



Masteroppgave

Masterstudie i barnesykepleie kull 2020
Mai 2022

Undervisningsprogram om barnemishandling
for helsepersonell

Kandidatnavn: Thérèse Myhre Dupuy & Martine Charlotte Gabor

Emnekode: MBARN5900

Antall ord: 17 533

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

FORORD

Tema i masteroppgaven er barnemishandling. Det er et sensitivt og komplekst fagområde som vi begge brenner for og som vi har ønsket mer kunnskap om. Vårt håp er at vi med dette undervisningsprogrammet klarer å fremme kompetansen og kunnskap om barnemishandling, slik at utsatte barn oppdages.

Masterarbeidet har først og fremst vært veldig lærerikt. Vi har til tider følt på en oppgitthet og kjent hvor strevsom prosessen mot en ferdig oppgave har vært. Frustrasjonen er et tilbaketrukket kapittel, nå som masterarbeidet er ferdig og levert.

En stor takk til Mary Jo Vollmer-Sandholm, Arne Stray-Pedersen, Julie Leivestad og Tone Merete Molde for faglige diskusjoner og samarbeid gjennom prosjektoppgaven, dere har vært gull verdt.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder Nina M. Kynø som har vært fleksibel og tilgjengelig for veiledning både på universitetet, på teams, samt epost og telefon. Det har til tider vært vanskelig å forstå hva som kreves for å komme i mål med arbeidet, men med god hjelp fra vår veileder har vi fått forståelse og et spark i baken for å komme oss videre.

Vi ønsker også å takke våre ledere Margrethe J. Solbraa-Bay og Kristian Kolstad Kjærnes for å tilrettelegge slik at vi fikk lønnet permisjon for å skrive oppgaven, og en ekstra takk til sistnevnte for at vi fikk gjennomført pilotundervisning på avdelingens fagdager. Takk til de ansatte på avdelingen som tok seg tid til å evaluere undervisningsprogrammet med gode tilbakemeldinger.

Sist, men ikke minst, takk til venner og familie som har lest gjennom oppgaven og kommet med konstruktive tilbakemeldinger, særlig stor takk til Berit Myhre Dupuy og Nora Vinsand. Og til Sigurd Aspaas – tusen takk for støtten og tålmodigheten.

Oslo, 16. Mai 2022

Thérèse Myhre Dupuy & Martine Charlotte Gabor

Dato: 16 mai 2022

Tittel: Undervisningsprogram om barnemishandling for helsepersonell

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Om lag én av 20 barn vokser opp under forhold preget av barnemishandling. Likevel rapporterer sykepleiere og annet helsepersonell at de sjeldent eller aldri har sendt en bekymringsmelding til barnevernet. For å oppdage disse barna trengs det kunnskap, kompetanse og erfaring.

Helseutfordringene barnemishandling kan føre til gir konsekvenser for barnet selv, familien og samfunnet generelt. Helsepersonell har et stort ansvar i å oppdage barn som utsettes for barnemishandling, og er lovpålagt å melde til barnevernet dersom det foreligger grunn til å tro at barnet er utsatt for barnemishandling. Barnesykepleiere skal ha tilstrekkelig kompetanse til å oppdage barn utsatt for barnemishandling, og til å kunne gjøre systematiske observasjoner av atferd, kroppslige tegn og reaksjoner. Barnesykepleiere vil på bakgrunn av denne spesialkompetansen være etterspurte undervisere, og har også ansvar for å videreformidle dette gjennom undervisning og kvalitetsutvikling. Undervisning basert på oppdatert forskning om barnemishandling kan bidra med å øke helsepersonellens kunnskap og kompetanse.

Metode

Kvalitetsforbedringsarbeidet tar utgangspunkt i modellen for kvalitetsforbedring. Undervisningsprogrammet er laget ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen.

Resultater

Masterarbeidet er et kunnskapsbasert undervisningsprogram. Det er gjennomført pilotutprøving på hele programmet.

Konklusjon

Undervisningsprogram er en form for kvalitetsforbedringsarbeid som er aktuell å bruke for å heve kunnskap og kompetanse blant helsepersonell og derved styrke pasientsikkerheten.

Nøkkelord: Barnemishandling, omsorgssvikt, fysisk mishandling, psykisk mishandling, seksuelle overgrep, barnesykepleier, barn, undervisningsprogram, didaktikk, kvalitetsforbedring, kvalitetsforbedringsarbeid

Date: 16 mai 2022

Title: Educational program on child abuse for health professionals

ABSTRACT

Background

About 1 in 20 children grow up in circumstances plagued by child abuse. However, nurses and other health professionals report that they rarely or never have reported a concern to The Norwegian Child Welfare Services. Knowledge, competence, and experience is required to recognize these children.

Child abuse may result in a series of consequences, including health challenges for the child and family as well as society in general. Healthcare personnel bear significant responsibility in detecting children who are exposed to child abuse and are furthermore bound by law to report to The Norwegian Child Welfare Services if there is cause for concern. Pediatric nurses should have knowledge regarding signs of abuse, including behavior in children and caregivers, physical signs, and other reactions to being exposed to child abuse. On the basis of this special competence, pediatric nurses should be responsible for communicating this competence through teaching and quality development. Evidence-based educational programs can increase and improve healthcare personnel's knowledge and competence.

Method

The master's thesis is a quality improvement work established on the "Model for quality improvement". The program has been designed by using the "Didactic relationship model".

Results

This master's thesis is an evidence-based educational program. Pilot trials have been conducted.

Conclusion

Education is necessary for competence expansion, enhancing the quality of healthcare and thereby strengthen patient safety

Key Words: Child abuse, neglect, physical abuse, mental abuse, sexual abuse, pediatric nurse, children, teaching program, didactics, quality improvement, quality improvement work

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BEHOV FOR KVALITETSARBEID	2
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	2
1.3 OPPGAVENS AVGRENSNING	3
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING	3
2.0 BARNEMISHANDLING	4
2.1 ULIKE FORMER FOR BARNEMISHANDLING	5
2.2 RISIKOFAKTORER	6
2.3 BESKYTTELSESAKTORER	6
2.4 TEGN	8
2.5 BARNESYKEPLEIERENS FUNKSJON OG ANSVAR VED BEKYMNING FOR BARNEMISHANDLING	8
3.0 KVALITETSARBEID	10
3.1 KVALITETSFORBEDRING OG KVALITETSFORBEDRINGSARBEID	11
3.2 KUNNSKAPSSENTERETS MODELL FOR KVALITETSFORBEDRING	12
3.3 UNDERVISNING SOM KVALITETSFORBEDRINGSMETODE	15
3.4 DEN DIDAKTISKE RELASJONSMODELL	15
3.5 BARNESYKEPLEIERENS FUNKSJON OG ANSVAR FOR KVALITETSARBEID	17
3.6 BARNESYKEPLEIERENS PEDAGOGISKE FUNKSJON	17
4.0 KUNNSKAPSSØK OG KILDEKRITIKK	19
4.1 KUNNSKAPSSØK	19
4.1.1 <i>Forskningskunnskap</i>	19
4.1.2 <i>Forskningskunnskap: didaktikk søkeprosess</i>	27
4.1.3 <i>Erfaringskunnskap</i>	27
4.1.4 <i>Pasientkunnskap</i>	29
4.1.5 <i>Sekundærlitteratur</i>	30
4.2 KILDEKRITIKK	31
4.2.1 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	33
5.0 UTARBEIDELSE AV UNDERVISNINGSPROGRAM OM BARN UTSATT FOR BARNEMISHANDLING	34
5.1 DELTAKERNES LÆREFORUTSETNINGER	34
5.2 RAMMEFAKTORER	35
5.2.1 <i>Ytre rammefaktorer</i>	35
5.2.2 <i>Indre rammefaktorer</i>	38
5.3 MÅLET MED UNDERVISNINGSPROGRAMMET	38
5.3.1 <i>Kunnskapsmål</i>	39
5.3.2 <i>Ferdighetsmål</i>	39
5.3.3 <i>Holdningsmål</i>	40
5.4 LÆREPROSESSEN	40
5.4.1 <i>Undervisningsprinsipper</i>	43
5.5 UNDERVISNINGENS INNHOLD	45
5.5.1 <i>Introduksjon til undervisningsprogrammet</i>	46
5.5.2 <i>Kasuistikker</i>	47
5.5.3 <i>Lovverk</i>	49
5.5.4 <i>Omfanget av barnemishandling</i>	50
5.5.5 <i>Ulike former for barnemishandling og respektive tegn</i>	52

5.5.6	Konsekvenser	60
5.5.7	Risikofaktorer.....	64
5.5.8	Beskyttelsesfaktorer.....	66
5.5.9	Hvordan skrive bekymringsmelding.....	68
5.5.10	Kasusdiskusjon	69
5.5.11	«Take home messages»	70
5.5.12	Viktige nummer.....	71
5.6	EVALUERING	71
6.0	PRESENTASJON AV UNDERVISNINGSPROGRAMMET	73
7.0	EVALUERING AV UNDERVISNINGSPROGRAMMET	119
7.1	DELTAKERNES LÆREFORUTSETNINGER	119
7.2	AKTUELLE RAMMEFAKTORER	120
7.3	MÅLET MED UNDERVISNINGSPROGRAMMET.....	120
7.4	UNDERVISNINGENS INNHOLD	121
7.5	LÆREPROSSEN	121
7.6	EVALUERING AV PILOTUTPRØVINGEN	121
8.0	KONKLUSJON	122
	LITTERATURLISTE.....	123
	VEDLEGG	131
	<i>Vedlegg 1 – Ledelsesforankring</i>	<i>131</i>
	<i>Vedlegg 2 – Evalueringsskjema.....</i>	<i>133</i>
	<i>Vedlegg 3 – Søkehistorikk didaktikk.....</i>	<i>134</i>
	<i>Vedlegg 4 – Sjekkliste UpToDate</i>	<i>140</i>
	<i>Vedlegg 5 – Sjekkliste BMJ.....</i>	<i>141</i>
	<i>Vedlegg 6 – Sjekkliste NEL.....</i>	<i>142</i>
	<i>Vedlegg 7 – Sjekkliste retningslinje NKVTS</i>	<i>143</i>
	<i>Vedlegg 8 – Sjekkliste litteraturgjennomgang og oversiktsartikkel/metaanalyse.....</i>	<i>145</i>
	<i>Vedlegg 9 – Tillatelse «Tegnehanne»</i>	<i>146</i>
	<i>Vedlegg 10 - Resultater Mentimeter.....</i>	<i>147</i>
	<i>Vedlegg 11 – Tillatelse film «Pappa».....</i>	<i>156</i>
	<i>Vedlegg 12 – Tillatelse barnetegning Aasland.....</i>	<i>157</i>

1.0 INNLEDNING

Barn har grunnleggende rettigheter etter FNs konvensjon om barnets rettigheter, den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) og Norges Grunnlov. I tillegg er det verdt å nevne Lanzarotekonvensjonen, som er Europarådets konvensjon om beskyttelse av barn mot seksuelt misbruk, som trådte i kraft for Norge i 2018.

Ifølge barneloven § 30 (1981) skal ikke barn utsettes for vold eller bli behandlet slik at den fysiske eller psykiske helsen utsettes for skade eller fare. Barnemishandling skjer i alle land og familier uavhengig av sosial klasse, etnisitet eller religiøs tilknytning (NOU 2017:12, s. 27) og oppdages ofte for sent (Helsedirektoratet, 2018, s. 6). Om lag én av 20 barn vokser opp under forhold preget av barnemishandling og omfanget har vært stabilt over tid (Reneflot et al., 2020).

På verdensbasis anslås det at cirka en milliard barn utsettes for vold og overgrep hvert år (Hillis et al., 2016). Barnemishandling er en av de største truslene mot folkehelsen (NOU 2017:12, s. 27; Myhre et al., 2015). Mishandling kan ha konsekvenser for barns fysiske, kognitive, nevrologiske, emosjonelle og sosiale utvikling (Harper & Foell, 2021; NOU 2017:12, s. 36; Myhre et al., 2015, s. 36-38). Nyere studier viser at barn utsatt for mishandling har helseutfordringer som angst, depresjon, hodepine, kvalme og smerter i kroppen. Flere har også et høyere skolefravær, søvnvansker og er tilsynelatende mindre tilfreds med livet (Hafstad & Augusti, 2019, s. 116; Justis- og beredskapsdepartement, 2021, s. 17). Mennesker utsatt for mishandling i barndommen har høyere risiko for utvikling av: hjerte- og karsykdom, kronisk lungesykdom, fedme og kreft. I tillegg har de gjennomsnittlig en kortere forventet levetid (Harper & Foell, 2021). Dersom barnemishandling oppdages tidlig, vil det kunne redusere barnets risiko for å utvikle helseproblemer og ha en positiv innvirkning på barnets utvikling og fremtid ved at tiltak kan iverksettes (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 70). I løpet av 2020 hadde barnevernet 52 862 barn og unge med barnevernstiltak (hjelpetiltak og omsorgstiltak) (Statistisk sentralbyrå, 2021). Kunnskap om barnemishandling er derfor viktig for å avdekke bekymringsfulle forhold ved barn og deres omsorgspersoner.

1.1 Behov for kvalitetsarbeid

I henhold til helsepersonelloven § 33 (1999) skal «den som yter helsehjelp for barn være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten». Regjeringens opptrappingsplan mot vold og overgrep slår fast at det trengs økt kompetanse i alle offentlige sektorer for å sikre at vold blir oppdaget tidlig og stoppet (Prop. 121 S. (2016-2017)).

Å oppdage hvilke barn som er utsatt for mishandling, viser seg å være utfordrende for helsepersonell (Vollmer-Sandholm et al., 2021). Det kreves kunnskap, kompetanse og bred erfaring. Helsemyndighetene har som mål å standardisere helsehjelpen for å redusere uønsket variasjon. Metoder som trekkes fram er å utvikle og ta i bruk faglige retningslinjer, prosedyrer og protokoller (Stubberud, 2018, s. 54-55). Disse benyttes av dagens helsevesen, men er svært omfattende og lite anvendbare i praksis. Eksisterende fagprosedyrer på Oslo Universitetssykehus (OUS) ble sist oppdatert i 2015 (OUS, 2015a, b, c & d).

På bakgrunn av dette velger kandidatene å utarbeide et kvalitetsforbedringsarbeid i form av et undervisningsprogram. Denne metoden skal sørge for at helsepersonell tilegner seg kunnskap som er vesentlig for å oppdage hvilke barn som er utsatt for mishandling. Hensikten med undervisningsprogrammet er å heve kvaliteten og bedre pasientsikkerheten, samt sikre at helsepersonell kan skrive bekymringsmelding og melde bekymring til rett instans. Dette er i tråd med føringer fra regjeringen, om å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte (Meld. St. 7 (2019-2020)).

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av behovet for kvalitetsarbeidet er følgende problemstilling laget:

Utvikling av et undervisningsprogram om barnemishandling for helsepersonell.

1.3 Oppgavens avgrensning

Denne masteroppgaven skal vektlegge barnesykepleierens funksjon og ansvarsområder samt kunnskapsbehovet for å oppdage barn som er utsatt for barnemishandling. Barns utviklingsmilepæler og barnevernets utredning vil ikke utdypes videre. Målgruppen for undervisningsprogrammet er helsepersonell som barnesykepleiere, sykepleiere, barnepleiere og helsefagarbeidere ved barneavdelinger. Helsepersonell som leger, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, psykologer og radiografer vil ikke være en del av målgruppen i denne sammenhengen, men kan likevel ha nytte av undervisningsprogrammet. Undervisningsprogrammet krever ingen forkunnskaper fra deltakerne.

1.4 Oppgavens oppbygging

I kapittel 1 redegjøres det for oppgavens tema og problemstilling. I tillegg synliggjøres behovet for et undervisningsprogram. I kapittel 2 presenteres teori om barnemishandling samt barnesykepleierens funksjon og ansvar for å oppdage barna som er utsatt for mishandling. I kapittel 3 presenteres ulike modeller innen kvalitetsarbeid, og den valgte modellen utdypes. Barnesykepleierens funksjon og ansvarsområder samt pedagogiske funksjon beskrives. Modellen for kvalitetsarbeid utarbeidet av Helsedirektoratet er brukt som makromodell, mens den didaktiske relasjonsmodellen brukes som mikromodellen i utarbeidelsen av undervisningsprogrammet. I kapittel 4 presenteres kunnskapsgrunnlaget, søkestrategi og kildekritikk. I kapittel 5 drøftes innholdet og utarbeidelsen av undervisningsprogrammet gjennom trinnene fra den didaktiske relasjonsmodellen, mens innholdet i undervisningen presenteres i kapittel 6. Avslutningsvis evalueres programmet i kapittel 7 før konklusjonen presenteres i kapittel 8.

2.0 BARNEMISHANDLING

Det finnes ulike begreper for å beskrive barn som er utsatt for skadelige hendelser, og det viser seg å være en utfordring å holde seg til ett og samme begrep i litteraturen. Begrepet barnemishandling ble opprinnelig brukt om det «skamslåtte spedbarnet» (Killén, 2021, s. 36). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) bruker barnemishandling når det spesifikt er foreldrene eller andre omsorgspersoner som utøver volden (NKVTS, 2018), mens Killén (2021, s. 13) reserverer bruken til å gjelde voldelige overgrep av alvorlig og straffbar karakter. I dag anvendes barnemishandling om de fleste former for mishandling, ikke bare fysisk, men også psykisk, omsorgssvikt og om seksuelle overgrep (Stensland, 2022). I barneloven brukes også begrepet mishandling i flere av paragrafene (Barneloven, 1981).

NKVTS bruker i hovedsak begrepene vold og overgrep, som omfatter fysisk vold, psykisk vold og seksuelle overgrep samt fravær av handlinger, i form av fysisk og emosjonell neglisjering og omsorgssvikt. NKVTS benytter også omsorgssvikt for å favne forsømmelse og vanskjøtsel av barns grunnleggende behov (NKVTS, 2018). Verdens helseorganisasjon (WHO) benytter vold og overgrep, men deler voldsbegrepet inn i fire kategorier: fysisk-, psykisk- og seksuell vold, samt omsorgssvikt (NKVTS, 2018). Killén (2021, s. 37) anvender omsorgssvikt og deler det inn i fysisk, psykisk og seksuelle overgrep, samt barn utsatt for vanskjøtsel/neglekt.

I tillegg til å beskrive hvilke begreper som benyttes i litteraturen, har kandidatene drøftet valget av begreper i samråd med veileder og andre masterstudenter. Inntrykket er at begrepet barnemishandling er velkjent, men oppfattes som et ladet begrep i befolkningen. På bakgrunn av dette har kandidatene konkludert med å bruke *barnemishandling* som et overordnet begrep for omsorgssvikt, fysisk mishandling, psykisk mishandling og seksuelle overgrep.

2.1 Ulike former for barnemishandling

Omsorgssvikt (neglekt) er den vanligste formen for barnemishandling og påvirker barnets utvikling på flere områder (Killén, 2021, s. 38; Stensland, 2022). Omsorgssvikt er mangel på fysisk omsorg, men omfatter også manglende dekning av barnets kognitive, emosjonelle eller sosiale behov. Det vil si at barnets omsorgspersoner ikke er følelsesmessig tilgjengelig (Killén, 2021, s. 38).

Fysisk mishandling defineres som aktive handlinger av påført skade og manglende tilsyn (Boos, 2022; Harper & Foell, 2021; Killén, 2021, s. 44; Stensland, 2022). Disse formene for overgrep gir ofte fysiske tegn på kroppen. Bruddskader er den vanligste former for påførte skader hos barn. Andre former for fysiske mishandling gir ikke nødvendigvis ytre skader, men gir indre skader (Killén, 2021, s. 42-43). Dette kan være komplikasjoner etter for eksempel påført hodetraumer (Christian, 2021a) eller traume mot abdomen (Boos, 2022).

Psykisk mishandling har likhetstrekk med omsorgssvikt og kan også forekomme ved manglende tilsyn (Harper & Foell, 2021). Psykisk mishandling er «en kronisk holdning eller handling hos foreldre eller annen omsorgsgiver, som er ødeleggende for, eller forhindrer utvikling av, et positivt selvbilde hos barnet» (Killén, 2021, s. 48; Stensland, 2022). Skadene barnet blir påført er ikke synlige skader, men gir innvendig «sår». De innvendige sårene barnet bærer på kan være svært ødeleggende for barnet.

Seksuelle overgrep er når autoritetspersoner bruker barn til å dekke sine egne seksuelle behov og makt behov, ved å tvinge, lokke eller true barnet til å delta i eller se på seksuell omgang, handling eller atferd (Aasland, 2014, s. 33; Bechtel & Bennett, 2021; Myhre, 2021a). Nettovergrep er en annen form for seksuelt overgrep (Killén, 2021, s. 70; Myhre, 2021a). Aktiviteter som inngår i et seksuelt overgrep kan være å se på pornoblader og film sammen, leke seksuelle leker og se på den voksne onanere, til berøring og masturbasjon og oralt, analt og genitalt samleie (Bechtel & Bennett, 2021; Killén, 2021, s. 63-64).

