

Rapportering av mistenkt vold mot barn Sykepleier – ser du det?

Kandidatnummer: 110, 115
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8996
Dato: 19.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

Tittel: Rapportering av mistenkt vold mot barn. Sykepleier – ser du det?

Problemstilling

Hvilke mangler på kompetanse hindrer sykepleier i å rapportere mistenkt vold mot barn på sykehus?

Teoretisk perspektiv

Sykepleiers kompetanse om blant annet kunnskapsbasert praksis, uheldig variasjon og moralsk ansvarlighet beskrives innledningsvis. Videre presenteres barns rettigheter basert på ulike lovverk. Avsnittene sykepleie til barn og voldsutsatte barn beskriver blant annet tillit, barneperspektivet, kommunikasjon, tegn, symptomer og vedvarende konsekvenser. Lovverk om sykepleiers rapporteringsplikt presenteres avslutningsvis.

Metode

Denne oppgaven er litterær og baseres på fag- og forskningslitteratur for å besvare problemstillingen. Databasene Medline, Cinahl Complete, Google Scholar og The Cochrane Library er brukt. Søkeordene benyttet er *child abuse, child neglect, neglect, child maltreatment, nurses, mandatory reporting, barriers, experiences, suspecting og responsibility*.

Drøfting

Det kommer frem gjennom funn at sykepleier har manglende innsikt i lovverk og retningslinjer for å forstå hvilke føringer som ligger til grunn for rapporteringsplikten. De mangler innsikt i prosessen, og mot til å handle når det gjelder. Rapporteringsprosessen handler ikke kun om å opprettholde opplysningsplikten, men også om sykepleiers ivaretagelse av barnet og dens rettigheter, samt å anerkjenne at voldsutsatte barn finnes. Sykepleier må kjenne til flere tegn og symptomer samt forstå konsekvensene av vold. Sykepleiere opplever å sitte med stor makt, og mener erfaring og intuisjon er avgjørende for å rapportere. At sykepleiere mangler fokus på barnet og tillit til barnevernet, frykter sykepleier-pasient forholdet og at familiene skyves bort fra helsevesenet, og unngår å rapportere til tross for mistanke, er holdninger som viser behov for økt kompetanse.

Konklusjon

Rapportering av mistenkt vold mot barn en vanskelig prosess som krever både mot og innsikt. Mangel på kunnskap og ferdigheter, i tillegg til bekymringer, utfordrer sykepleiers rapporteringsprosess og hindrer rapporteringsplikten. Det trengs ytterligere forskning på konkrete forbedringstiltak for å sikre større etterlevelse av loven. Sykepleiere trenger bedre opplæring om vold mot barn, og temaet bør inkluderes mer i bachelorutdanningen.

“Arbeid med å styrke et barns omsorgssituasjon krever mot

Til å tørre å se – det man ikke ønsker å se

Til å ta tak i noe – som er vanskelig

Til å gå inn i ubehaget – og til å være der

Til å hjelpe andre – selv de som ikke vil ha hjelp

Til å være ydmyk – og vise respekt

For alle mennesker – men ikke alle handlinger

Til å tro på egen kompetanse – og andres

Til å handle sammen – både fort og langsomt

Til å tro på at det nytter – å bry seg om – og med

Til alltid å se – barnets beste”

(Bratterud & Emilsen, 2013, referert i Helsetilsynet, 2014, s.3)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensning og presisering.....	2
1.4	Kontekst.....	2
1.5	Begrepsavklaring.....	2
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Sykepleiers kompetanse	4
2.2	Barns rettigheter.....	5
2.3	Sykepleie til barn	6
2.4	Sykepleie til voldsutsatte barn.....	8
2.5	Rapporteringsplikt	8
3	Metode	10
3.1	Valg av faglitteratur	10
3.2	Litteratursøk og forskningslitteratur	10
3.2.1	Valg av databaser og søkeord.....	10
3.2.2	Beskrivelse av litteratursøk	11
3.2.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.3	Kildekritikk.....	14
3.3.1	Forskningsartikler.....	14
3.3.2	Fagbøker og annen litteratur	15
4	Presentasjon av forskningsartikler.....	16
4.1	Syntese	16
4.2	Artikkelmatrise.....	16
5	Diskusjon.....	20
5.1	Ikke barnet i fokus.....	20
5.2	Sykepleier-pasient forholdet.....	21
5.3	Å skyve familier bort.....	22
5.4	Makt.....	23
5.5	Ikke et sykepleieransvar	23
5.6	Kunnskap om vold.....	24
5.7	Identifisere vold	25
5.8	Konsekvenser av vold.....	26
5.9	Erfaring, eksponering og skjønn.....	26
5.10	Voldens alvorlighetsgrad	27
5.11	Retningslinjer.....	28
5.12	Barnevernet som samarbeidsinstans	28
6	Konklusjon.....	30
7	Referanseliste.....	32

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vold mot barn er vanskelig å oppdage, det er store mørketall på området, og verdens helseorganisasjon omtaler vold som et folkehelseproblem (Grønseth & Markestad, 2017, s.345; Ruud, 2021, s.219). Vold mot barn er tabubelagt, forbindes ofte med skyld og skam, og terskelen for å gripe inn er høy, noe som fører til at mange barn lider uten at volden oppdages (Ruud, 2021, s.220). Rundt 1 av 20 barn og unge vokser opp under forhold preget av vold i Norge (Reneflot, 2020, s.1). Mindre alvorlig fysisk vold mot barn har avtatt betydelig over tid, men forekommer likevel hos rundt 1 av 5 barn (Reneflot, 2020, s.1). I en spørreskjemaundersøkelse sendt ut av velferdsforskningsinstituttet NOVA kom det frem at én av ti avgangselever i den Norske videregående skole hadde opplevd at en voksen i deres familie hadde slått dem med hensikt minst en gang gjennom oppveksten (NOU 2017: 12, s.27).

Barneavdelingene kommer ofte i kontakt med barn med økt risiko for vold, og er dermed en viktig instans for å fange opp, avdekke og rapportere vold (Myhre et al., 2010, s.8). Barn som utsettes for vold kan ha en generell økt sykkelighet og dermed komme i kontakt med barneavdelinger for andre plager enn følger av vold (Myhre et al., 2010, s.8). Ifølge statistisk sentralbyrå var det rapportert over 55000 saker til barnevernet i 2020, men under 8% kom fra leger, tannleger og sykehus (Statistisk sentralbyrå, 2021a). Det er ikke funnet statistikk på hvor mange av disse sakene som kommer fra sykepleiere.

Av erfaring er barn utsatt for vold lite prioritert i sykepleierstudiet. Med tanke på dette og at det ikke er funnet statistikk på hvor mange rapporteringer som kommer direkte fra sykepleiere, finner vi rapporteringsprosessen om vold mot barn interessant å se nærmere på. Hva er det som gjør at sykehus har så lav rapporteringsprosent når kontakten med barn er stor? Sykepleiere står i en gylden posisjon i deres arbeid til å kunne forhindre, oppdage og respondere til vold mot barn (United Nations, 2019, s.14). Det er nettopp denne særstillingen til sykepleier som vi ønsker å belyse.

1.2 Presentasjon av problemstilling

I denne oppgaven ønsker vi å utforske sykepleiers kompetanse ved å se på hva som hindrer at en mistanke om vold blir rapportert. Vi har dermed formulert følgende problemstilling:

Hvilke mangler på kompetanse hindrer sykepleier i å rapportere mistenkt vold mot barn på sykehus?

1.3 Avgrensing og presisering

Ifølge FNs barnekonvensjon defineres barn som ethvert menneske under 18 år (Forente nasjoner, 2003, artikkel 1). I oppgaven legges denne definisjonen til grunn. Oppgaven avgrenses til å gjelde sykepleiers kompetanse, og vi har valgt å legge vekt på sykepleiers mangler på kompetanse om rapporteringsprosessen. For å kunne belyse eventuelle kompetansemangler har vi valgt å se på sykepleieres erfarte hindringer ved rapportering til barnevernet. Vi anerkjenner at temaet er komplekst og at sykepleier må forholde seg til blant annet lover, forskrifter, sykehusledelse og barnevern. Det er likevel hovedsakelig sykepleiers ansvar som belyses i oppgaven. Oppgaven tar ikke for seg oppfølging av barnet etter at mistanken er rapportert. Risikofaktorer for å bli utsatt for vold, og senskader som følge av dette blir nevnt, men drøftes ikke videre.

1.4 Kontekst

I denne oppgaven møter sykepleier barna på en barneavdeling på sykehus. Ifølge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon skal barn under 18 år fortrinnsvis legges inn i egne barneavdelinger, og personalet skal ha kunnskap om barnets utvikling og behov (Grønseth & Markestad, 2017, s.70).

1.5 Begrepsavklaring

Kompetanse: Kunnskapsdepartementet definerer kompetanse som: “Evnene til å løse oppgaver og mestre utfordringer i konkrete situasjoner. Kompetanse inkluderer en persons kunnskap, ferdigheter og holdninger og hvordan disse brukes i samspill” (Meld. St. 16 (2015–2016), s.3).

Vold: “Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil” (Isdal, 2018, s.39). Verdens helseorganisasjon deler vold

inn i kategoriene fysisk, seksuell og psykisk vold, samt omsorgssvikt (Ruud, 2021, s.219). Begrepet vold blir gjennomgående brukt som et paraplybegrep, men dersom fagstoff spesifiserer hvilken kategori av vold som utøves, vil aktuell kategori benyttes.

Fysisk vold: “Fysisk vold mot barn er handlinger som kan føre til fysisk eller psykologisk skade, død, skjevutvikling, sykdom eller tap av ferdigheter, eller har som formål å påføre barnet smerte” (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2018a).

Psykisk vold: “Psykisk vold kan være negative eller fiendtlige holdninger eller handlinger, uten bruk av fysisk makt, som kan gi barnet en følelse av frykt, avmakt, skyld, skam, mindreverd, fortvilelse eller en grunnleggende følelse av å ikke være ønsket og elsket” (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2018b).

Seksuell vold:

Seksuelle overgrep er enhver seksuell handling utført mot barn under 16 år. Dette kan være seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd, seksuell handling med barn eller seksuell omgang med barn. Slike overgrep kan straffes etter straffeloven. At barnet samtykker eller ikke motsetter seg overgrepet fritar ikke den voksne, og det er like fullt et overgrep (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2020a).

