

# Hvorfor ser vi det ikke?

Kandidatnummer: 106 & 165  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie emne 14B

Antall ord: 8963  
Dato: 19.04.22



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 19.04.22
Tittel Hvorfor ser vi det ikke?	
<p data-bbox="162 383 1394 481"><u>Problemstilling</u> Hvilke barrierer hindrer sykepleier i å identifisere mishandling av barn ved legevakt?</p> <p data-bbox="162 548 1394 862"><u>Teoretisk perspektiv</u> I oppgavens teorikapittel presenteres kunnskapsgrunnet som diskusjonen baserer seg på. Først omtales tegn og symptomer på mishandling, deretter de sykepleiefaglige rammene som vil gjelde innenfor konteksten legevakt. Sykepleieres juridiske og yrkesetiske ansvar med basis i lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleier blir også presentert. Deretter omtales sykepleiers forebyggende funksjon og modellen for kunnskapsbasert praksis.</p> <p data-bbox="162 929 1394 1198"><u>Metode</u> Oppgaven er en litterær oppgave. Det er blitt innhentet relevant forskningslitteratur fra databasene PubMed og CINAHL, basert på en kombinasjon av søkeord syntetisert fra vedlagt PICO-skjema. Metodekapittelet presenterer fremgangsmåte for søkene, samt begrunnelse for valg av faglitteratur og kildekritikk. Inklusjons- og eksklusjonskriterier begrunnes også.</p> <p data-bbox="162 1265 1394 1534"><u>Diskusjon</u> I diskusjonskapittelet drøftes utvalgt forskningslitteratur opp mot relevant teori for å besvare problemstillingen. Kapittelet tar for seg tre hovedbarrierer som hindrer sykepleiers identifisering av mishandling mot barn; manglende kunnskap, holdninger og personlige egenskaper og legevakt som arbeidsarena.</p> <p data-bbox="162 1601 1394 1975"><u>Konklusjon</u> Det er mange ulike barrierer som hindrer sykepleier i å identifisere og rapportere ved mistanke om barnemishandling. Sykepleiere mangler kunnskap om blant annet ansvar og plikter, samt tegn og symptomer. Holdninger til foreldrene, barnevernet og rapportering påvirker også sykepleiers evne til å identifisere. Legevakten som arbeidsarena gir utfordringer i form av tidspress, stor arbeidsmengde og mangel på retningslinjer og prosedyrer.</p>	

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Oppgavens formål.....	2
1.3	Avgrensning og presisering.....	2
1.4	Begrepsavklaring .....	3
<b>2</b>	<b>Teori.....</b>	<b>5</b>
2.1	Tegn og symptomer på mishandling .....	5
2.2	Sykepleiefaglige rammer .....	6
2.2.1	Sykepleiers juridiske ansvar .....	6
2.2.2	Sykepleiers yrkesetiske ansvar .....	7
2.2.3	Sykepleiers forebyggende funksjon .....	8
2.3	Kunnskapsbasert praksis .....	8
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>10</b>
3.1	Litteratursøk .....	10
3.1.1	Valg av databaser og søkeord.....	10
3.1.2	Avgrensning av søk.....	11
3.1.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	12
3.2	Valg av faglitteratur .....	13
3.3	Kildekritikk.....	13
3.3.1	Forskningsslitteratur .....	13
3.3.2	Faglitteratur .....	15
3.4	Etiske vurderinger .....	15
<b>4</b>	<b>Forskningsresultater .....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>18</b>
5.1	Kunnskaper .....	18
5.1.1	Kunnskap om ansvar og plikter.....	18
5.1.2	Kunnskap om tegn på mishandling .....	20
5.2	Holdninger og personlige egenskaper .....	22
5.2.1	Holdninger til barnevernet.....	24
5.3	Legevakt som arbeidsarena .....	26
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>29</b>
	<b>Referanseliste .....</b>	<b>30</b>
	<b>Vedlegg 1 .....</b>	<b>37</b>

# 1 Innledning

*«Han kom blåslått fra sykehuset. Det er noe av det verste jeg har sett».*

Dette fortalte en SFO-ansatt ved skolen til Christoffer Gjerstad Kihle i rettsaken som fulgte etter 8-åringens død (Nyfløt, 2012). I 2005 ble Christoffer en del av den dystre statistikken over konsekvensene når barn utsettes for mishandling. Saken ble en av de mest omtalte barnedødsfallene i landet, og endret hvordan helsepersonell tolker og behandler barn for alltid (Schau, 2021). Likevel opplever rundt 5% av alle barn og unge i Norge i løpet av barndommen barnemishandling og/eller omsorgssvikt i hjemmet (Köpp et al., 2020, s. 2).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2017 ble det registrert til sammen 5600 volds- og mishandlingsofre blant barn under 15 år (Statistisk Sentralbyrå [SSB], 2018). 54% av disse var ofre for mishandling i nære relasjoner. En tredjedel av lovbruddsofre under 15 år er utsatt for mishandling av noen i nær relasjon (SSB, 2018). Barn utgjør en stor andel av virksomheten på legevakten (Stensland & Hunskår, 2020, s. 248). En undersøkelse gjort av barnevoldutvalget peker på en sak som endte med at et barn ble drept. Tegn, symptomer og opplysninger som skulle ført til mistanke om mishandling, ble ikke oppfattet av helsevesenet. Barnet og pårørende hadde vært i kontakt med legevakten før drapet, uten at tegnene på mishandling utløste grundigere undersøkelser eller overholdelse av meldeplikten (NOU 2017: 12, s. 50).

Dersom man opplever omsorgssvikt, overgrep eller vold som barn, øker risikoen for at man senere i livet utvikler alvorlige psykiske eller fysiske helseplager (Reneflot, 2019, s. 1). The adverse childhood experience study (ACE-studien) gir innsikt i flere betydelige korrelasjoner mellom negative opplevelser i barndommen og helseproblemer senere i livet, både psykisk og fysisk (Myhre, 2016, s. 102). Nyere studier bekrefter funnene, og indikere at det er en årsak-virkning-sammenheng mellom en oppvekst i hjem med mishandling og uhelse i fremtiden (Myhre, 2016, s. 102). Depresjoner, posttraumatiske stresslidelser, angst og aggressiv oppførsel er noen av de potensielle psykososiale konsekvensene (Killén, 2012, s. 59; Thorvaldsen & Kirchhoff, 2017, s. 3). Fysiske vansker kan variere fra generell uhelse og påvirkning av blant annet hjerte, lunger, lever, til større risiko for infeksjoner, overvekt, røyking, rusmiddelbruk og tidlig død (Elarousy & Abed, 2019; Kvello, 2015, s. 165).

Sykepleier har en forebyggende funksjon ovenfor de som er syke, friske eller utsatt for helsesvikt. Dette rommer sykepleierens sekundærforebyggende funksjon, som vil si å iverksette tidlige oppdagelse og tiltak for å forebygge videre helsesvikt (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 22). Sykepleierne på legevakten møter ulike former for vold og overgrep; noen som åpne henvendelser, andre som et skjult problem hvor det oppgis en annen årsak (Gustavsen & Nesvold, 2020, s. 273). Den reelle forekomsten og mørketallene for vold i relasjoner er store og må anees som et folkehelseproblem med omfang og sykkelighet tatt i betraktning (Gustavsen & Nesvold, 2020, s. 274). Sykepleier på legevakt har en unik mulighet for tidlig oppdagelse av risiko for eller reell mishandling av barn (Fraser et al., 2010; Tingberg et al., 2008), og kan dermed utøve sin forebyggende funksjon ved å forhindre videre helsesvikt. Det ser ut til å finnes lite forskning rundt barrierene som hindrer identifisering av mishandling ved norske legevakter, og oppgaven har dermed som mål å utforske temaet videre.

## **1.2 Oppgavens formål**

Oppgaven har som mål å identifisere utfordringene sykepleier møter som kan hindre oppdagelse av barnemishandling. Dette vil omfatte manglende kunnskaper, holdninger og personlige egenskaper hos helsepersonell, samt egenskaper hos barn som pasienter og deres pårørende. Barrierene vil også omfatte kontekstuelle og strukturelle hindringer ved legevakten. Oppgaven søker å se funnene i lys av forskningsbasert praksis, gjeldene lovverk og annen relevant teori.

## **1.3 Avgrensning og presisering**

Basert på søk gjort i forbindelse med dette temaet formulerte vi følgende problemstilling:

*«Hvilke barrierer hindrer sykepleier i å identifisere mishandling av barn ved legevakt?»*

Oppgaven fokuserer på sykepleiers rolle i forbindelse med forebygging av helseplager og vil ta for seg barrierer som hindrer identifisering av barnemishandling. Den vil også fokusere på barrierer som hindrer rapportering av barnemishandling, fordi forskningen tyder på at mange sykepleiere mistenker mishandling, men lar være å rapportere. I forskningsfunnene henger også oppdagelsen tett sammen med det å rapportere. Det vil være lite hensiktsmessig å kun fokusere på identifisering, da dette alene ikke vil bedre barnets situasjon.

Konteksten for oppgaven er legevakt. Det norske helsevesenet er organisert slik at pasienter først skal vurderes av primærhelsetjenesten, så pasienter har kun unntaksvis mulighet for å møte opp direkte på akuttmottaket (Bondevik, 2020, s. 33). Legevakten er altså ofte den første og viktigste arenaen i helsevesenet for oppdagelse av mishandling. I andre land organiseres legevaktordningen på ulike måter. Pasienter kan ofte møte opp direkte på sykehus uten henvisning, ved emergency departments (ED) eller accident emergency departments (AED) (Bondevik, 2020, s. 35). Forskningen oppgaven tar i bruk vil dermed også omhandle akuttmottak på sykehus. Resultatene ansees som overførbare fordi konteksten vil forbli den samme, ved at akuttmottaket er første kontaktpunkt for pasienten. Sykepleier på legevakt er ofte den som møter pasienten først, og kan være den eneste kontakten med helsepersonell barnet og foreldrene har som gir mulighet for oppdagelse av mishandling (Tiyyagura et al., 2015).