2.2 Risikofaktorer

Risikofaktorer kan være knyttet til omsorgspersoner, til barnet selv eller til miljøet. Det finnes ingen årsaker eller faktorer som direkte fører til barnemishandling, men det er noen fellestrekk. Måten ulike faktorene henger sammen på kan være med å øke risikoen for barnemishandling (Gavril, 2020).

Omsorgsgiveres evne til å håndtere utfordringer ved barnet samt eget liv, er en faktor som øker risikoen for omsorgssvikt. Utfordringene kan være rusmisbruk, involvering i kriminelle aktiviteter, psykisk lidelse, høyt stressnivå, skilsmisse samt enslig forsørger. I tillegg kan utfordringer være omsorgspersoners erfaring fra egen barndom, arbeidsløshet, lav utdannelse, streng oppdragerstil eller negativ sosial kontroll (Boos, 2022; Gavril, 2020; NICE, 2017, s. 16; NKVTS, 2018). Partnervold (Gavril, 2020) og lav/høy alder hos omsorgsgiver (Boos, 2022) er andre faktorer ved omsorgsgiver som kan gi utfordringer som kan fører til utilstrekkelig omsorg for barnet.

Barnets individuelle risikofaktorer kan være aggressiv adferd, konsentrasjonsproblemer, alvorlig psykisk lidelse, psykisk utviklingshemning, nedsatt fysisk funksjonsevne, lav fødselsvekt eller mye gråting hos spedbarn (Boos, 2022; Christian, 2021a; Gavril, 2020; NICE, 2017, s. 17; NKVTS, 2018; Scholefield, 2021). Barn under fem år eller barn som er uønsket vises å være i økt risiko (Stensland, 2022).

Miljøet kan utgjøre en risikofaktor i kombinasjon med omsorgsgivers og/eller barnets faktorer. Eksempler på faktorer er lav sosioøkonomisk status, sosial isolasjon, stor familie, trange og dårlige boforhold, mangel på sosial støtte, diskriminering og ikke biologisk omsorgsgiver i hjemmet (Boos, 2022; NKVTS, 2018). Kultur og etnisitet er ikke en selvstendig risikofaktor og kan ikke sammenlignes med lav sosioøkonomisk status (Boos, 2022).

2.3 Beskyttelsesfaktorer

Beskyttende faktorer er enhver faktor som bidrar til å fremme en positiv utvikling for barn (Helsedirektoratet, 2018, s. 10). Dette er faktorer som gjør at barnet eller omsorgspersonene

oppnår en følelse av mestring i situasjoner som gir stress eller påkjenninger, ikke ved å unngå disse situasjonene. De beskyttende faktorene kan være individuelle trekk eller kontekstuelle forhold (Helsedirektoratet, 2018, s. 111). Tabell 1 viser eksempler på risikofaktorer og beskyttende faktorer.

	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelle	<ul style="list-style-type: none"> -God fysisk og psykisk helse -Tilgang til helsetjenester -God tilknytning til minst én omsorgsperson -Identitet (tilhørighet) -Generell tilfredshet -Grensesetting -Sosiale relasjoner 	<ul style="list-style-type: none"> -Funksjonshemming/helseproblemer -Ikke tilgang på helsetjenester -Tilknytningsproblemer til omsorgspersoner -Identitet knyttet til avvikende atferd -Negative holdninger -Manglende grensesetting -Manglende sosiale relasjoner
Foreldre-barn relasjon	<ul style="list-style-type: none"> -Grunnleggende omsorg (mat, søvn, fysisk aktivitet og hygiene) -Forutsigbare/regelmessige hverdagsrutiner -Stimulans og veiledning fra omsorgspersoner -Omsorgspersoner som er følelsesmessig tilgjengelige -Empatisk/autoritativ oppdragerstil (setter tydelige grenser, men gir også grenseløst med kjærlighet) 	<ul style="list-style-type: none"> -Mangelfull grunnleggende omsorg fra omsorgspersoner -Mangelfulle eller ustabile hverdagsrutiner -Mangel på stimulans fra omsorgspersoner -Lite tilgjengelige omsorgspersoner (på grunn av rus, vold og psykisk helse) -Autoritær/inkonsekvent oppdragerstil
Familie/ omgivelser	<ul style="list-style-type: none"> -Familiestruktur med to foreldre -Familie med høy utdanning og tilknytning til arbeidsmarkedet -Høy/middels sosioøkonomiske status -Stabilt bomiljø (lite belastende miljø) -Godt miljø i barnehage og skole -Sosielt nettverk 	<ul style="list-style-type: none"> -Familiestruktur med én forelder -Barn i familier med psykisk sykdom, rus, kriminalitet, vold ol. -Ustabilt og belastet bomiljø -Isolasjon/mangel på sosialt nettverk

Tabell 1: Oversikt og de viktigste risiko- og beskyttelsesfaktorene barn utsettes for. Hentet fra Helsedirektoratet, 2018, s. 111

2.4 Tegn

Tegn som indikerer at barn er utsatt for barnemishandling kategoriseres som følelsesmessig uttrykk og atferd, uvanlig atferd og utviklingstrekk, unormale sosiale forhold, fysiske tegn, relasjon mellom omsorgspersonen og barnet samt trekk ved omsorgspersonene (Helsedirektoratet, 2018, s. 52). Bestemte typer blåmerker er en klar indikasjon på at barn utsattes for skadelige hendelser, men som regel vil tegnene være uklare og diffuse (Boos, 2022). Ifølge Helsedirektoratet (2018, s. 6) bør tegnene kunne tolkes. Ulempen ved å tolke tegn kan derimot være at helsepersonell «leter» etter tegn hos barn som ikke er utsatt, eller at en overser utydelige tegn som kan indikere at noe er galt (Helsedirektoratet, 2018, s. 61).

En enkeltstående observasjon av ett tegn er ikke ensbetydende med at det er grunn til bekymring. Vedvarende tegn over tid eller flere tegn observert samtidig, vil gi større grunn til bekymring og øke sannsynligheten for at barnet er utsatt for mishandling. Disse må likevel vurderes opp imot rimelige forklaringer (Helsedirektoratet, 2018, s. 62; NKVTS, 2018).

2.5 Barnesykepleierens funksjon og ansvar ved bekymring for barnemishandling

Barnesykepleiere innehar en spesialisert kompetanse i akutt og/eller kritisk syke barn i aldersgruppen 0-18 år, og har flere viktige oppgaver i forbindelse med å oppdage barn som er utsatt for barnemishandling (BSF, 2017, s. 8). Barnesykepleiere har en forebyggende-, behandlende-, lindrende- og rehabiliterende/habiliterende- funksjon. I tillegg har de også et ansvar for undervisning, kvalitetsutvikling, forskning og administrativt ansvar (BSF, 2017, s. 6-7).

Konsekvensene av barnemishandling kan resultere negativt på barns fysiske, kognitive, nevrologiske, emosjonelle og sosiale utvikling (Boos, 2022; Harper & Foell, 2021). Å forhindre eller redusere mulig helsesvikt på grunn av livssituasjon og erfaringen av barnemishandling er ett av målene ved *den forebyggende funksjonen* (BSF, 2017, s. 6). *Den behandlende funksjonen* vil være å direkte forhindre konsekvensene ved å oppdage barn som utsettes for skadelige hendelser. Dette omfatter både fysiske undersøkelser og observasjoner av samspill

mellom barn og omsorgsperson. Funksjonen omfatter også iverksettelse av tiltak for å opprettholde eller gjenopprette livsviktige funksjoner. Iverksettelse av trygghetsskapende tiltak, legge til rette for vekst og utvikling, samt redusere angst og smerter er en del av *barnesykepleierens lindrende funksjon* (BSF, 2017, s. 8).

3.0 KVALITETSARBEID

Årlig meldes det rundt 2000 uønskede hendelser til Helsetilsynet (Helsebiblioteket, 2009a). Dette omfatter hendelser som potensielt er truende for pasientsikkerheten, direkte skadelige eller i verstefall dødelige. Tallene har ligget stabilt siden 2012 (Meld. St. 11 (2020-2021), s. 19). De uønskede hendelsene medfører konsekvenser for pasienten, pårørende og er samfunnsøkonomisk kostbart. Mange kunne vært unngått, og regjeringens mål er derfor å bedre og styrke pasientsikkerheten. Dette skal gjennomføres ved å øke satsning på systematisk kvalitetsarbeid, og bidra til et mer pasient- og brukerorientert helse- og omsorgstilbud (Meld. St. 11 (2020- 2021), s. 5).

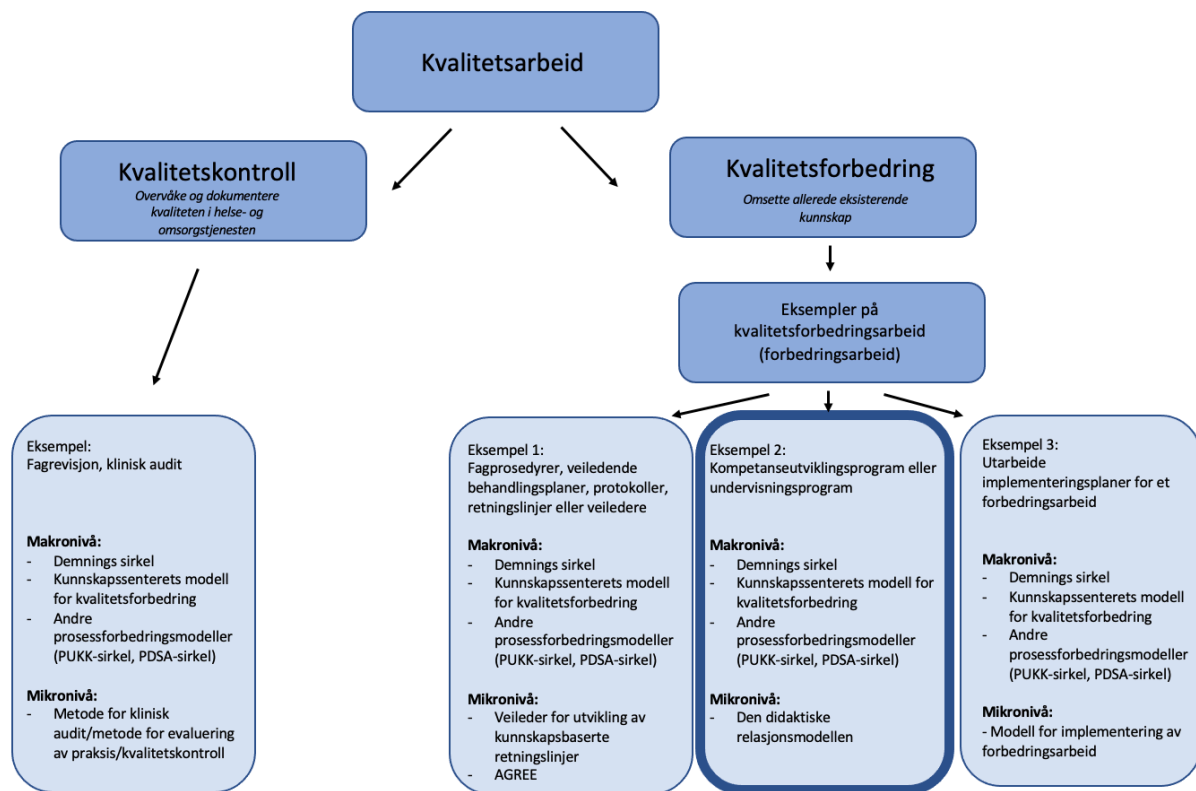
Pasientsikkerhet defineres som et vern mot unødig skade som følge av eller mangel på helsetjenestenes ytelser. Dette kan knyttes til begrepet kvalitet (Helsebiblioteket, u.å. a). Kvalitet i helsevesenet omfatter at tjenesten er virkningsfull, trygg og sikker, involverer pasientene og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Meld. St. 11 (2020- 2021), s. 45). *Kvalitetsarbeid* er en kontinuerlig prosess for forbedring og utvikling av helse- og omsorgstjenestene, hvor målet er å bidra til bedret pasientsikkerhet (Stubberud, 2018, s. 14).

Økt kunnskap om pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid, kjent som forbedringskunnskap, løftes fram av Helsedirektoratet som en av fire viktige områder i arbeidet med å redusere forekomsten av pasientskader (Helsedirektoratet, 2019). Helsepersonellens kompetanse i å utøve kvalitetsarbeidet er en sentral påvirkende faktor for kvalitetsarbeid.

Profesjonskunnskap, også kjent som kunnskapsbasert praksis, bygger på forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap (Stubberud, 2018, s. 24; Helsebiblioteket, 2010). Helsepersonell har to overordnede arbeidsoppgaver i hverdagen: å utøve helsehjelp med tyngde i kunnskapsbasert praksis og å bedre helsehjelpen. Enhver som yter helsetjenester skal sørge for at virksomheter arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerheten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Figur 1 er utarbeidet av kandidatene for å presentere ulike måtene å gjennomføre et kvalitetsarbeid. Figuren er laget etter Stubberuds (2018, s. 11-26) beskrivelse om

kvalitetsarbeid og forbedringsarbeid. Masteroppgavens undervisningsprogram vil være en arbeidsmetode for et kvalitetsforbedringsarbeid.



Figur 1: «Hva er kvalitetsarbeid?»

3.1 Kvalitetsforbedring og kvalitetsforbedringsarbeid

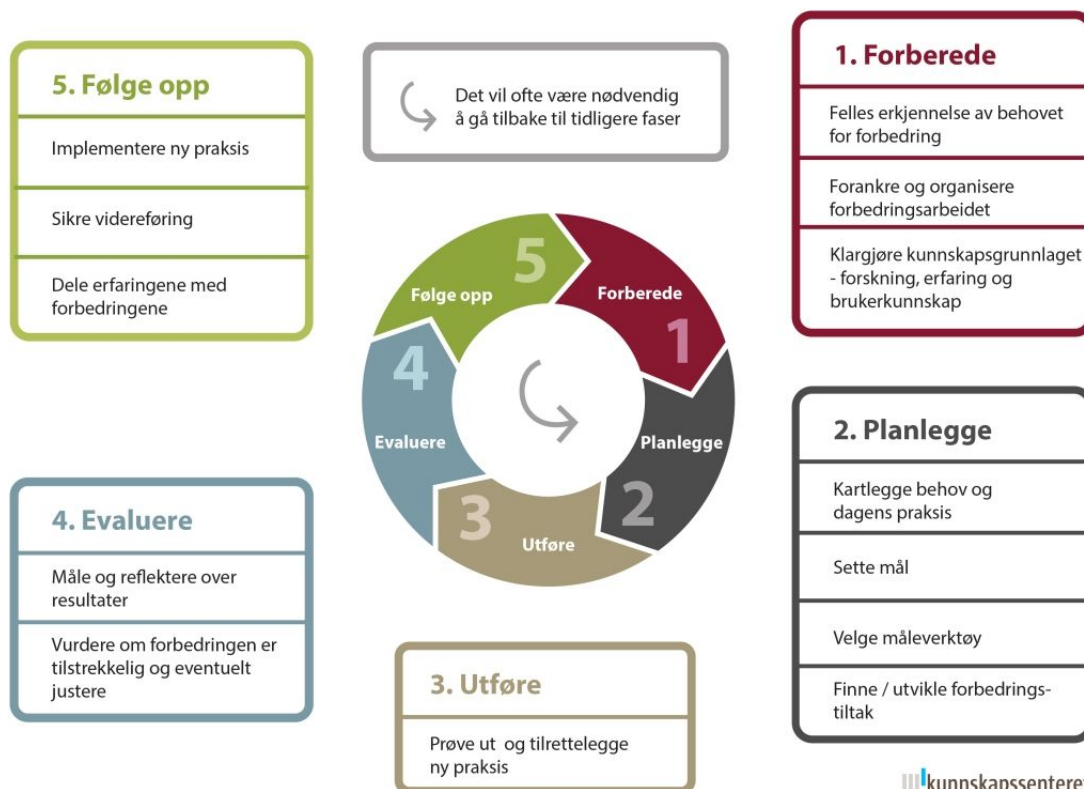
Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess, fra å oppdage et forbedringsområde, til å teste ulike tiltak som kan føre til ønsket og varig bedring (Helsedirektoratet, 2019). Kvalitetsforbedring kan omfatte kontinuerlig forbedring, også kjent som fagutvikling, og kvalitetssikring (Stubberud, 2018, s. 12). Hensikten med kvalitetsforbedring er å omsette allerede kjent kunnskap i praksis, ved å innføre nye eller forbedrede prosesser, systemer eller tjenester. Kvalitetsforbedring handler ikke bare om innføring, men også identifisering av svikt eller forbedringsområder, som i dette tilfellet er kunnskap- og kompetansemangelen om barn utsatt for barnemishandling. En løsning på kunnskap og kompetansemangelen kan være et undervisningsprogram bygget på didaktiske metoder, kunnskapsbasert praksis og oppdatert kunnskap om temaet. Forskrifter, nasjonale handlingsplaner samt lovverk

pålegger og regulerer helsevirksomhetenes krav til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere forbedringsområder. Dette for å sikre faglig forsvarlig helsehjelp, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016, § 4; Helsedirektoratet, 2019). Helsevirksomheter skal sørge for at helsepersonell gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er nødvendig for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). I tillegg har sykepleiere et eget personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Sykepleiere skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2019).

Kvalitetsforbedringsarbeid er måten å utøve kvalitetsforbedring. For å strukturere og systematisere kvalitetsforbedringsarbeidet kan det brukes modeller eller verktøy som beskriver arbeidsprosessen, både på et overordnet makronivå og et mer detaljert mikronivå (Stubberud, 2018, s. 43). Det er utviklet mange verktøy, metoder og systematiske fremgangsmåter for arbeidet med kvalitetsforbedringsarbeidet, og det finnes ingen enkelt satt løsning på hvordan arbeidet skal utføres. Dette fordi kvalitetsforbedringsarbeid utføres i ulike systemer med ulik struktur, teknologi, oppgaver, prosesser og mennesker som endrer seg over tid (Helsebiblioteket, 2009b). Kandidatene har valgt to modeller for å systematisere kvalitetsarbeidet.

3.2 Kunnskapscenterets modell for kvalitetsforbedring

En av de mest kjente metodene for kvalitetsforbedringsarbeid er forbedringsmodellen Demings sirkel (Stubberud, 2018, s. 44). Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten har videreutviklet modellen, og laget en ny modell bestående av fem faser i en sirkel vist i figur 2, hvor sirkelen demonstrerer at systematisk kvalitetsforbedringsarbeid er en kontinuerlig prosess.



Figur 2: Modell for kvalitetsforbedring.

<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Pilene indikerer retningen på prosessen, likevel blir en ofte nødt til å gå tilbake til tidligere faser underveis (Konsmo et al., 2015, s. 18-19). Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring er utgangspunktet for kandidatenes forbedringsarbeid på makronivå. Modellen er valgt på grunn av sin anerkjennelse, men også fordi den i motsetning til Demings sirkel gir en mer grundig og strukturell beskrivelse av de ulike fasene.

I tabell 2 vil modellens fem faser presenteres og det gjøres rede for hvilken relevans fasene har for dette arbeidet.

De 5 fasene	Fasene	Presentert i oppgaven
1. Forberedelse	Felles erkjennelse av behov for forbedring	Beskrevet i kapittel 1.1
	Forankring	Masteroppgave som skal leveres ved Oslo Metropolitan University (OsloMet)- Storbyuniversitetet. Ledelsesforankring, se vedlegg 1.
	Organisering av forbedringsarbeidet	Den didaktiske relasjonsmodellen brukes som mikromodell for utarbeidelsen av undervisningsprogrammet. <ul style="list-style-type: none"> · Modellen presenteres i kapittel 3.4 · Planlegging og utarbeidelsen av undervisningsprogrammet gjøres rede for i kapittel 5.0
	Klargjøre kunnskapsgrunnlaget, forskning-, erfaring- og pasientkunnskap	Systematiske søk i relevante databaser presentert i kapittel 4.1.
	Kildekritikk	Kritisk vurdering av kunnskapsgrunnlaget presenteres i kapittel 4.2.
2. Planlegge	Kartlegge behov og dagens praksis	Behovet for kompetanse gjøres rede for i kapittel 1.1 og 2.5.
	Finne og utvikle forbedringstiltak	Forbedringstiltaket er utviklingen av et undervisningsprogram, begrunnet i kapittel 1.1 og 3.3.
	Sette mål og velge måleverktøy	Målet er å heve kvaliteten og bedre pasientsikkerheten ved å gi undervisning til helsepersonell i tematikken. Målene beskrives i kapittel 5.3.
3. Utføre	Prøve ut og tilrettelegge ny praksis	Pilotundervisning for arbeidsgruppe presenteres og drøftes i kapittel 5.
4. Evaluere	Måle og reflektere over resultater	Undervisningsprogrammet er evaluert av deltagerne ved bruk av evalueringsskjema, se vedlegg 2.
	Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justerbar	Undervisningsprogrammet evalueres i kapittel 7.
5. Følge opp	Implementere ny praksis	Implementering er ikke aktuelt grunnet tidsbegrensning. Innlevering av eksamensarbeidet 16 mai 2022.
	Sikre videreføring	
	Dele erfaringer med forbedringene	

Tabell 2: Trinnene i «Modell for kvalitetsarbeid» relevans i oppgaven

3.3 Undervisning som kvalitetsforbedringsmetode

Kvaliteten på helsehjelpen pasienter mottar er avhengig av at riktig helsepersonell med nødvendig kompetanse blir satt til oppgaven som skal utføres. Dette er en nødvendig faktor for faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet. Kompetanse er en ressurs som stadig må holdes ved like og utvikles, og kompetanseheving er et tiltak som kan sikre dette (Stubberud, 2018, s. 89).

