al., 2024; Lines et al., 2017). Det lovfestede kravet om å rapportere ved «rimelig mistanke» om at et barn er i fare, skaper en klar forpliktelse for sykepleierne

(Barnevernsloven, 2021). Dette krever imidlertid også at sykepleierne utøver skjønn og gjennomfører en evaluering for å fastslå om det eksisterer tilstrekkelige holdepunkter for å oppfylle kravet om «rimelig mistanke». Denne dynamikken understreker betydningen av å forstå både de juridiske kravene og den individuelle skjønnsmessige vurderingen i håndteringen av slike situasjoner.

Det er et felles ansvar for alle å handle på bakgrunn av det vi observerer og vet (Killén, 2019b). For å sikre at beslutningen er veloverveide og støttes av flere perspektiver, kan det være nyttig å drøfte saken med en kollega, leder eller barnevernet. Dette er særlig viktig siden begrepet «rimelig mistanke» kan være noe uklart.

Kravet om «grunn til å tro» innebærer at visse indikasjoner eller holdepunkter må eksistere som berettiger en slik antakelse om barnet. Med andre ord må man ikke være sikker på at barnet befinner seg i en situasjon beskrevet i barnevernloven §13-2 første ledd (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, u.å.-c). Disse holdepunktene er ikke universelle, men heller avhengige av den individuelle sykepleiers tolkning og skjønn i forhold til anvendelsen av meldeplikten. Dette skaper en kompleks utfordring i å navigere mellom rettslige krav og egne vurderinger basert på observasjoner.

Helsepersonell har begrenset mulighet til å beskytte barn mot gjentatte episoder av vold og overgrep, da nødvendige sanksjonsmidler for dette ligger innenfor mandatet til barnevernet og politiet. Saker som involverer mistanke om vold eller seksuelle overgrep krever derfor omfattende tverrfaglig samarbeid. Imidlertid kan ulike regler knyttet til taushetsplikt og opplysningsplikt utgjøre hindringer for effektivt samarbeid i slike saker. Det er av betydelig betydning å erkjenne at, til tross for at helsepersonell er underlagt strenge taushetspliktbestemmelser i samsvar med helsepersonelloven (1999), eksisterer det et vesentlig overordnet unntak. Dersom taushetsplikten står i konflikt med hensynet til barnets beste, er prinsippet om barnets beste det som skal veie tyngst og taushetsplikten legges til side (Myhre, 2017).

I både Svärd (2017a) og Kuruppu (2018) sine forskningsstudier ble det identifisert en betydelig grad av juridisk usikkerhet angående meldeplikten, samt manglende klarhet i forhold til ansvarsfordelingen og rapporteringskravene blant helsepersonell. Noe som kunne påvirke deres vurdering av om de skulle melde eller ikke. I Norge kan situasjonen muligens være forskjellig som en følge av en lovgivningsendring som ble implementert i 2018. Dette

initiativet ble iverksatt etter at en del ansatte opplevde usikkerhet knyttet til den korrekte prosedyren for å rapportere til barnevernstjenesten. Denne usikkerheten kan føre til at ansatte avstår fra å melde fra, selv om de er pålagt å gi informasjon. Som en respons på denne utfordringen ble lovgivningen endret for å klargjøre og forenkle det juridiske rammeverket (Hofstad, 2018). Ifølge loven er det klart at det påhviler helsepersonell et individuelt og personlig ansvar å rapportere til barnevernet (Helsepersonelloven, 1999). Det er dessuten essensielt å bemerke den betydelige divergens i lovgivningen mellom de forskjellige landene som kom frem i studien til Bragança-Souza et al. (2024). Dog, den aktuelle oppgavens omfang tillater ikke en detaljert utforskning av denne problematikken.

Studiene viser at sykehuspersonell ofte unnlater å rapportere barnemishandling, til tross for internasjonale retningslinjer som FNs barnekonvensjon (De forente nasjoner, 1989). Ifølge Folkehelse rapporten vokser om lag 1 av 20 barn og unge opp under omstendigheter som er preget av barnemishandling (Reneflot, Stene-Larsen, & Myklestad, 2020). I 2021 ble de samfunnsøkonomiske kostnadene av vold i nære relasjoner beregnet til 92,7 milliarder kroner, og regjeringen ser behovet for økt satsning på forebyggende tiltak for å redusere både de menneskelige lidelsene og de økonomiske konsekvensene (Prop. 36 S (2023-2024), p. 9).

Eksposering for vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen kan ha langvarige og alvorlige konsekvenser for barns utvikling og fungering gjennom hele livsløpet (NOU 2017: 12). Langsiktige studier, som Adverse Childhood Experiences (ACE), dokumenterer en økning i risikoen for en rekke helseproblemer og funksjonsvansker i voksen alder i takt med antall belastningstyper barnet har blitt utsatt for (Felitti et al., 1998). Barn utsatt for mishandling har høyere risiko for å utvikle psykiske lidelser, rusavhengighet og redusert skolegang, arbeidsledighet og lavere sosioøkonomisk status. Videre kan mishandlende barn oppleve relasjonsutfordringer og har økt risiko for å bli utøvere av vold og overgrep. Dette kan føre til alvorlige psykiske og fysiske helseproblemer, inkludert PTSD, angst, depresjon, diabetes, overvekt og hjertelidelser (NOU 2017: 12, pp. 36-37).

Dette illustrerer tydelig det alvorlige sviket mot barn når samfunnet ikke tar ansvar for å beskytte dem mot vold, overgrep og omsorgssvikt. Konsekvensene av dette sviket er ofte livslange, og mange barn får aldri muligheten til å realisere sitt fulle potensial eller oppleve et meningsfullt liv. Dette medfører ikke bare store personlige omkostninger, men også betydelige samfunnsmessige kostnader når disse barna blir forsømt. De krever ofte mer

ressurser og utfordrer tjenesteapparatet i større grad enn andre, og er overrepresentert i ulike samfunnsområdet, inkludert barnevern, kriminalomsorg og psykiatri (NOU 2017: 12, p. 41).