Pasientgruppen er i oppgaven avgrenset til barn mellom 6 og 12 år, basert på de ulike måtene omsorgssvikt og mishandling oppdages hos barn i ulike aldersgrupper. Hos spedbarn og mindre barn med intet eller begrenset språk, vil legens fysiske undersøkelse av barnet være avgjørende; plasseringen av skader og retningen på og typen brudd vil kunne indikere mishandling (Kvam, 2014). Sykepleiers rolle i identifiseringen er altså mer redusert hos små barn, og oppgaven fokuserer derfor ikke på denne aldersgruppen. Foreldre og omsorgspersoner er oftest gjerningspersonen i de fleste tilfeller av barnemishandling (Fraser et al., 2010). Ungdom og eldre barn opplever i mindre grad vold og mishandling fra foreldre, men heller fra andre relasjoner (Köpp et al., 2020, s. 1). Avgrensningen i aldersspennet gjøres også på bakgrunn av at i Norge kan barn over 12 år oppsøke helsehjelp på egen hånd, uten foreldrenes involvering (Stensland & Hunskår, 2020, s. 255). Oppgaven fokuserer derfor på barn som kommer inn i følge med foreldre, hvor disse er utøver(e) av mishandlingen.

#### **1.4 Begrepsavklaring**

WHO definerer barnemishandling som mishandling og neglekt som utøves mot barn under 18 år. Begrepet inkluderer alle former for fysisk og psykisk vold, seksuelt misbruk, vanskjøtsel og utnyttelse som fører til faktisk eller potensiell skade mot et barn (World Health Organization, 2020).

Barnemishandling kan deles inn i fire hovedkategorier; fysisk mishandling, seksuelle overgrep, emosjonell/psykisk vold og vanskjøtsel/neglekt (Grønseth & Markestad, 2019, s. 346; Killén, 2012, s. 33; Kloppen et al., 2015, s. 2). Kvello definerer mishandling som aktiv påføring av smerte, som kan føre til betydelig risiko for fysiske skader og/eller at barnets psykiske utvikling påvirkes negativt (Kvello, 2015, s. 215). Omsorgssvikt omfatter vanskjøtsel og neglekt, og dette begrepet omhandler «sviktende ivaretagelse av barnets grunnleggende behov for stimulering, oppfølging og beskyttelse» (Kvello, 2015, s. 213).

Gjennom oppgaven tas begrepet barnemishandling i bruk for å omtale alle de fire hovedkategoriene. Barn som utsettes for flere ulike krenkelser, kalles polyviktimserte. Forskning viser at barn som er utsatt for én type overgrep har høyere risiko for å også bli utsatt for andre former for overgrep (Myhre, 2016, s. 101). Sannsynligheten for polyviktimsing er en årsak til at begrepet mishandling blir brukt i en slik vid forstand i oppgaven. Begrepet barrierer omtales også i en vid forstand, og blir i oppgaven brukt for å beskrive alle faktorer som hindrer sykepleier i å identifisere og rapportere mishandling av barn.

## 2 Teori

I dette kapittelet presenteres relevant fagkunnskap som kan belyse problemstillingen. Denne kunnskapen danner det teoretiske grunnlaget for diskusjonskapittelet. Oppgaven tar i bruk pensumlitteratur og annet selvvalgt fagstoff.

### 2.1 Tegn og symptomer på mishandling

For at en sykepleier skal kunne hjelpe en pasient med ivaretagelse av sine behov, er det viktig å ha kunnskap om fysiologi og patofysiologi, symptomer, diagnose og behandling, for å kunne gjøre gode observasjoner, vurderinger og tiltak som ivaretar grunnleggende behov (Holter, 2019, s. 112). Barnemishandling kan ta flere former, og er ofte vanskelig å avdekke. Skader uten noen god forklaring fører ofte til mistanke om vold. Eksempler er sår- og hudskader, hodeskader og bruddskader (Myhre, 2016, s. 106). Blåmerker på uvanlige steder, ødemer og brennemerker bør også gi mistanke om fysisk mishandling (Pabiś et al., 2010, s. 388), men neglekt og psykisk mishandling har mindre gjenkjennelige symptomer. Noen diffuse symptomer på mishandling er mistriksel og atferdsvansker, vektøkning, nedsatt utvikling og dårlig hygiene (Grønseth & Markestad, 2019, s. 346).

Skader etter giftig stress i barndommen kan gi komplekse sykdomsbilder og helseplager (Myhre, 2016, s. 102). Dette betyr at et barn kan presentere mange ulike tegn og symptomer hvor mishandling kan være årsaken, men ingen symptomer eller tegn er så entydige eller karakteristiske at de kun kan være forårsaket av mishandling. Noen er mer vanlige, men det kan også hende at barnet ikke fremviser noen symptomer i det hele tatt.

Klinisk erfaring viser at dersom barn har vansker med atferd og følelser, kan overgrep, omsorgssvikt eller vold være den underliggende årsaken til symptombildet (Myhre, 2016, s. 103). Urolige eller ukonsentrerte barn som utvikler lærevansker eller er utagerende med aggresjon eller sinne, bør vekke bekymring (Myhre, 2016, s. 104). Agitasjon, gråt og frykt kan være tegn på emosjonell mishandling (Pabiś et al., 2010, s. 388), det samme kan depresjon og tristhet. Barn føler ofte skyld og skam rundt overgrep, og en konsekvens av overgrep kan være dårlig selvfølelse hos barnet (Myhre, 2016, s. 103).

Når barn presenterer med «seksualisert atferd» kan dette assosieres med seksuelle overgrep (Myhre, 2016, s. 104). Hos barn som er utsatt for overgrep og vold, er smerter et vanlig



symptom (Myhre, 2016, s. 105). Særlig magesmerter er et vanlig helseproblem for barn utsatt for overgrep, ofte kombinert med avføringsproblematikk. Nyoppståtte problemer med blærekontroll kan også være et symptom. Forbigående smerter ved vannlating eller smerter i kjønnsorgan kan også være tegn på seksuelle overgrep. Ernæringsproblematikk er også et vanlig symptom hos krenkende barn, både i form av underernæring og overspising, og det samme gjelder dårlig tannstatus (Myhre, 2016, s. 105).

## **2.2 Sykepleiefaglige rammer**

Den sykepleiefaglige kompetansen på legevakten benyttes i Norge hovedsaklig i forbindelse med telefonråd, triage og støtte i konsultasjoner (Bondevik, 2020, s. 35). Antall sykepleiere som arbeider i legevakt er økende og utbyggingen av legevaktstjenestene har ført til et økt behov for sykepleiere i kliniske funksjoner (Hansen & Hunskår, 2020a, s. 63).

De sykepleiefaglige funksjonene på legevakten bærer preg av sykepleiens grunnverdier, og omfatter vurdering av hastegrad, tilstrekkelig kartlegging og iverksetting av tiltak, herunder også medisinske eller sykepleiefaglige råd (Hansen & Hunskår, 2020a, s. 63). Her møter sykepleieren mennesker i alle aldre og livssituasjoner, med ulike skader og sykdommer. Ingen situasjoner er like. Personsentrert sykepleie på legevakt krever refleksjonsevne, anvendelse av forskningsbasert kunnskap, faglig skjønn og kritisk vurderingsevne (Hansen & Hunskår, 2020a, s. 63). Fordi sykepleieren på legevakt oftest er fast ansatt og oftere på vakt enn legene, gir dette en bedre innsikt i pasientgruppen som helhet og pasienter som er gjengangere.

### **2.2.1 Sykepleiers juridiske ansvar**

Grunnlovens § 104 gir barn selvstendige rettigheter og fastslår at hensynet til barnets beste skal være grunnleggende i avgjørelser som gjelder barn. I tillegg gir bestemmelsen barn rett til respekt for sitt menneskeverd og vern om sin personlighet integritet, altså et direkte vern mot overgrep og vold (Andersland & Mevik, 2016, s. 40-41).

Det mest sentrale internasjonale regelverket som beskytter barns rettigheter er FNs barnekonvensjon. Barnekonvensjonens bestemmelser har forrang over annen lovgivning (Andersland & Mevik, 2016, s. 41). Denne er nedfelt i norsk lov gjennom menneskerettsloven vedlegg 8 og skal sikre beskyttelse for alle barn som oppholder seg i Norge og at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet [Bufdir], 2019). Lovverket stadfester at barnet skal beskyttes mot alle former for fysisk og psykisk vold, skade eller misbruk (Menneskerettsloven, 1999, vedlegg 8).

Etter straffelovens generelle bestemmelse om avvergingsplikt, jf § 196, er sykepleier også pliktig til å forsøke å avverge straffbar handling eller følger, herunder også mishandling i nær relasjon (Straffeloven 2005). Taushetsplikten er heller ikke her til hinder, da hensynet til vern av liv og helse går foran (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS], 2018).

Helsepersonelloven har som formål å bidra til pasientsikkerhet og kvalitet, jf § 1, og er gjeldende for alt helsepersonell, jf § 2 (Helsepersonelloven, 1999). Forsvarlighetskravet er beskrevet i § 4, og pålegger helsepersonell å utøve sitt yrke på forsvarlig vis ved å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Den generelle taushetsplikten er beskrevet i helsepersonelloven § 21, og stiller krav til sykepleier om å hindre andre i å få kjennskap til opplysninger om pasientens helsetilstand. Likevel er det flere unntak fra denne plikten, og § 33, stadfester at helsepersonell har en opplysningsplikt til barnevernet ved mistanke om at et barn blir eller kan bli mishandlet (Helsepersonelloven, 1999).

Akuttmedisinforskriften er gjeldende for hver enkelt legevakt og legger føringer for legevaktens ansvar og arbeid (Akuttmedisinforskriften, 2015, § 2). Helsepersonell ved en legevakt skal ha gjennomgått kurs om overgrep og vold og det skal gis nødvendig trening og opplæring i håndteringen av slike situasjoner (Gustavsen & Nesvold, 2020, s. 274). Hver enkelt legevakt må selv utarbeide retningslinjer og prosedyrer for ivaretagelse og håndtering av henvendelser om overgrep og vold, på bakgrunn av legevaktens ulike muligheter til kompetanse og ressurser.