Omsorgssvikt: “Omsorgssvikt er en vedvarende manglende evne eller vilje hos omsorgspersonene til å møte barnets grunnleggende fysiske, emosjonelle, psykiske og/eller medisinske behov” (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2018c).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Sykepleiers kompetanse

Kompetanse innebærer å ha god og helhetlig klinisk forståelse, samt å raskt få et intuitivt grep om situasjoner (Thidemann et al., 2020). En kompetent sykepleier har *vite hvordan*-kunnskap, som er erfaringsbasert kunnskap samt et mestringsnivå opparbeidet gjennom lang erfaring og refleksjon (Thidemann et al., 2020). Troen på egen kompetanse kalles ofte mestringstro, og gjenspeiler i hvilken grad man tror at man har nødvendige forutsetninger for å møte ulike krav, oppgaver og utfordringer (Wood & Bandura, 1989 referert i Lai, 2011, s.51-52). Mestringstro har betydning for hvilke oppgaver man velger å bruke energi og krefter på (Wood & Bandura, 1989 referert i Lai, 2011, s.52). Mange søker seg mot situasjoner de tror de kan mestre og unngår situasjoner de tror de ikke kan yte godt i. (Bandura & Locke, 2003, referert i Lai, 2011, s.52).

Ifølge yrkesetiske retningslinjer punkt 1.3 har sykepleier et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2019). Punkt 1.4 sier også at sykepleier skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019). “Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen” (Nortvedt et al., 2021, s.18). Erfaringsbasert kunnskap, også kalt skjønn, er kunnskapen sykepleier opparbeider seg gjennom å praktisere sitt yrke, det vil si i møte med pasientene (Graverholt et al., 2015, s.184). Det forventes at sykepleier har oppdatert og solid kunnskap innenfor sitt arbeidsfelt, for å unngå *uheldig variasjon*, som er ulik fremgangsmåte på samme problemstilling uten at variasjonen kan forklares av ulike pasienter (Graverholt et al., 2015, s.182-183).

Som et hjelpemiddel for kompetanseheving bør det finnes én nasjonal prosedyre for de viktigste problemstillingene som oppstår i praksis, utarbeidet etter best tilgjengelig kunnskap (Graverholt et al., 2015, s.183). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har en veileder bygget på norske og internasjonale retningslinjer som er laget med hensikt om å øke kunnskapen og styrke handlingskompetansen og beredskapen til helsepersonell (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018, u.å.). Faglige retningslinjer skal gi uttrykk for hva som er god praksis, og målet med retningslinjer er å

fremme god kvalitet og likhet i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010). Et godt kunnskapsgrunnlag er viktig for å opprettholde sykepleiefagets troverdighet, og for at sykepleiere skal ha et bevisst forhold til hvorfor de gjør som de gjør i gitte situasjoner (Graverholt et al., 2015, s.183). Ifølge yrkesetiske retningslinjer punkt 1.7 skal også sykepleieren erkjenne grenser for egen kompetanse, praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Sykepleiers moralske ansvarlighet blir løftet frem som et viktig element i forståelsen av hva som er relevant i en pasientsituasjon (Alvsvåg, 2010, s.61-62). Begrepet *dannelse* brukes i denne sammenheng og er en sammensetting av fornuft og forstand, og å være deltakende, engasjert og ansvarlig til stede (Alvsvåg, 2010, s.62). Videre henvises det til makt og maktutøvelse (Alvsvåg, 2010, s.62). Maktutøvelse som oppleves krenkende for pasient svekker tilliten til sykepleier, og tilliten kan også gå ut over sykepleier ved at hen sitter igjen med en vond følelse og dermed blir fratatt gleden å være sin pasient til hjelp (Alvsvåg, 2010, s.62). Konsekvensen er at alle parter lukker seg til (Alvsvåg, 2010, s.62). Martinsen (2000) henviser til sykepleiers sansende og registrerende øye. Det registrerende er opptatt av å finne sammenhenger ved å systematisere, rangere, klassifisere og sette alt i system, mens det sansende berører sykepleier slik at hen blir en del av en felles verden (Martinsen, 2000, s.34-35). Sansingen gjør det mulig for sykepleier å se at en annens lidelse også angår seg selv, og med dette stilles det krav til sykepleier om å involveres (Martinsen, 2000, s.23). Sykepleier må evne å se med begge øynene samtidig, fordi de gir betydningsfull informasjon og korrigerer hverandre (Martinsen, 2000, s.29).

2.2 Barns rettigheter

Barn har grunnleggende rettigheter etter blant annet grunnloven, FNs barnekonvensjon og ulike særlover (Sanner, 2020, s.120). Ifølge grunnloven (1814, §104) skal barnets beste være et grunnleggende hensyn i handlinger og avgjørelser som berører barn.

FNs barnekonvensjon legger føringer for barns rettigheter (Forente nasjoner, 2003). Barnekonvensjonen anerkjenner at barn er i behov av ekstra beskyttelse gjennom andre regler enn voksne (Sanner, 2020, s.120). Likevel er det manglende kjennskap til barns grunnleggende rettigheter, og i kombinasjon med at barn har begrensede muligheter til å ivareta sine rettigheter, medfører dette dårligere rettssikkerhet for barn enn for voksne (Sanner, 2020, s.121). Ifølge FNs barnekonvensjon skal barn beskyttes mot alle former for

fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling og utnytting, herunder seksuelt misbruk (Forente nasjoner, 2003, artikkel 19). Beskyttelsestiltak må omfatte forebygging, påpeking, rapportering, videre henvisning, undersøkelse, behandling og oppfølging (Forente nasjoner, 2003, artikkel 19).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) har pasienten rett til medvirkning.

Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Barns rett til beskyttelse mot vold og overgrep må sees i sammenheng med barnets rett til å uttale seg, informasjon, barnets beste og privatliv (Sanner, 2020, s.122). Det betyr at det ikke hjelper at barnet uttaler seg uten informasjon, eller at barn tilbys samtale dersom barnet er redd for at informasjonen spres videre uten kontroll selv (Sanner, 2020, s.122). På lik linje med voksne, er taushetsplikt nøkkelen for at barn får tillit til offentlige hjelpetjenester (Sanner, 2020, s.123). Barn må oppleve at voksne er til å stole på, spesielt ved opplysninger om vold og overgrep, og ivaretagelse av barns rett til privatliv er ofte en forutsetning (Sanner, 2020, s.123). Barn må alltid få ha med seg en tilknytningsperson, og det er viktig at sykepleier kommuniserer trygghetsskapende med den voksne som følger barnet (Ruud, 2021, s.139). Barn har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §6-2) rett til samvær med minst en av foreldrene under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre det er utilrådelig av hensyn til barnet.

2.3 Sykepleie til barn

Sykehusekspertenes 10 bud er laget av barn med erfaringer fra tidligere sykehusopphold i barneavdelinger, i samarbeid med barneombudet (Grønseth & Markestad, 2017, s.70). Budene sier noe om hvilke kunnskaper personalet har behov for i møte med barn (Grønseth & Markestad, 2017, s.70). Barnet bør være hovedpersonen i samtale med sykepleier, og kommunikasjonen bør preges av toleranse, forståelse, aksept, bekreftelse og lytting (Grønseth & Markestad, 2017, s.99). Ifølge punkt 2.10 har sykepleier også ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2019). "Å samtale med barn på en profesjonell måte krever kunnskap og ferdigheter som viser seg i det du gjør. Som

samtalepartner med barn er du som fagperson samtalens viktigste verktøy. Verktøyet er din kompetanse, dine ferdigheter og holdninger” (Gamst, 2017, s.22)

Sykehusinnleggelse fører ofte til usikkerhet, uforutsigbarhet, ubehag og frykt hos barn, og forskning viser at barn i møte med helsevesenet ofte ikke blir sett og hørt, selv om helsevesenet gjerne tror det motsatte (Eide & Eide, 2017, s.287; Grønseth & Markestad, 2017, s.63). For at barn utsatt for vold skal oppleve å bli involvert må sykepleier se hele bildet og være komfortable med å prate om temaet (Grønseth & Markestad, 2017, s.347). “For å føle tillit og oppleve å bli forstått trenger barnet en trygg voksen som tør å nærme seg og lytte” (Gamst, 2017, s.21). Tillit forutsetter at sykepleier er interessert i hva barnet er opptatt av, slik at sykepleier kan delta i det (Eide & Eide, 2017, s.290). Å etablere tillit krever at sykepleier har en kommunikasjonstilnærming og holdning som får barnet til å huske og ville fortelle hva hen har opplevd (Gamst, 2017, s.21). Å lytte etter hvor barnet har oppmerksomheten og hva det er opptatt av er en god begynnelse (Eide & Eide, 2017, s.290). Fordi ord og språk ikke har samme mening for barn kan det være nødvendig for sykepleier å bruke hjelpemidler som tegning, leker eller bøker (Eide & Eide, 2017, s.291). Slike midler kan hjelpe barnet til å uttrykke seg og sine følelser på måter som er naturlig for den aldersfasen barnet er i (Eide & Eide, 2017, s.291).

Det krever kunnskap, mot og trygghet å innta et barneperspektiv der barnet er aktiv deltaker i samtalen (Gamst, 2017, s.21). Sykepleier skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger som eksempelvis ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensing og tvang, etter yrkesetiske retningslinjer punkt 2.8 (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Å samtale med barn om vanskelige og sensitive temaer er faglig og personlig krevende, men sykepleier bør tilstrebe å komme nærmere barnet og foreldrene ved å være åpen, direkte og lite fordømmende (Gamst, 2017, s.21; Grønseth & Markestad, 2017, s.347). Videre sier punkt 3.4 at hensynet til pasienten skal prioriteres dersom det oppstår en interessekonflikt mellom pårørende og pasient (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Å snakke med barn utsatt for vold gir informasjon som bryter med sykepleiers moralske og faglige forestilling om hvordan et barn skal ha det, og sykepleier må derfor tåle og være forberedt på, trist, uforståelig og uventet informasjon (Gamst, 2017, s.21). Det er bredt dokumentert i forskning at feilaktig kommunikasjon med barn kan medføre at de ikke får fortalt sin versjon (Gamst, 2017, s.21). Det er ofte begrenset med tid når sykepleiere skal møte den enkelte pasient i sitt kliniske arbeid, men til tross for dette er det viktig å skape arenaer der barn får anledning til å fortelle (Myhre, 2016, s.180).