Barnevernstjenesten i Norge mottok rundt 50 000 bekymringsmeldinger i 2022, hvorav cirka 4000 kom fra lege/sykehus/tannlege (Statistisk sentralbyrå, 2023b). Med tanke på antall barn helsepersonell kommer i kontakt med, kan vi si at andelen meldinger fra disse faggruppene er relativt liten. Jurist Ohnstad har foreslått økt kunnskap for å unngå feil i håndteringen av meldeplikten (2020, referert i Killén, 2021, p. 21).

De inkluderte studiene viser at det er betydelige forskjeller mellom land når det gjelder aksept for bruk av vold mot barn, for eksempel i oppdragelsen. Norge er blant få land som har et totalforbud mot enhver form for vold. Dette forbudet er forankret i blant annet Grunnloven, FNs barnekonvensjon, straffeloven og barnevernloven, som alle sikrer barn et særlig vern mot vold og alvorlig omsorgssvikt. Til tross for dette omfattende lovverket, er det ofte ikke tilstrekkelig til å forbedre situasjonen for mange barn som fortsatt opplever overgrep fra sine omsorgspersoner (Andersland & Mevik, 2017).

På bakgrunn av det som kommer frem om konsekvensene for både barnet og samfunnet, er det av største viktighet at vi som helsepersonell er bevisst på hva vi utsetter omverdenen for ved å unnlate å rapportere mistanke om omsorgssvikt og barnemishandling. Selv om Bufdirs nyeste rapport (Drange et al., 2022), bekrefter tidligere funn, understreker den betydelige utfordringer for voksne tidligere barnevernsbarn. Likevel antyder rapporten at fosterhjem og ettervern kan ha positive virkninger.

Dette kapitlet har gitt et innblikk i de alvorlige konsekvensene av slike handlinger og viser viktigheten av å handle proaktivt for å beskytte barnets rettigheter og fremtid. Ved å ta ansvar og handle i samsvar med lovgivningen og etisk praksis, kan vi bidra til å sikre at barn får den beskyttelsen de har krav på, og at vi som samfunn tar del i å bryte den onde sirkelen av barnemishandling og omsorgssvikt. Med dette ønsker jeg å oppsummere diskusjonsdelen ved å rette oppmerksomheten mot en forbausende observasjon: Studier fra både tidligere og nyere tid fremlegger sammenfallende funn. Dette er påfallende, gitt den økende kunnskapen og endringene i lovverket over tid. Spørsmålet som oppstår er: Hvorfor har ikke den praktiske utøvelsen endret seg tilsvarende?

6.5 Studiens styrker og begrensninger

I tråd med Aveyard (2019) understrekes viktigheten av en kritisk tilnærming til eget arbeid, spesielt med tanke på begrenset erfaring, tidsrammer for prosjektet og det faktum at jeg har vært eneste forfatter. Andre faktorer som språkkunnskaper og tolkeevne kan potensielt resultere i misforståelser og ha hatt innflytelse på utfallet av studien. Det må også erkjennes at en nybegynner ikke vil besitte samme grunnlag for omfattende litteraturinnsamling og kritisk vurdering som en erfaren forsker (Aveyard, 2019). Å være klar over disse forutsetningene har motivert meg til å være ekstra grundig, tydelig begrunne mine valg og søke veiledning fra veilederen for å unngå eventuelle feilgrep.

Noen deler av litteraturen tar ikke tilstrekkelig hensyn til sykepleiernes individuelle trossystemer, kulturelle bakgrunn og personlige historier om hva som defineres som overgrep. Dette kan resultere i en ufullstendig forståelse. Mangelen på forskning på dette området kan delvis forklare denne utfordringen, men jeg må også erkjenne at min uerfarenhet i søkeprosessen kan ha bidratt til dette. Men dette er også et funn og kan forsterke hypotesen om kunnskapshull med mangelfull forskning omkring tema.

Det er også begrenset forskning som spesifikt adresserer temaet, og flere studier hadde små utvalgsstørrelser, noe som kan utfordre representativiteten av funnene. Til tross for mangel på forskning om barnesykepleieres perspektiver, anser jeg studier om sykepleieres perspektiver som relevante for å forstå overordnede utfordringene og perspektiver.

Valget av kun to databaser kan begrense tilgangen til relevant litteratur, men ble nøye vurdert med tanke på relevans og dekning. Dette er et resultat av begrensninger knyttet til tilgjengelige ressurser, som tid, som er vanlig i forbindelse med masteroppgaver.

Videre har jeg vurdert hvordan to av studiene forfattet av samme forskere kan påvirke funnene og tolkninger. Selv om dette kan indikere begrensninger i mangfold og uavhengigheten, kan det også styrke validiteten og påliteligheten til oppgaven, ved at forfattere med flere studier innenfor samme emneområde kan besitte en dypere forståelse og ekspertise på feltet.

6.6 Refleksjoner over implikasjoner for praksis og forskning

Selv om dette er en liten studie så håper jeg det kan gi inspirasjon både til sykepleiere i barneavdelinger og andre faggrupper som er i posisjon til å identifisere og rapportere barnemishandling. Ved å reflektere over resultatene i denne studien kan helsepersonell, NAV-ansatte og andre faggrupper, bidra til å sette tema på dagsorden. For å integrere studiefunnene i praksis, er det nødvendig med økt støtte til sykepleiere for å hjelpe dem med å oppfylle deres etiske og juridiske plikter i å beskytte barn mot overgrep og omsorgssvikt.

Videre forskning er avgjørende for å forstå hvorfor sykepleiere opplever barrierer når de skal ivareta barns helse og velferd. Det er også viktig å evaluere om eksisterende opplæringsprogrammer er tilstrekkelige, eller om det er behov for nye tilnærminger. Samarbeid og kommunikasjon mellom sykepleiere og barnevernet må styrkes for å sikre at barn som er utsatt for mishandling eller omsorgssvikt, får den nødvendige støtten og beskyttelsen de trenger. Her vil tverrfaglig forskning som involverer barnesykepleiere, barnevernspersonell og andre relevante aktører være verdifullt for å utvikle helhetlige tilnærminger til forebygging, identifisering og håndtering. Disse tiltakene vil bidra til å forbedre helsepersonells evne til å oppfylle sine plikter og sikre barnas velferd og beskyttelse mot skade.