### **2.2.2 Sykepleiers yrkesetiske ansvar**

I tråd med sykepleiens grunnlag, skal sykepleie bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere pålegger sykepleier å sørge for faglig, etisk og juridisk forsvarlig praksis (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2019, pkt. 1.3). Retningslinjene beskriver også ansvaret sykepleier har for å fremme helse og forebygge sykdom (pkt. 2.1). Sykepleier har en plikt til å ivareta pasientens behov for helhetlig sykepleie (pkt. 2.3). Dette vil omfatte å se pasienten i sin helhet når vedkommende kommer til legevakten, og avdekke skadelige forhold som mishandling. Yrkesetiske retningslinjer pkt 2.3 tilsier at sykepleier har plikt å utrede og behandle bakenforliggende årsaker for å sørge for helhetlig pleie. Pasienter har krav på beskyttelse mot krenkende

handlinger, og sykepleier skal sørge for at pasientens rettigheter ikke begrenses og at pasientens integritet respekteres (NSF, 2019, pkt. 2.4, 2.8). Dette vil også være relevant for sykepleier som behandler barn på legevakt, da mishandling er en stor krenkelse.

### **2.2.3 Sykepleiers forebyggende funksjon**

Kommunen har ansvaret for legevakten som helsetjeneste, og skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester søke å forebygge sykdom eller skade (Kristoffersen, 2017, s. 198).

Sykepleiers forebyggende funksjon handler om å redusere faktorer som er skadelige og sykdomsfremkallende (Kristoffersen et al., 2017, s. 18). Vi deler funksjonen i tre; primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende tiltak.

Primærforebygging rettes mot friske og utsatte personer og har som mål å forhindre helsesvikt. Sekundærforebygging har som mål å identifisere risiko for eller faktisk helsesvikt i tidlig fase, samt sette inn tiltak for å forhindre videre utvikling av sykdom.

Tertiærforebygging handler om å redusere komplikasjoner ved sykdom og hindre at nye helseproblemer oppstår (Kristoffersen et al., 2017, s. 18).

Denne oppgaven omhandler barrierene som hindrer tidlig identifisering av mishandling mot barn. Fordi barnet allerede har vært utsatt for helsesvikt i form av mishandling, og målet er å hindre videreutvikling av helsesvikten på et tidlig stadium, vil denne oppgaven fokusere på sykepleiers sekundærforebyggende funksjon.

## **2.3 Kunnskapsbasert praksis**

Kunnskapsbasert praksis begynner med refleksjon over egen praksis og at man erkjenner et behov for informasjon (Nortvedt et al., 2021, s. 23). Kunnskap er konstant foranderlig og endrer seg i takt med tiden. Kunnskapsbasert praksis vil si at man bruker forskning i den praktiske utførelsen av helsehjelpen og at helsepersonell har et solid kunnskapsgrunnlag for råd og tiltak (Graverholt et al., 2019, s. 182). Man tar faglige avgjørelser, med grunnlag i erfarings- og forskningsbasert kunnskap, samt brukermedvirkning i situasjonen (Graverholt et al., 2019, s. 183).

Forskningsbasert kunnskap er den kunnskapen man finner i publiserte forskningsartikler i vitenskaplige tidsskrifter (Graverholt et al., 2019, s. 183). Prinsippet er at eksisterende forskning skal gi sykepleier et godt kunnskapsgrunnlag, som en veiviser i praksis og pasientsituasjoner. Bruk av forskningsbasert kunnskap skal forhindre at teorier uten empirisk anvendelse fører til negative konsekvenser i praksis (Nortvedt et al., 2021, s. 18-19).

Erfaringsbasert kunnskap er den kunnskapen helsepersonell opparbeider seg gjennom praksis. Man opparbeider seg erfaringsbasert kunnskap gjennom observasjoner og situasjoner, og dette er viktig når man arbeider kunnskapsbasert, ved å evaluere om forskningskunnskap faktisk er overførbart til klinisk praksis (Graverholt et al., 2019, s. 184). Erfaringsbasert kunnskap kan også kalles skjønn, taus kunnskap eller intuisjon (Nortvedt et al, 2021, s. 20). Erfaring fra praksis, verdier og kunnskap er grunnlaget for det profesjonelle skjønnet og bruk av faglig skjønn sikrer god yrkesutøvelse i møte med pasienter (Holter, 2019, s. 113). Man kan tenke at desto mer erfaring en tilegner seg, desto dyktigere blir man i sin praktiske fagutøvelse, men det kan også føre til at vaner man har tillagt seg gjennom erfaring blir vanskelige å endre (Nortvedt et al., 2021, s. 20).

Brukermedvirkning er pasientens ønsker og behov og en egen kilde til kunnskap (Graverholt et al., 2019, s. 184). Oppgaven vil ikke omtale brukermedvirkning, da pasienten er barn mellom 6-12 år, og det er sannsynlig å tro at mye av medvirkningen for denne pasientgruppen skjer gjennom foreldrene.

Konteksten er rammene for hvor den kunnskapsbaserte praksisen skal utøves, og vil påvirke alle elementene i utøvelsen (Graverholt et al., 2019, s. 185). Konteksten er rammen for kunnskapskildene og er hvor kunnskapsbasert praksis utøves. Konteksten kan knyttes til ressurser, etiske forhold og prioriteringer (Nortvedt et al., 2021, s. 21). Sykepleier må kunne ha en situasjonsbestemt forståelse for å kunne ha oppmerksomhet på den individuelle pasientens grunnleggende behov. Dette krever en evne til å gjøre observasjoner og relevante vurderinger ut fra pasientens forutsetninger og situasjon. Dette kan være hvilke behov og ressurser pasienten har, alder, kulturell bakgrunn og grad av hjelpebehov. Rammene som gjelder for den arenaen sykepleier møter pasienten vil også spille en rolle (Holter, 2019, s. 112).

### **3 Metode**

For å belyse en problemstilling, må man samle inn informasjon og kunnskap. Metode er den systematiske fremgangsmåten man benytter for å gjøre dette (Thidemann, 2019, s. 74). Etter formelle krav fra høyskolen er denne oppgaven en litterær oppgave. Dette vil si at vi har innhentet data fra eksisterende forskning, fagkunnskap og teori for å besvare problemstillingen (Dalland, 2020, s. 199). I dette kapitlet vil vi presentere hvordan vi søkte etter relevant forskningslitteratur og deretter hvordan vi fant den øvrige litteraturen vi har benyttet i oppgaven.

Kvantitativ metode kjennetegnes av at man baserer seg på objektive data hvor man oppnår breddekunnskap. (Thidemann, 2019, s. 76). Kvalitativ metode kjennetegnes ved at man søker å finne meningssammenhenger og forståelse, for å oppnå dybdekunnskap (Thidemann, 2019, s. 76). Vi har i vår oppgave tatt i bruk forskning som både benytter kvalitativ og kvalitativ metode, fordi vi ønsket både å se på de objektive dataene gjennom kvantitativ forskning, samt få en dypere forståelse av hva som ligger bak, ved å se på den kvalitative forskningen.

#### **3.1 Litteratursøk**

For å finne relevant forskningslitteratur har vi tatt i bruk ulike databaser for å gjøre strukturerte søk. Vi har også gjennomført manuell søking for å finne spesifikke artikler som ble referert i forskningsartiklene vi allerede hadde funnet (Thidemann, 2019, s. 81).

##### **3.1.1 Valg av databaser og søkeord**

Databasene PubMed, CINAHL og SveMed+ ble benyttet for å gjøre et litteratursøk og innhente relevant forskning. SveMed+ ga ingen relevante treff, og oppdateres heller ikke lenger per i dag. Vi har søkt på Sykepleien Forskning, men fant også her få relevante treff. Det synes generelt å være lite forskning med fra Norden omkring temaet barnemishandling og konteksten legevakt. Derfor er de fleste av artiklene våre ikke basert på forskning gjort i Norden. Kapitlet presenterer kun søkene som førte frem til hovedartiklene i oppgaven.

For å finne relevante søkeord ble det satt opp et PICO-skjema (se vedlegg 1). Rammeverket PICO kan bidra til å identifisere søkeord og begreper som kan være nyttige for å søke (Thidemann, 2019, s. 82). Det ble utført flere søk med ulike søkeordkombinasjoner, men kun aktuelle søkeord som førte frem til hovedartiklene er presentert i tabell 1. Søkeordene ble kombinert med AND slik at alle relevante begreper var inkludert i resultatene. Fordi søkene

ble utført i internasjonale databaser og søkeordene dermed er på engelsk, var det ikke mulig å søke konkret på «legevakt», men som nevnt i innledningen brukes «emergency department/room/service» som synonym.

### 3.1.2 Avgrensning av søk

Vi ønsket å se på nyere forskning, og valgte i utgangspunktet å avgrense søket med forskning publisert de siste 10 årene. Underveis oppdaget vi at mange av forskningsartiklene vi anså som relevante refererte til eldre artikler. Vi valgte derfor å utvide søket til forskning publisert fra 2005 til dags dato.

Vi valgte å avgrense søket med filter for aldersgruppe. Vi valgte gruppen barn 6-12 år, fordi oppgaven fokuserer på denne pasientgruppen. For å lettere sortere søkene til forståelig og relevant forskning avgrenset vi språk til engelsk, norsk, svensk og dansk. Å inkludere svensk og dansk forskning vil også sørge for at vi får med resultater fra andre land i Norden, som kan være overførbare til Norge.

Tabell 1

Søk nr.	Dato for søk	Database	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Lest abstrakt	Leste artikler	Valgt artikkel
1	06.12.21	CINAHL	Child abuse AND emergency service AND detection	<i>Publiserings- dato:</i> 2005-2022 <i>Språk:</i> Engelsk, norsk, svensk, dansk <i>Alder:</i> 6-12 år	13	6	5	Tiyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A. & Bechtel, K. (2015). Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments. <i>Annals of Emergency Medicine</i> , 66(5), 447-454. <a href="https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020">https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020</a>
2	10.01.22	PubMed	Child AND child abuse AND nurse AND nurses experience	<i>Publiserings- dato:</i> 2005-2022 <i>Språk:</i> Engelsk, norsk, svensk, dansk <i>Alder:</i> 6-12 år	134	10	8	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. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 47(2), 146-153. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015">https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015</a>

								Tingberg, B., Bredlöv, B. & Ygge, B.-M. (2008). Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17(20), 2718-2724. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x</a>
3	16.03.22	PubMed	Child maltreatment AND nurse AND recognize	<i>Publiseringsdato:</i> 2005-2022 <i>Språk:</i> Engelsk, norsk, svensk, dansk <i>Alder:</i> 6-12 år	60	8	4	Lazenbatt, A. & Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 56(3), 227-236. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x</a>
4	16.03.22	PubMed	Child abuse AND nurse AND reporting AND factors	<i>Publiseringsdato:</i> 2005-2022 <i>Språk:</i> Engelsk, norsk, svensk, dansk <i>Alder:</i> 6-12 år	73	9	8	Ben Natan, M., Faour, C., Naamhah, S., Grinberg, K. & Klein-Kremer, A. (2012). Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. <i>International Nursing Review</i> , 59(3), 331-337. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.00988.x">https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.00988.x</a>

### 3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

De leste artiklene ble vurdert basert på om de var publisert i tidsskrifter som er fagfellevurdert og registrert i kanalregisteret til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Artiklenes oppbygning ble også vurdert for å vurdere om de var forsknings- eller fagartikler.