2.4 Sykepleie til voldsutsatte barn

Barn reagerer ulikt på å bli utsatt for vold (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2020b). Det er viktig at sykepleier kjenner tegn og symptomer som kan følge av vold, da det skal mye til for at et barn forteller sykepleier hva som foregår (Myhre, 2016, s.170). For at sykepleier skal kunne avdekke vold mot barn som blir forsøkt holdt skjult, må sykepleier ha kunnskap om påførte skader og andre kroppslige tegn og symptomer (Myhre, 2016, s.169). Dette er spesielt viktig på sykehus der foreldrene ofte er til stede, da det nærmest er umulig for barn å fortelle om vold med foreldre i nærheten (Myhre, 2016, s.170). Følger av vold kan vises direkte gjennom eksempelvis blåmerker, kjønns sykdom, beinbrudd eller posttraumatisk stresslidelse (Myhre, 2016, s.170). Det kan også vises gjennom indirekte følger som emosjonelle vansker, psykosomatiske reaksjoner og sykdomsforløp som påvirkes negativt av vold og dårlig omsorg (Myhre, 2016, s.170). Flere av de nevnte tegn og symptomer kan likevel ha helt normale forklaringer eller være symptomer på andre plager eller lidelser, og derfor er det viktig å se barnets plager i en større sammenheng (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2020b). Overlapp mellom kategoriene forekommer ofte, og forskning viser at barn utsatt på et område, ofte også er utsatt for andre former for vold (Aakvaag et al., 2016, s.278). Vold kan også gi vedvarende konsekvenser for barnet som eksempelvis redusert nevrologisk, kognitiv og emosjonell utvikling, samt redusert psykisk helse (Myhre et al., 2010, s.9-10).

2.5 Rapporteringsplikt

Helsepersonell har meldeplikt til barnevernet dersom de mistenker at et barn utsettes for vold (Grønseth & Markestad, 2017, s.346-347). Dette viser seg gjennom helsepersonelloven (1999, §33) hvor helsepersonell, uten hinder av taushetsplikten, skal melde fra til barneverntjenesten uten ugrunnet opphold. Videre presiserer §33 del a “når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt” (Helsepersonelloven, 1999). Hovedregel om taushetsplikt sier at “Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell” (Helsepersonelloven, 1999, §21).

For å forstå hva som ligger til grunn i opplysningsplikten vises det til helsedirektoratets (2022) rundskriv. Rundskrivet er en fortolkning av hvordan lover og forskrifter skal forstås og

praktiseres, og beskriver at kravet *grunn til å tro* ikke krever sikker viten om situasjonens alvorlighetsgrad (Helsedirektoratet, 2020, s.3; Helsedirektoratet, 2022, s.97). Det må likevel foreligge mer enn en vag eller udefinerbar mistanke, og kravet er oppfylt dersom en bekymring eller mistanke er begrunnet i konkrete forhold knyttet til det enkelte barnets situasjon (Helsedirektoratet, 2022, s.97). Dette innebærer at det ikke er et krav om sannsynlighetsovervekt eller sikker viten for å utløse meldeplikten (Helsedirektoratet, 2022, s.97). Utgangspunktet for vurderingen er en kombinasjon av helsepersonellens faglige vurderinger og observasjoner, samt tilgjengelige opplysninger og dokumentasjon om barnets situasjon (Helsedirektoratet, 2022, s.97).

Barnevernet foretar en utredning av alle bekymringsmeldinger som innsendes og fastslår deretter om videre tiltak er nødvendig (Grønseth & Markestad, 2017, s.347). I følge §6-7a skal barnevernet gi den som har sendt bekymringsmelding til barneverntjenesten en tilbakemelding (Barnevernloven, 1992). Tilbakemeldingen skal bekrefte at meldingen er mottatt, og sykepleier skal tilegnes informasjon om hvorvidt det er åpnet en undersøkelsessak (Barnevernloven, 1992, §6-7a). Sykepleier har krav på å motta en slik tilbakemelding innen tre uker etter at den ble mottatt av barnevernet (Barnevernloven, 1992, §6-7a). Helsepersonell har plikt til å gi den informasjonen som anses relevant for at barneverntjenesten kan vurdere omsorgssituasjonen (Helsetilsynet, 2014, s.23). Noe som bør inkluderes er en konkret beskrivelse av bekymringen, observasjoner, utredninger og samtaler utført med barnet (Helsedirektoratet, 2020, s.97).

3 Metode

“Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke” (Dalland, 2021, s.54). Metoden for denne oppgaven er en litterær oppgave, hvor data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori hentes frem (Dalland, 2021, s.199). I kapittelet følger en beskrivelse av litteratursøk og begrunnelse av valgt teori. Videre presenteres kritiske overveielser av forskning og faglitteratur.

3.1 Valg av faglitteratur

På bakgrunn av lite pensumlitteratur om rapportering av vold mot barn har vi søkt etter annen relevant litteratur. Det er hovedsakelig brukt høgskolens digitale bibliotek gjennom søkemotoren Oria, og vi har forsøkt å finne bøker av anerkjente forfattere utgitt i nyere tid. I tillegg har vi vurdert det hensiktsmessig å benytte relevant litteratur fra studiets pensumlister. I prosessen med å innhente faglitteratur tilstrebet vi å finne litteratur som i stor grad belyser vår problemstilling.

For å drøfte sykepleie til barn og barn utsatt for vold er blant annet Alvsvåg (2010), Gamst (2017), Graverholt et al. (2015), Grønseth og Markestad (2017), Nortvedt et al. (2021) og Sanner (2020) benyttet. Relevante dokumenter og tekster fra barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, helsedirektoratet, helsetilsynet, barneombudet og NKVTS har vært et godt supplement til forsknings- og faglitteratur. For å presentere det etiske og juridiske grunnlaget er Norsk sykepleierforbund (2019), lovparagrafer fra Lovdata og FNs barnekonvensjon (Forente nasjoner, 2003) benyttet. Helsedirektoratets (2022) kommentarer til lovverket har også vært til god hjelp i forståelsen av lovverket.

3.2 Litteratursøk og forskningslitteratur

3.2.1 Valg av databaser og søkeord

Skolebiblioteket henviser til flere ressurser for artikkelsøk, kliniske oppslagsverk og nettressurser på skolens nettside (Lovisenberg diakonale høgskole, 2022). Denne oversikten ble brukt som veiledning i søkeprosessen. Bevisst tilfeldig søking ble utført innledningsvis for å skaffe en oversikt over forskning på temaet. Slike søk er velegnet i den første idéfasen (Rienecker & Jørgensen, 2013, s.120). Søkene inkluderte databasene Medline, Cinahl

Complete, Google Scholar og The Cochrane Library. Valg og oversetting av søkeord ble gjort med hjelp av MeSH.

Artiklene er primært funnet i Cinahl Complete og én ble funnet i Google Scholar. Cinahl Complete er en database som presenterer og dekker en rekke internasjonale tidsskrifter innen sykepleie (Underdal, 2013). Grunnet høy sykepleierelevans anså vi denne databasen som en god kilde til å finne forskning på oppgavens problemstilling. Søkeord benyttet er *child abuse*, *child neglect*, *child maltreatment*, *nurses*, *mandatory reporting*, *barriers* og *experiences* i ulike rekkefølger, kombinert med AND og/eller OR. Funksjonen *explode* ble benyttet på de søkeord klassifisert som emneord i Cinahl Complete.

Fire av fem artikler er funnet gjennom systematiske søk ved hjelp av søkeordene ovenfor (Rienecker & Jørgensen, 2013, s.120). Artikkelsøk fire er funnet gjennom kjedesøk. Kjedesøk består av å bruke anerkjente primærkilder, som offentlig publikasjoner, for å finne sekundærkilder (Rienecker & Jørgensen, 2013, s.119). Artikkelen ble funnet i referanselisten til en annen forskningsartikkel (Skarsaune & Bondas, 2021). Artikkelen ble forsøkt funnet i alle ovennevnte databaser fra høgskolens nettside med søkeordene *neglect*, *suspecting or responsibility*, uten resultat. Artikkelen ble deretter funnet gjennom tittelsøk i Google Scholar.

3.2.2 Beskrivelse av litteratursøk

Databasene inneholdt flere forskningsartikler om vold mot barn. Det var likevel mange artikler som beskrev rapporteringsprosessen på andre steder enn barneavdeling på sykehus, som skole, legevakt eller hjemmetjeneste. Flere av artiklene var også rettet mot sykepleiere med videreutdanninger, eksempelvis jordmødre og helsesykepleiere. Det var også artikler som så på pasient- eller pårørendeperspektivet. Mange abstrakter ble lest som en del av søkeprosessen. Dette var til god hjelp i utluking av mindre relevante artikler for vår problemstilling, kontekst og utdanning. I tillegg ble artiklenes relevans vurdert etter valgte inklusjon- og eksklusjonskriterier, som presenteres i 3.2.3. Søkehistorikk med valg av søkeord kommer frem i tabell under.

Tabell 1. Søkehistorikk.

Søkedato	Søk nr	Database	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste sammen- drag (abstrakt)	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
11/01-22	1	Cinahl	1. Child abuse 2. Child Neglect 3. Child maltreatment 4. 1 OR 2 OR 3 5. Nurses 6. Mandatory reporting 7. 4 AND 5 AND 6	44	17	9	2	Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L. & Dunne, M. (2010). <i>Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis</i> Green, M. (2020). <i>Nurses' Adherence to Mandated Reporting of Suspected Cases of Child Abuse</i>
11/01-22	2	Cinahl	1.Child Abuse 2. Child maltreatment 3.Child Neglect 4. 1 OR 2 OR 3 5.Mandatory reporting 6.Nurse 7. Barriers 8. 4 AND 5 AND 6 AND 7	4	4	3	1	Plitz, A., Wachtel, T. (2009). <i>Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect</i>
12/1-22	3	Cinahl	1. Child abuse 2.Child Neglect 3. Child maltreatment 4. 1 OR 2 OR 3 5. Experiences 6. Nurse 7. 4 AND 5 AND 6	50	11	5	1	Lines L. E., Hutton A. E. & Grant J. (2017). <i>Integrative review: Nurses' roles and experiences in keeping children safe</i>
12/1-22	4	Google Scholar Kjedesøk Artikkelen Skarsaune & Bondas (2021) anvender artikkelen i sin referanseliste.	1. Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse	1	1	1	1	Skarsaune K. & Bondas T. (2015). <i>Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse</i>

3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å komme frem til relevante forskningsartikler utarbeidet vi inklusjons- og eksklusjonskriterier, basert på valgt problemstilling. For å forsikre oss om at artiklene er fagfelleurdert, er register over vitenskapelige publiseringskanaler benyttet (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, 2021).