Det er behov for ytterligere forskning på dette feltet, fordi eksisterende forskningen fremhever flere barrierer som hindrer sykepleiere å melde fra om mistanke om mishandling hos barn. Vi trenger forskning som gir oss kunnskap om hva som skal til for at disse barrierene brytes. Først da kan vi sikre at barn får den beskyttelsen de har krav på, og at vi som samfunn tar del i å bryte den onde sirkelen av mishandling og omsorgssvikt.

7 Konklusjon

Barnemishandling er en alvorlig problematikk med betydelige konsekvenser for barn både på kort og lang sikt. Den komplekse naturen av mishandling, som kan manifestere seg på ulike måter, gjør det utfordrende å identifisere, og dessverre oppdages slike tilfeller ofte for sent og i noen tilfeller aldri. Faktorer som påvirker rapporteringsbeslutninger inkluderer erfaringsnivå, støtte fra kollegaer, tydelige bevis og lovens krav. Samtidig kan manglende kunnskap, dårlig samarbeid, mistillit til systemet, mangel på tilbakemelding, fravær av klare rutiner og organisatoriske utfordringer hindre rapportering.

Det er klart behov for tiltak for å bedre ruste barnesykepleiere og annet helsepersonell til å håndtere saker relatert til barnemishandling. Dette inkluderer målrettet opplæring, utvikling av tydelige retningslinjer, og forbedret samarbeid mellom ulike tjenester og sektorer. Økt bevissthet om juridiske retningslinjer og implementering av strukturerte verktøy, som sjekklister, kan også styrke barnesykepleiernes evne til å identifisere og rapportere tilfeller av barnemishandling.

Barnesykepleiere er ofte de første til å komme i kontakt med barn som kan være utsatt for mishandling, og deres innsikt er avgjørende for tidlig intervensjon. Det er viktig å adressere barrierene de møter gjennom bedre opplærings- og støttetiltak. Ved å erkjenne og styrke deres rolle, kan vi bidra til å sikre bedre beskyttelse og omsorg for sårbare barn og familier i samfunnet vårt.

For å oppnå dette må helsevesenet fremme kunnskapsbasert praksis og integrere barnemishandlingstemaet bedre i utdanningen. Ved å forbedre kunnskapen, samarbeidet og den juridiske bevisstheten blant helsepersonell, kan vi sammen arbeide mot en tryggere fremtid for barn som er utsatt for omsorgssvikt og mishandling.

Referanseliste

- Andersland, G. K., & Mevik, K. (2017). Barns rettsvern ved mistanke og avdekking av vold - er lovverket godt nok? In O. Edvardsen (Ed.), *Vold mot barn: Teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger* (pp. 38-52): Gyldendal Akademisk.
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4 ed.). London: Open University Press/McGraw - Hill Education.
- Barne-ungdoms- og familiedirektoratet. (u.å.-a). Hva er omsorgssvikt? Retrieved from <https://www.bufdir.no/barnevern/omsorgssvikt/>
- Barne-ungdoms- og familiedirektoratet. (u.å.-b). Hva gjør barnevernet? Retrieved from <https://www.bufdir.no/barnevern/hva-gjor-barnevernet/>
- Barne-ungdoms- og familiedirektoratet. (u.å.-c). Melde frå til barnevernet som offentlig tilsett eller fagperson med meldeplikt. Retrieved from <https://www.bufdir.no/barnevern/melde-fra-offentlig-melder/>
- Barnesykepleierforbundet. (2021). Barnesykepleierens kompetanse, ansvar og oppgaver. Retrieved from https://www.digiblad.no/barnesykepleierforbundet_nsf/barnesykepleierens-kompetanse-ansvar-og-oppgaver/files/assets/common/downloads/Barnesykepleierens%20kompetanse,%20ansvar%20og%20oppgaver.pdf?uni=2df50a1fb496357a18b808a9f98dc428
- Barnevernsloven. (2021). *Lov om barnevern* (LOV-2021-06-18-97). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/lov/2021-06-18-97>
- Bragança-Souza, K. K., Lopes de Lisboa, J., Silva-Oliveira, F., Soares Nunes, L., Ferreira, E. F. E., Gomes, V. E., & Zarzar, P. (2024). Health Professionals: Identifying and Reporting Child Physical Abuse-a Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 327-340. doi:<https://doi.org/10.1177/15248380221150949>
- De forente nasjoner. (1989). FNs konvensjon om barnets rettigheter. Retrieved from https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Drange, N., Hernæs, Ø. M., Markussen, S., Oterholm, I., Raaum, O., & Slettebø, T. (2022). *Barn, unge og familier i barnevernet - En longitudinell registerstudie. Delprosjekt 2: Hvordan går det med barna?* (Rapport 2/2022). Retrieved from https://www.frisch.uio.no/publikasjoner/pdf/rapp22_02.pdf
- Eisbach, S. S., & Driessnack, M. (2010). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(4), 317-323. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. doi:[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Forskrift om nasjonal retningslinje for barnesykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for barnesykepleierutdanning* (FOR-2021-10-26-3092). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3092?q=Forskrift%20om%20nasjonal%20retningslinje%20for>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>

- Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., & Dunne, M. (2010). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 146-153. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015>
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (L. Holm-Hansen, Trans.). Oslo: Pax.
- Gangdal, J. (2010). *Jeg tenker nok du skjønner det sjøl*: Kagge forlag.
- Green, M. (2020). Nurses' adherence to mandated reporting of suspected cases of child abuse. *Journal of pediatric nursing*, 54, 109-113. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.06.007>
- Grunnloven. (1814). *Kongeriket Norges Grunnlov* (LOV-1814-05-17). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17>
- Grøholt, B., Weidle, B., Garløv, I., & Ramleth, R.-K. (2022). *Lærebok i barne-og ungdomspsykiatri* (6 ed.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Helsebiblioteket. (2019, 2.mai). Helsepersonells taushetsplikt og opplysningsplikt. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-veiledere/helsepersonells-taushetsplikt-og-opplysningsplikt>
- Helsebiblioteket. (2021a, 17.September). Kunnskapsbasert praksis. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>
- Helsebiblioteket. (2021b, 17.september). Sjekklistene. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistene>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- 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 Healthcare*, 28(1), e1-7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.06.004>
- Hofstad, E. (2018, 26.juni). Tydeligere meldeplikt til barnevernet fra 1.juli. *Sykepleien*. Retrieved from <https://sykepleien.no/2018/06/tydeligere-meldeplikt-til-barnevernet-fra-1-juli>
- Kalin, T., Persdotter, B., Ahlgren, T., & Gerdner, A. (2021). How do child welfare referrals in Sweden match children's self-reporting of severe exposure? *Child & family social work*, 27(2), 100-111. doi:<https://doi.org/10.1111/cfs.12856>
- Killén, K. (2009). *Sveket: 1: barn i risiko-og omsorgssviktsituasjoner* (4 ed.): Kommuneforlaget AS.
- Killén, K. (2019a). *Barndommen varer i generasjoner: forebygging er alles ansvar* (4 ed.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K. (2019b). *Sveket 2: Ansvar og (be)handling* (5 ed.). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Killén, K. (2021). *Undersøkelser til utsatte barns beste. Tverrfaglig kompetanse og samarbeid*: Kommuneforlaget AS.
- Kuruppu, J., Forsdike, K., & Hegarty, K. (2018). 'It's a necessary evil': Experiences and perceptions of mandatory reporting of child abuse in Victorian general practice. *Australian Journal of General Practice*, 47(10), 729-733. doi:<https://doi.org/10.31128/ajgp-04-18-4563>
- Kvello, Ø. (2019). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner* (2 ed.): Gyldendal.
- Köpp, U. M. S., Myhre, A. K., Stray-Pedersen, A., Myhre, M., Killén, K., & Stensland, S. Ø. (2020, 1.januar). 12.10 Vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt som årsak til skade, helseplager og sykdom. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatri/generell-veileder-i->

- [pediatri/12.psykosomatiske-plager-psykiske-vansker-og-atferdsproblemer/12.10-vold-seksuelle-overgrep-og-omsorgssvikt-som-arsak-til-skade-helseplager-og-sykdom#-helsebiblioteket-innhold-retningslinjer-pediatri-generell-veileder-i-pediatri-12psykosomatiske-plager-psykiske-vansker-og-atferdsproblemer-1210-vold-seksuelle-overgrep-og-omsorgssvikt-som-arsak-til-skade-helseplager-og-sykdom](#)
- LeCroy, C. W., & Milligan-LeCroy, S. (2020). Public perceptions of child maltreatment: a national convenience sample. *Children and Youth Services Review, 119*, 105677. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105677>
- Lines, L., Grant, J., & Hutton, A. (2018). How do nurses keep children safe from abuse and neglect, and does it make a difference? A scoping review. *Journal of pediatric nursing, 43*, e75-e84. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.010>
- Lines, L. E., Hutton, A., & Grant, J. M. (2021). Constructing a Compelling Case: Nurses' Experiences of Communicating Abuse and Neglect. *Child Abuse Review, 30*(4), 332-346. doi:<https://doi.org/10.1002/car.2697>
- 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. doi:<https://doi.org/10.1111/jan.13101>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring* (4 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri* (3 ed.). Fagbokforlaget: Bergen.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4 ed.): Wolters Kluwer Health.
- Menneskerettsloven. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett* (LOV-1999-05-21-30). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30>
- Myhre, A. K. (2017). Hvordan se det vi ikke ønsker å se - fysiske og psykososiale symptomer. In O. Edvardsen (Ed.), *Vold mot barn: Teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger* (pp. 100-115): Gyldendal Akademisk.
- Møller, G. (2018). *Kunnskapsgrunnlag - Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge* (Rapport IS-2696). Retrieved from Oslo: Helsedirektoratet:
- Nasjonalt Kunnskapscenter om Vold og Traumatisk Stress. (2018). Veilder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner. Retrieved from <https://voldsveileder.nkvts.no>
- Nilsen, L. (2023). *Hvordan kan barnesykepleier avdekke omsorgssvikt?* (Prosjektbeskrivelse masteroppgave, kandidatnummer 134). UiT Norges arktiske universitet,
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine, 9*(11). doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Retrieved from <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk sykepleierforbund. (2023, 31.mai). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retrieved from <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svik: Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Barne-og likestillingsdepartementet, Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/pdfs/nou201720170012000dddpdfs.pdf>
- NOU 2023: 24. (2023). *Med barnet hele vegen: Barnevernsinstitusjoner som har barnas tillit*. Barne-og likestillingsdepartementet, Retrieved from

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/3448ea4c535f4d20bbbb1ef4e05fc994/no/pdfs/nou202320230024000dddpdfs.pdf>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., & Mulrow, C. D. (2020). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 372(71). doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Perkins, A. (2018). The red flags of child abuse. *Nursing made Incredibly Easy*, 16(2), 34-41. doi:<https://doi.org/10.1097/01.NME.0000529946.76463.6b>
- Piltz, A., & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 93-100. doi:<https://doi.org/10.26719/emhj.18.055>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prop. 36 S (2023-2024). *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024-2028)*. Det kongelige justis- og beredskapsdepartement, Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/9f13c290967946d9b9ccf721bcfa58b8/no/pdfs/prp202320240036000dddpdfs.pdf>
- Paavilainen, E., Merikanto, J., Åstedt-Kurki, P., Laippala, P., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 39(3), 287-294. doi:[https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(01\)00035-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(01)00035-9)
- Rasmussen, I., & Vennemo, H. (2017). *Samfunnsøkonomiske konsekvenser av omsorgssvikt og vold mot barn* (Rapport,12). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/sved/2.pdf>
- Reneflot, A., Stene-Larsen, K., & Myklestad, I. (2020, 2.januar). Vold og seksuelle overgrep. Retrieved from <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/skader/vold/?term=>
- Schmeck, K. (2020). Long-term consequences of early neglect and abuse. *Psychiatria Danubina*, 32(suppl. 3), 343-345. Retrieved from https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_noSuppl%203/dnb_vol32_noSuppl%203_343.pdf
- Skarsaune, K., & Bondas, T. (2014). Må vite mer om barnemishandling. *Sykepleien*, 102(10), 48-51. doi:<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0134>
- Statistisk sentralbyrå. (2023a, 6.juli). Færre barn og unge med tiltak frå barnevernet. Retrieved from <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern/artikler/faerre-barn-og-unge-med-tiltak-fra-barnevernet>
- Statistisk sentralbyrå. (2023b, 6.juli). Meldingar til barnevernet, etter kven som melde saka, statistikkvariabel og år. Retrieved from <https://www.ssb.no/statbank/table/10674/tableViewLayout1/>
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>
- Svärd, V. (2017a). Assessing children at risk: organizational and professional conditions within children's hospitals. *Child & family social work*, 22(S4), 81-91. doi:<https://doi.org/10.1111/cfs.12291>
- Svärd, V. (2017b). "Why don't they Report?" Hospital Personnel Working with Children at Risk. *Child Care in Practice*, 23(4), 342-355. doi:<https://doi.org/10.1080/13575279.2016.1188765>
- Sørlandet Sykehus HF. (2024, 25.april). Barn under radaren. Retrieved from <https://www.sshf.no/om-oss/barn-under-radaren>