Vedlikehold av kompetanse og kompetanseutvikling er viktige deler av kvalitetsforbedringen, og undervisning kan brukes som kvalitetsforbedringsmetode. I henhold til Kunnskapsdepartementet (NOU 2018:2, s. 15) er kompetanse et samlebegrep på kunnskap, forståelse, ferdigheter, egenskaper, holdninger og verdier. For å oppnå kunnskap og kompetanse som varer over tid, er det viktig å se og forstå sammenhenger og hvordan enkeltdele av det man lærer i et fag, utgjør en helhet (Meld. St. 28 (2015-2016)). *Undervisning* defineres som formidling av kunnskap, og beskrives som å tilrettelegge og lede læringsprosess (Hiim & Hippe, 2022, s. 32). Undervisning er en planlagt måte å formidle kunnskap om et bestemt tema i en bestemt sammenheng, til en målperson eller gruppe (Tveiten, 2020, s. 153). Offentlige føringer knytter kunnskap til kompetanse, og fremhever kunnskapsbasert praksis som en modell for god praksis (Meld. St. 29 (2012-2013)). Myndighetene har også lansert handlingsplaner som understreker at kunnskap må sikres i helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2019).

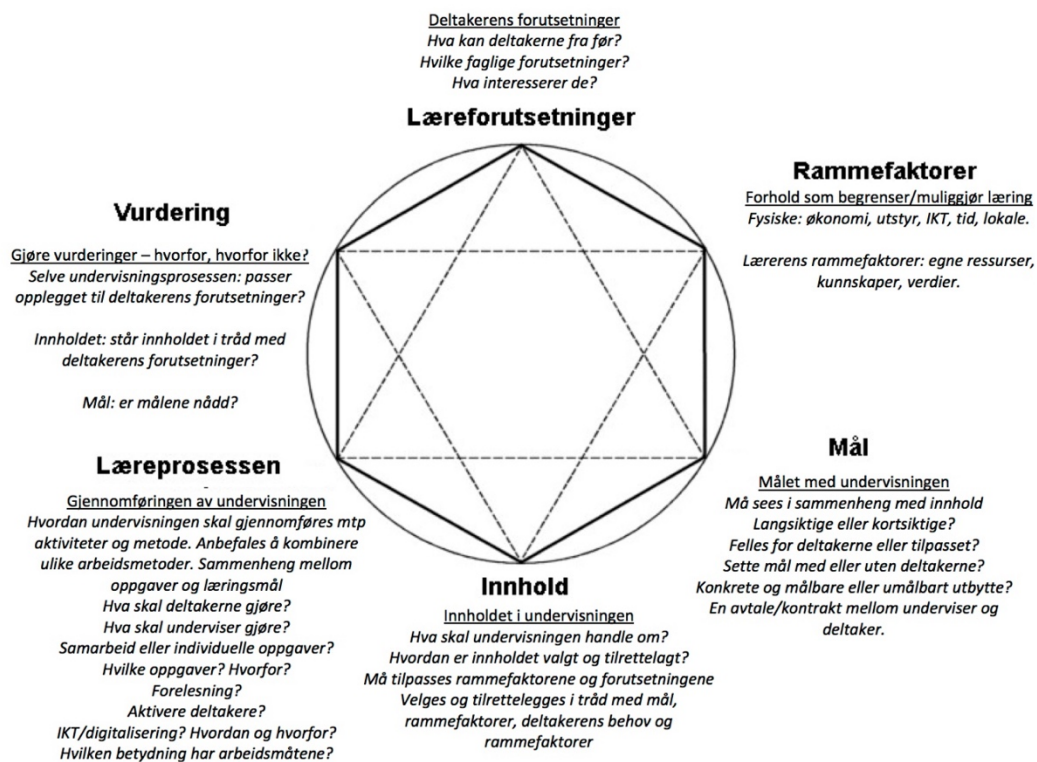
I dette kvalitetsforbedringsarbeidet er det kandidatene som formidler oppdatert forskning og kunnskap om barnemishandling. Kunnskapen helsepersonellet tilegner seg, går ut på å kjenne til og forstå begreper, fakta, prinsipper, idéer, prosedyrer og sammenhenger innenfor tema barnemishandling. Utarbeidelsen av undervisningsprogrammet vil være i tråd med de valgte modellene.

3.4 Den didaktiske relasjonsmodell

Didaktikk handler om undervisningens "hva, hvorfor og hvordan" (Tveiten, 2020, s. 14; Vågan & Hvinden, 2020, s. 220). Den didaktiske relasjonsmodellen brukes i dette

kvalitetsforbedringsarbeidet for å legge til rette for læring. Modellen er anerkjent og anbefalt som mikromodell ved kvalitetsforbedringsarbeid som for eksempel undervisningsprogram. Modellen brukes som et verktøy for planlegging, gjennomføring, analyse av og refleksjon rundt undervisning og læring (Hiim & Hippe, 2022, s. 40-43). Ved å følge denne strukturerte modellen gis deltakerne best mulig utgangspunkt for å nå læringsmålene.

Modellen består av seks faktorer som inngår i et helhetlig system, og hvor ingen av elementene egentlig kommer først. Ofte starter prosessen naturlig ved læringsforutsetningene da hensikten i all undervisning er læring, og læring skjer ut ifra deltakernes læringsforutsetninger. Fokuset skal beveges fram og tilbake mellom de ulike faktorene, ettersom alle henger sammen og påvirker hverandre (Hiim & Hippe, 2022, s. 41). De ulike faktorene beskrives i figur 3, og er en utdypende og revidert versjon utarbeidet av kandidatene med utgangspunkt i Hiim & Hippe (2022, s. 40) sin figur og beskrivelse.



Figur 3: Beskrivelse av den didaktiske relasjonsmodellen

Modellen kan også betraktes som en vurderingsmodell. Med det menes at vurderingene gjøres underveis i undervisningen, eksempelvis ved å stille seg spørsmål om undervisningsopplegget egentlig passer for deltakerens læringsforutsetninger. Denne didaktiske analysen kan være med på å utvikle underviserens profesjonelle kunnskap og vurderingsevne (Hiim & Hippe, 2022, s. 43).

3.5 Barnesykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid

Helsevirksomhetene skal tilrettelegge for læring og forbedringskompetanse (Meld. St. 11 (2020-2021, s. 22)). Forskrifter legger også krav om at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i helsevirksomhetene, ved å kartlegge behovet for kompetanse og sørge for nødvendig kunnskap og kompetanse i de aktuelle fagfeltene. Disse pålegger også virksomhetene om å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak. Dette for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav om faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016).

Kompetansebygging og kvalitetsforbedring er med dette en del av barnesykepleierens *indirekte pasientrettede funksjon og ansvar*. Funksjonen innebærer å informere, undervise og veilede kollegaer, samt holde seg faglig à jour, ta initiativ til- og deltar i kvalitetsarbeid, samt forskning for å forbedre praksis og utvikle barnesykepleiefaget (BSF, 2017, s. 7-8). Barnesykepleierens kompetanse om kvalitetsarbeid og utførelsen av et kvalitetsarbeid er med på å sikre pasientsikkerheten og fører til utøvelse av god sykepleie (Stubberud, 2018, s. 14).

3.6 Barnesykepleierens pedagogiske funksjon

Barnesykepleiere skal ha spesialkompetanse i systematiske observasjoner av tegn på mishandling. I tillegg skal barnesykepleiere ha kompetanse i å undervise og veilede andre

behandlere rundt barnet (BSF, 2021, s. 14). Med bakgrunn i denne spesialkompetansen vil barnesykepleieren være en etterspurt underviser om tematikken.

Barnesykepleierens *undervisende* og *pedagogiske* funksjon omhandler å informere, undervise og veilede kollegaer, studenter og annet helsepersonell, samt utføre familiesentrert og situasjonstilpasset undervisning og veiledning til barn og deres familie. Undervisning og veiledning er eksempler på tilnæringsmetoder som er aktuelle når barnesykepleieren skal bruke sin pedagogiske funksjon i klinisk praksis (BSF, 2017, s. 7). Dette innebærer å innhente kunnskap om didaktikk, presentasjons- og veiledningsmetoder. Barnesykepleiere blir med kunnskap om didaktikk mer bevisst i rollen som underviser, og undervisningen vil bli mer målrettet. For at undervisningen skal være faglig oppdatert forutsettes det at barnesykepleiere bruker relevant forskning, utvikling og dokumentert praksis innen fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis i tråd med de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2019). For at god forskning skal ligge til grunn, innebærer den *pedagogiske* funksjonen også at barnesykepleiere tar initiativ til forskning, gjør forskningen tilgjengelig og implementerer forskningsresultater i praksis (BSF, 2021, s. 14).

4.0 KUNNSKAPSSØK OG KILDEKRITIKK

I kvalitetsforbedringsarbeidet brukes modellen for kvalitetsforbedring som makromodell for å strukturere arbeidet. I denne delen av masterarbeidet vil prosessen ved innhenting og kvalitetsvurdering av kunnskapsgrunnet, forskning, erfaring og pasienterfaringer gjøres rede for.

4.1 Kunnskapssøk

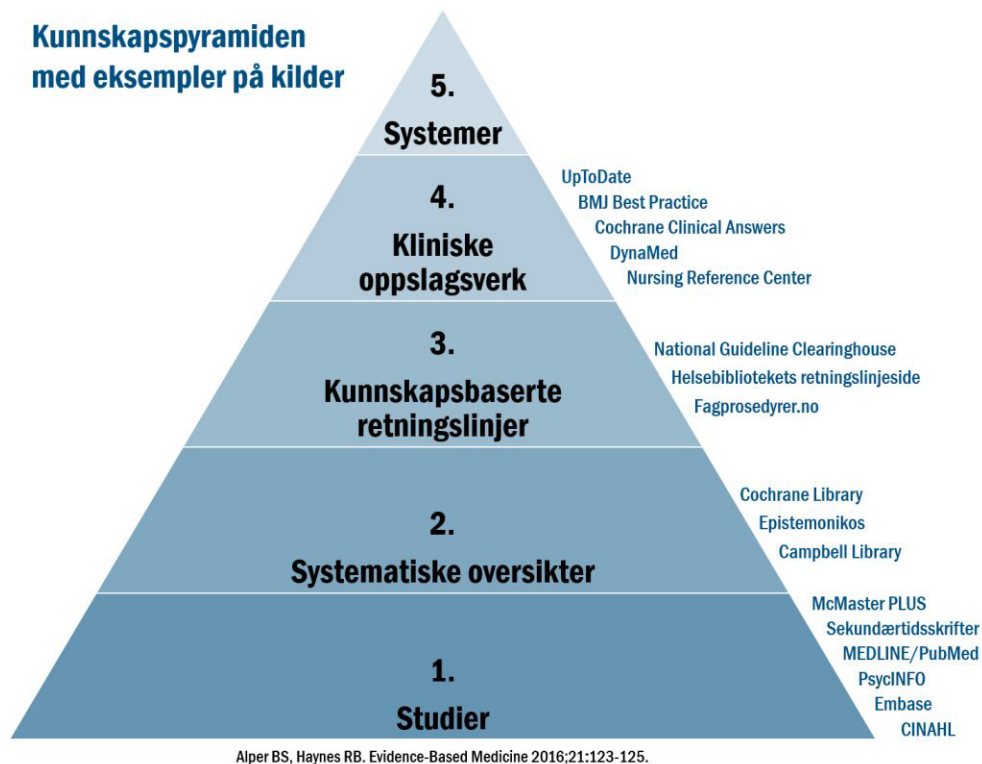
I henhold til barnesykepleierens funksjon og ansvarsområder skal barnesykepleiere delta i kvalitetsutvikling og holde seg faglig oppdatert (BSF, 2017, s. 5). For å sikre dette må barnesykepleieren jobbe kunnskapsbasert, det vil si ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningskunnskap, pasientkunnskap og erfaringsbasert kunnskap i den gitte situasjon (Nortvedt et al., 2021, s. 18). Kunnskapssøket handler om å finne oppdatert kunnskap om barnemishandling, som kandidatene vil videreformidle gjennom et undervisningsprogram. Kandidatene har i tillegg til funnene fra kunnskapssøket benyttet seg av sekundærkilder som lærebøker, offentlige nettsider, stortingsmeldinger samt lovverk. Kandidatene har gjort funn i de øverste delene av kunnskapspyramiden (figur 4). Det er derfor ikke gjort søk etter enkeltstudier, da innholdet i de øverste delene av pyramiden er av høyere kvalitet (Nortvedt et al., 2021, s. 49; Stubberud, 2018, s. 120).

4.1.1 Forskningskunnskap

Kandidatene har utført to søk. Det første søket omhandler forskningskunnskap knyttet til barnemishandling, mens det andre til undervisningsprogrammet. Kunnskapssøket om barnemishandling er utført for å finne den beste og mest oppdaterte tilgjengelige vitenskapelige teorien. For å finne dette er det gjort strukturerte og systematiske søk etter nivåene i kunnskapspyramiden.

Kunnskapspyramiden er et hierarki av informasjonskilder for kliniske beslutninger, og brukes som et hjelpemiddel ved søk etter faglitteratur. Allerede kvalitetsvurdert, oppsummert og

anvendbar forskning finnes øverst i pyramiden. Ved funn av kunnskap om problemstillingens tema og innhold kan søket stoppes på dette nivået (Nortvedt et al., 2021, s. 49; Stubberud, 2018, s. 120). Innhentet kunnskap må likevel vurderes med tanken på kvalitet og overførbarhet til eget arbeid. Det øverste trinnet er per i dag ikke fullt utviklet (Stubberud, 2018, s. 120). Kandidatenes kunnskapssøk startet derfor på nivå 4 med kliniske oppslagsverk.



Figur 4: Kunnskapspyramiden
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

For å gjøre kunnskapssøket systematisk er det anbefalt å dele opp søkeord eller nøkkelord i et PICO-skjema (tabell 3). Bokstavene i PICO betegner bestemte elementer som inngår i det kliniske spørsmål. Ved å organisere og identifisere nøkkelord, vil kunnskapssøket struktureres og utføres på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al., 2021, s. 37). For å kvalitetssikre innholdet i undervisningsprogrammet har det vært nødvendig å innhente kunnskap om ulike former for barnemishandling, tegn på mishandling, risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer og konsekvenser av barnemishandling.

Dersom det hadde vært ønskelig å sammenligne undervisningsprogram (**I - Intervention**) med for eksempel praktisk simulering (**C - Comparison**), ville dette kunne plasseres under de

respektive kolonnene. I dette søket er kandidatene ute etter forskningskunnskap om barnemishandling og har derfor valgt nøkkelord under **P (populasjon/problem)**.

	AND			
	P Hvilken type populasjon/problem/situasjon	I Intervention (tiltak) Hvilke tiltak/intervensjoner ønskes å vurdere	C Comparison (Sammenligning) Skal tiltaket sammenlignes	O Outcom (Utfall) Endepunktet av interesse
OR	<i>Barnemishandling</i> <i>Omsorgssvikt</i> <i>Overgrep</i> <i>Vanskjøtsel</i>	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
	<i>MeSH:</i> <i>Child Abuse</i> <i>Child neglect</i> <i>Child maltreatment</i>			

Tabell: 3 PICO-skjema

Medical Subject Headings (MeSH) er medisinske nøkkelord som er anbefalt som internasjonal merking av forskning (Helsebiblioteket, 2020). Disse standardiserte nøkkelordene er oversatt fra norsk via søkemotoren i Helsebiblioteket (Folkehelseinstituttet, u. å). Dette er gjort for å finne riktige nøkkelord, slik at søket gir flest mulige konkrete funn.

I noen av de kliniske oppslagsverkene kan nøkkelord fra PICO-skjema brukes alene. I andre databaser er innholdet fordelt i kategorier uten omfattende søkefelt. Disse kategoriene ble gjennomgått manuelt. Der det har vært mulig å benytte nøkkelord i kombinasjon, slik som i The Cochrane Library, har dette blitt gjort. Ved å kombinere nøkkelord, såkalt boolanske søk, med «AND», «NOT» eller «OR» produseres det mer relevante resultater (Nortvedt et al., 2021, s. 65). Der denne metoden ikke er mulig, slik som i UpToDate, har det blitt gjort søk med enkeltord fra PICO-skjemaet.

Trunkering vil si å søke på samme stammen av et ord, for å få flere varianter eller endelser av ordet. Trunkering skjer automatisk i oppslagsverk, og er mer relevant for søk i databaser med systematiske oversiktsartikler og enkeltstudier (Nortvedt et al., 2021, s. 66). Søket etter forskningskunnskap om barnemishandling ble avsluttet i januar 2022 og søket etter didaktikk

i mars 2022. Undervisningsprogrammet ble utført i mars 2022. Kandidatene har opparbeidet søkekunnskap i løpet av utdanningen, søkeveiledning fra bibliotekarer ved OsloMet og OUS. Det har også blitt brukt søkeveiledere utarbeidet av Spesialgruppe for medisin og helsefag (SMH). Dette har bidratt til en grundig og nøyaktig søkeprosess.

4.1.1.1 Forskningskunnskap: barnemishandling søkeprosess

Det kliniske oppslagsverket **UpToDate** inneholder allerede kvalitetsvurdert og oppsummert forskning. I UpToDate utføres det nye litteratursøk og oppdateringer kontinuerlig. Søket ble utført med nøkkelordene «abuse», «neglect» og «maltreatment» under temasiden «Pediatrics». Deretter ble kategoriene presentert i tabell 4 gjennomgått manuelt.

Videre ble det gjort søk i det kliniske oppslagsverk **BMJ Best Practice** med nøkkelordene presentert i tabell 4. De ulike kategoriene ble her også gjennomgått manuelt.

The Cochrane Library inneholder hovedsakelig systematiske oversiktsartikler av randomiserte kontrollerte studier (RCT). **Cochrane Clinical Answers (CCA)** er et oppslagsverk i Helsebiblioteket med sammendrag i «spørsmål og svar» format. Hensikten er å gjøre nøkkelinformasjon fra RTC artikler i Cochrane lettere tilgjengelig. Søket er utført ved å kombinere MeSH-termene fra P-kolonnen i PICO skjema. Det ble etter anbefalinger i SMH søkt med MeSH-termene i «Title, Abstract, Keyword». Søket i CAA ga ingen relevante treff. Et mer spesifikt søk med kombinasjoner av flere ord fra PICO-skjemaet ville derfor ikke gitt ytterligere treff. Søket ble derimot endret fra «Title, Abstract, Keyword» til «All Text». Dette ga tre treff under «Clinical answers», men ingen var relevante. Det ble utført ett utvidet søk med markering av «Child abuse - explode all trees» under «Advanced Search» > «MeSH», men dette ga heller ingen treff.

MedlinePlus er en database som formidler informasjon om helsespørsmål til allmennheten (Helsebiblioteket, u.å.b). Selv om MedlinePlus primært formidler informasjon til pasienter, har kandidatene sett igjennom relevante kategorier. Relevant informasjon om Adverse Childhood Experiences (ACEs) ble funnet.

Det finner per i dag ikke et eget oppslagsverk for sykepleiere i Norge. Derimot finnes **Norsk elektronisk legehåndbok** (NEL) hvor kandidatene gjorde relevante funn. I håndboken finnes det et eget kapittel om «Sykepleie», her fant kandidatene ingen relevante funn. Kandidatene gjorde søk med ord fra PICO-skjema og utførte en gjennomgang av kategorier uten å finne ytterligere funn.