Det er ikke ekskludert alder på barna noe ytterligere enn 0-18 år, da det etter våre søk ikke var mulig å finne nok relevante artikler om en bestemt aldersgruppe, som godt belyser problemstillingen. Et kriterium var at artiklene inkluderte barn på sykehus. Artikler på språk vi ikke behersker er ekskludert. Grunnet FNs barnekonvensjon fra 1990 som ga barn flere rettigheter, blant annet beskyttelse mot vold, er studier utført før 1990 ekskludert (Forente nasjoner, 2003, artikkel 19). Artiklene måtte omhandle sykepleiers opplevde barrierer eller hindringer for rapportering av vold mot barn. Vi har også kun inkludert artikler som ser på sykepleiers erfaring, og ekskludert artikler med pasient- eller pårørendeperspektiv. Artikler fra land utenfor Europa, USA, Canada og Australia er ekskludert. Dette er med tanke på forskjeller i helsevesenet, lovverk og kultur, når det kommer til hva som er ansett som vold mot barn. Både kvalitative og kvantitative artikler er inkludert i søkeprosessen.

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Barn 0-18 år	Forskning fra land utenfor Europa, USA, Canada og Australia
språk: norsk, svensk, dansk eller engelsk	Studier hvor kun leger eller spesialutdannede sykepleiere er inkludert.
Fagfelleurderte artikler	Studier på barns eller pårørendes erfaringer
Sykepleiers erfaringer	Artikler publisert før 1990
Barrierer / hindringer for rapportering	
Barn på sykehus	
Kvalitativ og kvantitativ forskning, samt systematiske oversiktsartikler	
Rapportering av vold mot barn	

3.3 Kildekritikk

Som tidligere beskrevet har vi forsøkt å oversette de søkeord vi finner relevante til vår problemstilling gjennom MeSH, men vi kan likevel ha oversett gode søkeord. Selv om vi deltok på kurs i regi av høgskolens bibliotek for å opparbeide oss grunnleggende kompetanse om artikkelsøk, kan begrenset kunnskap om databasen Cinahl ha påvirket våre ordkombinasjoner, og dermed våre treff. Vi anerkjenner at det finnes andre databaser med sykepleieforskning, men fant likevel Cinahl som en av de mest relevante for vår oppgave. Vi anerkjenner også at vi kan ha oversett relevante avgrensninger til vår problemstilling. Etter funn av flere oversiktsartikler oppsøkte vi biblioteket for hjelp til korrekt kildehenvisning. Søk og funn av forskningsartikler ble gjort tidlig i skriveprosessen, og annen relevant forskning kan ha blitt publisert i etterkant. Vi finner det forsvarlig å bruke engelskspråklige artikler da dette er et språk vi mestrer godt, men anerkjenner at innhold og faguttrykk kan ha blitt påvirket av oversettelsesprosessen da temaet som beskrives er relativt nytt for oss.

3.3.1 Forskningsartikler

I starten av søkeprosessen søkte vi etter artikler på en bestemt aldersgruppe for å begrense oppgavens omfang. Det viste seg at få artikler relevant for problemstillingen hadde ekskludert enkelte aldersgrupper. Gjennom søkeprosessen fant vi likevel at flertallet av funnene i forskningsartiklene var relevant for alle barn 0-18 år, noe som førte til at vi ikke begrenset søket ytterligere. Dette skyldes muligens at sykepleiers kompetanse ikke nødvendigvis har en direkte kobling til barnets alder. Likevel kan valget om å ikke begrense oppgaven til eksempelvis spedbarn problematiseres fordi deler av drøftingen kan stå i fare for å bli generaliserende eller smal. Dette er kun gjeldende for enkelte funn og vi mener det derfor ikke påvirker oppgaven i stor grad.

Forskningsartiklene inkluderer hovedsakelig sykepleiere i møte med barn på sykehus. Noen artikler inkluderer også pediatriske sykepleiere, eller sykepleiere som jobber andre steder enn barneavdeling på sykehus. Vi anser likevel artiklene som relevante til vår oppgave, da rapporteringsplikten er den samme uavhengig av videreutdanning og arbeidssted.

Tre av fem artikler er oversiktsartikler, noe som betyr at artikkelforfatterne selv har inkludert artikler fra land som ikke inngår i våre inklusjonskriterier. Til tross for dette har vi valgt å inkludere oversiktsartikler fordi de gir et godt helhetsbilde over temaet. Oversiktsartikler er også sett på som en styrke, da de er plassert høyere enn enkeltstudier i kunnskapspyramiden

til Alper og Haynes (2016, s.124). Selv om mangel på kompetanse om lovverk drøftes, ser vi at funnene inkludert fra oversiktsartiklene stemmer godt overens med norsk lovverk. Vi finner det derfor forsvarlig å ha med artikler fra andre land, selv om kun en av artiklene er norsk. Det har syntes noe utfordrende å kilde til oversiktsartikler da det ikke er tydelig når forfatter konkluderer selv og ikke. Der vi mener artikkelforfatter konkluderer, har vi referert direkte til artikkelforfatter. Der forfatter har referert til enkeltfunn, har vi stolt på artikkelforfatters gjengivelse og referert som sekundærkilde. Vi anerkjenner at vi derfor ikke kan være helt sikre på innholdet presentert ettersom vi ikke har oppsøkt primærartiklene. Med hensyn til oppgavens omfang har vi ikke sett det formålstjenlig å oppsøke primærkildene.

Forskningen henviser flere ganger til enkeltfunn fra andre artikler som understøtter hverandre ved at de sier det samme. Sjeldnere beskrives mulige årsaker til funnene. Disse manglene har preget drøftingen i form av egne tolkninger.

3.3.2 Fagbøker og annen litteratur

Litteraturen presentert er ikke kun rettet mot sykepleiere, men alt fagstoff er relatert til eller mulig sammenlignbart til temaet vold mot barn, og derfor utfra sin relevans inkludert i oppgaven. Konteksten vi har satt fagstoffet i kan også være utført på en annen måte enn tenkt av aktuell forfatter. Noen kilder er brukt i mindre grad enn andre, men vi anser inneholdes relevans som såpass stor at de likevel er inkludert i oppgaven. Vi anerkjenner også at det kan finnes mye relevant litteratur som vi kan ha oversett eller ikke funnet i søkeprosessen.

4 Presentasjon av forskningsartikler

4.1 Syntese

Sykepleiere mangler kunnskap, erfaring og selvtillit til å effektivt reagere på mistenkt vold. Det er spesielt vanskelig å oppdage psykisk vold og omsorgssvikt. Mangel på kontakt med, og tiltro til barneverntjenesten er også et hinder. Sykepleiere frykter å ødelegge sykepleier-pasient forholdet. De mangler eksponering, og unngår rapportering til tross for mistanke. Flere mangler tilstrekkelig kunnskap om lovverk og rapporteringsprosessen. Retningslinjer er for lite til hjelp, for vage, eller gjør dem usikre, og noen vet ikke hvor retningslinjer finnes. Videre nevnes manglende intuisjon, subjektive oppfatninger, makt, og individuelle og kontekstuelle faktorer som utfordrende momenter ved rapportering.

4.2 Artikkelmatrise

Tabell 3. Artikkelmatrise.

N r	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/ metode	Funn
1	Lines L. E., Hutton A. E., Grant J. (2017)	Integrative review: Nurses' roles and experiences in keeping children safe	Journal of advanced nursing. 2017 Feb; 73(2): 302-322	Å identifisere sykepleiers rolle og erfaringer med å holde barn trygge	Integrative review som inkluderer 60 kvalifiserte studier. Artikkelen bruker Whittemore and Knafl's rammeverk for å oppsummere og analysere studiene.	Sykepleiere mener ansvaret om rapportering primært ligger hos helsesykepleiere. Sykepleiere opplever at eksisterende retningslinjer er for vage og lite til hjelp. Noen sykepleiere vet ikke hvor de skal lete etter rapporteringsprosedyrer. Sykepleiere opplever mangel på kunnskap og selvtillit til å effektivt reagere på overgrep og omsorgssvikt av barn. Sykepleiere er ofte misfornøyd med støtten de får fra kollegaer og barneverntjenesten. De opplever mangel på tverrfaglig kontakt med barnevernet, spesielt med tanke på oppdateringer om status på en rapportert sak. Noen sykepleiere vurderer heller forelderens intensjoner i sin vurdering om å melde i fra om vold, enn å ha fokus på barnet og dens innvirkning. Subjektive oppfatninger påvirket sykepleieres valg i å rapportere eller ikke. Sykepleiere opplever det som et etisk dilemma om de skal rapportere av hensyn til barnets beste, eller om de skal

						opprettholde sitt image som et omsorgsfullt helsepersonell.
2	Plitz, A., Wachtel, T. (2009)	Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect	Australian journal of advanced nursing, 2009 Mar-Mai; 26(3): 93-100	Å identifisere barrierer som hindrer sykepleiere i å melde fra om mistenkte tilfeller av vold.	Integrative review som inkluderer 17 studier	<p>Sykepleiere uttrykker begrenset erfaring med voldsutsatte barn.</p> <p>Begrenset opplæring i å gjenkjenne tegn og symptomer av vold mot barn er en av de største barrierene for rapportering.</p> <p>Det er lettest å mistenke fysisk vold. De mangler kunnskap om psykisk vold og omsorgssvikt.</p> <p>Sykepleiere frykter konsekvenser av rapportering, som blant annet barnets konsekvenser, og å skyve familier bort fra helsetjenesten.</p> <p>Sykepleiere syntes det er utfordrende å opprettholde den terapeutiske relasjonen til familien samtidig som de må innhente informasjon om vold.</p> <p>Intuisjon er viktig i vurderingen om sykepleiere skal rapportere.</p> <p>Sykepleiere ønsker mer kunnskap om lovverk.</p>
3	Fraser, A, J., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., Dunne, M. (2010)	Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multi-variate analysis	International Journal of Nursing Studies. 2010 Feb; 47: 146-153	Å undersøke forholdet mellom sykepleiers egenskaper, opplæring, kunnskap om lovgivende meldeplikt og holdning og om disse hadde påvirkning på om sykepleier meldte fra om omsorgssvikt og overgrep mot barn.	Kvantitativ studie. Tverrsnittsundersøkelse. Spørreskjema sendt til 930 sykepleiere.	<p>Det var større sannsynlighet for at sykepleier rapporterte barn utsatt for fysisk og seksuell vold, enn barn utsatt for psykisk vold eller omsorgssvikt.</p> <p>Etterlevelsen av lovverket er mye basert på individuelle og kontekstuelle faktorer.</p> <p>Noen sykepleiere valgte å ikke rapporterte til tross for mistanke.</p> <p>Flere sykepleiere mangler kunnskap om hvordan å rapportere vold mot barn.</p> <p>80,9-89,1% av sykepleierne er ikke klar over lovpålagt plikt til rapportering når de mistenker at volden er av ubetydelig karakter, og barnet ikke er påført skade. I tillegg er 6,4-7,1% usikre på rapporteringsplikten.</p> <p>31,7% av sykepleierne visste ikke at de ikke kan bli saksøkt når de rapporterer. Kun 44% av sykepleierne visste hvordan å rapportere vold mot barn.</p>
4	Green, M. (2020)	Nurses' Adherence to Mandated Reporting of Suspected Cases of	Journal of Pediatric Nursing. 2020; 54: 109-113	Å undersøke gjeldende data og forskning som er tilgjengelig	Integrative review som inkluderer 9 kvalifiserte artikler.	Sykepleiere deltok i opplæring om vold mot barn og er klar over sin rapporteringsplikt. Flere syntes likevel det er vanskelig å identifisere de ulike kategoriene innenfor begrepet vold.