- Thorkildsen, I. M. (2023). *Det vi så, var et svik mot barna*: Vigmostad Bjørke.
- Vergemålsloven. (2010). *Lov om vergemål* (LOV-2010-03-26-9). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-03-26-9>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*: Universitetsforlaget.
- World Medical Association. (2022, 6.september). WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. Retrieved from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- World Health Organization. (2022, 19.september). Child maltreatment. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søk gjort 30.01.24 i PubMed og CINAHL i tidsperioden 2010-2024:

Søkeord	PubMed	CINAHL
1. Pediatric nurse practitioner	1,405	952
2. Pediatric nurse	10,438	3670
3. Nurse	205,567	316,504
4. Nurse practitioner	16,248	19,424
5. 1 or 2 or 3 or 4	205,567	316,504
6. Child maltreatment	32,090	9,059
7. Child abuse	30,772	18,343
8. Child neglect	31,668	8,710
9. 6 or 7 or 8	32,898	19,018
10. Mandatory reporting	3,755	3,352
11. Duty to report	4,837	127
12. 10 or 11	8,510	3,442
13. Experience	658,917	357,716
14. Perceptions	416,344	143,680
15. 13 or 14	1,012,837	468,939
16. 5 AND 9 AND 12 AND 15	25	23

Vedlegg 2: Kvalitetsvurdering av artiklene

I dette vedlegget presenteres kvalitetsvurderingene av de inkluderte artiklene i studien. Jeg har benyttet meg av sjekklister fra Helsebiblioteket (2021b).

Generelle overordnede spørsmål som stilles uavhengig av forskningsmetode etter anbefaling fra Helsebiblioteket (2021b).

1. Har artikkelen en klart formulert problemstilling?

Artikkel 1	Bragança-Souza et al. (2024)	JA
Artikkel 2	Eisbach & Driessnack (2010)	JA
Artikkel 3	Green (2020)	JA
Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	JA
Artikkel 5	Kuruppu et al. (2018)	JA
Artikkel 6	Lines et al. (2021)	JA
Artikkel 7	Lines et al. (2017)	JA
Artikkel 8	Svärd (2017a)	JA

2. Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?

Artikkel 1	Bragança-Souza et al. (2024)	JA
Artikkel 2	Eisbach & Driessnack (2010)	JA
Artikkel 3	Green (2020)	JA
Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	JA
Artikkel 5	Kuruppu et al. (2018)	JA
Artikkel 6	Lines et al. (2021)	JA
Artikkel 7	Lines et al. (2017)	JA
Artikkel 8	Svärd (2017a)	JA

3. Kan du stole på resultatene?

Artikkel 1	Bragança-Souza et al. (2024)	JA
Artikkel 2	Eisbach & Driessnack (2010)	JA
Artikkel 3	Green (2020)	JA
Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	JA
Artikkel 5	Kuruppu et al. (2018)	JA
Artikkel 6	Lines et al. (2021)	JA
Artikkel 7	Lines et al. (2017)	JA
Artikkel 8	Svärd (2017a)	JA

4. Hva er resultatene?

Se under hovedfunn i presentasjon av artiklene.

5. Kan resultatene brukes i min praksis?

Artikkel 1	Bragança-Souza et al. (2024)	JA
Artikkel 2	Eisbach & Driessnack (2010)	JA
Artikkel 3	Green (2020)	JA
Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	JA
Artikkel 5	Kuruppu et al. (2018)	JA
Artikkel 6	Lines et al. (2021)	JA
Artikkel 7	Lines et al. (2017)	JA
Artikkel 8	Svärd (2017a)	JA

Kvalitetsvurdering av systematisk oversikt:

Spørsmål	Artikkel	JA	NEI	SVAR
<i>Er formålet med oversikten klart formulert?</i>	1, 3, 7	X		
<i>Er det klare kriterier for inklusjon av enkeltstudiene?</i>	1, 3, 7	X		
<i>Er det sannsynlig at relevante studier er funnet?</i>	1, 3, 7	X		
<i>Er kvaliteten på de inkluderte studiene vurdert?</i>		7	1, 3	<p>1: nevner at det ikke ble utført en metodisk vurdering av kvaliteten på artiklene som er inkludert i oversikten. De poengterer at vi må huske at det er mange forskjellige faktorer som spiller inn i ulike kulturer og samfunn når det gjelder å identifisere og rapportere. Uten en grundig vurdering av kvaliteten på de inkluderte studiene er det vanskelig å kvantifisere nøyaktigheten av hver enkelt studie.</p> <p>3: selv om det ikke er spesifikt nevnt om kvaliteten på de inkluderte studiene ble vurdert, er dette vanligvis en viktig del av systematiske gjennomganger. En vurdering av metode, design, deltakerutvalg, datainnsamling og analysemetoder bidrar til å vurdere risikoen for bias og studiekvalitet. Betydningen av studiekvaliteten bør vurderes når resultatene tolkes.</p>
<i>Dersom resultatene fra de inkluderte studiene er kombinert statistisk i en meta-analyse, var dette fornuftig?</i>				Ikke aktuelt
<i>Dersom det ikke er gjennomført en meta-analyse – er dette valget begrunnet?</i>	1, 3, 7	X		
<i>Hvor presise er resultatene?</i>	1, 3, 7			Resultatene vurderes som presise da det er flere studier som viser til samme resultat og danner grunnlaget til behovet for videre forskning.
<i>Kan resultatene overføres til praksis?</i>	1, 3, 7	X		

Kritisk vurdering av kvalitative studier:

Ved ikke JA-svar på spørsmålet ligger det kommentert begrunnelse under punktet - kritisk vurdering av hver artikkel.