Database	Aktuelle funn
<p>UpToDate</p> <p>Nøkkelord: «Abuse» I «Pediatric»</p> <p>«Neglect» I «Pediatric»</p> <p>«Maltreatment» I «Pediatric»</p> <p>Kategori: «Pediatric psychosocial emergencies»</p> <p>«Behavior and development»</p> <p>«Pediatric signs and symptoms»</p>	<p>Antall funn: 8</p> <p>Relevante funn: 8 Boos (2021) - <i>Physical child abuse: Diagnostic evaluation and management</i> Boos (2022) - <i>Physical child abuse: Recognition</i> Christian (2021a) - <i>Child abuse: Evaluation and diagnosis of abusive head trauma in infants and children</i> Christian (2021b) - <i>Child abuse: Epidemiology, mechanisms, and types of abusive head trauma in infants and children</i> Bechtel & Bennett (2021) - <i>Evaluation of sexual abuse in children and adolescents</i> Bechtel & Bennett (2022) - <i>Management and sequelae of sexual abuse in children and adolescents</i> Narang (2021) - <i>Child abuse: Social and medicolegal issues</i> Roesler & Jenny (2020) - <i>Medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy)</i></p> <p>Antall funn: 2</p> <p>Relevant funn: 2 Harper & Foell (2021) - <i>Child neglect: Evaluation and management</i> Kuo & Turchi (2022) — <i>Children and youth with special health care needs</i></p> <p>Ingen ytterligere funn</p> <p>Ingen ytterligere funn</p>
<p>BMJ Best Practise</p> <p>Nøkkelord: «Child Abuse»</p>	<p>Antall funn: 4</p> <p>Relevante funn: 4 Gavril (2020) – <i>Child abuse</i> Scholefield (2021) – <i>Abusive head trauma in infants and young children</i></p>

<p>«Child Neglect»</p> <p>«Child Maltreatment»</p> <p>Kategori: «Paediatrics and adolescent medicine»</p>	<p>Hazell & Boylan (2022) – <i>Depression in children</i></p> <p>Lahoti, Girardet, Groisberg, Ruda & McNeese (2018) – <i>Sexual abuse and assault</i></p> <p>Ingen ytterligere funn</p> <p>Ingen ytterligere funn</p> <p>Ingen ytterligere funn</p>
<p>Cochrane Clinical Answers (CCA)</p> <p>Nøkkelord: «Child abuse» OR «Child neglect» OR «Sexual abuse» OR «Child maltreatment»</p> <p>Avansert søk med MeSH: [Child Abuse] explode all trees</p>	<p>Antall funn: 3</p> <p>Relevante funn: 0</p> <p>Antall funn: 0</p>
<p>MedlinePlus</p> <p>Kategori: «Health Topics» > «Children» and «Teenagers »</p> <p>Medical Encyclopedia</p>	<p>Antall funn: 2</p> <p>Relevante funn: 0</p> <p>Antall funn: 7</p> <p>Relevante funn: 0</p>
<p>Norsk legehåndbok (NEL)</p> <p>Nøkkelord: «Omsorgssvikt»</p> <p>«Barnemishandling»</p>	<p>Antall funn: 11</p> <p>Relevante funn: Stensland (2022) – <i>Barnemishandling og omsorgssvikt</i> Myhre (2021a) – <i>Seksuelle overgrep mot barn</i></p> <p>Antall funn: 2</p> <p>Relevant funn: Myhre (2021b) – <i>Shaken baby-syndrom, filleristet spedbarn</i></p> <p>Antall funn: 2</p>

«Vanskjøtsel» Kategori: «Kliniske kapitler» > «Pediatri» > «Tilstander og sykdommer» «Kliniske kapitler» > «Barnepsykiatri»	Relevante funn: 0 Ingen ytterligere funn Ingen ytterligere funn
---	---

Tabell 4: Kliniske oppslagsverk

Til tross for at søket fra nivå 4 dekker behovet for kunnskapsgrunnlaget, ønsket kandidatene å søke etter styrende retningslinjer og fagprosedyrer knyttet til den norske befolkningen og helsepersonell. Ofte kan det være en fordel å konsultere funn fra oppslagsverk med lokale retningslinjer og prosedyrer (Nortvedt et al. 2021, s. 158). Kandidatene har derfor gjennomført søk i nivå 3.

National Institute for Health and Care Excellence (**NICE**) er en uavhengig organisasjon for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer (Helsebiblioteket, 2008). I søkene fra nivå 4 har kandidatene observert flere henvisninger fra NICE. Kandidatene har valgt å gjøre et eget søk i primærkilden med de relevante nøkkelordene. Her fant kandidatene er flytskjema med en samling over alle publiseringer i NICE som omhandler barnemishandling. Flytskjemaet viste til retningslinjene presentert i tabell 5. Kandidatene har også utført søk i Guidelines International Network (**GIN**), et internasjonalt retningslinjebibliotek. GIN inneholder retningslinjer på flere språk og viste videre til NICE for engelskspråklige retningslinjer. Retningslinjene er derfor hentet direkte fra søk i NICE.

Helsebiblioteket har utviklet en egen søkemotor for kliniske retningslinjer, veiledere og anbefalinger fra blant annet folkehelseinstituttet, helsedirektoratet og legeföreningen. I helsebiblioteket finnes den kjente og mye brukte **Pediatriveilederen** fra Norsk barnelegeforening. Veilederen er kategorisert i akuttveileder, generell veileder, nyfødtdmedisin, barneovervåkning og overgang ungdom. I denne søkemotoren er det utført søkt med nøkkelord. I tillegg har kandidatene gjennomgått aktuelle kategorier. Mange av funnene baserer seg på allerede inkludert litteratur.

Database	Aktuelle funn
<p>NICE</p> <p>Nøkkelord: «Child Abuse»</p> <p>Nøkkelord: «Child Neglect»</p> <p>Nøkkelord: «Child Maltreatment»</p>	<p>Antall funn: 2 Relevant funn: 1 <i>2017: Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s</i></p> <p>Ingen ytterligere funn</p> <p>Ingen ytterligere funn</p>
<p>Helsebibliotekets retningslinjer og veiledere</p> <p>«Barnemishandling»</p> <p>Nøkkelord: «Omsorgssvikt»</p> <p>«Overgrep»</p> <p>Kategori:</p>	<p>Antall funn: 4 Relevante funn: 1 NKVTS (2018) - Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner — vold og overgrep mot barn</p> <p>Antall funn: 6 Relevante funn: 0</p> <p>Antall funn: 5 <i>Relevant funn: 0</i></p> <p>Ingen ytterligere funn</p>
<p>Fagprosedyrer.no</p> <p>«Omsorgssvikt»</p> <p>«Overgrep»</p> <p>«Barnemishandling»</p> <p>«Vanskjøtsel»</p>	<p>Antall funn: 5 Relevante funn: 0</p> <p>Ingen ytterligere funn</p> <p>Ingen ytterligere funn</p> <p>Ingen ytterligere funn</p>

Tabell 5: Oppslagsverk, retningslinjer og fagprosedyrer

Med funnene fra søkene i nivå 4 og 3 anså kandidatene å ha tilstrekkelig forskningskunnskap for å utarbeide innholdet i undervisningsprogrammet.

4.1.2 Forsningskunnskap: didaktikk søkeprosess

I søket etter kunnskap om undervisning ble det laget et eget PICO-skjema, tabell 6. Søket er utført sammen med bibliotekar fra OUS. Søkehistorikken er presentert i vedlegg 3.

Databasene **ERIC** og **CINAHL** ble brukt. Det er i tillegg utført søk direkte i tidsskriftet **Nurse Education Today**. Søkene ga 350 treff. Én metaanalyse om problembasert læring kombinert med tankekart er brukt videre i utarbeidelsen av undervisningsprogrammet. Kandidatene har lett gjennom læringsbiblioteket for forskning på digitalisering og læring i helsefagene fra OsloMet, men fant ingen aktuelle artikler (Læringsbiblioteket, u.å). Mangelen på relevante funn gjorde at kandidatene har valgt sekundærlitteratur om didaktikk samt én litteraturgjennomgang utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (Wollscheid et al., 2020).

P	I	C	O
Barnemishandling Omsorgssvikt Overgrep Vanskjøtsel Helsepersonell	Undervisning		
MeSH Child Abuse Child neglect Child maltreatment Health care provider Health Personnel	MeSH Education Educational Activity Literacy Programs Training Program Nursing Education Research		

Tabell 6: PICO-skjema

4.1.3 Erfaringskunnskap

Erfaringskunnskap er hjørnesteinen i sykepleie, og denne kunnskapen erverves gjennom praksis. Kunnskapen beskrives som skjønn, taus kunnskap, klinisk blikk, intuisjon eller klinisk ekspertise, men erfaringskunnskapen kan også være en sannhet med visse modifikasjoner,

hvor gamle vaner kan være vanskelig å vende (Nortvedt, et al. 2021, s. 20). I tillegg forutsetter det at barnesykepleierne kan finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap i lys av sin egen erfaring i møte med det individuelle barnet. Erfaringskunnskap er nødvendig og viktig når barnesykepleiere skal sette sammen hele modellen for kunnskapsbasert praksis, inn i den kliniske hverdagen (Nortvedt, et al. 2021, s. 20). Av erfaring er kunnskapen, handlingsmønsteret og interessen for barnemishandling varierende ved forskjellige sykehus og det kreves individuelle undervisningsprogram som er skreddersydd for den enkelte avdeling.

Kandidatene er barnesykepleiere på forskjellige sykehus i Norge. Kandidat 1 har opparbeidet erfaringskunnskap i løpet av 10 år som sykepleier, hvorav 5 ½ år som barnesykepleier, mens kandidat 2 gjennom 5 år som sykepleier og 1 år som barnesykepleier. Kandidatene har i løpet av denne yrkesperioden opparbeidet kunnskap om barnemishandling fra egne avdelinger samt gjennom hospiteringer på andre avdelinger. Kandidatene har også opparbeidet erfaring fra andre ledd i helsetjenesten ved deltagelse på eksterne kurs fra Stine Sofie Stiftelsen, Røde Kors, Statens Barnehus i Oslo, samt seminarer i regi av Barnesykepleierforbundet. Dette har gitt kandidatene erfaringskunnskap om ulike forhold sykepleiere jobber i, samt samhandling mellom disse. Erfaringene fra de forskjellige leddene er at sykepleiere ofte mangler kunnskap om barnemishandling, men at kunnskapsmangelen varierer fra sted til sted. Dette skapte engasjement for utviklingen av undervisningsprogrammet.

Kandidatene er fagutviklingssykepleiere og har gjennom dette tilegnet seg kunnskap om forskjellige undervisningsformer. Kandidatene har gjennomført framlegg i regi av utdanningsinstitusjonen og har med dette erfaring med å snakke foran større og mindre forsamlinger. Denne erfaringen kommer til nytte med tanke på stressmestring i en undervisningssituasjon. Kandidatenes erfaring er at gode forberedelser og planlegging er nøkkelen til et læringsrikt og vellykket undervisningsprogram.

4.1.4 Pasientkunnskap

Pasientkunnskap/brukermedvirkning er når pasientens syn og meninger imøtekommes og vektlegges når beslutninger fattes. Helsepersonells rolle er å legge til rette for gode beslutninger i samarbeid med pasienten, ved å bruke forskningsbasert kunnskap, men også egen erfaring (Nortvedt et al. 2021, s. 21). Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) fremhever at pasienten har rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, samt ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Når pasienten er barn under myndighetsalder er det naturlig at foreldre deltar og medvirker i utredningen og behandlingen. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter har en rett til å få informasjon og bli hørt (Regjeringen, 2020). Det skal derfor legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet. Likevel har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten dersom de ikke er samtykkekompetente.

Ved kvalitetsforbedringsarbeid skal pasienten etter Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 (2016) involveres i arbeidsprosessen. I det aktuelle kvalitetsforbedringsarbeidet er det ingen pasienter eller pårørende som blir direkte påvirket. Pasienten eller pårørende har dessuten ingen forutsetninger for å skulle ha meninger om hva helsepersonell får eller har av kunnskap om når det kommer til barnemishandling, og pasientens og pårørendes meninger om innholdet av undervisningsprogrammet er derfor ikke av relevans. Kandidatene har derimot innhentet pasientperspektiv og deres kunnskap fra forandringsfabrikkens bok for å belyse pasientens erfaringer og opplevelser av å bli utsatt for mishandling (Sanner, 2020). Proffene i forandringsfabrikken er barn med erfaring fra helsesystemer i Norge. I videre arbeid og implementering av undervisningsprogrammet vil pasientkunnskap være en naturlig del, ettersom oppdagelse av barnemishandling omhandler å innhente informasjon fra pasienter og pårørende. Sykepleierens plikt til å ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, samt pasientens rett til medbestemmelse og rett til å ikke bli krenket vil være en del av undervisningen (NSF, 2019). Målet er at undervisningen vil komme pasienten til gode gjennom økt pasientsikkerhet.

4.1.5 Sekundærlitteratur

I tillegg til det systematiske søket har kandidatene søkt etter sekundærlitteratur (tabell 7) fra relevant litteratur i pensumlister, litteraturlistene i publikasjonene funnet i søkene og søk i universitetsbibliotekets søketjeneste. Kandidatene har gjennomgått anbefalt litteratur fra veiledere og andre spesialister i feltet. I sekundærlitteratur er den originale kunnskapen fortolket og gjengitt av forfatteren. Denne litteraturen kan være utdatert, særlig i bøker. Litteratur kan likevel være verdifull samt relevant, og brukes som et supplement for å berike undervisningsprogrammet med flere perspektiver. Sekundærlitteraturen bidrar til kunnskap om barnemishandling i Norge, og er skrevet av forfattere med lang erfaring innen feltet. Dette bidrar til at undervisningen bedre kan tilpasses deltakerens læreforutsetninger. Det er også blitt brukt sekundærlitteratur om didaktikk for helsepersonell, da resultatene etter søket var mangelfullt. Kandidatene har vært bevisst på publiseringstidspunktet for litteraturen.

Sekundærlitteratur		
Type kilde	Tittel	Forfatter (Årstall)
Lærebøker om didaktikk	Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere	Hiim & Hippe (2022)
	Helsepedagogikk — helsekompetanse og brukermedvirkning	Tveiten (2020)
	Profesjonspedagogikk. Relevant læring i praksis	Sylte (2021)
	Pedagogisk praksis i sykepleie	Evensen & Brataas (2019)
	Kunnskap om tiltak for å øke kompetansen på vold og overgrep blant offentlig ansatte — En litteraturgjennomgang	Wollscheid et al. (2020)
Lærebøker om barnemishandling	Sveket I. Risiko og omsorgssvikt- et helseproblem	Killén (2021)
	Si det til noen- en bok om seksuelle overgrep mot barn og unge.	Aasland (2014)
	Kloket om vold og overgrep: kunnskap direkte fra 500 barn med erfaring fra vold og overgrep	Sanner (2020)
Stortingsmeldinger	Meld. St. 7. (2019-2020). Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023.	Helse- og omsorgsdepartementet
	Meld. St. 11 (2015-2016). Nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019.	Helse- og omsorgsdepartementet
	Meld. St. 11. (2020-2021). Kvalitet og pasientsikkerhet 2019.	Helse- og omsorgsdepartementet

	Meld. St. 28 (2015-2016). Fag-Fordypning-Forståelse. En fornyelse av Kunnskapsløftet.	Kunnskapsdepartementet
	Meld. St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg.	Helse- og omsorgsdepartementet.
Proposisjoner	Prop. 121 S (2018–2019). Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019– 2024).	Helse- og omsorgsdepartementet
Lovtekster	Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (1999)	Stortinget
	Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) (1999)	Stortinget
	Lov om barn og foreldre (barnelova) (1981)	Stortinget
	Lov om Straff (straffeloven) (2005)	Stortinget
Konvensjoner	Barnekonvensjonen (2020)	De forente nasjoner (FN)
	Europarådets konvensjon om beskyttelse av barn mot seksuell utnyttning og seksuelt misbruk- CETS 201 (Lanzarotekonvensjonen- 2007)	Europarådet
NOU	NOU 2017: 12. (2017). Svik og svikt: en gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt.	Barne- og likestillingsdepartementet
	NOU 2018:2 (2018). Fremtidens kompetansebehov I- Kunnskapsgrunnlaget	Kunnskapsdepartementet
Rapporter	Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023	Helsedirektoratet
	Kunnskapsgrunnlag – Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge (Rapport IS-2696)	Helsedirektoratet
	Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S. Rapport nr 1/2015.	Myhre et al. (2015)
	Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2015. NOVA-rapport [357]. Utgitt 2016	Mossige & Stefansen (2016)

Tabell 7: Sekundærlitteratur

4.2 Kildekritikk

Det finnes en rekke kilder som kan være aktuelle å bruke i utarbeidelsen av et undervisningsprogram. Det er viktig å vurdere påliteligheten, den metodiske kvaliteten, resultater og overførbarheten av publiserte verk inn i egen praksis (Nortvedt et al., 2021, s. 76). Kandidatene har satt innholdet og anbefalingene opp imot andre ulike kilder, og ser lite

variasjon mellom kildene. Dette er grunnen for differansen mellom antall funn og relevante funn presentert i tabell 5.

Kliniske oppslagsverk baserer seg på retningslinjer, systematiske oversikter og enkeltstudier. Formålet med oppslagsverkene er at de enkelt skal gi tilgang til oppdatert informasjon (Nortvedt et al., 2021, s. 158). Kandidatene har gjort en kvalitetsvurdering ved hjelp av sjekklister for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler utarbeidet av Kunnskapsbasertpraxis.no (2016). Da det ikke var noen forskjell i sjekklistene fra de ulike oppslagsverkene, har kandidatene samlet alle inn i ett vedlegg for hvert oppslagsverk (vedlegg 4, 5 og 6). Dette for å komprimere antall vedlegg.

For å vurdere retningslinjer anbefales det anerkjente og utprøvde verktøyet for vurdering av retningslinjer AGREE II (Nortvedt et al., 2021, s. 155). Det er nylig gjort en vurdering utarbeidet av Folkehelseinstituttet om metodisk kvalitet på inkluderte retningslinjene fra NICE, hvor de konkluderte med god AGREE II score (Nøkleby & Langøien, 2021, s. 1). Sjekklisten for retningslinjen utarbeidet av NKVTS (2018) er presentert i vedlegg 7.

Én systematisk litteraturgjennomgang fra nivå 2 i kunnskapspyramiden ble inkludert. Litteraturgjennomgangen konkluderer med at det er lite funn av forskning på effekten av tiltaket kompetanseheving om temaet barnemishandling. Det trengs studier med (kvasi-)eksperimentelle design som sammenligner tiltaksgruppe og kontrollgruppe, for å kunne si noe om effekten av kompetansetiltak. Slike studier innenfor tematikken er etisk utfordrende, ettersom undervisningen potensielt kan heve kompetansen og bidra til bedre kvalitet i tjenesten. I tillegg til dette ble det nevnt en utfordring i forhold til utformingen av målene som har til hensikt å måle økt kompetanse. For å kvalitetssikre litteraturgjennomgangen ble det anbefalt å bruke samme sjekkliste som metaanalysen om problembasert læring. Sjekklisten gav samme resultater for begge og er derfor presentert sammen i vedlegg 8.

4.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

De valgte inklusjons- og eksklusjonskriteriene vist i tabell 8 er satt på bakgrunn av helsepersonellens behov for bred kunnskap om barnemishandling. Kandidatene har ekskludert enkelte funn (figur 5) da det finnes nyere oppdatert forskning i større databaser.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Barn 0-18 år	> 18 år
Barnemishandling Vold Overgrep Omsorgssvikt Tegn Risikofaktorer	Artikler eldre enn 5 år Prosedyrer eldre enn 10 år
Sykehus Helsetjeneste	
Språk: Norsk, Svensk, Dansk og Engelsk	Språk: Andre språk
	Videre behandling Fysiske undersøkelser Sporsikring Didaktikk i læreryrket

Tabell 8: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

5.0 UTARBEIDELSE AV UNDERVISNINGSPROGRAM OM BARN UTSATT FOR BARNEMISHANDLING

Utarbeidelsen av undervisningsprogrammet er utført etter prinsippene i den didaktiske relasjonsmodellen. Modellen tar utgangspunkt i deltakerforutsetninger, rammefaktorer, mål, pedagogisk tilnærming, innhold og evaluering. Didaktikken handler om overveielser knyttet til virksomhetens hva (mål og innhold), hvordan (metodikk) og hvorfor (overveielser, begrunnelser) (Hiim & Hippe, 2022, s. 43-44).

5.1 Deltakernes læreforutsetninger

Begrepet *læreforutsetning* omhandler de psykiske, fysiske og sosiale ressursene deltakerne har, forut for undervisningsdagen. Deltakerne er forskjellige, de har ulike sosiale og kulturell bakgrunn, har ulik fagkunnskap og ulike interesser (Hiim & Hippe, 2022, s. 45). Det vil si at læreforutsetningene påvirkes av et samspill av deltakernes motivasjon, livssituasjon, kompetanse, yrkesinteresse, ressurser, behov, erfaringer, kulturbakgrunn/forskjeller og forventninger (Sylte, 2021, s. 64).