		Child Abuse		om temaet “medvirkende faktorer som kan påvirke sykepleieres overholdelse av pålagt rapportering av mistenkte tilfeller av vold av barn”.	Studien bruker Whittemore and Knafll’s metodikk for Integrative review.	<p>Manglende eksponering og erfaring er en av de største hindringene for rapportering.</p> <p>I flere artikler kommer det frem at sykepleiere følte de ikke hadde nok kunnskap i møte med barn trolig utsatt, eller utsatt for omsorgssvikt.</p> <p>Flere av artiklene fant at sykepleiere har liten tiltro til institusjonene som mottar bekymringsmelding. Dette er en barriere i for rapportering.</p> <p>I en av artiklene delte mer enn 66% bekymringen for at en rapportering av mistenkt overgrep kan skade pasient- og sykepleier forholdet, og skade familien. Selv om de vet det handler om barnas beste, er de bekymret for foreldres oppfatning av å bli dømt eller falskt anklaget for en så alvorlig og stigmatiserende klage.</p> <p>Sykepleiere opplever brudd i den terapeutiske relasjonen som en trussel, noe som fører til at de tar avstand fra beslutningen om å anmelde vold mot barn.</p>
5	Skarsaune, K., Bondas T. (2015)	Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse	Clinical Nursing Studies. 2016 Mar; 4(1): 24-32	Å beskrive sykepleierne s erfaringer når de hadde mistanke om overgrep mot barn i møte med barn og deres familier i ulike helse sammenhenger.	Kvalitativ studie. 8 kvinnelige sykepleiere ble intervjuet. Alle sykepleierne hadde mer enn 10 års erfaring.	<p>Sykepleierne opplever det vanskelig å definere vold mot barn og å gjenkjenne tegn.</p> <p>Alvorlig fysisk og seksuell vold er lettere å oppdage. Det var omdiskutert hva som beskrives som mindre alvorlig fysisk eller seksuell vold.</p> <p>Sykepleierne er ofte ikke klar over hvor grensene går for ulike kategorier av vold. Gråsonene for omsorgssvikt beskrives som større. Sykepleierne mener definisjonen på omsorgssvikt er veldig komplekst.</p> <p>Sykepleier opplever det som vanskelig å vite når det er grunn til bekymring.</p> <p>Prosedyrene satt for å rapportere vold gjør sykepleierne usikre. Det er uklart hvordan de skal gå frem i rapporteringen og hvem som skal rapportere.</p> <p>Sykepleierne ønsker gode retningslinjer for når de er usikre, en slags smørbrødliste for hva de kan, bør eller må gjøre for å hjelpe barnet.</p> <p>Sykepleiere opplever angst og usikkerhet rundt familiens konsekvenser ved rapportering.</p>

						<p>Sykepleierne føler de har stor makt og at de har mulighet til å ødelegge mye for familien. Disse opplevelsene fører til at de kunne la være å rapportere om mistenkt vold hos barnet.</p> <p>Sykepleier frykter konsekvenser vedrørende deres arbeidssituasjon og om familien de rapporterte om ville ta hevn.</p> <p>Sykepleierne opplever prosessen som emosjonelt tyngende, uavhengig om de rapporterer eller ikke.</p> <p>Sykepleiere ønsker bedre samarbeid med andre instanser.</p>
--	--	--	--	--	--	--

5 Diskusjon

For å kunne si noe om sykepleiers mangler på kompetanse har vi funnet forskning som ser på sykepleiernes opplevde hindringer eller barrierer. Funnene viser seg gjennomgående som manglende kunnskap, holdninger eller ferdigheter, og kategoriene overlapper hverandre i større eller mindre grad. Det er nettopp disse kompetansemanglene som drøftes videre ved å se på *“hvilke mangler på kompetanse hindrer sykepleier i å rapportere mistenkt vold mot barn på sykehus?”*.

5.1 Ikke barnet i fokus

Vår kultur har tradisjonelt tingliggjort barn og sett på dem som foreldrenes eiendom, og barn blir ofte ikke sett, hørt eller involvert i møte med helsevesenet, til tross for rett til medvirkning (Eide & Eide, 2017, s.287; Grønseth, 2009; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Sykepleiere som jobber med barn står i fare for å basere arbeidet på egne normer, fordommer og verdier (Killén, 2021, s.100), og Lines et al. (2017, s.14) fant at sykepleiers subjektive oppfatninger om vold mot barn påvirket deres valg om å rapportere eller ikke. Dette belyses videre i forskningen ved at sykepleier ikke har fokus på barna og deres innvirkning ved rapportering, men heller vurderer foreldrenes intensjoner og formildende faktorer i vurderingen om de skal melde fra eller ikke (Lines et al, 2017, s.13-14; Skarsaune & Bondas, 2015, s.27). Grønseth & Markestad (2017, s.99) presiserer imidlertid at barnet skal være hovedpersonen i samtaler. Å lytte mer til foreldrene mener vi er problematisk fordi det kan føre til mindre rapportering, da Myhre (2016, s.169) sier at vold mot barn ofte forsøkes holdes skjult. I tilfeller der sykepleiere står i en interessekonflikt mellom barnet og foreldrene, er det hensynet til barnet, altså pasienten, som skal prioriteres (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleiers evne til å samarbeide med barn er derfor en sentral del av sykepleiers kompetanse for å rapportere mistenkte tilfeller av vold. Barn vil sjeldent fortelle hva som foregår, og med foreldrene til stede er det vanskelig å komme nært barnet (Myhre, 2016, s.170). Det blir derfor umulig for mange barn å fortelle om ting som er vondt hjemme (Sanner, 2020, s.202). Det er viktig at sykepleier snakker med barnet alene, for å få tak i barnets perspektiv (Sanner, 2020, s.207). Sykehusekspertenenes 10 bud er en god fremstilling av sykepleiernes behov for kunnskap, og er et godt hjelpemiddel for å ivareta barnets rett til medvirkning (Grønseth & Markestad, 2017, s.70). Gode observasjoner og beslutninger, samt tidsnok rapportering av kompetente sykepleiere, kan hjelpe barnevernet i å redde barn utsatt for vold (Green, 2020,

s.113). Det er derfor til ettertanke at under halvparten av sykepleierne i én studie visste hvordan å rapportere fysisk vold mot barn (Lazenbatt & Freeman, 2006, referert i Fraser et al., 2010, s.148).

5.2 Sykepleier-pasient forholdet

Sykepleiere er bekymret for om rapportering vil ødelegge den terapeutiske relasjonen, og syntes det er vanskelig å overholde rapporteringsplikten da de frykter det vil ødelegge sykepleier-pasient forholdet (Kurrupu et al., 2018, referert i Green, 2020, s.112; Lines et al., 2017, s.20; Plitz og Wachtel, 2009, s.97). En årsak til dette kan være at sykepleier ikke inkluderer barnet i rapporteringsprosessen. Det viser seg at fagfolk ofte er for raske når de skal rapportere, noe som fører til at barns grunnleggende rettigheter ikke ivaretas (Sanner, 2020, s.174). Mens det har vært mye fokus på rask rapportering, har det vært mindre fokus på at dette må skje på en trygg måte for barnet (Sanner, 2020, s.174). Det kan derfor i noen tilfeller være hensiktsmessig og forsvarlig å ikke sende melding til barnevernet straks en bekymring oppstår, fordi det av hensyn til barnet er grunn til å planlegge meldingstidspunktet (Helsedirektoratet, 2022, s.96). Likevel presiseres det at vilkåret *uten ugrunnet opphold* er ment til å tolkes strengt, og en melding skal i de fleste tilfeller sendes umiddelbart (Helsedirektoratet, 2022, s.96). Samtidig sier Sanner (2020, s.174) at ikke alle vet hvor skadelig dette kan være for barnets liv og hvor fort tillit brytes når man ikke samarbeider. Svekket tillit går ut over både sykepleier og pasient på ulike måter, og konsekvensen er at alle parter lukker seg (Alvsvåg, 2010, s.62). Vi anerkjenner at samspillet mellom rapporteringsplikten og sykepleier-pasient forholdet er vanskelig, nettopp fordi fagstoff og lovverk er motstridene i sine ønsker. Det er likevel problematisk at frykt for å ødelegge den terapeutiske relasjonen kan føre til at sykepleiere tar avstand fra situasjonen og dermed ikke rapporterer (Green, 2020, s.112). Her viser det seg at sykepleiers kompetanse utfordres av bekymringer og muligens manglende ferdigheter til å inkludere barnet.

Samtaler med barn som har et tillitsskapende formål bidrar til at barnet husker og vil fortelle om sine opplevelser (Gamst, 2017, s.21). Det er viktig at sykepleier er klar over at uventet og følsom informasjon kan forekomme i disse samtalene slik at hen ikke blir avskrekket av det (Gamst, 2017, s.21). Sykepleier skal bruke seg selv som verktøy i vanskelige samtaler med barn ved å ta i bruk sine kunnskaper, holdninger og ferdigheter (Gamst, 2017, s.22).

Sykepleier hindrer ikke opplysningsplikten selv om hen også inkluderer barnet i prosessen, en slik inkludering vil derimot forbedre sykepleiers mulighet til å gi barnevernet de relevante

opplysninger som er nødvendig for å avdekke og rette på skadelige forhold (Helsedirektoratet, 2022, s.97). Denne kunnskapen er viktig for sykepleiers kompetanse, slik at barnet dras inn som en naturlig del av rapporteringsprosessen.