1. Er målene med studien tydelig?

Artikkel 2	Eisbach & Driessnack (2010)	JA
Artikkel 5	Kuruppu et al. (2018)	JA
Artikkel 6	Lines et al. (2021)	JA

2. Er det hensiktsmessige å bruke kvalitativ metode?

Artikkel 2	Eisbach & Driessnack (2010)	JA
Artikkel 5	Kuruppu et al. (2018)	JA
Artikkel 6	Lines et al. (2021)	JA

3. Er forskningsdesignet hensiktsmessig for å nå målene med studien?

Artikkel 2	Eisbach & Driessnack (2010)	JA
Artikkel 5	Kuruppu et al. (2018)	JA
Artikkel 6	Lines et al. (2021)	JA

4. Var rekrutteringsstrategien hensiktsmessig i forhold til studiens mål?

Artikkel 2	Eisbach & Driessnack (2010)	JA
Artikkel 5	Kuruppu et al. (2018)	JA
Artikkel 6	Lines et al. (2021)	JA

5. Er datainnsamlingen hensiktsmessig for studiens tema?

Artikkel 2	Eisbach & Driessnack (2010)	JA
Artikkel 5	Kuruppu et al. (2018)	JA
Artikkel 6	Lines et al. (2021)	JA

6. Har forholdet mellom forsker og deltakere blitt vurdert tilstrekkelig?

Artikkel 2	Eisbach & Driessnack (2010)	Usikker. Det er visse indikasjoner på en bevissthet om viktigheten av å ivareta forholdet mellom forskeren og deltakerne, men detaljer rundt dette aspektet er begrenset i studien. Studien gir informasjon om at deltakerne har gitt samtykke, men ikke detaljert om det var skriftlig eller muntlig.
Artikkel 5	Kuruppu et al. (2018)	Usikker. Studien inneholder ikke spesifikke detaljer om hvordan forholdet mellom forskeren og deltakerne ble vurdert eller håndtert.
Artikkel 6	Lines et al. (2021)	JA

7. Har etiske spørsmål ved studien blitt vurdert?

Artikkel 2	Eisbach & Driessnack (2010)	Usikker. Studien gir ikke spesifikke detaljer om vurderingen av etiske spørsmål. Men viser til etisk og formell overholdelse ved å opplyse om godkjenning og bruk av medlemslister med tillatelse fra sykepleieorganisasjoner.
Artikkel 5	Kuruppu et al. (2018)	JA
Artikkel 6	Lines et al. (2021)	JA

8. Er dataanalysen nøyaktig nok?

Artikkel 2	Eisbach & Driessnack (2010)	JA
Artikkel 5	Kuruppu et al. (2018)	JA
Artikkel 6	Lines et al. (2021)	JA

9. Kommer funnene tydelig frem?

Artikkel 2	Eisbach & Driessnack (2010)	JA
Artikkel 5	Kuruppu et al. (2018)	JA
Artikkel 6	Lines et al. (2021)	JA

10. Er studien viktig?

Artikkel 2	Eisbach & Driessnack (2010)	JA
Artikkel 5	Kuruppu et al. (2018)	JA
Artikkel 6	Lines et al. (2021)	JA

Sjekkliste prevalensstudie (kvantitativ, spørreskjema):

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?

Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	JA
Artikkel 8	Svård (2017a)	JA

2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen?

Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	JA
Artikkel 8	Svård (2017a)	JA

3. Er populasjonen som utvalget er tatt fra, klart definert?

Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	JA
Artikkel 8	Svård (2017a)	JA

4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?

Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	JA
Artikkel 8	Svård (2017a)	UKLART

5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?

Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	NEI
Artikkel 8	Svård (2017a)	NEI

6. Er svarprosenten høy nok?

Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	NEI
Artikkel 8	Svård (2017a)	UKLART

7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det man ønsker å måle?

Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	JA
Artikkel 8	Svård (2017a)	JA

8. Er datainnsamlingen standardisert?

Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	JA
Artikkel 8	Svård (2017a)	JA

9. Er dataanalysen standardisert?

Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	JA
Artikkel 8	Svård (2017a)	JA

10. Hva er resultatet i denne studien?

Artikkel 4	Artikkel 8
20% av deltakerne rapporterte ikke mistanke om barnemishandling på grunn av ulike årsaker, som at saken allerede var henvist eller samarbeidende leger frarådet rapportering. De som rapporterte opplevde både positive og negative konsekvenser, som forbedringer for barnet eller å miste familier som pasienter. Mange mente at barnevernet var positivt for barn,	Resultatene viser variasjoner mellom sykehusene når det gjelder organisatorisk støtte, kunnskap om retningslinjer, og rapporteringsansvar. Det er behov for mer fokus på utdanning og opplæring om barnemishandling og rapporteringsplikt i svensk helseutdanning, samt styrking av tverrfaglig samarbeid for å beskytte barn i fare og redusere unngåelsestaktikker blant helsepersonell.

men over 20% følte de hadde fått for lite opplæring. Studien pekte på behovet for bedre opplæring, forskning på barnevernssystemet og forventingene til pediatriske sykepleiere.

11. Kan resultatene overføres til praksis?

Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	JA
Artikkel 8	Svård (2017a)	JA

12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?