Deltagerne er en heterogen gruppe og det vil derfor være nødvendig å kartlegge hvilke forutsetninger deltakerne har, ettersom dette vil være til hjelp under planleggingen av undervisningsprogrammet (Sylte, 2021, s. 66). Undervisningsprogrammet er for ansatte ved barneavdelinger. Det er ingen forutsetning at deltakerne har grunnleggende kunnskap om barns anatomi og fysiologi, da dette ikke er en del av den generelle utdanningen innen sykepleie eller helsefagarbeid. Deltakerne har varierende teoretisk og praktisk erfaring om tema barnemishandling, og det er varierende grad av yrkeserfaring. Noen har mye erfaring og interesse om temaet, mens andre har ingen eller begrenset kunnskap og praktisk erfaringer. Disse læreforutsetningene legger føringer for hvordan undervisningsprogrammet skal utarbeides, og kandidatene har derfor utarbeidet et undervisningsprogram som skal kunne favne samtlige deltakeres læreforutsetninger. Dette gjøres ved å planlegge en kombinasjon av teoretisk undervisning, film, kasuistikker og diskusjon.

5.2 Rammefaktorer

Rammefaktorer er både hindrende og fremmende og må ses i lys av hensikten med den aktuelle undervisningen (Hiim & Hippe, 2022, s. 56; Sylte, 2021, s. 67). Rammefaktorer deles inn i ytre og indre faktorer. Ytre faktorer som fysiske og administrative rammer er eksempelvis tid til disposisjon, lokaler, alternative læringsarenaer, utstyr, undervisningsmateriale og antall deltakere. Indre faktorer er læringsklima/-miljø eller lærerkompetanse og handler om de menneskelige rammer (Sylte, 2021, s. 68).

5.2.1 Ytre rammefaktorer

En ledelse som forstår behovet for opplæring, strekker seg langt for å skaffe de nødvendige ressursene (Hiim & Hippe, 2022, s. 62). Tid til disposisjon og samarbeid med ledelsen er noen av de administrative rammene som ligger til grunn for undervisningsprogrammet.

Undervisningen skal utøves i løpet av tre forskjellige fagdager i regi av arbeidsplassen til en av kandidatene, og deltakerne skal derfor delta i ordinær arbeidstid. Dette sikrer frammøte samt at alle ansatte får den samme undervisningen, uavhengig av interesse. På grunn av tematikkens omfang har kandidatene satt av seks timer til undervisning.

Det er behov for å undervise om grunnleggende kunnskap. I tillegg er det behov for tid til refleksjon og diskusjon ettersom tematikken er sensitiv. For å tilrettelegge dette ønsker kandidatene fysisk frammøte, og ikke digital undervisning. Det er kandidatene som foreleser hele dagen, noe som skape en helhet og sammenheng i deltakernes læringsprosess (Hiim & Hippe, 2022, s. 60).

God timeplanstruktur er med på å fremme læring (Hiim & Hippe, 2022, s. 61). Det vil settes av 15 minutters pause etter hver 45 minutters undervisningstime, samt en lengre lunsjpause midt på dagen. Sylte (2021, s. 103) hevder at det er vanskelig å holde oppmerksomheten i mer enn 15-20 minutter i en forelesning, og det vil derfor være nødvendig å skape brudd i undervisningen med variasjon i aktiviteter. I løpet av undervisningen vil kandidatene bruke aktiviteter som film, bilder, utsagn, direkte spørsmål, åpen diskusjon og kasuistikker.

Ifølge Sylte (2021, s. 99) øker utbyttet av læring med 75 prosent ved praktiske øvelser sammenlignet med andre læringsformer. Kasuistikker er en form for praktisk øvelse. Kandidatene vil ta i bruk den interaktive digitale læreplattformen Mentimeter for å drive kasuistikker. Gjennom Mentimeter vil svarene fra deltakerne være anonyme, noe som kan føre til økt svarprosenten. For å delta må deltakerne scanne en QR-kode med sin private smarttelefon. Deltakerne trenger ikke gjøre ytterligere registreringer eller utgi personopplysninger.

Det vil være behov for undervisningslokaler og riktig utstyr. PowerPoint er valgt til bruk for den teoretiske undervisningen. Bruken av film i løpet av undervisning er et kreativt læringsmiddel og vil bidra til erfaringsbasert og meningsfylt læring. Det vil bli vist 3 filmer. Hipp & Hippe (2022, s. 62) hevder at undervisere og deltakere kan knytte det teoretiske stoffet med konkrete situasjoner i filmen ved å stoppe den etter behov. Det vil derfor være muligheter for å gjøre dette.

Sosial trygget er viktig for læring (Hiim & Hippe, 2022, s. 115). Undervisningen omhandler et sensitivt tema og det legges opp til drøfting og diskusjoner i løpet av dagen. Det er derfor viktig at deltakerne opplever et trygt sosialt klima, noe som oppnås ved at deltakerne er kollegaer. Muligheten for at en eller flere av deltakerne har opplevd mishandling selv kan være til stede. Kandidatene har derfor valgt å presentere aktuelle hjelpetjenester for deltakerne på slutten av undervisningsdagen.

I tabell 9 presenteres en detaljert oversikt over hvilke rammefaktorer som er identifisert og hvordan de skal håndteres.

Identifisering	Håndtering
<p>Teknisk utstyr</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Behov for utstyr til framvisning av PowerPoint presentasjonen 2. Tilgang til lyd 3. Internettilgang video og Mentimeter 4. Deltakerne behøver smarttelefon eller nettbrett 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sørge for at utstyret er tilgjengelig, ha med ekstrautstyr slik som adapter. Avtale med fagansvarlig. Møte opp i god tid før undervisningen for å teste utstyr, samt håndtere eventuelle problemer 2. Sørge for tilgang til lyd som skal brukes ved fremvisning av filmer 3. Sørge for tilgang til internett, eventuelt dele fra mobilnett 4. Tilkobling via Mentimeter skjer via QR kode som er laget på forhånd. Bistå med tilkobling dersom noen ikke får det til.
<p>Tidsbruk Satt av 6 skoletimer</p>	<p>Tilstrekkelig tid til å komme igjennom innholdet i undervisningen samt aktivitetene. Avsatt tid på avdelingen ved allerede planlagte fagdager</p>
<p>Antall deltakere Undervisningsprogrammet egner seg for grupper inntil 15 personer</p>	<p>Gir rom for samarbeid og faglige diskusjoner. Flere deltakere vil kunne forlenge diskusjoner og aktiviteter</p>
<p>Undervisningslokale Avholdes på deltakerens arbeidssted</p>	<p>Avklare med avdelingen/fagansvarlig i forhold til booking av passende lokale og teknisk utstyr som tidligere beskrevet.</p>
<p>Deltakerens behov</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Legge til rette for fysiske behov for å skape et læringsfremmende miljø 2. Deltakere fra samme arbeidsplass 3. Legge til rette for støtte og hjelpetiltak 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Settes av 15 min pause mellom undervisningsbolkene. Ikke avholde monolog lengre enn 15-20 min. 2. Legge til rette for et trygt sosialt klima ved å ha deltakere fra sammen arbeidsplass 3. Formidle telefonnummer og nettjeneste til forskjellige instanser som sykehuspsykolog, prest osv.

Tabell. 9: Rammefaktorer

5.2.2 Indre rammefaktorer

Kandidatenes undervisningskvalifikasjoner kan betraktes som en viktig rammefaktor, og det er derfor viktig at kandidatene er bevist på sine egne faglige styrke og svakheter i forhold til tema. Likeledes er det viktig med innsikt i egne faglige og pedagogiske forutsetninger, samt vilje til videre utvikling (Hiim & Hippe, 2022, s. 63). Kandidatene har faglig ansvar på sine respektive arbeidsplasser og har stor interesse og engasjement for undervisning av kollegaer.

Kandidatene har personlig engasjement for tematikken samt egne erfaringer med gjenkjennelse av barnemishandling, anonym drøfting med barnevernet og skriving av bekymringsmeldinger. Kandidatene har også tilegnet seg ytterligere kunnskap om undervisningsformer og planlegging av undervisningsprogram ved bruk av den didaktiske relasjonsmodellen.

5.3 Målet med undervisningsprogrammet

Læringsmål hjelper kandidatene og deltakerne til å fremme læringen, og gjøre undervisningen bedre (Hiim & Hippe, 2022, s. 70). Læringsmålene for undervisningsprogrammet tar utgangspunkt i kunnskapsmål og ferdighetsmål. Målene deles inn i ulike nivåer, mål-middel-pedagogikk. Hensikten er å gi en realistisk beskrivelse av hvilke nivå undervisningen sikter mot og gi grunnlag for systematisk progresjon. Et slikt klassifiseringssystem kalles måltaksonomi (Hiim & Hippe, 2022, s. 71).

Innen profesjonsyrker brukes ofte begrepet yrkeskompetanse, som er en sammensetting av teoretiske kunnskaper, praktiske ferdigheter og yrkesetiske holdninger. Dette må tilegnes gjennom praktisk-teoretiske arbeidsprosesser, noe som kan fungere godt i profesjonsyrker som for eksempel håndverkere (Hiim & Hippe, 2022, s. 77). For helsepersonell, og særlig innen tematikken barnemishandling, kan det derimot være en fordel å dele inn i kunnskap- og ferdighetsmål. Pasienten og den praktiske utøvelsen av sykepleien vil være til stede parallelt i læringsarbeidet, men en oppsplitting av kunnskapen kan gi deltakerne økt evne til å foreta faglige begrunnelser og analyser. Kandidatene har valgt å lage kunnskap- og

ferdighetsmål etter prinsippene fra den didaktiske relasjonsmodellen. Deltakerne vil ha ulikt kompetansenivå, og målene må derfor kunne favne alle deltakerne.

5.3.1 Kunnskapsmål

Kandidatene ønsker at deltakerne tilegner seg teoretiske kunnskaper og intellektuelle ferdigheter. I utviklingen av kunnskap, vil deltakerne ved det laveste nivået kunne reproducere, altså *gjengi, navngi, beskrive* eller *referere* til kunnskap. Verbale uttrykk i middelnivået kan ifølge Hiim & Hippe (2022, s. 72) være å *forstå* eller *anvende*. Dersom kandidatene skulle valgt middelnivå, må deltakerens evne å *forstå* for eksempel omfanget av barnemishandling kunne måles. Kandidatene tolker å *skulle forstå* som å oppfatte meningen ved noe. Å *skulle forstå* eller oppfatte meningen ved ulike former for barnemishandling, er utenfor deltakernes rolle/evne. Det langsiktige målet er at helsepersonell skal oppdage utsatte barn og handle etter lovverket. For å oppnå dette må deltakerne først og fremst ha grunnleggende kunnskap om de ulike delene av tematikken. De satte kunnskapsmålene er presentert i tabell 10.

Kunnskapsmål <i>Dette målet sier noe om teoretiske kunnskaper og intellektuelle ferdigheter deltakeren skal tilegne seg</i>	<ul style="list-style-type: none">• Har grunnleggende kunnskap om omfanget av barnemishandling• Har grunnleggende kunnskap om ulike former for barnemishandling• Har grunnleggende kunnskap om tegn på barnemishandling• Har grunnleggende kunnskap om risikofaktorer• Har grunnleggende kunnskap om beskyttende faktorer• Har grunnleggende kunnskap om konsekvenser påført av barnemishandling• Har grunnleggende kunnskap om lovverket
---	---

Tabell 10: Kunnskapsmål

5.3.2 Ferdighetsmål

Ferdighetsmål handler om hva deltakerne skal tilegnes av praktiske ferdigheter. Det er deltakernes læreforutsetninger og rammefaktorer som er avgjørende for valg av nivå på læringsmålet. På det nederste taksominivået vil deltakerne kunne oppfatte kompleksiteten

ved barnemishandling. Deltakerne vil kunne oppdage tegn på mishandling. På middels ferdighetsnivå vil deltakerne kunne handle på spesifikke observasjoner av barnet. På det høyeste ferdighetsnivået vil deltakerne ha utviklet ferdigheter (Hiim & Hippe, 2022, s. 75). Deltakerne vil kunne kombinere kunnskapen de har fått gjennom undervisningen samt forberede og gjennomføre tiltak. Utredning av barnemishandling er barnevernets ansvar, og er derfor ikke laget som et mål. Ferdighetsmålene presenteres i tabell 11.

<p>Ferdighetsmål <i>Dette målet sier noe om hva deltakerne skal tilegne seg på det praktiske området</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etter gjennomført undervisning skal deltakerne klare å oppdage tegn på barnemishandling • Etter gjennomført undervisning skal deltakerne vite hvordan skrive og melde bekymringsmelding
--	--

Tabell 11: Ferdighetsmål

5.3.3 Holdningsmål

Holdningsmål handler i hovedsak om å være verdimelessig bevisste på ulike forhold og kunne ta ansvar for både seg selv, men også barnet og omsorgspersonen. I henhold til helsepersonelloven § 4 (1999) skal helsepersonell utføre sitt arbeid med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer legger føringer i hvordan sykepleiere skal opptre, og er styrende i møte med barn utsatt for barnemishandling og deres pårørende (NSF, 2019). Utarbeidelsen av holdningsmål er ekskludert i dette masterarbeidet, da det forventes at deltakerne følger disse retningslinjene.

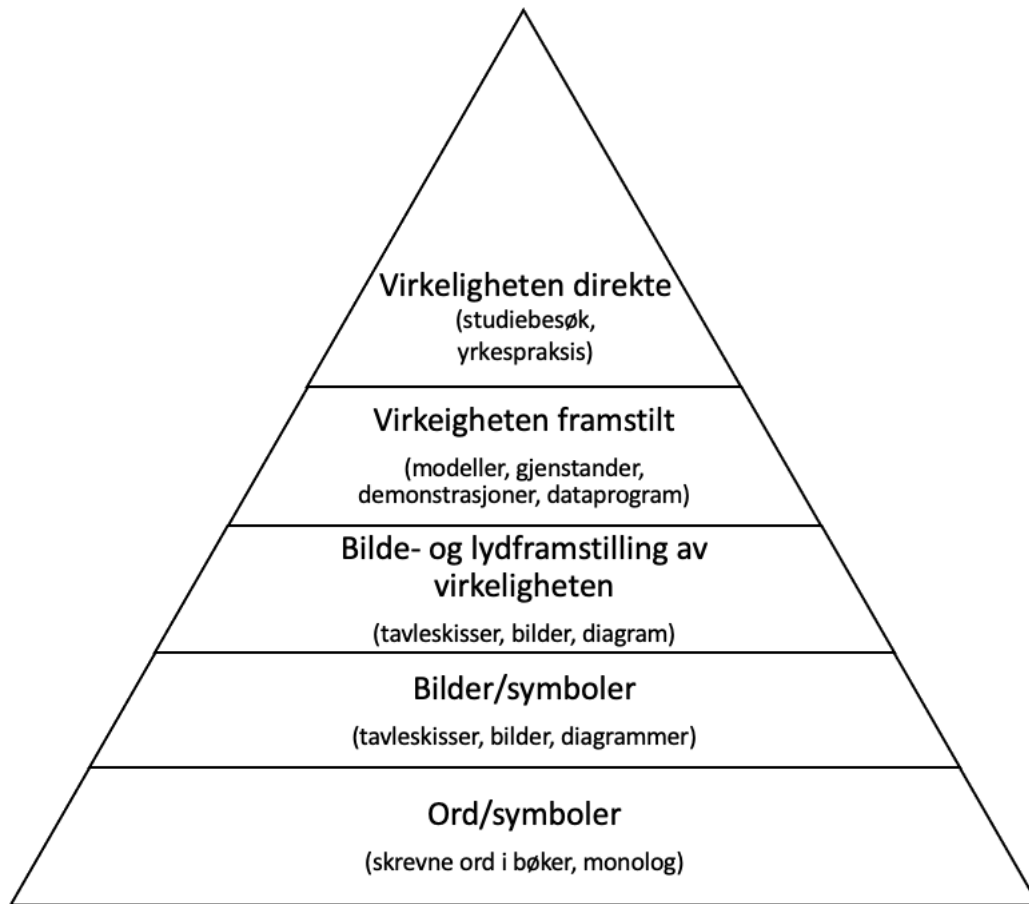
5.4 Læreprosessen

Læreprosessen handler om gjennomføringen av den undervisningen kandidatene planlegger (Hiim & Hippe, 2022, s. 102). Formålet med læringsprosessen er god og varig læring, og prosessen påvirkes av ulike faktorer som læreforutsetninger, motivasjon, interesse, læringsmiljø, aktivisering samt sammenheng mellom teori og praksis. Det finnes to måter å

lære på, induktiv- og deduktiv læring (Sylte, 2021, s.72). Kandidatene har valgt deduktiv læring som undervisningsmetode. Det vil si at deltakerne gjennomgår teorien før de skal prøve selv i praksis.

Læring handler om å legge til rette for dybdelæring, samtidig som det skal skape varige forandringer i opplevelser eller atferd som følge av erfaring (Hiim & Hippe, 2022, s. 33 & 102). Mennesker lærer på ulike måter og læringen påvirkes av faktorer som er avgjørende for hvordan deltakerne tilegner seg kompetanse. Hvilke sanser som dominerer ved læring vil variere, og de fleste bruker alle. Sansene er de auditive, de visuelle, de kinetiske og de taktile (Sylte, 2021, s. 99). Kombinasjon og variasjon i undervisningsmetode er nødvendig, og kandidatenes valg av læringsstil er derfor påvirket av de overordnede faktorene.

Forelesning i form av monolog er ofte en foretrukket metode når en skal ut med et bestemt budskap til en stor gruppe (Raaheim, 2013, s. 38). Læringspyramiden (figur 5) utformet etter Hiim & Hippe (2022, s. 120) viser hvilke læringsaktiviteter som er å foretrekke. Jo lengre opp i pyramiden, jo bedre blir læringsutbyttet. Ut ifra læringspyramiden er ikke forelesning den beste læringsaktiviteten for å fremme læring, men ifølge Hiim & Hippe (2022, s. 120) kan monologpreget forelesning gi deltakerne systematisk oversikt over teorien samt gi en strukturert innføring i et faglig emne. En svakhet er at underviserne ikke nyttiggjør seg av deltakernes ressurser, noe diskusjonsundervisning gjør. Diskusjonsundervisning er også velegnet for å belyse etiske utfordringer. Svakheten er derimot at aktivitetsfordelingen mellom deltakerne kan bli skjevfordelt og undervisningen lett kan skli ut. For å holde en struktur i forelesningen er det viktig at foreleseren styrer diskusjonene tilbake til temaet, samt komme med relevante oppsummeringer (Hiim & Hippe, 2022, s. 121).



Figur 5: Læringspyramiden. Utarbeidet av kandidatene etter Hiim & Hippe (2022).

Power Point (PP) er en undervisningsform med ren formidling i form av enveiskommunikasjon der det er lite rom for spørsmål og dialog er en lite aktiv læringsform (Sylte, 2021, s. 102). Kandidatene har derfor stilt seg spørsmålet om hvorfor PP skal brukes i denne forelesningen og hva PP kan være nyttig å anvende til. Berge (2021) mener PP kan være nyttig for å skape visuelle knagger som vil gjøre det lettere å huske store mengder informasjon. I tillegg egner PP seg godt til å illustrere bilder og til å visualisere fagstoffet (Sylte, 2021, s. 103).

For å gjøre PP mest mulig læringsvennlig har kandidatene valgt å anvende Berge (2021) sine fem designprinsipper (tabell 12) som vil være med på å optimalisere presentasjonen både kognitivt og psykologisk. Rådene er begrunnet i hukommelsesforskning og pedagogikk, og målet er å oppnå best mulig læringsutbytte.

Prinsipper	Hvorfor
<i>Ha kun én beskjed/ ett substanseselement per lysbilde</i>	Et <i>lysborne</i> med for mange beskjeder vil føre til at deltakerne slutter å høre på foreleseren frem til de har lest ferdig.
<i>Ikke bruke setninger i presentasjonen din</i>	Sjansen er gode for at de som lytter ikke får med seg noe som helst dersom du har hele setningskonstruksjoner i presentasjonen, samtidig som du prater. Samme beskjed må ikke gis på samme form i to kanaler samtidig. For eksempel i presentasjonen og muntlig.
<i>Gjør det viktigste i lysbildet størst</i>	Øynene leter etter fire ting, objekter som beveger seg, objekter i signalfarger (rødt, oransje og gult), objekter med sterke kontraster og store objekter.
<i>Bruk animasjon og mørk bakgrunn</i>	Animasjon er med på å styre fokuset mot det du til enhver tid snakker om. Én mørk bakgrunn i Power Point presentasjonen får deltakernes øyne til å hvile og fokuset går på foreleseren.
<i>Ha maks fem eller seks objekter på ett lysborne</i>	Har man mer enn fem eller seks objekter per <i>lysborne</i> , bruker deltakerne 500 prosent lengre tid på å orientere seg, og i den tiden klarer de ikke å lytte til foreleseren.