Avdekking av vold mot barn er en dialogisk prosess som tar tid, noe som kan være utfordrende, da gjennomsnittlig innleggelsestid for et barn kun er 4,06 dager (Ruud, 2021, s.233; Statistisk sentralbyrå, 2021b). Dette samsvarer med Myhre (2016, s.180) sin tanke om begrenset tid i sykepleiers kliniske arbeid, da det ofte er nødvendig med flere samtaler før et barn er i stand til å formidle krenkende hendelser fra nære personer (Ruud, 2021, s.233). I stedet for å ta i bruk tiden til å snakke med barnet, sier Killén (2021, s.101) at sykepleiere har tendenser til å ta på seg rollen som etterforsker, med hensikt om å skaffe bevis dersom vold mistenkes. Dette kan gi konsekvenser, fordi det hindrer sykepleier i å etablere et samarbeidsforhold til barnet (Killén, 2021, s.101). Det kan tenkes at det for sykepleier er vanskelig å skille på forskjellene på å samle bevis og det å utnytte situasjonen. Samtidig skal sykepleier ta vare på sin plikt til å gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Til syvende og sist må sykepleier objektivt veie fordelene med rapportering og oppdagelse av vold, mot å mulig skade sykepleier-pasient forholdet (Green, 2020, s.111). Det viktigste er at vold stoppes, og at barnet sikres (Ruud, 2021, s.230). Sykepleier trenger kompetanse som sikrer at rapporteringsplikten ivaretas samtidig som hen forsøker å opprettholde tillit fra barnet, slik at bekymringen om sykepleier-pasient forholdet muligens minsker.

5.3 Å skyve familier bort

En barriere som hindrer sykepleier i å rapportere, er frykt for å skyve familier bort fra helsetjenesten (Plitz & Watchel, 2009, s.98). En tenkelig grunn til dette kan være sykepleiers opplevelse av å bryte taushetsplikten. En av de første lovene helsepersonell får kjennskap til, og som legger føringer for sykepleiers arbeid er §21 hovedregel om taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999). Dersom familien mener taushetsplikten er brutt, kan det føre til tillitsbrudd mellom sykepleier og familien, som igjen kan føre til at familien unngår å oppsøke helsetjenesten ved et senere tidspunkt (Helsedirektoratet, 2022, s.61). Det kan anses naturlig for sykepleier å være skeptisk til å rapportere mistenkte saker grunnet taushetspliktens forankring i helsevesenet. Dersom brudd på taushetsplikten er grunnlaget for frykten de beskriver, har sykepleier manglende kompetanse om opplysningsplikten. Taushetsplikten skal ikke stå til hinder for opplysningsplikten, da dette er opplysninger som er

nødvendige å dele for å hjelpe utsatte barn (Helsedirektoratet, 2022, s.68-69). Skulle situasjonen vise seg å være mindre alvorlig enn antatt har helsepersonell ikke brutt taushetsplikten, men dersom sykepleier derimot ikke rapporterer sin mistanke vil hen bryte opplysningsplikten (Helsedirektoratet, 2022, s.95,97).

5.4 Makt

Sykepleiere føler de sitter med stor makt, og har mulighet til å ødelegge mye, noe som fører til at de unngår å rapportere (Skarsaune & Bondas, 2015, s.28). I tillegg tviler de på sine observasjoner og er bekymret for barnets og familiens konsekvenser dersom de rapporterer (Skarsaune & Bondas, 2015, s.24). Et enkelt løsningsforslag for å endre sykepleiers følelse av makt er å henvise til §33 (Helsepersonelloven, 1999), men på bakgrunn av funn opplever vi det ikke hensiktsmessig å kun referere til lovverket uten å anerkjenne sykepleiers følelsesmessige utfordring. Fullt fokus på lovverk uten fokus på omsorg til barnet, kan føre til at det tillitsskapende arbeidet som sykepleier er avhengig av forsvinner. Alvsvåg (2010, s.62) sier at dersom sykepleier sitter igjen med følelsen av å ha brutt tillit til barnet og familien, vil sykepleier bli fratatt gleden av å være til hjelp. For å balansere makten som beskrives kreves det individuell forståelse av hver enkelt pasient og den sosiale sammenheng pasienten inngår i (Holter, 2015, s.112). Det kommer likevel frem at etterlevelsen av loven er mye basert på individuelle og kontekstuelle faktorer, og flere sykepleiere ikke rapporterer til tross for mistanke (Fraser et al.,2010, s.148-150,152). Sykepleier bør øke sin kompetanse gjennom god opplæring i hvordan å ivareta deres ansvar for å lindre lidelse, samtidig som hen utøver omsorgsfull hjelp (Norsk sykepleierforbund, 2019), for å ivareta rapporteringsplikten. Sykepleier sin jobb er å ta en faglig vurdering om vilkårene for å melde til barneverntjenesten er oppfylt, men det er likevel barnevernet selv som tar avgjørelsen om videre tiltak er nødvendig (Helsedirektoratet, 2022, s.97). Konsekvensene av rapportering er vanskelig å forutse, men det er viktig å huske på at barnevernet jobber for å fremme en trygg barndom og gode oppvekstvilkår (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2021). Dette kan derimot kun gjøres dersom noen melder fra.

5.5 Ikke et sykepleieransvar

Flere sykepleiere tror at beskyttelse av barn er et ansvar som ligger hos helsesykepleiere og ikke dem selv, fordi det ikke er en del av deres rolle som sykepleier (Crisp & Lister, 2006, referert i Lines et al., 2017, s.18). Dette går imot FN's barnekonvensjon som gir barn rett til

beskyttelse mot vold, og yrkesetiske retningslinjer som beskytter mot krenkende handlinger (Forente nasjoner, 2003, artikkel 19; Norsk Sykepleierforbund, 2019). Barnekonvensjonen støttes igjen av helsepersonelloven (1999, §33) som gir sykepleier en lovpålagt plikt til å melde fra til barnevernet ved mistanke om vold. Til tross for dette opplever flere sykepleiere det uklart hvem som har ansvar for rapportering (Skarsaune & Bondas, 2015, s.27). Dette viser at sykepleier har manglende kompetanse om rapporteringsplikten eller manglende mestringstro (Lai, 2011, s.51-52). Vi undres likevel over om en annen årsak til ansvarsfraskrivelse kan være frykt for personlige konsekvenser. Sykepleiere i Skarsaune & Bondas (2015, s.28) uttrykker engstelse for om rapporteringsprosessen kan påvirke deres arbeidsforhold og om familien kan ta hevn. Under én tredjedel av sykepleierne i Fraser et al. (2010, s.150) visste ikke at de ikke kan saksøkes for rapportering. Sykepleiers bekymring er forståelig, da mediasaker om vold mot barn stort sett kun viser det som går galt eller ikke fungerer, eksempelvis manglende prosedyrer eller prosedyrer som ikke følges (Skarsaune & Bondas, 2015, s.25). Noen av bekymringene sykepleierne beskriver ivaretas av yrkesetiske retningslinjer som gir sykepleier krav på beskyttelse og støtte dersom hen utsettes for eksempelvis trusler (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dersom sykepleier forstår at de er beskyttet mot personlige konsekvenser, kan det muligens bidra til holdningsendring, og gjøre de mer komfortable med å ivareta sitt ansvar som sykepleier.

5.6 Kunnskap om vold

Sykepleiere mistenker ofte kun vold dersom fysiske tegn som brudd eller blåmerker er fremtredende, til tross for teoretisk kunnskap om vold (Plitz & Wachtel, 2009, s.97). Det beskrives også at fysisk og seksuell vold rapporteres oftere enn psykisk vold og omsorgssvikt, potensielt grunnet manglende innsikt i risikofaktorer (Fraser et al., 2010, s.152; Plitz & Wachtel, 2009, s.97). Hovedhindringen for å oppnå effektivt barnevern er benektelse fra helsepersonell om de ulike formene for omsorgssvikt, og det er lett for profesjonelle å lukke øynene for den vonde virkeligheten som er til stede i det faglige, daglige arbeidet med mulige voldsutsatte barn (Hobbs, 1992, referert i Killén, 2021, s.87; Killén, 2021, s.88). Dette setter den kunnskapsbaserte sykepleien i fare ved at refleksjonsprosessen om den aktuelle problemstillingen faller bort, slik at sykepleier ikke søker etter relevant kunnskap (Graverholt et al., 2015, s.186). For å kunne oppdage alle typer vold må sykepleier beherske å se med det sansende og registrerende øyet parallelt (Martinsen, 2000, s.29), fordi de sammen kan forebygge misoppfatning og passive sykepleiere. I tillegg må sykepleier forstå samspillet

mellom ulike risiko- og ressursfaktorer, noe som dreier seg om å forstå hva som foregår og har foregått i familien til barnet, altså ha en helhetlig tilnærming (Killén, 2021, s.117). Symptomer, skadetype, sykehistorie og det kliniske helhetsbilde er det som kombinert skal vekke mistanke hos sykepleier (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018). Å se barnets plager i en større sammenheng er sentralt, da barn ofte utsettes for flere kategorier av vold samtidig (Aakvaag et al., 2016, s.278; Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2020b). Å mistenke fysisk vold kan være en inngangsport til å oppdage andre former for vold, men skjer kun dersom sykepleier tillater seg å undersøke mistanken nærmere. Det kan derfor diskuteres hvorvidt det er samspillet mellom det sansende og registrerende øye, og den helhetlige tilnærmingen sykepleierne ikke mestrer, og dermed ikke klarer å anvende sin teoretiske kunnskap.

5.7 Identifisere vold

Til tross for at sykepleiere deltar i opplæring om vold mot barn og er klar over deres rapporteringsplikt, er det flere som syntes det er vanskelig å identifisere de ulike kategoriene av vold og dermed rapporterer de ikke (Fraser et al, 2010, referert i Green, 2020, s.111). Sykepleiere har spesielt lite kunnskap om psykisk vold og omsorgssvikt, og synes omsorgssvikt er vanskelig å definere (Plitz & Wachtel, 2009, s.97; Skarsaune & Bondas, 2015, s.27). En sykepleier sa "...Når bør alarmbjellene ringe? Når er det grunn til bekymring? Det er det som er så vanskelig å vite..." (Skarsaune & Bondas, 2015, s27). En mulig årsak til at sykepleierne opplever disse utfordringene kan være at de ikke er åpne for at vold mot barn forekommer, og dermed ikke rapporterer. Ifølge barneombudet (2018, s.16) kan det være vanskelig å oppdage et barn utsatt for vold. "Dersom man ikke er bevisst på at disse barna finnes, og virkelig ser *etter*, kan det være nærmest umulig" (Barneombudet, 2018, s.16). Sykepleiere som gir uttrykk for forståelse, som er tilstedeværende, som virker interessert i hvordan barnet har det og som ivaretar barnets rett til privatliv, er sykepleiere som barn velger å stole på (Barneombudet, 2018, s.16; Sanner, 2020, s.123). Det kan være spesielt viktig med forståelse og tilstedeværelse når det gjelder omsorgssvikt og psykisk vold, da dette er noe som ikke nødvendigvis presenterer fysiske tegn. Teoretisk kunnskap og opplæring i seg selv vil derfor ikke nødvendigvis være adekvat, om det ikke suppleres med åpenhet om temaet og mestringstro blant sykepleierne (Lai, 2011, s.51-52).