Artikkel 4	Herendeen et al. (2014)	JA
Artikkel 8	Svård (2017a)	JA

Vedlegg 3: Dataekstraksjonsmatrise

Dataekstraksjon artikkel 1	
Utført (navn, dato)	Lina Nilsen, 01.02.24
Forfattere	Kátia Kely Bragança-Souza Jonathan Lopes de Lisboa Fernando Silva-Oliveira Laís Soares Nunes Efigênia Ferreira e Ferreira Viviane Elisângela Gomes Patricia Maria Pereira de Araújo Zarzar.
År, land	2024, USA
Tittel	<i>Health Professionals: Identifying and Reporting Child Physical Abuse - a Scoping Review</i>
Tidsskrift	Trauma, Violence, & Abuse
Studiens hensikt	Undersøke hvor ofte helsepersonell over hele verden identifiserer og rapporterer tilfeller av fysisk overgrep mot barn. Studien tar for seg barrierer og tilknyttede faktorer som påvirker helsepersonells evne til å gjenkjenne og melde mistenkte tilfeller.
Studiens design	Scoping review
Datasamling	Søk i databasene <i>Pubmed, Web Of Science, Scopus</i> og <i>Scientific Electronic Library Online (SciELO)</i>
Dataanalyse	Ikke gjort metodisk vurdering av kvaliteten på de inkluderte artiklene.
Kontekst	Studier fra ni ulike land (Tyrkia, Brazil, Skottland, USA, Malaysia, Nord-Irland, Saudi Arabia, Israel, Jordan) publisert mellom 2000-2020
Utvalgsstørrelse	20 inkluderte artikler
Utvalgets sammensetning	Studien tar i hovedsak for seg barneleger, sykepleiere, tannleger og allmennleger. Men i ett studie fra Brasil inkluderte de primærhelsetjenesten og deres fagfolk.
Deltakernes alder	Ikke oppgitt
Religiøs tilhørighet	Nevnes at det må tas hensyn til de kulturelle og sosiale forskjellene for hvert land
Arbeidserfaring	Ikke oppgitt

Dataekstraksjon artikkel 2	
Utført (navn, dato)	Lina Nilsen, 01.02.24
Forfattere	Shelly S. Eisbach Martha Driessnack
År, land	2010, USA
Tittel	<i>Am I sure I want to go down this road? Hesitations in the reporting of child-maltreatment by nurses</i>
Tidsskrift	Journal for specialists in pediatric nursing
Studiens hensikt	Undersøke utfordringene knyttet til rapportering av barnemishandling blant barnesykepleiere.
Studiens design	Kvalitativ studie med deskriptivt design
Datasamling	Intervju enten personlig eller over telefon på maks 60 minutter.
Dataanalyse	Innholdsanalyse (Kvalitativt dataanalysestystem, NVivo7). Samtykke innhentet.
Kontekst	Sykepleiere i akutt og/eller samfunnspraksisinstillinger med erfaring med rapportering av barnemishandling. Rekruttert gjennom tre statlige sykepleierorganisasjoner; Iowa School Nurse Association, American Psychiatric Nurses Association – Iowa-kapittelet og Iowa Association of Nurse Practitioners.
Utvalgsstørrelse	23 deltakere
Utvalgets sammensetning	7 barnesykepleiere, 10 helsesykepleiere og 6 pediatrik psykiatriske sykepleiere. 2 mannlige deltakere og resterende kvinnelige.
Deltakernes alder	Ikke oppgitt
Religiøs tilhørighet	Ikke oppgitt
Arbeidserfaring	Oppgitt at deltakerne stort sett var erfarne

Dataekstraksjon artikkel 3	
Utført (navn, dato)	Lina Nilsen, 01.02.24
Forfattere	Michele Green
År, land	2020, USA
Tittel	<i>Nurses' Adherence to Mandated Reporting of Suspected Cases of Child Abuse</i>
Tidsskrift	Journal of Pediatric Nursing
Studiens hensikt	Undersøke hvilke medvirkende faktorer som kan påvirke sykepleieres beslutning om pålagt rapportering ved mistanke om overgrep mot barn
Studiens design	Litteraturstudie
Datasamling	Søk i databasene Cumulative Index of Nursing and Allied Health, eller CINAHL Complete, PubMed og ProQuest Nursing & Allied Health Source
Dataanalyse	Ikke spesifikt nevnt om kvaliteten på de inkluderte studien ble vurdert. Men de oppgir at artiklene som møtte kriteriene ble analysert.
Kontekst	Fagfellevurdert litteratur fra 2008-2018 som omhandlet sykepleieres oppfatninger og erfaringer når de skulle avgjøre om de skulle etterleve pålagt rapportering ved mistanke om overgrep mot barn eller ikke.
Utvalgsstørrelse	9 inkluderte artikler
Utvalgets sammensetning	Sykepleiere
Deltakernes alder	Ikke opplyst
Religiøs tilhørighet	Studien tok ikke hensyn til sykepleieres trossystemer og kulturelle bakgrunn
Arbeidserfaring	Avklarte ikke konsekvent hvor mye utdanning sykepleierne i de inkluderte studiene hadde.

Dataekstraksjon artikkel 4	
Utført (navn, dato)	Lina Nilsen, 01.02.24
Forfattere	Pamela A. Herendeen Roger Blevins Elisabeth Anson Joyce Smith
År, land	USA, 2014
Tittel	<i>Barriers to and Consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse practitioners</i>
Tidsskrift	Journal of Pediatric Health Care
Studiens hensikt	Hvordan barnesykepleiere identifiserer og håndterer barnemishandling. Forskerne sammenlignet også resultatene med lik studie av leger.
Studiens design	Kvantitativ metode
Datasamling	Spørreundersøkelse basert på 2006 CARES-undersøkelsen sendt via e-post med bruk av Survey Monkey mellom august 2008 og januar 2009.
Dataanalyse	Statistiske analyser utført med PASW Statistics 17.0 og SAS 9.2
Kontekst	Barnesykepleiere
Utvalgsstørrelse	643 av 5754 deltakere svarte på undersøkelsen, som utgir en svarprosent på 11%, men svar fra 30 deltakere ble slettet grunnet de oppga å jobbe i spesialklinikker eller sykehus, og ytterligere ni ble eliminert fordi de oppga at de ikke så pasienter ukentlig. Dermed består analysen av 604 svar.
Utvalgets sammensetning	Medlemmer av National Association of Pediatric Nurse Practitioners (NAPNAP)
Deltakernes alder	Ikke oppgitt
Religiøs tilhørighet	Ikke oppgitt
Arbeidserfaring	Ikke oppgitt