Tabell 12: Fem designprinsipper

5.4.1 Undervisningsprinsipper

MAKIS er et pedagogisk redskap som består av undervisningsprinsipper som kan brukes for læring. Prinsippene er beskrevet som å motivere, aktivisere, konkretisere, individualisere og skape samarbeid (MAKIS) om læreprosessen (Evensen & Brataas, 2019, s. 259; Hiim & Hippe, 2022, s. 123; Sylte, 2021, s. 73).

Motivering styres av deltakernes interesse og er den sterkest, mest stabil og effektive formen for motivering. Motivasjonen deles inn i indre- og ytre motivasjon (Hiim & Hippe, 2022, s. 124; Sylte, 2021, s. 73). Deltakerens interesse og indre motivasjon kan stamme fra ønske om å beskytte barn fra mishandling eller yte den beste pleien. I tillegg vil en interesse i læringsarbeidet og følelsen av at undervisningen er meningsfull og à jour med dagens virkelighet, være med på å skape indre motivasjon. Likeså er det viktig for deltakernes indre motivasjon at teori er knyttet til praksis. Den indre motivasjonen kan også komme gjennom interesse skapt av den ytre motivasjonen ved å bli belønnet. Belønning er den nest sterkeste

formen for motivering og den er med på å drive den ytre motivasjonen (Hiim & Hippe, 2022, s. 124; Sylte, 2021, s. 73). For deltakerne kan den ytre motivasjonen være å få en bekreftelse på at de mestrer å oppdage tegn på barnemishandling.

Aktivisering er en nødvendig forutsetning for å lære og læring skjer ved å lytte, lese, skrive, diskutere og utføre praktisk arbeid/oppgaver (Hiim & Hippe, 2022, s. 124; Sylte, 2021, s. 73). Aktive læringsformer skaper best læring (Sylte, 2021, s. 74). Kasuistikker, erfaringsdeling og digital læring er noen av de aktive læringsformene kandidatene velger å bruke. Målet er å fange deltakernes oppmerksomhet, skape diskusjoner og åpne opp for spørsmål. En annen måte å fremme læring, er å ta utgangspunkt i et problem eller en oppgave som skal løses (Hiim & Hippe, 2022, s. 125). Kandidatene vil bruke denne måten for aktivisering, ved at deltakerne diskuterer i små grupper på to og to over ett gitt spørsmål.

Konkretisering av undervisningen kan utføres på forskjellige måter (Hiim & Hippe, 2022, s. 125). Det mest solide fundamentet for læring er deltakernes direkte erfaring med virkeligheten. For å gjennomføre dette bruker kandidatene læremidler som etterligner virkeligheten i form av filmer, bilder og utsagn fra barn som har blitt utsatt for barnemishandling.

Individualisering er at undervisningen tilpasses den enkelte deltakers læreforutsetninger. Målet med individualisering er at deltakerne skal bruke sine ressurser og få hjelp til sine svakheter (Hiim & Hippe, 2022, s. 126; Sylte, 2021, s. 74). Individualisert undervisning gir best mulig utbytte av undervisningen. Dette vil ikke være mulig å etterkomme i dette masterarbeidet, da kandidatene har faste mål for undervisningen. Undervisningen er laget på denne måten for at tematikken skal vekke interesse, åpne opp for diskusjon samt føre til deling av erfaringer og meninger. Dette vil forhåpentligvis være med på å åpne opp for læring og individualisere undervisningen på en annen måte en beskrevet i lærebøkene.

Samarbeid skjer ved at deltakerne blir stimulert til lytting, diskusjon, deling av opplevelser og meninger. Dette forutsetter god kommunikasjon (Hiim & Hippe, 2022, s. 126-127; Sylte, 2021, s. 75). Aktivisering gjennom oppgaveløsning i grupper, som eksempelvis kasediskusjoner, er en form for samarbeid (Sylte, 2021, s. 75). Hensikten med diskusjonen

er at deltakerne bruke den teorien de har lært gjennom undervisningen og knytter den opp mot virkeligheten. Samarbeidet vil bidra til at deltakerne tilegner seg en bredere forståelse for tema og kritisk tenkning.

5.5 Undervisningens innhold

Innholdet er det undervisningen og læringen handler om (Hiim & Hippe, 2022, s. 85; Sylte, 2021, s. 69). Innholdet er valgt slik at den er i tråd med de definerte kunnskap- og ferdighetsmålene. Undervisningens innhold diskuteres i forhold til *hva*-aspektet og *hvordan*-aspektet (Hiim & Hippe, 2022, s. 85). I dette kapittelet tar kandidatene for seg hvorfor innholdet skal med og hva innholdet i undervisningsprogrammet skal være, mens i kapittel 6 presenteres hvordan innholdet er utformet.

Undervisningens innhold er delt inn som vist i tabell 13.

➤ Introduksjon til undervisningsprogrammet	Del 1
➤ Presentasjon av kasuistikker	
➤ Lowerk	
➤ Omfanget av barnemishandling	Del 2
➤ Ulike former for barnemishandling og respektive tegn	
➤ Konsekvenser av barnemishandling	Del 3
➤ Risikofaktorer	
➤ Beskyttende faktorer	
➤ Bekymringsmelding	Del 4
➤ Kasusdiskusjon	
➤ «Take home messages»	

Tabell 13: Undervisningens innhold

5.5.1 Introduksjon til undervisningsprogrammet

Hva:

Lysbilde 1-5:

Undervisningen starter med en kort introduksjon av kandidatene, årsaken til undervisningen, samt at kandidatene har på uniform. Det vil informeres om deltakernes rolle som helsepersonell i møte med barn utsatt for barnemishandling og naturlige reaksjoner. Deretter presenteres undervisningens disposisjon og de satte kunnskap- og læringsmålene som skal oppnås. Avslutningsvis avsettes det tid for spørsmål samt kartlegging av deltakerens forventninger. Etter dette gjennomgås praktisk informasjon om nødutganger og toaletter.

Hvorfor:

Lysbilde 1:

Informasjon om nødutganger er viktig beredskapsplanlegging. Under årsaken til undervisningen vil det informeres om at deltakerne skal fylle ut et evalueringsskjema, da dette er pilotundervisninger som skal evalueres i masterarbeidet.

Den relevante yrkeserfaringen samt motivasjon for tematikken kommer fram under kandidatenes presentasjon. Ved å vise til erfaring og engasjement kan det opparbeides tillit fra deltakerne. Presentasjonen viser kandidatenes forståelse og kunnskap om innholdet. Det er ønskelig at deltakerne deltar aktivt i løpet av undervisningen, og kandidatene legger til rette for et avslappet og bekvemt miljø. For å oppnå dette er åpenhet og imøtekommenhet vesentlig, framfor en autoritær holdning. En balanse mellom å vise faglig dyktighet og upretensiøs framtoning er viktig. Parallelt vil det presiseres at deltakerne og kandidatene er helsepersonell i møte med barn utsatt for barnemishandling. Kandidatene vil ha på uniform for å minne deltakerne om denne rollen. I tillegg til at tematikken er følelsesladd i rollen som helsepersonell, vil det også kunne vekke reaksjoner for deltakere som selv har vært utsatt for barnemishandling. Dette scenarioet tas opp, og deltakerne bes om å ta kontakt dersom undervisningen blir vanskelig å gjennomføre. Dette scenarioet er også en grunn til at kandidatene må framstå som imøtekommende fra starten av undervisningen.

Lysbilde 2-3:

Disposisjonen for dagen med informasjon om innhold, antall pauser, spisepause samt undervisningens lengde presenteres. Dette gjennomgås for at deltakerne skal ha oversikt, og for at dagen skal bli forutsigbar, noe som kan være med på å fremme læring (Hiim & Hippe, s. 61). I lysbilde 3 har kandidatene brukt kunnskap om utforming av Power Point og uthevet den delen av disposisjonen som gjennomgås. Dette gjøres konsekvent for å holde strukturen og for å lede deltakerne inn i den aktuelle delen (eksempelvis lysbilde 3). Fargevalg og generell utforming er i tråd med Berges (2021) designprinsipper (tabell 12). Tegningene av «Tegnehanne» er brukt med tillatelse (vedlegg 9) og brukes for å lette på stemningen.

Lysbilde 4-5:

De definerte kunnskap- og læringsmålene presenteres. Hensikten med undervisningen er å oppnå disse målene. Lysbilde 4 og 5 avsluttes med en gjennomgang av deltakernes forventninger og spørsmål rundt barnemishandling. Dette hjelper kandidatene til å styre undervisningen mot deltakernes forventninger.

5.5.2 Kasuistikker

Hva:

Lysbilde 7-13:

Kasuistikkene hentet fra Vollmer-Sandholm et al. (2021) er utført på pediatere i Norge i nyere tid, og har god akademisk tyngde. Kandidatene har oversatt kasuistikkene i samråd med førsteforfatter. De tre utvalgte kasuistikkene omhandler fysisk mishandling. Det var ingen kasuistikker fra studien som omhandlet omsorgssvikt eller psykisk mishandling.

Kasuistikkene leses opp av kandidatene og det stilles spørsmål om hvor enige deltakerne er i påstanden «*jeg er bekymret for at barnet kan ha blitt mishandlet/neglisjert*» gjennom Mentimeter. Mentimeter vil bli brukt flere ganger i løpet av undervisningen, og det settes av tid for at deltakerne kan logge seg inn og bli kjent med verktøyet ved første gangs bruk. Besvarelsene vises etter at alle har besvart, og før neste lysbilde med ny kasuistikk

presenteres. Undervisningen går ikke videre før alle har respondert, som gjør det obligatorisk å besvare. Kasuistikkene og resultatene fra Mentimeter er vedlagt som vedlegg 10. Deltakerne får beskjed om at kasuistikkene gjentas og diskuteres i slutten av undervisningen.

Hvorfor:

Lysbilde 7–13:

Problembasert læring kan være en god læreaktivitet for helsepersonell (Gao et al., 2022). Kasuistikker er en form for problembasert læring hvor deltakerne får en mulighet til å sette teori opp imot praksis ved å bruke virkelige og autentiske kontekster. En god konstruert kasuistikk vil kunne gi en forståelse av de viktige elementene i en gitt situasjon, slik at deltakerne er bedre forberedt på en lignende situasjon i fremtiden.

Obligatorisk respons motiverer deltakerne til å reflektere og gjøre en vurdering.

Refleksjonen gjør at deltakerne opparbeider seg kunnskapen som trengs for å oppnå de definerte kunnskap- og ferdighetsmålene.

Kandidatene har vurdert hvorvidt introduksjon av et nytt og ukjent digitalt verktøy kan distrahere deltakerne, men kommet fram til at Mentimeter er så enkelt å bruke at det heller kan bli sett på som et spennende og motiverende verktøy.

Undervisningsdagen starter og slutter med en gjennomgang av kasuistikkene. Hensikten er å gjøre en grov kartlegging om hvilket kunnskapsnivå deltakerne har. Kandidatene vil justerer innholdet etter deltakernes kunnskapsnivå i tråd med prinsippene i den didaktiske relasjonsmodellen. I tillegg ønsker kandidatene å gi deltakerne noen knagger de kan henge eksempler og historier på i løpet av dagen. Å gå tilbake til tidligere eksempler skaper en rød tråd gjennom undervisningen, noe som er en fordel når undervisningen varer en hel dag.

5.5.3 Lovverk

Hva:

Lysbilde 15-16:

Barnekonvensjon er en internasjonal menneskerettighetskonvensjon som stadfester barns menneskerettigheter og krav til spesiell beskyttelse (Regjeringen, 2020). En av rettighetene er retten til beskyttelse mot mishandling (artikkel 19). For å nå målet om å beskytte barn mot mishandling, må dette sees i sammenheng med andre grunnleggende rettigheter; rett til å si sin mening og bli hørt, få og gi informasjon, barns beste og rett til privatliv (Regjeringen, 2020). Sanner (2021, s. 122) påpeker at rettighetene henger tett sammen, og at en umulig kan oppfylle den ene uten at den andre ivaretatts. Fem utvalgte rettigheter blir presentert og sitert slik at deltakerne hører ordlyden om barns rettigheter.

Forandringsfabrikken (FF) er et kunnskapssenter som har innhentet erfaringer og råd fra barn i møte med hjelpesystemer. Et av målene ved forandringsfabrikken er at barn opplever skole, helsetjenester og andre systemer som trygge og nyttige (Forandringsfabrikken, u. å.) Disse erfaringene er brukt for å fremheve barn ønsker fra hjelpesystemene.

Helsepersonell har taushetsplikt jf. Hpl. § 21 (1999). Likevel finnes det begrensninger i taushetsplikten når helsepersonell har grunn til å tro at barn er utsatt for barnemishandling. Helsepersonell skal melde til barneverntjenester etter opplysningsplikt til barnevernet jf. Barnevernsloven § 6-4 første ledd bokstav a. (1992) og etter hpl. §33 (1999). Sanner (2020, s. 125) påpeker viktigheten med at personen som har grunn til å tro at et barn er mishandlet, snakker med barnet om bekymringen. På den måten vil *barnets rett til å bli hørt fritt* ivaretas. Er en likevel bekymret og personen vurderer å sende en bekymringsmelding, vil det være nødvendig at barnet får kjennskap til det. Årsaken er at barnet har *rett til å komme med innspill* om innholdet i bekymringsmeldingen (Sanner, 2020, s. 125). Helsepersonell bør informere omsorgspersoner dersom bekymringsmeldingen skal sendes, likevel mener Sanner (2020, s. 125) at dette må vurderes opp imot *barnets beste*. Omhandler bekymringsmeldingen mishandling, skal ikke omsorgspersoner informeres. Velger helsepersonellet likevel å informere omsorgspersonene, fremhever Sanner (2020, s. 125) at barnet må få kjennskap til dette før omsorgspersonene. Årsaken er at informeringen kan

påvirke barnet mulighet til å *uttale seg fritt* til barnevernet, noe som igjen kan føre til at barnevernet ikke finner ut av hva som foregår. Dette kan medføre at riktige hjelpetiltak ikke blir iverksatt.

Voldtekt (§ 291) og mishandling i nære relasjoner (§ 282) er eksempler på straffbare handlinger som er omfattet av avvergingsplikten etter straffeloven § 196 (2005). Helsepersonell kan avverge ved å varsle politi jf. Hpl § 31 (1999), barnevern eller på annen måte forsøke å forhindre de straffbare forholdene. Likevel vil et varsel til barnevernet eller politiet kanskje ikke være det beste for barnet akkurat på det nåværende tidspunktet (Sanner, 2021, s. 127). Konsekvensen av en varslingssak eller anmeldelse kan være av stor betydning for barnet. Det er viktig med langsiktig konsekvenstenkning dersom man velger å varsle/anmelde (Sanner, 2021, s. 127). På en annen side kan brudd på plikter etter hpl. § 56 (1999) medføre tilbakekallelse av autorisasjoner/lisenser/godkjenninger eller bot og fengselsstraff inntil ett år i henhold til straffeloven § 196 (2005).

Hvorfor:

Lysbilde 15-16:

Barn har grunnleggende rettigheter og disse er av betydning for avgjørelser angående barn. Manglende kunnskap hos helsepersonell om rettighetene medfører dårligere rettsikkerhet hos barn, ettersom de har dårligere forutsetninger for å ivareta sin egen rettsikkerhet. Det har derfor vært viktig for kandidatene å bruke tid på lovverket som skal beskytte barn mot mishandling.

5.5.4 Omfanget av barnemishandling

Hva:

Lysbilde 18-19:

Tre studier blir presentert og sammenlignet i en tabell for å konkretisere og gjøre omfanget mer oversiktlig for deltakerne.

Den nyeste studien utført på 9240 ungdommer i alderen 12 til 16 år fant at omkring 20 % opplevde mindre alvorlig fysisk mishandling, mens 2 % hadde opplevd alvorlig fysisk

mishandling (Hafstad & Augusti, 2019, s. 62). I tillegg ble det rapportert at 20 % hadde opplevd psykisk mishandling fra foreldre ved gjentatte tilfeller (Hafstad & Augusti, 2019, s. 69). Dobbelte så mange jenter som gutter var utsatt for seksuelle overgrep begått av voksne (Hafstad & Augusti, 2019, s. 85).

Rapporten til Mossige & Stefansen (2016) sammenligner resultater fra to undersøkelser gjennomført av NOVA i 2007 og 2015 på et likt utvalg ungdommer i alderen 18-19 år. I 2007 ble 7033 ungdommer inkludert og i 2015, 6848 ungdommer. I 2007 rapporterte 18 % at de var blitt utsatt for mild fysisk mishandling, kontra 9 % i 2015. Både i 2015 og i 2007 rapporterer 4 % av ungdommene at de hadde vært utsatt for grov fysisk mishandling fra foreldrene (Mossige & Stefansen, 2016, s. 55). Det var cirka like mange jenter og gutter som var blitt utsatt for seksuelle krenkelser i 2007 og 2015 (Mossige & Stefansen, 2016, s. 88).

Intervjuundersøkelsen i 2015 ble utført på 2062 ungdommer i alderen 16 og 17 år. Omkring 7,8 % opplevde mindre alvorlig fysisk mishandling, mens 1,7 % hadde opplevd alvorlig fysisk mishandling minst én gang fra sine foresatte. Psykisk mishandling fra foresatte ble totalt rapportert for 6,6 % av ungdommene (Myhre et al., 2015, s. 54). Totalt var det 10 % jenter og 3,3 % gutter som rapporterte at de var blitt utsatt for seksuelle overgrep (Myhre et al., 2015, s. 58).

Hvorfor:

Lysbilde 18-19:

For at deltakerne skal være motivert for undervisning kan det være hensiktsmessig å tydeliggjøre omfanget av barnemishandling i Norge. Deltakernes motivasjon er avgjørende og tar utgangspunkt i hvor meningsfylt undervisningen er, samt hvor å jour den er med dagens virkelighet (Hiim & Hippe, 2022, s. 124). Et representativt tall på omfanget av barnemishandling har vist seg vanskelig å anskaffe. Årsaken er at barnemishandling ofte tildekkes av foreldre og barn, eller at foreldrene ikke vet at deres barn utsettes for mishandling. Barnemishandling kan også tildekkes av helsepersonell og de systemer de arbeider innenfor ved at saker ikke meldes (Killén, 2021, s. 13-14).

Tall fra omfangsstudier utført på voksne og deres opplevelser fra barndommen ekskluderes. Det samme gjelder studier utført under nedstenging i koronapandemien. De presenterte studiene er nasjonale studier utført på ungdommer i Norge (Hafstad & Augusti, 2019; Mossige & Stefansen, 2016; Myhre et al., 2015). Deltakerne blir spurt om hva de tenker om variasjonen i statistikken. Dette gjøres for å motivere deltakerne til å tenke på om det for eksempel har oppstått andre former for barnemishandling, om det er lettere å oppdage barnemishandling eller om det er lettere å melde bekymringsmelding.

5.5.5 Ulike former for barnemishandling og respektive tegn

Lysbilde 22:

Hva: For å aktivisere deltakerne brukes Mentimeter, denne gangen som ordsky. Kandidatene spør «*Hva tenker du når du hører ordet barnemishandling*». Deltakerne oppfordres til å skrive 10 ord. Ordskyen fremvises, og kandidatene presenterer ordene i ordskyen.

Hvorfor: I løpet av masterarbeidet har kandidatene sett at begrepet barnemishandling brukes som et vidt begrep i litteraturen. Kandidatene ønsker å belyse dette ved at deltakerne skriver hva de tenker begrepet omhandler. Dette gjøres som en introduksjon til de neste lysbildene, hvor kandidatene har laget en strukturert oversikt over begrepet. Mentimeter brukes for å skape aktivisering og variasjon i undervisningen i tråd med MAKIS prinsippene.

Lysbilde 23-24:

Hva: Kandidatene presenterer et forslag for inndelingen av begrepet barnemishandling. For at deltakerne enklere skal klare å skille de ulike formene for barnemishandling har kandidatene laget et tankekart som deles ut på papir hvor deltakerne kan notere.

Hvorfor: Inndelingen av begrepet barnemishandling gjør innholdet i undervisningen mer konkret og oversiktlig. Konkretisering av innholdet er etter MAKIS prinsippet. Bruken av tankekart kan, for noen, føre til økt læring (Gao et. al., 2022).

Helsepersonell har et kontinuerlig ansvar for å oppdage ulike former for barnemishandling og vite hvilke tegn som kan observeres. Utilstrekkelig observasjon og vurdering av barn kan føre til mange år med mishandling som kunne vært oppdaget og satt en stopper for. Bevisstgjøring ovenfor hvorfor det er viktig å oppdage barnemishandling er derfor nødvendig. Det vil også være viktig at deltakerne får kunnskap om ulike former for barnemishandling og deres respektive tegn.