5.8 Konsekvenser av vold

Nightingale sier at formålet med sykepleiers mange tiltak blant annet skal forebygge *mer lidelse* hos pasienten (Mathisen, 2015, s.120). Dersom sykepleier ser på rapporteringsprosessen som noe som pådrar barnet mer lidelse, er det forståelig at sykepleier velger å ikke rapportere. Sykepleiers kunnskap om konsekvenser av traume i barndommen kan ifølge Skarsaune og Bondas (2015, s.29) bidra til økt ansvarfølelse for rapportering, og bevissthet rundt temaet vold mot barn. Etterlevelse av rapporteringsplikten vil mulig økes dersom sykepleiere forstår mulige konsekvenser av manglende rapportering (Skarsaune & Bondas, 2015, s.29). Som beskrevet i Myhre (2010, s.9-10) kan barn utsatt for vold kan få vedvarende konsekvenser. Alle former for omsorgssvikt er å anse som betydelige og alvorlige faktorer i sykdomsutvikling, og forskning viser en klar sammenheng mellom omsorgssvikt og psykiske lidelser, rusmisbruk og selvmordsforsøk (Solstad et al., 2014, s.50). Med slik kunnskap kan sykepleier forstå at konsekvensen av vold som ikke blir rapportert, potensielt er mye større enn å rapportere et tilfelle som viser seg å ikke være vold. I saker om barn skal barnets beste være et grunnleggende hensyn, og å lukke øynene for et barn i en omsorgssviktsituasjon er ikke bare uakseptabelt, men også svært risikabelt (Grunnloven, 1814, §104; Solstad et al., 2014, s.50). Faren for at risikoen slår ut i en eller annen form for skade er svært høy (Solstad et al., 2014, s.50), og unnlatelse av rapportering blir derfor en motsetning til Nightingale sin visjon om sykepleiers formål.

5.9 Erfaring, eksponering og skjønn

Manglende eksponering og erfaring er en av de største hindringene for rapportering (Green, 2020, s.111). Flere artikler i Plitz & Wachtel (2009, s.97-98) beskriver at erfarne sykepleiere uttrykker vanskeligheter med å gjenkjenne symptomer, og dermed rapportere. Årsaken er det de beskriver som begrenset kontakt med barn utsatt for vold (Plitz & Wachtel, 2009, s.97-98). I de samme artiklene sies det at sykepleiere med både utdanning og erfaring om vold mot barn, hadde bedre ferdigheter i å gjenkjenne og rapportere mistenkt vold (Plitz & Wachtel, 2009, s.97) Når man vet at hvert femte barn blir utsatt for vold (Reneflot, 2020, s.1), kan en undre seg over om funnene som kommer frem i Plitz og Wachtel stemmer. Handler det om begrenset kontakt med disse barna, eller er ikke sykepleierne åpne for at disse barna finnes, og dermed ikke ser dem? (Barneombudet, 2018, s.16). For å svare på slike spørsmål trengs det mer forskning om temaet. Det er derimot ikke alle sykepleiere som nødvendigvis vil møte

barn utsatt for vold. Likevel bør sykepleiere delta i opplæring, slik at de har kompetansen som trengs for å se voldsutsatte barn og rapportere til barnevernet, dersom mistanken oppstår.

I litteraturen kommer det frem at sykepleiers gode skjønn avhenger av rik erfaring fra mange ulike situasjoner (Alvsvåg, 2015, s.175). Samtidig sier forskningen at intuisjon spiller en viktig rolle for sykepleiers sannsynlighet til å rapportere og at denne intuisjonen ofte kommer som et resultat av erfaring (Plitz & Wachtel, 2009, s.97). Dersom erfaring og intuisjon er nøkkelen for god rapporteringskultur, vil sykepleiere med liten eksponering for voldsutsatte barn ha et dårligere utgangspunkt, og muligens ikke klare å opprettholde sin rapporteringsplikt i den grad som er forventet. Likevel sies det at et godt skjønn tilegnes ved at sykepleier tenker før, når og etter man handler (Alvsvåg, 2015 s.175). Med en slik tilnærming vil man kunne argumentere for at mindre erfarne sykepleiere også kan handle i mistenkte voldssaker. Skarsaune og Bondas (2015, s.30) sier at ingen stiller spørsmålsteget ved at sykepleier beveger seg rundt, og er i nærheten av en pasient, og sykepleier har derfor en gylden mulighet til å komme nærme pasienten, observere og være undrende.

Utgangspunktet for å melde om bekymring er sammensatt av observasjoner, opplysninger, tidligere dokumentasjon og sykepleiers faglige vurdering (Helsedirektoratet, 2022, s.97).

Sykepleier trenger kompetanse om hvordan å opparbeide seg godt skjønn for å forstå at man ikke er avhengig av lang erfaring for å rapportere mistenkt vold mot barn.

5.10 Voldens alvorlighetsgrad

Ifølge helsetilsynets rapport om helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet kan lovverket være vanskelig å forstå (Helsetilsynet, 2014, s.10). En kan derfor lure på hvorvidt det er et utydelig lovverk som skaper usikkerhet, og hindrer sykepleier i å rapportere. Funn fra Skarsaune og Bondas (2015, s.27) viser at det er stor uenighet i hva sykepleiere definerer som mindre alvorlig. Selv om loven er tydelig på at man *skal* rapportere, og ikke at man *kan* rapportere, er formuleringen *alvorlig* omsorgssvikt problematisk, da den gir rom for tolkning. At nesten alle sykepleiere i Fraser et al. (2010, s.150) ikke er klar over rapporteringsplikt ved vold av ubetydelig karakter, kan bety at et flertall ikke etterlever loven. Dette er alvorlig og kan føre til at barn går under radaren og lever i voldelige hjem uten å få støtte eller oppfølging fra helsevesenet og barnevernet. Samtidig sier helsedirektoratets (2022, s.97) rundskriv at kravet *grunn til å tro* ikke krever sikker viten om alvorlighetsgrad. Det er forståelig at lovverket skaper usikkerhet, men sykepleier har likevel et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2019) Sykepleier bør også

være klar over sin rett til opplæring (arbeidstilsynet, u.å.), som i dette tilfellet kan være essensielt for å høyne sin kompetanse og dermed sin handlingskraft. Forskning viser at lovverk om rapportering oppleves nytteløst dersom man ikke får tilstrekkelig opplæring i hvordan å bruke det (Reinger et al., 1995, referert i Plitz & Wachtel, 2009, s.99). “Lovverket er nødvendig, men ikke nok hvis vi skal yte moralsk forsvarlig helsehjelp. Vi trenger i tillegg etiske retningslinjer og et faglig og moralsk skjønn som en veiledning når vi skal fortolke loven” (Heggstad, 2022).

5.11 Retningslinjer

Et hinder for å rapportere mistenkt vold er manglende retningslinjer (Skarsaune & Bondas, 2015, s.28). Å ha tilgang til retningslinjer hjelper sykepleier å kvalitetssikre sitt arbeid og bidrar til kompetanseheving (Helsedirektoratet, 2010). Tar sykepleier utgangspunkt i eksempelvis NKVTS (2018) sin veileder vil det være lettere å ta faglig begrunnede avgjørelser i vanskelige situasjoner. Veiledere minsker ulikheter i praksis fordi innholdet sykepleier går etter er det samme, og på den måten utøver sykepleier kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2021, s.18). Dette bidrar til å sikre et faglig høyt nivå og vil forhåpentligvis hindre uheldig variasjon gjennom manglende rapportering (Graverholt et al., 2015, s.182-183). Andre sykepleiere som har tilgang til retningslinjer, opplever disse som vage eller lite til hjelp for å fatte gode kliniske beslutninger (Lines et al, 2017, s.13). En tenkelig årsak kan være at det ikke er vage retningslinjer som er problemet, men heller sykepleiers manglende kompetanse til å anvende retningslinjene på en hensiktsmessig måte. Kanskje sykepleier ikke behersker de ulike øynene som Martinsen (2000, s.29) refererer til. Dersom retningslinjer reflekteres inn i det konkrete yrkeslivet og blir levende og betydningsfull i praksis, kan de hjelpe sykepleier til gode og riktige handlinger (Alvsvåg, 2010, s.16). Det er viktig å presisere at sykepleier har et selvstendig ansvar for å innhente relevant kunnskap slik det beskrives i yrkesetiske retningslinjer punkt 1.4, og ifølge punkt 1.7 skal sykepleier oppsøke hjelp dersom hen mangler tilstrekkelig kunnskap (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

5.12 Barnevernet som samarbeidsinstans

Mangel på samarbeid og god kommunikasjon nevnes ofte som årsak til nederlag i barnevernssaker (Skarsaune & Bondas, 2015, s.26). Flere sykepleiere opplever barnevernet som vanskelig å komme i kontakt med, lite hjelpsomme i å adressere barns behov og sparsommelige i sine oppdateringer (Lines et al., 2017, s.16). På bakgrunn av dette har flere

sykepleiere liten tiltro til barnevernet og hvorvidt de vil hjelpe barnet og gjøre riktige vurderinger, noe som fører til færre rapporteringer (Lines et al., 2017, s.16; Natan et al., 2012, referert i Green, 2020, s.111). Dette viser manglende kompetanse, da barnevernet har plikt til å gi sykepleiere som omfattes i lov om opplysningsplikt, tilbakemelding ved rapporterte voldssaker (Barnevernloven, 1992, §6-7a). Lovverket presiserer også at det skal utpekes en ansvarlig på helseinstitusjonen som har ansvaret for å formidle opplysninger videre til barnevernet (Helsepersonelloven, 1999, §33). Sykepleier skal likevel opplyses av den ansvarlige om hva som har skjedd i saken (Helsedirektoratet, 2022, s.101). Sykepleiernes oppfatning av barnevernet er på et vis forståelig, men viser også at manglende kunnskap om lovverk kan ha ført til dårlige holdninger. Loven er kompleks og kan være vanskelig å forstå og praktisere, noe som kan føre til at ansvaret lettere skyves over på andre. Det er derfor forståelig at sykepleierne mener ansvaret om tilbakemelding ligger hos barnevernet. Å lese helsedirektoratets (2022) kommentarer til lovverket kan være til god hjelp for å forstå ansvarsfordelingen ved rapportering. Det er likevel vanskelig å konkludere med at dette kun er sykepleiers ansvar, da det kan være den ansvarlige på institusjonen eller barnevernet som ikke kjenner til sine plikter. Lovverket avhenger derfor av alle parter sin ansvarsforståelse. Rapporteringsprosessen er vanskelig for alle involverte og for at barn skal få ivaretatt sin rett til beskyttelse mot vold, trengs det bedre samarbeid på sykehusene og med instanser som barnevernet (Forente nasjoner, 2003, artikkel 19; Skarsaune & Bondas, 2015, s.25).