Forskningsartikler har som regel IMRaD-struktur, altså introduksjon, metode, resultater og diskusjon (Thidemann, 2019, s. 66-67). For å sørge for et tilstrekkelig forskningsgrunnlag så vi det som nødvendig å inkludere noen artikler der respondentene ikke kun er sykepleiere, men for fremme sykepleierperspektivet i oppgaven så vi bort fra artikler som kun omfattet andre grupper helsepersonell. Flere av artiklene omhandler barn i alle aldre, men vi utelukket artikler som hadde hovedfokus på barn under 6 og over 12 år.

Tabell 2

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert i tidsskrift godkjent av NSD	Ikke publisert i tidsskrift godkjent av NSD
Har IMRaD-struktur	Har ikke IMRaD-struktur
Har sykepleier som respondent	Respondenter er kun annet helsepersonell
Pasientgruppen omfatter barn 6-12 eller alle aldersgrupper	Pasientgruppen er hovedsakelig spedbarn/småbarn eller ungdom/unge voksne

## **3.2 Valg av faglitteratur**

Vi har valgt å benytte litteratur som har vært eller er på pensum i løpet av sykepleierutdanningen, og beskriver derfor ikke disse nærmere, da de ansees som pålitelige kilder til fagkunnskap.

Øvrig faglitteratur ble funnet gjennom søk på bibliotekdatabaser som oria.no og hos Deichmanske bibliotek. Boken «Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok» av Nortvedt et al. (2021) ble anbefalt av veileder i forbindelse med oppgaven, og denne boken er relevant for å belyse hvordan kunnskapsbasert praksis kan bidra til sykepleiers arbeid. Bøkene av Killén og Kvello er av egen erfaring anerkjente bøker i barnevernsarbeidet, og tar i bruk kort for å gjøre rede for begreper og konsekvenser av mishandling. Kapitlene som er tatt i bruk fra boken «Vold mot barn» (2016) av Mevik, Lillevik & Edvardsen (Red.) er forfattet av fagpersoner og forskere med faglig bredde. Kapitlene er relevante fordi de beskriver det rettslige vern av barn og tegn og symptomer på mishandling. «Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere» (2020) av Hansen & Hunskår (Red.) er relevant for problemstillingen fordi den belyser ulike sider ved legevakten som arbeidsarena.

I tillegg til et utvalg av bøker er lovverk og yrkesetiske retningslinjer fra lovdata.no og NSF tatt i bruk for å belyse problemstillingen. Offentlige informasjonskilder som Helsedirektoratet, regjeringen.no, SSB og Folkehelseinstituttet er benyttet. Vi har også brukt helsebiblioteket.no, Bufdir og NKVTS ved innhenting av relevant informasjon.

## **3.3 Kildekritikk**

Målet med å gjøre kritiske vurderinger er å bestemme styrker og svakheter ved informasjonen man samler inn (Thidemann, 2019, s. 26). I dette avsnittet diskuteres fag- og forskningslitteraturens styrker og svakheter basert på troverdighet og kontekst.

### **3.3.1 Forskningslitteratur**

Basert på utvalget av søkeord er det mulig at noen relevante artikler har blitt utelukket. Vi mener likevel at vi har funnet et bredt spekter med artikler som belyser og besvarer vår problemstilling. For å forhindre at vi går glipp av relevant forskning har vi forsøkt å ta i bruk flere databaser, og har utført mange søk med en rekke søkeordkombinasjoner. Da de valgte



artiklene alle er skrevet på engelsk, er det ikke til å unngå at noe av informasjonen kan ha blitt oversatt eller tolket feil.

Alle hovedartiklene har IMRaD-struktur, og dette har også øvrige forskningsartikler oppgaven benytter. Som nevnt tidligere har hvert enkelt tidsskrift blitt sjekket mot NSDs kanalregister, for å sikre at artiklene vi tar i bruk er troverdige og publisert av anerkjente utgivere. Unntaket er artikkelen til Xu et al. (2019), som er publisert i *Australasian Emergency Care*. Dette tidsskriftet er ikke godkjent eller avslått hos NSD, hvilket kan indikere at ingen norske forfattere har forsøkt å publisere noe her. Vi anser artikkelen som relevant for problemstillingen og har valgt å inkludere den, fordi den er sitert i flere artikler publisert i tidsskrift med godkjenning, og fordi den fremstår ryddig og strukturert. Fem av artikkelens hovedforfattere har dessuten publisert en artikkel om samme tema med mange av de samme funnene ett år senere, i *International Emergency Nursing*, som er godkjent av NSD.

Forskningslitteraturen oppgaven benytter baserer seg på studier gjort i flere ulike land. Vi har som nevnt tidligere funnet lite forskning på feltet fra Norden, og har derfor ansett det som nødvendig å benytte studier fra andre land. Det kan dermed diskuteres om resultatene er overførbare til norsk kontekst, ettersom helsevesenet er organisert ulikt. Den kulturelle konteksten kan ha påvirket forskningsresultatene, og denne har vi liten innsikt i. Dermed kan det være tenkes at resultatene kan mistolkes. Likevel vil tegnene og symptomene på mishandling være universale, og kunnskap om disse vil være viktig for å kunne fange opp problemet. I norsk kontekst er det tydelig at mishandling av barn er vanskelig å snakke om og oppdage, og helsepersonell kan ofte føle seg usikre ved mistanke (Rutgerson, 2013). Forskningslitteraturen oppgaven baserer seg på bekrefter dette, uavhengig av landet studiene er gjennomført i.

Kvalitative studier kjennetegnes ofte av at de inkluderer få respondenter. Dette stemmer også for to av hovedartiklene vi har tatt i bruk, herunder Tingberg et al. (2008) og Tiyyagura et al. (2015). Dette tilsier at resultatene kanskje ikke er representative for en større gruppe, hvilket artiklene selv problematiserer. Likevel anser vi resultatene som relevante sett i sammenheng med større, kvantitative studier, da vi ønsket både bredde- og dybdekunnskap om sykepleiers opplevelser av hindringer ved legevakt.

### **3.3.2 Faglitteratur**

Boken av Nortvedt et al. (2021) omhandler hvordan sykepleier kan jobbe kunnskapsbasert, men er mer generell, da den ikke er satt innenfor legevakten som kontekst. Resten av de ovennevnte bøkene er skrevet av fagfolk og fremstår som troverdige, men fremmer ikke et sykepleiefaglig perspektiv da de ikke er skrevet spesifikt for helsepersonell.

De ovennevnte offentlige kildene anses som gode kilder til relevant og oppdatert informasjon. I tillegg til dette vil informasjonen utgitt av en offentlig instans, eksempelvis NOU på oppdrag fra Barne- og likestillingsdepartementet, også ansees som pålitelig og troverdig informasjon.

### **3.4 Etiske vurderinger**

Oppgaven tar i bruk kildehenvisning etter skolens retningslinjer for bacheloroppgaver, og følger referansestilen APA 7th. Ved å hen vise til kilder løpende i teksten sørger oppgaven for etisk forsvarlig bruk av kilder. Ved bruk av egne erfaringer er hensynet til anonymitet blitt bevart.

## 4 Forskningsresultater

Generelt sett beskriver forskningslitteraturen utfordringer og barrierer sykepleier møter ved identifisering av barnemishandling. Alle artiklene har til felles at funnene tilsier at det er behov for mer kunnskap. De fleste artiklene identifiserer konkrete barrierer, slik som manglende prosedyrer for rapportering, mens én artikkel påpeker de mer generelle problemene ved å konfrontere mishandleren når dette er en forelder.

Usikkerhet og frykt for å anklage noen urettmessig blir nevnt i flere artikler som en hindring for oppdagelse og rapportering. Sykepleiere oppgis å ha et ønske om å tro på omsorgspersonen, og kommunikasjon med foreldre oppgis som problematisk i flere av artiklene. Forhold til den lovpålagte meldeplikten trekkes også frem i flere av artiklene som en påvirkende faktor.

Tabell 3\*

Nr.	Forfatter/ utgitt	Tittel	Tidsskrift	Mål	Design/metode	Funns
1	Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A. & Bechtel, K. (2015)	Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments	Annals of Emergency Medicine, 66(5), 447-454	Utforske ED-personells erfaringer med screening og rapportering av barnemishandling og omsorgssvikt, og identifisere barrierer og faktorer som bidrar til oppdagelse og rapportering av mishandling	Kvalitativ studie, basert på semistrukturerte én-til-én intervjuer med åpne spørsmål, med 29 helsepersonell (sykepleiere, leger og legeassistenter) ved tre ulike akuttmottak	Fire barrierer som hindrer oppdagelse av barnemishandling ble identifisert; ønske om å tro på foreldrene, manglende evne til å gjenkjenne tegn, akuttmottak som arbeidsarena og helsepersonellets bias. Tre barrierer hindrer rapportering av mishandling; faktorer knyttet til rapporteringen, manglende oppfølging og negative konsekvenser av å rapportere. To faktorer bidrar til oppdagelse og rapportering; diskusjon med kollegaer og tro på at det er bedre å rapportere
2	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	Undersøke forholdet mellom sykepleieres egenskaper, opplæring, kunnskap om juridisk pålagt rapportering, samt andre faktorer som påvirker sykepleiers rapportering av mishandling og neglekt	Kvantitativ studie, tverrsnittstudie som tar i bruk CANNQ (Child Abuse and Neglect Nurses' Questionnaire). 930 registrerte sykepleiere som jobber med barn i ulike settinger fylte ut spørreskjemaet	Sykepleiere har mer kunnskap om den lovpålagte plikten til å rapportere fysisk og seksuell mishandling av barn, men mindre om emosjonell mishandling og neglekt. Innstilling til rapportering, undervisning om mishandling og personlige egenskaper påvirker evnen til å oppdage og rapportere mishandling mot barn