Dataekstraksjon
artikkel 5

Utført (navn, dato)	Lina Nilsen, 01.02.24
Forfattere	Jacqueline Kuruppu Kirsty Forsdike Kelsey Hegarty
År, land	Australia, 2018
Tittel	<i>'It's a necessary evil': Experiences and perceptions of mandatory reporting of child abuse in Victorian general practice</i>
Tidsskrift	Australian journal of general practice.
Studiens hensikt	Erfaringene og oppfatningene til fastleger og praksissykepleiere i Victoria angående obligatorisk rapportering
Studiens design	Kvalitativ
Datasamling	Semistrukturerte intervju, 14 på telefon og 3 ansikt til ansikt. Intervjuet tok i gjennomsnitt 42 minutter. Rekruttering via annonser.
Dataanalyse	Tematisk analyse med induktiv tilnærming. Samtykke og etisk godkjenning innhentet.
Kontekst	Deltakerne måtte praktisere i Victoria
Utvalgsstørrelse	17 deltakere
Utvalgets sammensetning	12 fastleger (seks kvinner, seks menn) og 5 sykepleiere (alle kvinner)
Deltakernes alder	Gjennomsnittsalder på 49 år
Religiøs tilhørighet	Ikke oppgitt
Arbeidserfaring	Gjennomsnittserfaring på 18 år i et storbyområde

Dataekstraksjon
artikkel 6

Utført (navn, dato)	Lina Nilsen, 01.02.24
Forfattere	Lauren E. Lines Alison E. Hutton Julian Grant
År, land	2021, Australia
Tittel	<i>Constructing a Compelling Case: Nurses' Experiences of Communicating Abuse and Neglect</i>
Tidsskrift	Child Abuse Review
Studiens hensikt	Kartlegge sykepleieres erfaringer med å formidle sine bekymringer til barnevernet og familier når de rapporterer om overgrep og omsorgssvikt.
Studiens design	Kvalitativ med sosialkonstruksjonistisk tilnærming.
Datasamling	Semistrukturerte dybdeintervju på 60-90 minutter, hvorav 15 ble gjennomført ansikt til ansikt, 5 via telefon og 2 på Skype i perioden august 2016 til august 2017.
Dataanalyse	Innholdsanalyse. Etisk godkjenning gitt. Innhentet skriftlig samtykke fra hver enkelt deltaker.
Kontekst	Sykepleiere som praktiserte i en australsk jurisdiksjon med barn. Rekruttert gjennom profesjonelle sykepleieorganisasjoner.
Utvalgsstørrelse	21 erfarne sykepleiere som jobbet med barn i Australia. Var opprinnelig 22 men en deltaker trakk seg underveis uten oppgitt grunn.
Utvalgets sammensetning	7 deltakere jobbet i pediatri, 10 i barnehelse, 2 i samfunnet og 2 hadde bakgrunn fra barnehelse og pediatri.
Deltakernes alder	Ikke oppgitt
Religiøs tilhørighet	Ikke oppgitt
Arbeidserfaring	10-40 år

Dataekstraksjon artikkel 7	
Utført (navn, dato)	Lina Nilsen, 01.02.24
Forfattere	Lauren E. Lines Alison E. Hutton Julian Grant
År, land	2017, Australia
Tittel	<i>Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe</i>
Tidsskrift	Journal of Advanced Nursing
Studiens hensikt	Kartlegge sykepleieres rolle og erfaringer med å trygge barn
Studiens design	Systematisk litteraturstudie med integrativ gjennomgang
Datasamling	Søk i databasene CINAHL, Medline, Scopus, Informit og Web of Science
Dataanalyse	Hver studie ble kritisk vurdert ved hjelp av Critical Skills Appraisal Programme og tilpasset CASP-verktøy
Kontekst	Begrenset til engelskspråklige studier med ti års avgrensning. Involverte relevante studier der minst en deltaker var praktiserende sykepleier, dermed funn som inkluderte perspektiver fra andre profesjoner.
Utvalgsstørrelse	60 inkluderte studier fra 16 ulike land (England, Irland, Finland, Sverige, Nederland, Polen, Tyrkia, USA, Canada, Brasil, Israel, Iran, Taiwan, Korea, Thailand, Australia) publisert med 2005-2015
Utvalgets sammensetning	43 spesifikt fra sykepleierfaggruppen, 18 studier på tverrsnitt av praksissettinger for sykepleiere, 13 studier om hjemmeværende sykepleiere, 12 studier om helsestasjoner eller skoler, 14 fra sykehus og 3 studier om psykiatriske sykepleiere
Deltakernes alder	Ikke oppgitt
Religiøs tilhørighet	Snakket om geografiske forskjeller, men ikke religiøs
Arbeidserfaring	Ikke oppgitt

Dataekstraksjon artikkel 8	
Utført (navn, dato)	Lina Nilsen, 01.02.24
Forfattere	Veronica Svärd
År, land	Sverige, 2017
Tittel	<i>Assessing children at risk: organizational and professional conditions within children's hospitals</i>
Tidsskrift	Child & Family social work
Studiens hensikt	Identifisere kunnskapshull, organisatoriske utfordringer og behov for støtte for å forbedre identifiserings og håndtering av barn i risiko.
Studiens design	Kvantitativ
Datasamling	Spørreskjema med totalt 22 spørsmål. Ble organisert møter hvor skjemaet ble distribuert, fylt ut og samlet inn. De som ikke nådde å gjøre spørreskjemaet ferdig fikk sende det til adresserte konvolutter. Innsamling mellom april og juni 2013.
Dataanalyse	Bivariat analyse gjennomført. Etisk søknad godkjent og samtykke innhentet.
Kontekst	Fire barnesykehus i Sverige; Astrid Lindgren barnesykehus i Stockholm, Academic Children's Hospital i Uppsala, Queen Silvia's Hospital i Göteborg og barneavdelingene i Scania universitetssykehus (lokalisert i Lund og Malmö). Rekruttert via yrkesorganisasjoner eller fagforeninger. Ikke mulig å nå ut til alt personell og dermed er studien ikke representativ for den totale populasjonen av fagfolk i avdelingene.
Utvalgsstørrelse	295 personer
Utvalgets sammensetning	72 leger, 119 sykepleiere, 70 hjelpepleiere og 34 helse- og sosialarbeidere. Kvinner utgjorde 86,1% av respondentene.
Deltakernes alder	Ikke oppgitt
Religiøs tilhørighet	Ikke oppgitt
Arbeidserfaring	Variert arbeidserfaring, alt fra under 1 år til over 20 år, med variasjoner mellom yrkene.