Lysbilde 25-51:

Hva/hvorfor:

De ulike formene for barnemishandling presenteres. Under *omsorgssvikt* lysbilde 25 og *psykisk mishandling* lysbilde 48 brukes filmer som eksempler på mishandling. Kandidatene vil vise bilder under lysbilde 38-39 *fysisk mishandling*. Utsagn fra utsatte barn hentet fra Forandringsfabrikken blir brukt som introduksjon til *fysisk mishandling* i lysbilde 35 og *seksuelle overgrep* i lysbilde 51. Læringsaktivitetene brukt i disse lysbildene er, etter MAKIS prinsippene, for å konkretisere innholdet opp imot praksis, samt for å aktivisere deltakerne ved å variere mellom monolog og andre læringsaktiviteter i undervisningen. Kandidatene vil påpeke at deltakerens rolle som helsepersonell er å observere, dokumentere og eventuelt melde.

Lysbilde 25:

En kortfilm med varighet på 2 minutter blir vist (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2011, 2:02). Filmen skal fortelle barn i grunnskolen om barnevernet. Hensikten er å oppmuntre til å beskrive og sette ord på hva som skjer i filmen, samt leve seg inn i hovedpersonens situasjon (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, u. å.). Den samme hensikten har kandidatene med filmen ovenfor deltakerne.

Lysbilde 26-33:

Kandidatene gir en introduksjon i hva som menes med omsorgssvikt. Omsorgssvikt er et komplekst samspill mellom kulturelle og sosioøkonomiske faktorer knyttet til barnet, omsorgspersoner, miljø og ressurser (Harper & Foell, 2021; NICE, 2017, s. 22). Omsorgssvikt karakteriseres ved fravær av adferd hos omsorgspersoner (Killén, 2021, s. 38).

Omsorgssvikten kan være fysisk, forårsaket av manglende tilsyn, følelsesmessig, pedagogisk, ernæringsmessig, medisinsk, samt nedsatt tannhelsen (Harper & Foell, 2021).

Fysisk omsorgssvikt er mangelen på evnen til å gi tilstrekkelig med mat, klær, husly eller hygiene. Tegn kan være dårlig hygiene, være skittent, dårlig stelt, lukte vondt eller omfattende bleieutslett (Harper & Foell, 2021; Killén, 2021, s. 38). Andre beskrevne tegn er klær i dårlig stand, i feil størrelse eller mangel på tilstrekkelig med klær utfra årstid (Harper & Foell, 2021; NICE, 2017, s. 22).

Omsorgssvikt på grunn av *manglende tilsynsevne* kan være en kombinasjon av barrierer, kunnskap eller ressurser omsorgspersonene innehar. Barn kan utsettes for alvorlig skade, som svelging av gjenstander, bittskader, nærdrinking eller brannskader (Harper & Foell, 2021; NICE, 2017, s. 23).

Den *følelsesmessige omsorgssvikten* er manglende evne til å gi kjærlighet, trygghet og følelsesmessig støtte, beskyttelse mot eksponering av mishandling i hjemmet eller rusbruk (Harper & Foell, 2021). Omsorgspersonene er ikke i stand til å engasjere seg i barnet og prioriterer andre forhold i livet. Den følelsesmessige omsorgssvikten kan tildekkes ved at omsorgspersonene gir et overdrevent behovsdekning av materielle ting. Denne formen for mishandling ses ofte hos ressurssterke miljøer og der barna ofte får omsorg fra andre voksne (Killén, 2021, s. 41). Et tegn er at barn påtar seg en voksenrolle fordi de må kompensere for foreldrenes følelsesmessige unnlater (Killén, 2021, s. 41).

Den *pedagogiske omsorgssvikten* er når utdanningen forsømmes. Omsorgspersoner glemmer å skrive inn barn på skolen, sørge for regelmessig oppmøte eller få spesialundervisning ved behov. Barn som skulker eller har dårlig oppmøte på skolen er et tegn på pedagogisk omsorgssvikt (Harper & Foell, 2021; NICE, 2017, s. 26).

Ernæringsmessig omsorgssvikt skjer når omsorgspersonene unnlater å gi tilstrekkelig næring for å opprettholde fysisk vekst og utvikling, eller ved å ikke forhindre overernæring (Harper & Foell, 2021). Underernæring kan gjenkjennes ved at barn er anemiske, mistrives, sultne

eller har dårlig vekstkurve (Harper & Foell, 2021; Killén, 2021, s. 39). Overernæring ses ved fedme som gir medisinske komplikasjoner (Harper & Foell, 2021; Killén, 2021, s. 41).

Medisinsk omsorgssvikt oppstår når omsorgspersoner unnlater å gi forskrevde medisinsk behandling eller ved å ikke oppsøke medisinsk hjelp i tide (Harper & Foell, 2021; NICE, 2017, s.24).

Dårlig tannhelse på grunn av manglende evne til å gi tilstrekkelig tannpleie eller behandling, til tross for tilgang, er den siste formen for omsorgssvikt. Tegn er ubehandlede råtne tenner, orale infeksjoner og smerte i munnen (Harper & Foell, 2021).

Lysbilde 35:

Kandidatene leser opp utsagn fra Mathea. Hensikten med utsagnet hentet fra Forandringsfabrikken er å understreke viktigheten av å stille barn spørsmål om hvorfor de har de merkene på kroppen som de har, da dette kan gjøre en forskjell for noen barn som utsettes for mishandling.

Lysbilde 36:

Fysisk mishandling er aktive handlinger som påfører skade, eller skader som oppstår ved manglende tilsyn (Boos, 2022; Harper & Foell, 2021; Killén, 2021, s. 44). De vanligste tegnene på fysisk mishandling er blåmerker og brannskader (Boos, 2022).

Lysbilde 37-44:

For å aktivisere deltakerne vil kandidatene be om at to og to deltakere går sammen for å diskutere hvor på kroppen de mener barn ikke skal ha blåmerker. Etter ett minutt vil kandidatene spørre om noen vil dele tankene. Denne aktiviteten kan gjøre at deltakerne opplever samarbeid, som er i tråd med MAKIS prinsippene. Etter dette vil kandidatene gå inn på temaet blåmerker.

Blåmerker er den vanligste formen for utilsiktet og påført skade. Faktorer helsepersonell bør være oppmerksomme på ved blåmerker er barnets alder, form, plassering, fordeling, antall og størrelse (Boos, 2021; Boos, 2022; Gavril, 2020; NICE, 2017, s.11; Stensland, 2022).

Blåmerker skal ikke forekomme hos barn yngre enn 6 måneder, fordi de ikke kan krabbe. Et krypende barn skal ikke ha mer enn to blåmerker (Boos, 2022; Gavril, 2020). Blåmerker på overkropp, baken, øvre del av rygg, øret, nakke, kjevevinkel, kinn og øyelokk bør vekke bekymring (Boos, 2021; Boos, 2022, Christian, 2021a; Gavril, 2020). Mønster på blåmerkene kan komme fra bitemerker, hender og slag med gjenstander (Boos, 2021; Boos, 2022; Gavril, 2020). Kandidatene vil vise bilder samt tegninger av tegn og blåmerker fra ulike nettsider for å konkretisere undervisningen opp imot praksis, som er i tråd med MAKIS prinsippene.

Sår/rift/blåmerker på lepper/munn, avskåret leppebånd, sår på tungen, samt sår/blåmerker i bukkalslimhinnen, tannkjøtt eller ganer (hos barn uten kreft) er bekymringsfulle *munnskader*. I tillegg bør en reagere ved manglende eller knekte tenner uten årsaksforklaring, samt ved brudd i kjeven (Boos, 2022; Gavril, 2020). Det skal heller ikke forekomme blåmerker, fortykkelse av hud eller arrdannelse i munnvikene (Boos, 2022). Kandidatene håper på at deltakerne vil knytte dette opp mot kasuistikk 1, men vil ikke gi en direkte kobling. Kandidatene ønsker at deltakerne selv skal gjøre denne vurderingen ved kasusdiskusjonene ved slutten av undervisningen.

Brannskader kan oppstå fra skåldingsskade, kontakt med oppvarmede gjenstander, flammer, kjemisk eksponering, mikrobølgeovn, annen stråling og elektrisk strøm (Boos, 2022, Harper & Foell, 2021; Gavril, 2020). Brannskader fra påført skåldingsskade har noen egenskaper; distribusjonen er til underkstremitetene, med eller uten baken og perineum. Dybden på skaden er ofte ensartet, med delvis eller full tykkelse og har klare marginer, samt symmetri av lemmene er ikke uvanlig (Boos, 2021; Boos, 2022 og Gavril 2020). Brannsår forårsaket av for eksempel strykejern og sigarett, har skarpt avgrenset form og bør vekke bekymring (Boos, 2021; Boos, 2022; Gavril, 2020; NICE, 2017, s. 14). Brannskader med forbrenningsgrad på over 20 % av kroppsoverflaten er også forenlig med fysisk mishandling. Det samme gjelder for brannsår på ryggen, baken eller kjønnsorganene (Boos, 2022).

Påførte *bruddskader* oppstår hovedsakelig hos spedbarn. Ribbeinsbrudd, gjerne i flertall, er et typisk tegn på fysisk skade (Gavril, 2020). Det samme gjelder brudd i ulike stadier av tilheling (Boos, 2021; Boos, 2022; Gavril, 2020; NICE, 2017, s. 14). Et annet spesifikk tegn på mishandling hos spedbarn er klassiske metafysesjoner (Boos,2022; Gavril, 2020). Andre

tegn er lange benbrudd, brudd i brystbenet, skulderblad, vertebrale kroppsbrudd og sublaksasjoner med fravær av en historie med høyfrekvent traume (Boos, 2022), samt alvorlige kraniebrudd (Boos, 2022; Gavril, 2020). Kasuistikk 3 omhandler benbrudd, og kandidatene håper at deltakerne vil ha med seg denne kunnskapen inn i kasusdiskusjonene.

Hodeskader gir ikke alltid fysiske tegn. Likevel er det noen tegn en bør være oppmerksom på. Tidlig oppdagelse kan i mange tilfeller være livreddende (Christian, 2021b). Barn skal ikke ha blåmerker rundt ører, nakke eller overkropp (Boos, 2022; Christian, 2021a). I tillegg kan uspesifikke tegn som oppkast, endret mental status, koma og ustabile vitale parametre (apné og bradykardi) være tegn til hodeskade. Det samme gjelder for krampeanfall ribbensbrudd, økt hodeomkrets og irritabilitet uten underliggende sykdom (Boos, 2022; Christian, 2021a; Scholefield, 2021). De fleste alvorlig påført hodeskade oppstår i løpet av barnets første leveår og er hovedsakelig forårsaket av risting eller direkte traume mot hodet (Christian, 2021a; Myhre, 2021b). Netthinneblødning og subduralt hematomer er tegn som oppdages på MR-bilder (Boos, 2022; Christian, 2021a; Gavril 2020; Scholefield, 2021; Myhre, 2021b; NICE, 2017, s. 15). Spinalskader kan forekomme og bør vurderes hos alle barn utsatt for alvorlige mishandling som ved hodeskader. Ryggmargssymptomene er ofte vanskelig å oppdage, men tegn kan være benømheter over stedet for ryggvirvelbruddet eller spesifikke nevrologiske tegn som paraplegi, quadriplegi, inkontinens eller fraværende følelse under nivået på ryggskaden (Gavril, 2020).

Skade på indre organer bør mistenkes ved fravær av traume, spesielt for barn yngre enn fire år. Disse barna har oftest andre skader som hodeskade, brudd eller funn på huden (Boos, 2022). Abdominale skade kan være påført ved direkte slag, spark eller direkte trykk. Skader som kan oppstå er skader eller ruptur på hule organer eller knusningsskade/rift på de faste organene (Boos, 2022). Tegn etter påført traume mot magen kan være ømhet og oppblåst mage, utvidelse av lever eller milt, samt blåmerker på bukveggen (Boos, 2021; Boos, 2022). I tillegg kan det oppstå uspesifikke symptomer som kvalme, oppkast, tap av bevissthet og/eller akutt abdomen (Gavril, 2020).

Lysbilde 47:

Etter en pause på 15 minutter starter kandidatene undervisningen med en kortfilm om at mishandling er mer enn fysisk mishandling (Lepsøe, 2016, 13:53). Filmen er regissert av Kine Lepsøe og deltakerne har fått tillatelse til å bruke kortfilmen i undervisningsprogrammet (vedlegg 11). Kandidatene velger å vise et klipp på 4.11 minutter av filmen. Klippet starter 07.27 minutter inn i filmen.

Lysbilde 48:

Psykisk mishandling er en vanskelig form for barnemishandling og kan lett forveksles med følelsesmessig omsorgssvikt. Psykisk mishandlingen er ikke én isolert opplevelse, men et vedvarende, kronisk adferdsmønster ovenfor barnet, som blir dominerende i barnets liv (Killén, 2021, s. 48). For å beskrive psykisk mishandling velger kandidatene å dele psykisk mishandling i seks forskjellige kategorier avhengig av hvilken form barna utsettes for.

Barn som oppfattes annerledes enn de er blir tillagt egenskaper de ikke har, og blir behandlet deretter. Disse barna kan ofte bli utsatt for fiendtlighet og avvisning, eller ulike former for nedvurdering, utskjelling og undertrykkelse. De kan også utsettes for terrorisering ved trusler om straff og om å bli forlatt eller sendt bort (Killén, 2021, s. 48; Stensland, 2022). Barn kan også bli tillagt egenskaper som medfører at foreldrene engasjerer seg sterkt og invaderende. Den mest kjente formen for denne type mishandling er Münchausen by proxy-syndromet (MBP) (Killén, 2021, s. 48; Roesler & Jenny, 2020).

Allerede i svangerskapet kan barn bli påvirket negativt av *foreldre som lever i konfliktfylte og voldelige samlivssituasjoner*. Barn utsettes for trusselen om tap av tilknytningspersoner og bruker krefter på å ta vare på seg selv, men også på sine foreldre. Lite krefter og lite glede investert i lek, samvær med jevnaldrende og læring er noen av de negative konsekvensene barn påføres og tegn som kan fanges (Killén, 2021, s. 53).

Barn av foreldre med rusmiddelproblemer blir ofte ikke sett og behovene blir ikke dekt. Årsaken er at den voksne er mer opptatt av å dekke sine egne behov (Stensland, 2022). Dette fører til at barn utsettes for angstfylte og ustabile situasjoner. Familier med rusmiddelproblemer har ofte økonomiske problemer, boligproblemer og samlivsproblemer

der vold inntreffer. Ettersom rusen er svært kostbar, vil penger hovedsakelig gå til innkjøp av rusmidler og barnas prioriteringer vil bli skjøvet i bakgrunnen. Barns behov om å delta på sosiale- og fritidsaktiviteter blir nedprioritert (Killén, 2021, s. 55).

Barn av foreldre med psykisk sykdom blir omtalt som «de usynlige barna» fordi psykisk lidelse fortsatt er tabubelagt i dag. Tabuet representerer her et overgrep fra samfunnet. Samfunnet er med på å belaste barnet psykisk og forsterker også barnets angst. Barn tvinges til å dekke foreldres psykiske sykdom ovenfor omverdenen, som igjen pålegger barn i å leve med en forutsigbar uforutsigbarhet og flere engster seg for sine syke foreldre (Killén, 2021, s. 56).

Lysbilde 49-50:

Før kandidatene går videre til seksuelle overgrep, vil deltakerne aktiviseres gjennom et spørsmål om deres privatliv. Hensikten med spørsmålet er å la deltakerne kjenne på ubehaget ved å dele noe privat, noe hemmelig, med noen de ikke kjenner godt. Dette er en aktivitet kandidatene har gjennomført ved andre undervisninger. Den sjokkerende effekten av spørsmålet har gjort at kandidatene husker forelesningen svært godt, og håper på at det samme vil skje i denne sammenheng.

Deltakerne blir spurt om å gå sammen to og to. De blir oppfordret til å fortelle om sist gang de hadde samleie. Hypotesen er at noen vil syntes det er morsomt, mens andre vil bli helt stille. Humor kan være et viktig virkemiddel i undervisning, og kanskje særlig med tanken på den aktuelle tematikken. Etter bare noen sekunder vil kandidatene avbryte deltakerne og fortelle at de ikke skal gjennomføre. Kandidatene vil så fortelle om hensikten med aktiviteten, nemlig hvor vanskelig det er for barn å fortelle om seksuelle overgrep til en fremmed person. Helsepersonell må ikke belage seg på at barn fritt forteller om et seksuelt overgrep. Videre leser kandidatene Rubens utsagn, og viser en illustrerende tegning som er gjengitt med tillatelse (vedlegg 12). Tegningen er gjengitt med tillatelse. Barnetegningen viser hvordan barn kan formidle/avsløre at de er blitt mishandlet seksuelt.

Lysbilde 51:

Seksuelle overgrep defineres som forsøk på seksuell berøring av en annen person uten deres samtykke. Det inkluderer seksuell omgang, oral-genital eller anal-genital kontakt, kjærlig berøring samt nettovergrep (Bechtel & Bennett, 2021; Killén, 2021, s. 70). Seksuelle overgrep oppstår når det finnes en asymmetri i alder eller utvikling (Bechtel & Bennett, 2021).

Fysiske bevis på seksuelle overgrep er sjelden til stede ved undersøkelse, men medisinske plager kan oppdages. Plagene er rektal og genital blødning eller seksuelt overførbare infeksjoner som ikke er blitt ervervet prenatalt (Bechtel & Bennett, 2021; Lahoti, et al., 2018; NICE, 2017, s.17). Uspesifikke tegn på seksuelle overgrep kan være *tilbakefall av utvikling*. Barnet vil eksempelvis begynner å snakke babyspråk, eller tisse/bæsj på seg (Aasland, 2014, s. 74; NICE, 2017, s. 24 & s. 26). *Mareritt* oppstår ved søvnproblemer eller når en har vonde drømmer. Barn kan eksempelvis begynne å gråte, rope navn på overgriperen under søvn, skrike ut «nei, ikke ta meg på tissen» eller «gå vekk» (Aasland, 2014, s. 74; NICE, 2017, s. 24). *Depresjon og tristhet*, kan gjenkjennes ved at barn virker triste, ler mindre og smiler sjeldent (Aasland, 2014, s. 75; Hazell & Boylan, 2022). Barn kan også opptre annerledes, få *atferdsendringer* som aggresjon, passivitet, konsentrasjonsvansker eller være utilfreds med omgivelsene (Aasland, 2014, s. 75). *Seksualisert atferd* forekommer som tegn på seksuelt overgrep. Seksualisert atferd er unormalt for små barn og denne atferden må læres (Bechtel & Bennett, 2021; NICE, 2017, s. 27). Mange *kroppslige tegn* kan vise at barn ikke har det bra; mye vondt i hode, stramme og spente muskler, vondt i magen, vondt i tissen, gjentatte urinveisinfeksjoner, spiseproblemer, tannråte, seksuelle overførbare sykdommer, graviditet og abort (Aasland, 2014, s. 80-81).

5.5.6 Konsekvenser

Lysbilde 54:

Hva: Etter lunsjpausen starter undervisningen med en 6 minutters film om adverse childhood experiences (ACE's). ACE's kan oversettes til tidlige traumatiske opplevelser i barndommen. I filmen snakker gutten om hvilke konsekvenser det å være utsatt for barnemishandling har for hans framtid.

ACE-studien er en anerkjent studie fra 1998 med formål om å sammenligne langsiktige konsekvenser og helsemessige utfall med ACE's. Studien konkluderer med at risikoen for en rekke helseplager og funksjonsvansker i voksen alder, økte systematisk i takt med antallet belastninger en hadde vært utsatt for (Felitti et al, 1998, s. 246-247). Funnene fra ACE-studien samsvarer med konsekvensene beskrevet i norske rapporter (NOU 2017:12). I rapporten Svikt og Svik utgitt av Barne- og likestillingsdepartementet kommer det fram at barn i alderen null til fem år har mest omfattende helsemessige konsekvenser (NOU 2017:12, s. 30). Forskningsfeltet brukt i rapporten inneholder enkelte studier som bare ser på konsekvenser av traumatiske opplevelser, som for eksempel seksuelle overgrep. I rapporten omtales likevel konsekvenser av vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn samlet. Det er kjent at alle disse traumatiske opplevelsene, inkludert vold mot omsorgspersoner, hver for seg og samlet utgjør en betydelig risiko for redusert helse og funksjonsvansker. Det viser seg også at slike traumatiske opplevelser ofte forekommer i kombinasjon (NOU 2017:12, s. 30).