3	Tingberg, B., Bredlöf, B. & Ygge, B.-M. (2008)	Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents	Journal of Clinical Nursing, 17(29), 2718-2724	Identifisere sykepleieres erfaringer i ivaretagelse av barn som opplever mishandling og hvordan sykepleiere forholder seg profesjonelle når mishandleren er barnets forelder	Kvalitativ studie, basert på semi-strukturerte intervjuer med 11 sykepleiere	Funnene peker på tre områder basert på analyse av intervjuene; ambivalente følelser, å forholde seg profesjonell og behovet for terapeutiske intervensjoner
4	Lazenbatt, A. & Freeman, R. (2006)	Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals	Journal of Advanced nursing, 56(3) 227-236	Undersøke tre ulike grupper helsepersonell sin selvrappoterende evne, til å oppdage fysisk barnemishandling og vurdere deres behov for undervisning og opplæring	Kvantitativ studie, tverrsnittstudie basert på data fra et spørreskjema med 419 helsepersonell som deltakere	Funnene viser til fire temaer basert på dataanalysen; Frykt for feilidentifisering og konsekvenser, usikkerhet om rapportering, utfordringer med rapportering og tverrfaglig utdanning
5	Ben Natan, M., Faour, C., Naamhah, S., Grinberg, K. & Klein-Kremer, A. (2012)	Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse.	International Nursing Review, 59(3), 33-337	Undersøke om «theory of planned behaviour» (TPB) kan forutsi helsepersonell sin rapportering av mistenkt barnemishandling	Kvantitativ tverrsnittstudie, basert på et spørreskjema med 185 deltakere (143 sykepleiere og 42 leger)	TPB modellen er delvis suksessfull i å forutsi helsepersonells rapportering av mistenkt barnemishandling. Funnene peker på ulike påvirkningsfaktorer for rapportering

\*Begrepet Emergency Department omtales i matrisen som ED

## 5 Diskusjon

Sykepleier som jobber på legevakt opplever flere barrierer som hindrer oppdagelse og rapportering ved mistanke om mishandling av barn. I dette kapittelet vil forskning bli tatt i bruk for å diskutere disse barrierene, sett i sammenheng med anvendt teori, fagkunnskap, lovverk og etikk. Oppgaven vil først problematisere hvordan manglende kunnskap er en hindring. Deretter diskuteres sykepleiers holdninger og egenskaper som en barriere for identifisering, og til slutt hvordan legevakten som arbeidsarena skaper barrierer.

### 5.1 Kunnskaper

Helsepersonelloven setter krav til sykepleiers yrkesutøvelse, og fastslår at vedkommende skal utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette fordrer at sykepleier har kunnskaper og erfaring nok til å vurdere og behandle pasienter.

#### 5.1.1 Kunnskap om ansvar og plikter

Fraser et al. (2010) presiserer at sykepleiers kunnskap om den lovpålagte plikten til å melde fra ved mistanke er essensiell for rapporteringssystemets suksess. Forskning viser likevel at et mindretall av sykepleiere føler at det å rapportere ved mistanke om barnemishandling er helt innenfor deres ansvarsområde eller at det å rapportere er helt opp til dem alene (Ben Natan et al., 2012). De kan oppleve det som vanskelig å balansere ansvaret de har for å gi omsorg til pasienten og pårørende mot rollen som overvåker eller dommer av foreldrene når de varsler (Tingberg et al., 2008). Lovverket i Norge er derimot tydelig på at sykepleier skal varsle barnevernet når det er grunn til å tro at et barn blir utsatt for mishandling (Helsepersonelloven, 1999, § 33). Det kan være lett for helsepersonell å kun fokusere på selve skaden eller problemet som brakte pasienten inn. Sykepleiere kan anse deres ansvar for vern av barn som en rolle som kommer i veien for primærfunksjonen som omsorgsgiver (Fraser et al., 2010). Det er likevel sykepleiers ansvar å utrede og behandle årsakene som ligger bak problemet, i henhold til yrkesetiske retningslinjer pkt 2.3 (NSF, 2019).

Forskning viser at mange sykepleiere har en feiloppfatning av lovverket. På en side viser en studie fra Australia at flere sykepleiere trodde de var lovpålagt å rapportere mishandling selv om de anså skaden mot barnet som minimal. Dette samstemte ikke med lovverket i landet (Fraser et al., 2010). På den annen side har forskning også vist at helsepersonell ofte tror det må ha håndfaste, konkrete bevis for å rapportere (Feng & Levine, 2005). I studien til

Tiyyagura hadde en riktig forståelse av lovverket en positiv innvirkning på oppdagelse av mishandling og rapportering, når helsepersonell var klar over at de ikke trenger bevis eller sikkerhet, bare mistanke (Tiyyagura et al., 2015). Det kan derfor være nærliggende å tro at sykepleiere på legevakt lar være å rapportere, fordi de har manglende kunnskap om at man i situasjoner hvor man mistenker barnemishandling ikke trenger å være sikker på at det faktisk skjer. En mistanke begrunnet i konkrete forhold rundt barnets situasjoner er nok til å oppfylle opplysningsplikten (Helsedirektoratet, 2018). På en annen side kommer det frem av ordlyden i straffelovens § 196 om avvergningsplikt, at det skal fremstå som sikkert eller mest sannsynlig, og det kan her tenkes at helsepersonellets subjektive tolkning av bestemmelsen kan føre til unnlattelse av å rapportering.

Helsearbeidere har ikke de samme sanksjonsmulighetene som politiet og barnevernet for å forhindre nye overgrep mot barn. Ved mistanke om vold eller overgrep må man derfor samarbeide tverretattlig (Myhre, 2016) for å arbeide forebyggende og dermed forhindre videre helsesvikt. Helsepersonell oppgir at de ikke vet hvordan de skal rapportere mistanke om mishandling av barn (Elarousy & Abed, 2019; Lazenbatt & Freeman, 2006; Tingberg et al., 2008), og kan føle seg usikre og alene i sin mistanke (Rutgerson, 2013). Manglende kunnskap om prosedyrer for rapportering kan være et hinder for å melde fra ved mistanke.

I forskningen til Elarousy & Abed (2019) kommer det frem at noen sykepleiere lot være å varsle fordi det ikke ville ha noen rettslige følger å ikke varsle. I Norge, derimot, tilsier straffeloven § 196 at man kan straffes med bøter og opptil 1 års fengsel dersom man ikke overholder avvergningsplikten (Straffeloven, 2005). Det kan tenkes at sykepleiere i Norge kan la være å rapportere mistanke dersom de ikke har kunnskap om de juridiske konsekvensene av å ikke etterleve avvergningsplikten.

Akuttmedisinforskriften stiller krav til sykepleiere ved legevakt, og fastslår at helsepersonell skal ha gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Likevel tilsier egen erfaring fra klinikken at helsepersonell ved legevakt ikke alltid får tilstrekkelig opplæring, og at kravet til kurs om vold og overgrep ikke oppfylles. Forskning viser også at sykepleiere opplever et behov for bedre undervisning (Feng & Levine, 2005; Lazenbatt & Freeman, 2006; Tiyyagura et al., 2015). Utover det som fremgår av akuttmedisinforskriften, er det ikke per 2020 noen formelle krav til opplæring av sykepleiere i legevakt (Hansen & Hunskår, 2020b, s. 302).

### 5.1.2 Kunnskap om tegn på mishandling

For å arbeide kunnskapsbasert som sykepleier på legevakt må man ha et solid kunnskapsgrunnlag for de råd og tiltak man iverksetter (Graverholt et al., 2019, s. 182). Kunnskap om symptomer og behandling er grunnleggende for at sykepleier kan gjøre vurderinger og tiltak for å ivareta grunnleggende behov og være essensiell for ivaretagelse av pasientsikkerhet og kvalitet i pleien (Holter, 2019, s. 111-112). Forskning viser til at sykepleieres tro på at rapportering ved den minste mistanke bidrar til pasientsikkerhet, fører til økt oppdagelse av mishandling og rapportering (Tiyyagura et al., 2015). Det kan tenkes at manglende kunnskap kan hindre sykepleiers forebyggende funksjon, fordi hvis sykepleier ikke har kunnskap om helsesvikten, vil den ikke oppdages, og dermed kan den ikke forebygges. Det kan derfor ansees nødvendig med undervisning om kliniske tegn og symptomer på mishandling av barn for å sikre vern av barn. Forskningen understøtter dette; sykepleiere som har gjennomgått «child protection training» rapporterer i større grad mistanke (Fraser et al., 2010), og undervisning i tegn på mishandling gir større evne til å skille mellom påførte og uhellrelaterte skader (Lazenbatt & Freeman, 2006).

Forskning tyder likevel på at sykepleiere som jobber ved legevakt og akuttmottak ofte har liten og mangelfull kunnskap om tegn på barnemishandling og prosedyrer for varsling (Feng & Levine, 2005; Lazenbatt & Freeman, 2006; Tingberg et al., 2008; Tiyyagura et al., 2015). På en annen side viser forskning at sykepleiere er mer sikre og kunnskapsrike når det kommer til plikten til å rapportere visse former for mishandling, slik som fysisk og seksuell mishandling. De er mer usikre og har mindre kunnskap om andre typer, som emosjonell mishandling og neglekt (Fraser et al., 2010).

Noe forskning viser også til liten korrelasjon mellom helsepersonellens kunnskaper og grad av rapportering, men dette kan komme av at kunnskapsgrunnlaget for respondentene generelt var lav og det dermed ikke var mulig å undersøke (Ben Natan et al., 2012). Funnet kan likevel peke på at det er andre årsaker som fører til rapportering av mistenkt barnemishandling, og at økt kunnskap i seg selv ikke er nok for å styrke at sykepleier overholder sin lovpålagte meldeplikt.

Forskning viser at sykepleiere opplever å ikke ha nok kunnskap for å vurdere tegn på mishandling. Studien til Tiyyagura et al. (2015) trekker frem manglende evne hos helsepersonell til å gjenkjenne tegn på fysisk mishandling og neglekt som en barriere for

rapportering. Mange sykepleiere oppgir at de har latt være å rapportere mistenkte tilfeller av barnemishandling fordi de var usikre på om barnet faktisk var utsatt for vold eller neglekt (Elarousy & Abed, 2019; Lazenbatt & Freeman, 2006). Bekymring for å ta feil og dermed anklage foreldre uberettiget, basert på feil eller manglende kunnskap, hindrer sykepleiere i å rapportere ved mistanke (Lazenbatt & Freeman, 2006; Tiyyagura et al., 2015). Mangel på erfaring og undervisning gjør at helsepersonell kan ha vanskelig for å vurdere foreldrenes oppriktighet når de forklarer hendelsesforløpet (Lazenbatt & Freeman, 2006; Tingberg et al., 2008).