6 Konklusjon

Vold mot barn virker å være en vanskelig prosess for alle involverte. Å ta en avgjørelse på om man som sykepleier bør rapportere sin mistanke om vold mot barn krever både mot og innsikt. I vår oppgave har vi forsøkt å belyse de hindre som kan stå i veien for at mistanke blir rapportert, og ser at det er flere kompetanseområder som bør dekkes for at sykepleier skal mestre å rapportere mistenkt vold mot barn på en tilfredsstillende måte.

Sykepleier må sette seg inn i lover og retningslinjer, noe som er helt avgjørende for å forstå sin plikt. Lovverket kan være vanskelig å forstå, men hjelpemidler som helsedirektoratets rundskriv gir utdypende forklaring av lovteksten. Sykepleier er også ansvarlig for å søke veiledning og være klar over sin rett til opplæring der egen kompetanse ikke strekker til. Vage retningslinjer bør utbedres, men sykepleier må også bruke seg selv som verktøy i forståelse av retningslinjene. Rapporteringsprosessen handler ikke eksplisitt om å opprettholde opplysningsplikten, men også om hvordan sykepleier klarer å ivareta barnet og dens rettigheter. Det handler i bunn og grunn om å ivareta sin makt på en etisk og moralsk måte. Å kjenne til konsekvenser av vold vil kunne gi sykepleier større ansvarsfølelse, og sykepleier må tørre å anerkjenne at voldsutsatte barn finnes. For å rapportere vold mot barn må sykepleier kjenne til tegn og symptomer, og ha kjennskap til de ulike kategoriene av vold. For å gjenkjenne disse må sykepleier beherske å se sammenhenger, ved å registrere det som skjer og samtidig tillate seg å bli berørt og sanse, slik at hen agerer på sine observasjoner. Det er behov for økt kompetanse om hvordan å opparbeide seg et godt skjønn for å forstå at man ikke er avhengig av lang erfaring for å rapportere mistenkt vold mot barn. At sykepleiere mangler fokus på barnet og tillit til barnevernet, frykter sykepleier-pasient forholdet og at familiene skyves bort fra helsevesenet, og unngår å rapportere til tross for mistanke, er holdninger som viser et behov for økt kompetanse.

Ut fra våre funn konkluderer vi med at det trengs ytterligere forskning på gode og konkrete forbedringstiltak og evaluering av disse, slik at rapporteringsprosenten til sykepleier forhøyes. Det synes også å være behov for mer undervisning om vold mot barn i bachelorutdanningen, slik at sykepleiere blir bedre rustet til å møte denne pasientgruppen. Herunder synes det å være behov for økt kompetanse om hva rapporteringsprosessen innebærer og hvordan å sette seg inn i aktuelt lovverk. Kunnskapsbaserte sykepleiere vil kunne føre til holdningsendringer, slik at sykepleier forstår viktigheten av sitt ansvar. Dersom holdningene endres, og sykepleier

får mer kunnskap om temaet, vil de være bedre rustet for å lære seg de nødvendige ferdigheter som trengs for å både se, samtale med, og rapportere barn utsatt for vold.

7 Referanseliste

- Aakvaag, H. F., Thoresen, S. & Øverlien, C. (2016). Vold og overgrep mot barn og unge - definisjoner og typologisering. I C. Øverlien, J.-H. Schultz & M.-I. Hauge (Red.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s.265-280). Universitetsforlaget.
- Alper, B. S. & Haynes, R. B. (2016) EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. *BMJ Evidence Based Medicine*, 21(4), 123-126.
<http://dx.doi.org/10.1136/ebmed-2016-110447>
- Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Akribe.
- Alvsvåg, H. (2015). Faglig skjønn og omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (5. utg., s.156-178). Cappelen Damm Akademisk.
- Arbeidstilsynet. (u.å.) *Generelle krav til opplæring*.
<https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/generelle-krav-til-opplaring/>
- Barneombudet. (2018). *Råd til helsetjenestene. Fra barn og unge som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep*. Barneombudet.
https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Raad_til_1_helsetjenestene.pdf
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester* (LOV-1992-07-17-100). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2018a, 6. april). *Fysisk vold*.
https://www.bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Vern_mot_overgrep/Vold_og_overgrep_mot_barn_og_unge_med_funksjonsnedsettelse/Tegn_pa_vold_og_overgrep/Fysisk_vold/

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2018c, 6.april). *Omsorgssvikt*.

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

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2018b, 6. april). *Psykisk vold*.

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

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2020a, 2. september). *Seksuell vold / seksuelle overgrep*.

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

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2021, 9. februar). *Slik jobber barnevernet*.

https://bufdir.no/Barnevern/Om_barnevernet/Om_barnevernet/

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2020b, 5. november). *Mistenker du at et barn er utsatt for vold*.

https://bufdir.no/vold/Vold_og_overgrep_mot_barn_og_unge/Mistenker_du_at_et_barn_er_utsatt_for_vold/

Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

- Forente nasjoner. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter. Vedtatt av De forente nasjoner 20. november 1989. Ratifisert av Norge 8. januar 1991. Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*. Barne- og famildepartementet.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- 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), 193-211.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015>
- Gamst, K. M. (2017). *Profesjonelle barnesamtaler. Å ta barn på alvor* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Graverholt, B., Jamtvedt, G. & Nortvedt M. W. (2015). Kunnskapsbasert praksis. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (5. utg., s.179-192). Cappelen Damm Akademisk.
- Green, M. (2020). Nurses' Adherence to Mandated Reporting of Suspected Cases of Child Abuse. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, 109-113.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.06.007>
- Grunnloven. (1814). *Kongeriket Norges Grunnlov* (LOV-1814-05-17). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Grønseth, R. (2009). Barn trenger spesialister. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/forskning/2009/02/barn-trenger-spesialister>

Heggestad, A. K. (2022). Det som er juridisk riktig, er ikke alltid etisk riktig. *Sykepleien*, 110. e-88321. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.88321>

Helsedirektoratet. (2010) *1.2 Hvorfor utarbeide faglige retningslinjer?*.

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/veileder-for-utarbeidelse/1.innledning/1.2-hvorfor-utarbeide>

Helsedirektoratet. (2020, 3.mars). *Om Helsedirektoratets normerende produkter. Beskrivelse av alle normerende produkter Helsedirektoratet utgir, og hva som er forskjellen på dem.* <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>

Helsedirektoratet. (2022, 5. april). *Helsepersonelloven med kommentarer. Rundskriv.*

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>

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

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

Helsetilsynet. (2014). *Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet (2/2014)*. Statens

Helsetilsyn. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2014/helsepersonells-opplysningsplikt-til-barnevernet/>

Holter, I. M. (2015). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M.

Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (5. utg., s.107-118). Cappelen Damm Akademisk.

Isdal, P. (2018). *Meningen med volden* (2. utg.). Kommuneforlaget.

Killén, K. (2021). *Sveket I. Risiko og omsorgssvikt - et helseproblem* (6. utg.).

Kommuneforlaget.

- Lai, L. (2011). Kompetansemobilisering og egenmotivasjon. *MAGMA*, (3), 49-55.
<https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/strategisk-kompetanseplanlegging/kompetansemobilisering-og-egenmotivasjon.pdf>
- Lines L. E., Hutton A. E. & Grant J. (2017). Integrative review: Nurses` roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 302-322.
<https://doi.org/10.1111/jan.13101>
- Lovienberg diakonale høgskole. (2022, 6. april). *Databaser og nettressurser: ressurser for artikkelsøk, kliniske oppslagsverk og nettressurser*. <https://ldh.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser>
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.
- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (5. utg., s.119-141). Cappelen Damm Akademisk.
- Meld. St. 16 (2015–2016). *Fra utenforskap til ny sjanse - Samordnet innsats for voksnes læring*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20152016/id2476199/>
- Myhre, M. C., Lindboe, A. & Dyb, G. (2010). *Oppdager sykehusene barnemishandling? En kartlegging av utredningspraksis* (Rapport 2010). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://www.nkvts.no/rapport/oppdager-sykehusene-barnemishandling-en-kartlegging-av-utredningspraksis/>
- Myhre, M. C. (2016). Helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevd omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. I C. Øverlien, J.-H. Schultz & M.-I. Hauge (Red.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s.169-182). Universitetsforlaget.

- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (u.å.). *Om veilederen*.
<https://voldsveileder.nkvts.no/om-veilederen-2/>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018). *Vold og overgrep mot barn. Risikofaktorer og tegn*. <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/risikofaktorer-og-tegn-2/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svik - Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Plitz, A., Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian journal of advanced nursing*, 26(3), 93-101.
https://www.researchgate.net/publication/234027952_Barriers_that_inhibit_nurses_reporting_suspected_cases_of_child_abuse_and_neglect
- Reneflot, A. (2020). *Vold og seksuelle overgrep*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/>
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). Fagbokforlaget.

- Ruud, A. K. (2021). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Sanner, M. (2020). *Kloket om vold og overgrep*. Universitetsforlaget.
- Skarsaune K. & Bondas T. (2015). Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse. *Clinical Nursing Studies*, 4(1), 24-32. <http://dx.doi.org/10.5430/cns.v4n1p24>
- Skarsaune K. & Bondas T. (2021). Sykepleieledelse ved mistanke om barnemishandling - tilretteleggelse og omsorg til barnets beste. *Nordisk sygeplejeforskning* 11(3), 183-196. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2021-03-02>
- Solstad, A., Follesthø, R. & Mevik, K. (2014). *Kort om barnevern* (2.utg) Universitetsforlaget.
- Statistisk sentralbyrå. (2021a). 10674: *Meldingar til barnevernet, etter konklusjon, innhald i meldinga, kven som melde saka og alder 2013 - 2020*. [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/10674/>
- Statistisk sentralbyrå. (2021b). 10261: *Pasienter, behandlingar og liggedager ved somatiske sykehus, etter kjønn, alder og diagnose* [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/>
- Thidemann, I.-J., Sævareid, H. I. & Slettebø, Å. (2020). Hva bidrar til at sykepleiere utvikler sin kompetanse. *Sykepleien*, 108. e-82269. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82269>
- Underdal, H. (2013). CINAHL tilgjengelig i helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/221404.cms>
- United Nations. (2019). *Keeping the Promise: Ending Violence Against Children by 2030*. United Nations. <https://violenceagainstchildren.un.org/news/keeping-promise-ending-violence-against-children-2030>