Barnemishandling kan påvirke barn i alle aldre. Desto yngre og dermed mer sårbart et barn er, desto høyere sannsynlighet er det for at en skade krever helsehjelp, noe som fører til en høyere sannsynlighet blant helsepersonell for at mishandling mistenkes (Louwers et al., 2011). Barnevoldutvalget fant at helsepersonell svikter i observasjonen av barns symptomer, og anser ofte ikke mishandling som en differensialdiagnose i vurderingen (NOU 2017: 12, s. 104). Det kan derfor være viktig at helsepersonell er klar over at risikoen for mishandling er tilstede blant alle barn som kommer inn på legevakten, slik at tilfeller hvor mishandling skjer ikke blir oversett dersom barnet er eldre og dermed ikke fremstår like sårbart.

Problemet med mange av symptomene mishandlede barn presenteres med, er at de kan være vanskelig å oppdage i en travel hverdag på legevakten. Det ikke er noen entydige symptomer, hvor kun mishandling kan mistenkes som årsak. Utsatte barn kan også kan være uten kliniske tegn på mishandling (Myhre, 2016, s. 102). De fysiske tegnene, som blåmerker eller sår- og hudskader, er lett observerbare for sykepleiere på legevakt (Louwers et al., 2011). Andre tegn kan være vanskeligere å fange opp, som atferdsvansker, gråt eller diffuse smerter fra mage eller bryst. Emosjonell eller seksuell mishandling, samt neglekt, er mer vanskelig å oppdage i en akutt setting, men krever også sykepleiers oppmerksomhet (Louwers et al., 2011).

Forskning viser også at sykepleiere er mindre tilbøyelig til å rapportere mistanke om saker som omhandler emosjonell mishandling og neglekt (Fraser et al., 2010). Det kan tenkes at sykepleier på legevakt overser de mer diffuse symptomene på mishandling, slik som mistriksel eller nedsatt utvikling fordi disse ikke er like fremtredende i det kliniske bildet, og krever en grundigere undersøkelse for å avdekke både symptomene og årsaken bak.



## 5.2 Holdninger og personlige egenskaper

En annen viktig faktor som påvirker identifisering og rapportering av mishandling av barn er sykepleierens holdninger og personlige egenskaper. Situasjoner hvor barn blir utsatt for omsorgssvikt kan påvirke følelsesmessig, hvilket fremmer subjektive reaksjoner som fører til feilvurderinger (Killén, 2012, s. 364). Helsepersonell kan utvikle en psykologisk forsvarsmekanisme som gjør dem ute av stand eller uvillige til å identifisere mishandling av barn (Tingberg et al., 2008). I sykepleieryrket med sine menneskelige relasjoner, er ferdigheter, kunnskap og holdninger flettet inn i den praktiske yrkesutøvelsen (Alvsvåg, 2019, s. 162). Faglig skjønn uttrykkes gjennom den vurderingsevnen sykepleier gjør i yrkesutøvelsen. Man inntar gjerne voksenperspektivet (Myhre, 2016, s. 115), og dette gjør det vanskelig å se situasjonen fra barnets side.

Forskningen understreker at sykepleiere må anerkjenne den emosjonelle reaksjonen som traumatiske opplevelser kan frembringe hos dem og effekten slike opplever kan ha på kolleger og en selv (Tingberg et al., 2008). De kompliserte følelsene situasjoner med barnemishandling frembringer hos sykepleier, når mishandleren er en omsorgsperson, kan vanskeliggjøre sykepleierens evne til å forholde seg profesjonell. Det kan derfor sees som mulig at den følelsesmessige påkjenningen i en slik situasjon, kan påvirke sykepleierens yrkesutøvelse.

Helsepersonellens oppfatning av foreldrene ut fra deres sosioøkonomiske status, utseende og utdanningsnivå kan også påvirke hvorvidt man mistenker mishandling (Tiyyagura et al., 2015). Ofte kan helsepersonell ha tiltro til foreldrenes fremstilling av hendelsesforløpet, eller vegre seg for å fornærme pårørende ved å antyde mistanke om mishandling (Grønseth & Markestad, 2019, s. 346-347). Når barnets omsorgspersoner fremstår hyggelige og forsiktige, har helsepersonell vanskeligere for å mistenke mishandling (Tingberg et al., 2008). Ofte kan sykepleiere ha både et ønske om og en tendens til å stole på at foreldrene gir en sann forklaring på barnets skader (Tiyyagura et al., 2015). Hjelpeapparatet fanger mye lettere opp barn som utsettes for mishandling, dersom det er risikofaktorer assosiert med familien, slik som psykisk sykdom eller rus (Myhre, 2016, s. 103). I situasjoner hvor familier tilsynelatende er velfungerende avdekkes ofte mishandlingen senere og hjelpeapparatet kan ha større vansker med å tro på barnet i slike tilfeller. Det kan dermed tenkes at den erfaringsbaserte kunnskapen til hver enkelt sykepleier vil avgjøre om mishandling blir oppdaget. Hvis

sykepleieren har erfaring med at omsorgspersoner som oppleves hyggelige, ikke utøver mishandling, vil det være vanskeligere å avdekke i slike tilfeller.

Forskning viser at helsepersonellens kulturelle bakgrunn hadde en innvirkning på å mistenke og rapportere barnemishandling (Ben Natan et al., 2012; Elarousy & Abed, 2019). Det påpekes at noen helsepersonell ser strengere på det med fysisk avstraffelse av barn enn andre, og at i noen kulturer er det å fysisk straffe barn en del av foreldrenes barneoppdragelse. Forskningen viser også at helsepersonell som har flere barn, har en større grad av rapportering (Ben Natan et al., 2012). Dette kan være grunnet den emosjonelle involveringen og tilknytningen man får som foreldre. Tiyyagura et al. (2015) og Fraser et al. (2010) fant også at å inneha en foreldrerolle øker sannsynligheten for å rapportere seksuelt misbruk av barn. Evnen til å innse alvorlighetsgraden ved emosjonell mishandling og neglekt øker også (Tiyyagura et al., 2015). Det kan altså tenkes at helsepersonellens forhold til utøvelse av foreldrerollen vil påvirke deres evne til å oppdage og rapportere mishandling.

Negative opplevelser etter rapportering gjør at sykepleiere lar være å rapportere. Dette kan være både negative opplevelser med barnevernet, selve rapporteringsprosessen, eller konsekvensene rapportering fikk for barnet og familien (Elarousy & Abed, 2019).

Helsepersonell som har en oppfatning om at rapportering vil føre til flere negative enn positive konsekvenser rapportere i mindre grad (Silva-Oliveira et al., 2020). Mange mener at involvering av barnevernet kan føre til vold og utagering mot barnet og en forstyrrelse av familiedynamikken (Alvarez et al., 2004). På den annen side sier forskningen at i de fleste tilfeller vil ikke mishandlingen mot barnet øke etter rapportering, hvis familien er involvert i rapporteringsprosessen (Alvarez et al., 2004).

Forskning viser at dersom helsepersonell har en positiv innstilling til rapportering, altså en følelse av profesjonelt ansvar om å rapportere, fører dette til høyere grad av faktisk rapportering (Ben Natan et al., 2012). Tiyyagura et al. (2015) bekrefter dette; positiv innstilling til rapportering fører til større sannsynlighet for å rapportere korrekt, og dessuten større forståelse av alvorlighetsgraden av mishandling. Jo sterkere personlig overbevisning helsepersonell hadde mot barnemishandling, desto sterkere var deres intensjon om å rapportere mishandlingen (Ben Natan et al., 2012). På en annen side påpeker forskningen også at helsepersonell hevder en større intensjon om å rapportere, enn det som faktisk forekommer (Ben Natan et al., 2012). Det kan derfor tenkes at en sykepleiers intensjon kan

være en barriere, ved at de overvurderer sin egen rapporteringsevne, men at rapporteringen ikke faktisk skjer i praksis.

Helsepersonells villighet til å involvere seg, viser seg også som en faktor som bidrar til at det varsles (Silva-Oliveira et al., 2020). En villighet til å potensielt måtte involveres mer i saken på senere tid, førte til større grad av rapportering. Det å måtte involvere seg på denne måten kan oppleves som vanskelig hvis helsepersonell vegrer seg for å rapportere i tilfelle de må være vitner i saker relatert til barnemishandling (Tiyyagura et al., 2015). Sykepleiere kan også ha høy risiko for å bli utsatt for vold på arbeidsplassen ettersom de har forlenget kontakt med omsorgspersoner i en stressende situasjon, og de er utsatte fordi de ofte jobber alene (Tingberg et al., 2008). Frykt for utagering eller vold fra omsorgspersonen kan også hindre sykepleiere i å stille kritiske spørsmål (Grønseth & Markestad, 2019, s. 346-347). Det kan dermed tenkes at sykepleiere ikke ønsker å se tegnene på mishandling, da dette vil føre til en ubehagelig konfrontasjon med foreldrene. Villighet til å rapportere ved mistanke beror altså på et personlig trekk ved den enkelte ansatte, og barnet vil dermed være prisgitt den individuelle sykepleierens villighet til å bidra. Personlige egenskaper hos helsepersonell kan altså være en barriere for oppdagelse og rapportering fordi det vil være tilfeldig om sykepleieren som undersøker barnet faktisk innehar denne villigheten.

Ulik erfaring, spesialisering og utdanning kan påvirke evnen til å oppdage mishandling, og villigheten til å rapportere. (Feng & Levine, 2005). Holdninger som oppstår gjennom opplæring og praksis kan påvirke, som vist av Feng og Levine, hvor pediatrike sykepleiere hadde mer positive holdninger til rapportering og følte mer sosialt press for å rapportere, mens psykiatrike sykepleiere rapporterte mindre alvorlige tilfeller av mishandling i større grad enn andre spesialiseringer. Uheldige variasjoner i kunnskapsbasert praksis fører til at helsepersonell som møter samme problemstilling, har ulik praksis for hvordan den løses (Graverholt et al., 2019, s. 183). Den erfaringsbaserte kunnskapen påvirkes av hvor en har hatt praksis og hvilke pasienter og kollegaer man har hatt (Nortvedt et al., 2021, s. 21). Dermed vil den samme forskningsbaserte kunnskapen kunne tolkes ulikt basert på hvilken praksis eller kontekst man jobber i. Dette kan føre til at det tas forskjellige avgjørelser.

### **5.2.1 Holdninger til barnevernet**

Å gjøre seg kjent med lokalt barnevern og politi vil være gunstig og senke terskelen for å ta kontakt og det er mulig for helsepersonell å diskutere saker anonymt med andre etater. Man

trenger kun en mistanke om overgrep for å sende bekymringsmelding til barnevernet (Myhre, 2016, s. 115). Mangelfull forståelse av barnevernets ansvar kan hindre rapportering.

Tiyyagura et al. (2015) presiserer at det er viktig for sykepleiere å ha en forståelse av de mange ulike rollene barnevernet kan ha i en families liv, og at melding til barnevernet kan føre til hjelp og ressurser for familien. Alvarez et al. (2004) understreker at målet med å varsle barnevernet er å beskytte barnet fra videre skade, men også å hjelpe omsorgspersonene. Å støtte foreldrene i en slik situasjon er en del av sykepleiers ansvar, men kan oppleves som emosjonelt krevende, da negative følelser rettet mot foreldrene skaper emosjonell ambivalens (Tingberg et al., 2008). Helsepersonell opplever det som alvorlig å skulle kontakte barnevernet eller politiet og i frykt for å ta feil, og kan miste fokuset på hva som er til barnets beste. Konsekvensen blir at overgrepene fortsetter (Myhre, 2016, s. 114).

I barnevoldutvalget ble det påpekt flere tilfeller hvor barneverntjenesten, etter å ha mottatt en bekymringsmelding om et utsatt barn, ikke satte i gang grundigere samtaler med barnet eller observasjon av barnets fysiske tilstand. De så også tilfeller hvor undersøkelsen bestod av en samtale med foreldrene og at saken ble henlagt på bakgrunn av foreldrenes forklaring om at alt var i orden (NOU 2017: 12, s. 49). Det kan tenkes at dette kan føre til negative holdninger til barnevernet hos helsepersonell, som vil forhindre rapportering. Forskningen til Lazenbatt og Freeman (2006) og Silva-Oliveira et al. (2020) understøtter at forutinntatte meninger om barnevernet kan være en barriere for rapportering. Fraser et al. (2010) påpeker at samlet sett indikerer funnene at evnen til å skjønne omfanget av mishandlingen av barnet, og dermed rapportering, er påvirket av negative holdninger som å ikke ha tro på barnevernet.

Barnevoldutvalget fant også at ansatte i helsevesenet syntes det var vanskelig å samarbeide med barnevernet, at informasjonen var enveis og at de ikke fikk noen informasjon om hvordan saken ble behandlet videre etter en bekymringsmelding ble sendt (NOU 2017: 12, s. 104). I forskningen til Tiyyagura et al. (2015) kommer det også frem at sykepleiere savnet tilbakemelding på bekymringsmeldinger. På en annen side påpeker barnevoldutvalget at informasjonen helsepersonell oversender barnevernet kan være lite utfyllende, med begrenset grad av vurdering og informasjon om barnets situasjon (NOU 2017: 12, s. 104). Mangel på grundig informasjon førte til at barneverntjenesten hadde manglende mulighet til å vurdere bekymringsmeldingen tilstrekkelig. Det er derfor nærliggende å tro at det oppstår en ond sirkel, hvor manglende informasjon fra helsepersonell til barnevernet fører til at de ikke får utrettet noe. Dette vil igjen kunne påvirke helsepersonellens oppfatning av

barnevernstjenesten, og dermed hindre at helsepersonell rapporterer mistanke om mishandling.

### **5.3 Legevakt som arbeidsarena**

Helsepersonellovens forsvarlighetskrav setter krav til å innhente tilstrekkelige opplysninger fra og om pasienten før det gis helsehjelp (Helsedirektoratet, 2018, avsn. 2).

Barnevoldsutvalget påpeker også at det er nødvendig for helsepersonell å ha tilstrekkelig informasjon om barnet og at informasjonen er lett tilgjengelig, for å være i stand til å avdekke mishandling mot barn (NOU 2017: 12, s. 104). Likevel oppgir sykepleiere at stor arbeidsmengde og dårlig tid på legevakten gjør det vanskelig å utføre grundig undersøkelse og ta seg god nok tid til pasienten (Xu et al., 2019; Grahn et al., 2016). Høyt pasienttrykk og variert grad av alvorlighetsgrad og skadeomfang gjør det vanskelig å ha en rolig diskusjon med foreldre om mistanke (Louwers et al., 2012). Rapporteringsprosessen i seg selv blir sett på som avskrekkede fordi den er tidkrevende å gjennomføre mens man er i en travel setting (Tiyyagura et al., 2015).

For å sikre kvalitet i helsetjenesten, bør tjenestene være samordnet og preget av kontinuitet (Nortvedt et al., 2021, s. 23) Manglende kontinuitet og ufullstendig pasienthistorie oppgis i forskningen som årsaker til at ansatte i en klinisk akutt setting ikke oppdager barnemishandling. Det å ha lite kjennskap til pasienten og være under sterkt tidspress, kan føre til at situasjoner hvor barn presenterer med mistenkt mishandling, oversees eller minimeres (Tiyyagura et al., 2015). Barn kan ha vært gjennom flere ulike deler av helsetjenesten, og helsepersonell i de ulike instansene har ikke nødvendigvis innsyn i hverandres journaler om barnet (NOU 2017: 12, s. 103-104). Dersom denne informasjonen har blitt sett i sammenheng hadde det kanskje ført til bekymring og forhåpentligvis handling av helsepersonellet.

I en travel arbeidshverdag er det ikke alltid like lett å utøve faglig skjønn og omsorg, særlig dersom rammene for å realisere omsorg ikke er tilstede (Alvsvåg, 2019, s. 161). Et godt faglig skjønn uttrykkes i en god og riktig handling, tilpasset situasjonen, ressursene og tiden man har (Alvsvåg, 2019, s. 167). For å sørge for kvalitet i helsetjenesten må arbeidsstedets ressurser utnyttes på en god måte (Nortvedt et al., 2021, s. 23). Kunnskapsbasert praksis fordrer at man tar hensyn til konteksten praksisen utføres i. Kontekst kan omhandle blant annet ressurser. Mangel på tilstrekkelige ressurser kan være en barriere for å skape god relasjon med

pasienten. Mengden pasienter og mangelen på helsepersonell hindrer sykepleieren i å utøve god pleie (Grahn et al., 2016).

Forsvarlighetskravet forutsetter at sykepleier innhenter hjelp ved behov (Helsepersonelloven, 1999). Kunnskapsbasert praksis forutsetter at man baserer seg på blant annet erfaringsbasert kunnskap. I en situasjon hvor man ikke har nok kunnskap til å handle forsvarlig, kan det være nyttig å diskutere situasjonen med kollegaer (Tiyyagura et al., 2015; Xu et al., 2019) for å benytte seg av deres erfaring. Å diskutere med kolleger for grunnlag i fagutøvelsen er en del av hvordan man jobber kunnskapsbasert (Nortvedt et al., 2021, s. 23). Likevel opplever sykepleiere at det er lite variert kompetanse blant personell på legevakten, og dette oppleves som en stressinduserende faktor (Xu et al., 2019). Det kan dermed være nærliggende å tro at sykepleier i en situasjon hvor det mistenkes mishandling, vil være avhengig av at det er andre kolleger på arbeidsstedet med mer erfaring eller ekspertise på området, for å kunne ha nytte av deres erfaringskunnskap. I de tilfellene hvor denne kompetansen ikke er tilgjengelig kan sykepleieres yrkesutøvelse påvirkes negativt.

Forsvarlighetskravet innebærer også en plikt til å opptre i samsvar med nasjonale veiledere og retningslinjer (Helsedirektoratet, 2018, avsn. 2). Sykepleiere har et personlig ansvar for å holde seg faglig oppdatert jamfør yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019). Det kan derfor tenkes at sykepleier ved legevakt må ha oversikt over gjeldende retningslinjer og prosedyrer på avdelingen for å kunne utføre forsvarlig sykepleie til barn som er utsatt for mishandling. På den annen side har også avdelingen et ansvar for å tilrettelegge for at de ansatte kan utøve forsvarlig pleie (Helsepersonelloven, 1999). Likevel oppgir helsepersonell at mangel på protokoller og veiledere er en barriere for rapportering (Tingberg et al., 2008). Helsepersonell opplever at de ikke kjenner til prosedyrer for rapportering og at de ikke vet hvem de skal rapportere til (Lazenbatt & Freeman, 2006). En følelse av kontroll gjennom forståelse av strukturerte protokoller ved arbeidsstedet, fører til høyere rapportering blant sykepleiere (Ben Natan et al., 2012).

Forskning tyder på at en annen barriere for identifisering og rapportering av barnemishandling på legevakt er mangel på standardiserte screeningverktøy. Screening for mishandling øker oppdagelse (Louwers et al., 2012), og fører til at helsepersonell blir mer bevisst på tegn og symptomer. Likevel påpekes det i forskningen at å screene for mishandling ikke er en del av retningslinjene i mange land, og at sjekklisten benyttes oftere hos yngre barn enn eldre

(Louwers et al., 2011). Implementeringen av et strukturert screeningverktøy øker situasjonsforståelse rundt barnemishandling og kan resultere i en økt oppdagelse i saker hvor man mistenker barnemishandling (Louwers et al., 2011). Det kan diskutere om det er verktøyet i seg selv som fører til økt rapportering eller om verktøyet fungerer som en påminnelse om å mistenke barnemishandling når man møter barn på legevakten.

På en annen side vil økt sensitivitet for oppdagelsen av barnemishandling føre til mindre spesifisitet og nøyaktighet rundt hver hendelse (Louwers et al., 2011). Det kan likevel tenkes at screeningverktøy ikke nødvendigvis vil fange opp alle barn som er utsatt for mishandling, da noen presenterer uten typiske symptomer. Det kan derfor være nærliggende å tro at bruk av en sjekklister kan hindre sykepleiers identifisering av barn som utsettes for mishandling, om barnet ikke oppfyller kriteriene i screeningsverktøyet.

## 6 Avslutning

Å identifisere mishandling av barn på legevakt er en sammensatt prosess. Det er flere barrierer som hindrer sykepleier i å oppdage og rapportere ved mistanke om mishandling. Oppgaven trekker frem tre hovedbarrierer; manglende kunnskap, holdninger og personlige egenskaper og legevakten som arbeidsarena. Sykepleiers juridiske og yrkesetiske ansvar omfatter forsvarlighetskrav og opplysningsplikt, men forskning viser at sykepleiere har manglende kunnskaper om disse kravene. Denne manglende kunnskapen hindrer sykepleier i å oppdage og rapportere mistenkte tilfeller. Barn som blir utsatt for mishandling kan ha et sammensatt symptom-bilde. Dette vanskeliggjør identifisering fordi det ikke er noen entydige tegn. En barriere for oppdagelse er sykepleierens mangel på kunnskap om symptomer og tegn hos barn som opplever mishandling. Dette fører til usikkerhet og dermed nøler sykepleiere med å varsle.

Sykepleierens holdninger og personlige egenskaper kan også skape barrierer for identifisering. Den emosjonelle påkjenning som oppstår ved mistanke om barnemishandling kan påvirke sykepleierens yrkesutøvelse. Sykepleiers oppfatning av omsorgspersonene kan regnes som en barriere for oppdagelse. Kulturell bakgrunn og foreldrerollen kan også påvirke hvorvidt sykepleier oppdager og rapporterer. Negative innstillinger til barnevernet og til rapporteringsprosessen viser seg som barrierer. Dessuten vil sykepleierens villighet til å involvere seg i situasjonen kunne hindre eller bidra til rapportering.

Legevakten som kontekst påvirker arbeidshverdagen og er en barriere for identifisering av mishandling. Dårlig tid, manglende kompetanse og høyt pasienttrykk gjør det vanskelig for sykepleier å innhente tilstrekkelig informasjon og gjøre en grundig nok vurdering av barnet. Manglende kontinuitet og liten variert kompetanse og dermed erfaringskunnskap, er faktorer som vanskeliggjør arbeidet med barn på legevakt. Mangel på standardiserte screeningverktøy kommer også frem i forskningen som en barriere for identifisering av mishandling.



## Referanseliste

- Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* (FOR-2015-03-20-231). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Alvarez, K., Kenny, M. C., Donohue, B. & Carpin, K. M. (2004). Why are professionals failing to initiate mandated reports of child maltreatment, and are there any empirically based training programs to assist professionals in the reporting process? *Aggression and Violent Behavior*, 9(5), 563-578.  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.07.001>
- Alvsvåg, H. (2019). Faglig skjønn og omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken: Bd. 1. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 156-178). Cappelen Damm Akademisk.
- Andersland, G. K. & Mevik, K. (2016). Barn rettsvern ved mistanke og avdekking av vold – Er lovverket godt nok?. I K. Mevik, O. G. Lillevik & O. Edvardsen (Red.), *Vold mot barn: Teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger* (s. 38-51). Gyldendal akademisk.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2019, 29. april). *Regelverk*.  
[https://www.bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/etterlatte\\_barn/Regelverk/](https://www.bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/etterlatte_barn/Regelverk/)
- Ben Natan, M., Faour, C., Naamhah, S., Grinberg, K. & Klein-Kremer, A. (2012). Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. *International Nursing Review*, 59(3), 331-337. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.00988.x>
- Bondevik, G. T. (2020). Norsk legevaktarbeid i et internasjonalt perspektiv. I E. H. Hansen & S. Hunskaar (Red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (2. utg., s. 33-53). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.

- Elarousy, W. & Abed, S. (2019). Barriers that inhibit reporting suspected cases of child abuse and neglect among nurses in a public hospital, Jeddah, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 25(6), 413-421. <https://doi.org/10.26719/emhj.18.055>
- Feng, J.-Y. & Levine, M. (2005). Factors associated with nurses' intention to report child abuse: A National survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse and Neglect*, 29(7), 783-795. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.006>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015>
- Grahn, M., Olsson, E. & Mansson, M. E. (2016). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 284-292. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.016>
- Graverholt, B., Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. W. (2019). Kunnskapsbasert praksis. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken: Bd. 1. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 179-192). Cappelen Damm Akademisk.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2019). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Fagbokforlaget.
- Gustavsen, L. M & Nesvold, H. M. F. (2020). Volds- og overgrepssatte. I E. H. Hansen & S. Hunskår (Red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (2. utg., s. 273-282). Gyldendal Norsk Forlag.
- Hansen, E. H. & Hunskår, S. (2020a). Medisin og sykepleie i legevakt: Egenart og samarbeid. I E. H. Hansen & S. Hunskår (Red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (2. utg., s. 61-66). Gyldendal Norsk Forlag.
- Hansen, E. H. & Hunskår, S. (2020b). Opplæring og kompetanseutvikling. I E. H. Hansen & S. Hunskår (Red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (2. utg.,

s. 300-306). Gyldendal Norsk Forlag.

Helsedirektoratet. (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer*. [Rundskriv].

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

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Akuttmedisinforskriften* (Nr. I-1/15). [Rundskriv].  
Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/akuttmedisinforskriften/id2409330/>

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

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

Holter, I. M. (2019). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken: Bd. 1. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 107-118). Cappelen Damm Akademisk.

Killén, K. (2012). *Sveket I: Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner* (4. utg.).  
Kommuneforlaget.

Kloppen, K., Mæhle, M., Kvello, Ø., Haugland, S. & Breivik, K. (2015). Prevalence of Intrafamilial Child Maltreatment in the Nordic Countries: A Review. *Child Abuse Review*, 24(1), 51-66. <https://doi.org/10.1002/car.2324>

Köpp, U. M. S., Myhre, A., Stray-Pedersen, A., Myhre, M., Killén, K. & Stensland, S. Ø. (2020). *Pediatriveiledere: Vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt som årsak til skade, helseplager og sykdom*. Helsebiblioteket.  
<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5975&key=267884>

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bd. 1. Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 193-265). Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bd. 1. Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 15-28). Gyldendal Akademisk.
- Kvam, M. (2014, 11. februar). *Beinbrudd hos barn – mishandling?* Norsk Helseinformatikk. <https://nhi.no/familie/barn/beinbrudd-hos-barn-tegn-pa-mishandling/>
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lazenbatt, A. & Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 227-236. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x>
- Louwers, E. C. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., de Koning, H. J. & Moll, H. A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC pediatrics*, 12, Artikkel 167. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-167>
- Louwers, E. C. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J. H., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moulaert, F. A. S. R., Woltering, C. M. C., Jongejan, M. H. T. M., Ruige, M., Moll, H. A. & de Koning, H. J. (2011). Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study. *Archives of Disease in Childhood*, 96(5), 422-425. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.202358>
- Menneskerettsloven. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett* (LOV-1999-05-21-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30>
- Myhre, A. K. (2016). Hvordan se det vi ikke ønsker å se – Fysiske og psykososiale symptomer. I K. Mevik, O. G. Lillevik & O. Edvardsen (Red.), *Vold mot barn: Teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger* (s. 100-116). Gyldendal akademisk
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2018). *Veileder for helse- og*

*omsorgstjenestene arbeid med vold i nære relasjoner.*

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

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bd. 1, s. 17-39). Gyldendal Akademisk.

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. utgave. Cappelen Damm Akademisk.

NOU 2017: 12. (2017). *Svik og sviktet: Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvik*. Barne- og likestillingsdepartementet.

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

Nyfløt, H. (2012, 23. mars). Han kom blåslått fra sykehuset. Det er noe av det verste jeg har sett. *Dagbladet, Nyheter*. <https://www.dagbladet.no/nyheter/han-kom-blaslatt-fra-sykehuset-det-er-noe-av-det-verste-jeg-har-sett/63408253>

Pabiś, M., Wrońska, I., Slusarska, B. & Cuber, T. (2010). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 384-393.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x>

Reneflot, A. (2019). *Vold og seksuelle overgrep*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/>

Rutgerson, K. (2013). Hjelp til å avdekke omsorgssvikt og mishandling av barn. *Sykepleien forskning*, 8(4), 376-378. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0169>

Schau, M. S. (2021, 13. januar). I dag ville vi nok ikke slått oss til ro med mors forklaring. *NRK, Vestfold og Telemark*. <https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/-i-dag-ville-vi-nok-ikke-slatt-oss-til-ro-med-mors-forklaring-1.15317235>

- Silva-Oliveira, F., Ferreira, R. C., Alencar, G. P., Ferreira, E. F. & Zarzar, P. M. (2020). Reporting of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals and associated factors. *Child Abuse & Neglect*, 107, Artikkel 104571. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104571>
- Statistisk sentralbyrå. (2018). *8100 barn under 15 år blant seksual- og voldsofre*. [Statistikk]. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/8100-barn-under-15-ar-blant-seksual-og-voldsofrene>
- Stensland, P. & Hunskår, S. (2020). Barn. I E. H. Hansen & S. Hunskår (Red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (2. utg., s. 248-256). Gyldendal Norsk Forlag.
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>
- Thideman, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget
- Tingberg, B., Bredlöv, B. & Ygge, B.-M. (2008). Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2718-2724. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x>
- Thorvaldsen, I. R. & Kirchhoff, J. W. (2017). Se tegnene på omsorgssvikt! *Sykepleien* 105(1), 50-53. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59740>
- Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A. & Bechtel, K. (2015). Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*, 66(5), 447-454. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020>
- World Health Organization (2020, 8. juni). *Child maltreatment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Xu, H. G., Johnston, A. N. B., Greenslade, J. H., Wallis, M., Elder, E., Abraham, L., Thom, O., Carlström, E. & Crilly, J. (2019). Stressors and coping strategies of emergency department nurses and doctors: A cross sectional study. *Australasian Emergency Care*, 22(3), 180-186. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.10.005>

## Vedlegg 1

<b>Population/problem</b>	Child Children Kids Pre-adolescent
<b>Issue</b>	Abuse CAN (Child Abuse and Neglect) Child abuse Child maltreatment Maltreatment Neglect
<b>Context</b>	Acute After-hours care Emergency department (ED) Emergency room (ER) Emergency services Nurse/nurses
<b>Outcome</b>	Barrier/barriers Detect Discovery Discover Experience Factors Report Recognize Uncover