Lysbilde 55:

Hjernens utvikling og etableringen av kognitive funksjoner, reguleringen av følelser og kroppslige tilstander skjer tidlig i livet. Vekst og motorisk utvikling, og dermed fysiske forutsetninger, påvirkes også tidlig i livet. Eksponering for barnemishandling er forbundet med forstyrrelser i disse grunnleggende funksjonene og er derfor i tillegg til å være direkte konsekvenser av traumatiske opplevelser, også risikofaktorer for senere redusert helse (NOU 2017:12, s. 33)

Barn utsatt for barnemishandling kan utvikle tilknytningsproblemer, som igjen øker risikoen for andre utfordringer som aggresjon og utagerende atferd. Barnemishandling preger den *nevrobiologiske utvikling* av hjernen i en negativ forstand, særlig de deler som er sentrale for styringen av kroppens reaksjoner på stress (NOU 2017:12, s. 33). Evnen til affektsregulering og aktivisering påvirkes og utsatte barn har i større grad vansker med hyperaktivering, enn de barna som ikke er utsatt. Dette kan komme til uttrykk som uro, kaosfølelse, impulsivitet, raserianfall og utagering. Barna kan være i en konstant alarmberedskap. Når barnet ikke har mulighet for å slippe unna trusler gjennom hyperaktivering, vil nervesystemet i stedet

reducere aktiveringen til et minimum (hypoaktivering) som en grunnleggende beskyttelsesstrategi. Dette kan gi tegn som nedstemthet, fjernhet, tomhetsfølelse, nummenhet og isolering fra omgivelsene. Videre ser man at barn med slike erfaringer oftere har et trusselorientert oppmerksomhetsfokus som vil si at de konstant analyserer miljøet for risiko, og er ekstremt observante (NOU 2017:12, s. 34).

Den *kognitive utviklingen* vil også påvirkes av barnemishandling, og kan vise seg som svekkelser i impuls kontroll, evnen til å planlegge og evnen til å opprettholde oppmerksomheten. Forsinkelser i språk og språkforståelse forekommer, og språkvanskene synes å være mer omfattende jo tidligere i barnets liv belastningene har funnet sted. De kognitive svekkelsene kan ses i sammenheng med de nevrobiologiske konsekvensene. Riktig næring og stimulering er viktig for å legge til rette for god motorisk og kroppslige utviklingen hos barn. Barnemishandling kan medføre forsinkelser i utviklingen av grov- og finmotorikken, og det sees en økt risiko for spiseforstyrrelser, underernæring og dårligere vekst (NOU 2017:12, s. 34). Dårligere vekst hos barn utsatt for barnemishandling skjer både ved mangelen på næring, men også ved økt stressnivå, som igjen kan føre til forstyrrelser i sult eller metthetsfølelsen og som er avgjørende for kroppens metabolisme.

Lysbilde 56:

På sikt har barn utsatt for barnemishandling større risiko for å utvikle psykiske lidelser og rusavhengighet. Disse barna fullfører sjeldnere videregående skole og har en lavere forventning til å lykkes i skolen (NOU 2017:12, s. 34). Frafall fra skole kan igjen føre til arbeidsløshet og en generell lavere sosioøkonomisk status. De kan få problemer i relasjoner, og relasjonsvanskene øker i takt med varigheten på mishandlingen (NOU 2017:12, s. 35). Langtidskonsekvenser med å etablere stabile intime relasjoner i voksenlivet er dokumentert hos både menn og kvinner (NOU 2017:12, s. 35). En annen konsekvens er risikoen for å bli utøver av vold og seksuelle overgrep. Denne risikoen øker proporsjonalt med belastningene fra egen oppvekst (Felitti et al, 1998, s. 250). Andre studier viser betydelig forhøyet risiko for *aggressiv atferd og kriminalitet* i ungdomsårene. Fraværet av gode relasjoner kan føre til at ungdommer oppsøker kriminelle miljøer (NOU 2017:12, s. 35). Det sees en klar sammenheng mellom det å være utsatt for barnemishandling og *risiko- og selvdestruktiv atferd* slik som røyking, rusmisbruk og seksuell risikoatferd (Bechtel & Bennet, 2022).

Lysbilde 57:

Barnemishandling kan føre til alvorlige psykiske helsetilstander som for eksempel PTSD, depresjon, ADHD og personlighetsforstyrrelser. Risikoen for angst, depresjon og posttraumatiske plager er fire ganger forhøyet for mishandlede barn. I tillegg er risikoen for selvmordsforsøk femdoblet hos barn utsatt for grove seksuelle overgrep, og tredoblet hos barn som opplevde grov vold fra en forelder (NOU 2017:12, s. 36-37). Det sees en sammenheng mellom barnemishandling og fysiske helsetilstander som diabetes, leversykdom, kronisk bronkitt, lungeemfysem, lungekreft, overvekt, mage- og tarmlidelser og hjertelidelser (Felitti et al, 1998, s. 248). Norske data viser en økt risiko for luftveisproblematikk, astma, kroniske smertelidelser og angina pectoris hos utsatte barn. Barn får en lavere livskvalitet av å leve med barnemishandling, selv om de ikke er klar over at de utsettes for mishandling. Livskvaliteten barn opplever påvirkes også av om søsken har det trygt hjemme eller ivaretagelse av en voldsutsatt omsorgsperson (NOU 2017:12, s. 37-38). Fysisk barnemishandling kan i det verstefall føre til hjernesker, påførte sykdommer og død, avhengig av skadeomfanget.

Lysbilde 58:

Barn utsatt for barnemishandling trenger ofte hjelp fra tjenesteapparat som barnevern eller psykisk helsevern. Voksne utsatt for barnemishandling er overrepresentert i psykiatriske tjenester og i somatisk helsevern. Samfunnsøkonomiske konsekvenser kan være tap av liv, tap av produksjon fra barnets voksenliv, tap av omsorgspersonens produksjon, kostnader knyttet til rusmisbruk og kriminalitet og merforbruk av ressurser (skole, rettsvesen, krisesentre, helseinstanser, barnevern, psykisk helsevern) og skattefinansieringskostnader (NOU 2017:12, s. 41). Beregninger utgitt av Barne- og likestillingsdepartementet (2017) anslo et produksjonstap på 33 milliarder kroner (75 milliarder kroner i praksis) for de barna som var rammet i 2015 og tidligere år (NOU 2017:12, s. 41). Det er mange usikkerhetsmomenter knyttet til slike beregninger, men beregningene gir et bilde av hva mishandling mot barn trolig koster samfunnet.

Lysbilde 53-58:

Hvorfor: Resultatene fra ACE-studien er inkludert i undervisningen fordi den har bred anerkjennelse og høy akademisk tyngde. Selv om studien er utført for mange år siden, viser

norske rapporter at konsekvensene fremdeles er de samme. Filmen om ACE's gir en oversiktlig introduksjon til tema.

Helsepersonells kunnskap om konsekvenser av barnemishandling kan føre til felles anerkjennelse av tema og vil sett søkelys på tidlig oppdagelse av utsatte barn. En litteraturgjennomgang utført av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) (2020) viste at ansatte som lærte om blant annet konsekvenser, opplevde større trygghet i å identifisere barnemishandling (Wollscheid et al., 2020, s. 41). Ved å gjennomgå negative konsekvenser for utviklingen, kriminalitet og rus, samt alvorlige helsetilstander, mener kandidatene at deltakerne vil få grunnleggende kunnskap om konsekvenser av barnemishandling.

5.5.7 Risikofaktorer

Hva:

Lysbilde 60:

En risikofaktor er enhver faktor som øker risikoen for at barns utvikling påvirkes negativt (NKVTS, 2018). Disse kan være knyttet til omsorgspersoner, til barnet selv og/eller til miljøet. Jo flere risikofaktorer, jo høyere sannsynlighet er det for at barnet utsettes for barnemishandling. Selv om disse faktorene tydelig bidrar til økt risiko for barnemishandling, må de ikke bli det eneste grunnlaget for å mistenke barnemishandling (Boos, 2022). Én risikofaktor alene forklarer ikke hvorfor et barn blir utsatt for mishandling, derimot økes mistanken ved flere faktorer samtidig (NKVTS, 2018).

Lysbilde 61:

Forhold som overskrider omsorgsgivers kapasitet til å håndtere dagliglivets utfordringer utgjør en risiko (Helsedirektoratet, 2018, s. 23). Forhold kan være bruk av rusmidler, vold i familien, helseproblemer hos omsorgsgiver og omsorgsgivere med kriminell bakgrunn. Rusmisbruk kan føre til økonomiske utfordringer, som igjen kan påvirker evnen til å yte god omsorg i form av tilstrekkelig tilgang på mat, fysisk aktivitet og husly (Helsedirektoratet, 2018, s. 23). Omsorgsgivere som er unge, enslige, har lav utdanning, har dårlig kontroll på egen psykisk sykdom, eller selv har blitt utsatt for barnemishandling kan være en risikofaktor

for barnet (Boos, 2022; Helsedirektoratet, 2018, s. 37; NKVTS, 2018). Årsaker kan være at omsorgsgiverne har dårlig kunnskap om barns utvikling, har negativ oppfatning av normal adferd eller at de ikke er følelsesmessig tilgjengelig. Partnervold eller vold i hjemmet er også en risikofaktor (Gavril, 2020). Samlivsbrudd og skilsmisse kan for noen være en risikofaktor, men det er også vist en positiv effekt i barnets utvikling. På den ene siden kan skilsmisse føre til en svekkelse i foreldrerollen (dårlig kommunikasjon, inkonsekvent disiplin eller konflikt mellom foreldre), mens på den andre siden kan føre til langsiktig reduksjon av stressutløsende faktorer (Helsedirektoratet, 2018, s. 40).

Lysbilde 62:

Forhold ved barnet som gjør det ekstra utfordrende for omsorgsgivere å gi tilstrekkelig omsorg kan være avvikende atferd, alvorlig psykisk lidelse, psykisk utviklingshemning eller nedsatt fysisk funksjonsevne (Kuo & Turchi, 2022; NKVTS, 2018). Lav fødselsvekt og prematuritet kan være faktorer ved barnet som utgjør en risiko (Christian, 2021b). Dette sees i sammenheng med foreldrenes evne til å mestre de helsemessige utfordringene dette medbringer. Et uønsket barn og en ikke planlagt graviditet viser seg også å kunne være en risikofaktor (Boos, 2022).

Lysbilde 63:

Faktorer ved barnets miljø kan utgjøre en risiko i seg selv, men også i kombinasjon med omsorgspersonens og barnets egne faktorer. Eksempler er lav sosioøkonomisk status, arbeidsløshet, sosial isolasjon, stor familie, trange og dårlige boforhold, mangel på sosial støtte, stressende hendelser, diskriminering og ikke biologisk omsorgsperson i hjemmet (Helsedirektoratet, 2018, s. 41; NKVTS, 2018). I Norge er fattigdom mer enn fysisk overlevelse og mangel på mat, klær eller bolig. Fattigdom er også mangel på muligheter for å delta sosialt på lik linje med resten av samfunnet (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2022). Kultur og etnisitet er ikke risikofaktorer i seg selv og må ikke sammenlignes med lav sosioøkonomisk status (Boos, 2022).

Hvorfor:Lysbilde 60-63:

Virkningen av risikoppopping er dyptgående, og risikoen øker proporsjonalt med antall risikofaktorer. Kartlegging av risikofaktorer kan bidra til å oppdage barn som er utsatt for skadelige hendelser, men må ifølge Boos (2022) ikke alene være det eneste grunnlaget for bekymring, mistanke, evaluering eller diagnostisering. For å kunne identifisere hvilke familier og hvilke barn som har økt risiko for å bli utsatt for barnemishandling, må helsepersonell ha kunnskap om ulike risikofaktorer. For å få et helhetlig bilde av det enkelte barns risikofaktorer, må derfor helsepersonell også ha kjennskap til barnets miljø og omsorgspersoners risikofaktorer.

5.5.8 Beskyttelsesfaktorer

Hva:Lysbilde 65:

Beskyttende faktorer er enhver faktor som bidrar til å fremme en positiv utvikling (Helsedirektoratet, 2018, s. 10). Beskyttende faktorer gjør at barnet eller foreldrene oppnår en følelse av mestring i situasjoner som gir stress eller påkjenninger, ikke ved å unngå det (Helsedirektoratet, 2018, s. 49).

Lysbilde 66:

Tilstrekkelig omsorg i form av tilstrekkelig mat, søvn, fysisk aktivitet og hygieniske forhold er beskyttende faktorer ved *omsorgsgiver*. Kontakt med helsetjenesten ved behov for råd og veiledning om sykdommer, oppdragelse, samspill og barns utvikling har en beskyttende virkning. Omsorgspersoner som legger til rette for rutiner bidrar til regelmessige døgnrytme og forutsigbarhet (Helsedirektoratet, 2018, s. 23). Empatisk oppdragerstil, det vil si en kombinasjon av støtte/empati og grensesetting, er en beskyttelsesfaktor. En beskyttelse for barnet er å ha foreldre som er følelsesmessig tilgjengelige, spesielt når barnet er redd, sint eller lei seg. Omsorgspersoner med aggressiv eller voldelig adferd vil ha vanskelig for å gi følelsesmessig støtte. Omsorgspersoner som beskytter barna mot sosiale fellesskap der barnet blir utnyttet er en beskyttelsesfaktor (Helsedirektoratet, 2018 s. 24).

Lysbilde 67:

Barn har få beskyttelsesfaktorer og er på den måten helt avhengige av sine omsorgspersoner. Alder kan være en beskyttelsesfaktor når det kommer til foreldre med rusproblematikk. Eldre barn vil oppleve den psykiske barnemishandlingen, men konsekvensene vil kunne være mildere jo eldre de er (Myhre, 2021a). God tilknytning og relasjon til minst én omsorgsperson kan gi beskyttelse. Å ha stabile, pålitelige og varige relasjoner til foreldrene, positive sosiale relasjoner til søsken, venner og andre voksne vil også ha en beskyttende virkning (Helsedirektoratet, 2018, s. 22-23). Andre faktorer er barnets optimisme, god selvfølelse, sosiale evne og kreativitet (Helsedirektoratet, 2018, s. 39). Barnets personlighet har innvirkning og kan være én av forklaringene til hvorfor søsken utsatt for samme type barnemishandling opplever forskjellige utfall.

Lysbilde 68:

Negativ relasjon til skole utgjøre en risiko for frafall, som igjen vil kunne utgjøre en risiko for å bli utsatt for barnemishandling. Opplevelsen av at skolen er meningsfull er derfor en viktig beskyttelsesfaktor. I tillegg er et godt sosialt miljø og sosial integrering viktig. I samfunnet vil personer som lærere, helsepersonell, barnevern og naboer være viktige beskyttelsesfaktorer (Helsedirektoratet, 2018, s. 44).

Hvorfor:

Lysbilde 65-68:

Etter flere tunge temaer vil kandidatene gå over i de mer positive beskyttelsesfaktorene. Beskyttelsesfaktorene kan forklare hvorfor noen barn utsatt for barnemishandling vokser opp uten å utvikle alvorlige ACE's. Kandidatene vil spesifisere at det å være utsatt for barnemishandling ikke implisitt betyr at barna utvikler dårlig helse, samtidig som det settes søkelys på hvor viktig det er å oppdage disse barna. Å kartlegge beskyttelsesfaktorer vil være en viktig jobb for instanser som vurderer behovet av tiltak, som barnevernet. Det kan være aktuelt at helsepersonell videreformidler denne informasjonen til riktige instanser, og det er derfor viktig at helsepersonell har kunnskap om ulike beskyttelsesfaktorer.

5.5.9 Hvordan skrive bekymringsmelding

Hva:

Lysbilde 71:

Kandidatene forklarer hvilke observasjoner som skal og kan dokumenteres i journalsystemet (DIPS) og hvorfor det er viktig å dokumentere observasjoner. Det vises til lovverket samt ordlyden om at bekymringsmelding skal sendes dersom det er grunn til å tro at et barn er utsatt for barnemishandling. Kandidatene vil gjenta at det er barnevernets ansvar å gjøre en vurdering om det foreligger barnemishandling, og at det er behandlende lege eller barnevern som utreder årsak til eventuelle skader. Kandidatene vil stille spørsmål om hvor mange av deltakerne som har erfaring med å skrive bekymringsmelding.

Lysbilde 72:

Ulike barnevernstiltak presenteres. Det spesifiseres at det er til fordel for barnet dersom helsepersonell melder ifra til barnevernet tidlig, slik at hjelpetiltak i hjemmet kan iverksettes.

Lysbilde 73:

Den aktuelle nivå 1 prosedyren om barnemishandling (OUS, 2022) viser hvordan helsepersonell går fram når det er bestemt at bekymringsmelding skal skrives. Kandidatene går ikke videre gjennom selve prosedyren. Etter dette vil kandidatene gjennomgå innholdet i en bekymringsmelding samt i hvilken rekkefølge bekymringen meldes.

Lysbilde 74:

Ifølge prosedyren skal barnet og foreldrene informeres før bekymringsmeldingen sendes. Dette gjøres for å ikke miste tillit, og for at foreldrene eller barnet skal kunne komme med tilbakemeldinger. Dersom det er risiko for ytterligere fare, eksempelvis at barnet utsettes for ytterligere skade, foreldrene eller barnet forlater landet, eller ved at de senere ikke tar kontakt med helsevesenet, skal de ikke informeres. Påfølgende skal barnevernstjenesten informeres, helst via telefon. Etter at meldingen er skrevet skal leder informeres. Kandidatene gir eksempler på hvordan helsepersonell kan starte samtalen med foreldrene (Narang, 2021).

Lysbilde 75:

Kandidatene viser hvordan den elektroniske meldingen fylles ut og hva den skal inneholde. Det gis rom for spørsmål underveis.

Lysbilde 76:

Avslutningsvis informerer kandidatene om muligheten for å drøfte bekymringen med barnevernsvakten. Ved usikkerhet og ønske om å drøfte en sak, kan saken tas opp anonymt med den lokale barneverntjenesten. Saken kan også drøftes i et konsultasjonsteam ved Statens Barnehus dersom saken ikke er akutt.

Hvorfor:

Lysbilde 71-76:

Som fagsykepleiere hører kandidatene ofte fra kollegaer at de ikke vet hvordan de skal skrive bekymringsmelding. Det er derfor viktig å gjennomgå dette, samt gi rom og tid for spørsmål.

5.5.10 Kasusdiskusjon

Hva:

Lysbilde 79-85:

Deltakeren blir presentert de samme kasuistikkene som ved starten av undervisningen. Det avsettes tid etter hver kasuistikk for å drøfte i plenum.

Hvorfor:

Lysbilde 79-85:

Gjennom arbeid med kasuistikker tvinges deltakeren til å gjøre vurderinger for å komme til en konklusjon. Når en kasuistikk presenteres for en hel gruppe, kan deltakerne utvikle og forbedrede kommunikasjons- og samarbeidsevner. Det vil være forskjellige synspunkter og vinklinger, noe som vil kunne føre til refleksjon hos den enkelte. I forsøket på å komme frem til en konklusjon, må deltakeren sortere fakta, bruke analytiske verktøy, reflektere over egne og andres erfaringer og trekke konklusjoner ut ifra dette.

Kasuistikk 1 omhandler en 10 uker gammel gutt som ankommer legevakt på grunn av blødning fra munn. Far forteller at dette har oppstått spontant, men ved undersøkelse oppdages et avrevet leppebånd. Ut ifra historien og skadeomfanget, har forfatterne sammen med ekspertgruppen kommet fram til at det er grunn til å være bekymret. Dette fordi det trengs høy mekanisk kraft for å rive av leppebåndet (Boos, 2022). Kasuistikk nummer 2 er ifølge Vollmer-Sandholm et al. (2021) en kontroll-kasuistikk, og brukes også som dette i undervisningen. Skadeomfanget og historien, sammen med barnets alder og plassering av brannskaden, er ifølge forfatterne og ekspertgruppen plausibel, og de anså ikke grunn til bekymring i dette tilfellet. I kasuistikk 3 ankommer en 2 år gammel gutt akuttmottaket med en skade på venstre ben. Røntgenundersøkelse viser et brudd som ikke er forenlig med historien, og forfatterne samt ekspertgruppen konkluderer med at det er grunn til å være bekymret i dette tilfellet.

Deltakerne vil få presentert påstanden «*jeg er bekymret for at dette barnet kan ha blitt mishandlet/neglisjert*». Alternativene er «sterkt uenig», «uenig», «vet ikke», «enig» og «sterkt enig». Ordlyden i påstanden er valgt etter det som er gjort av Vollmer-Sandholm et al. (2021). Svaralternativene er balanserte, det vil si at det er like mange positive som negative alternativer (Kirkevold, 2016). Alternativet «vet ikke» kan ansees av noen å være et dårlig alternativ, da det gir svareren en mulighet til å ikke ta stilling til spørsmålet. Alternativet er oversatt fra den engelske artikkelen, og kandidatene velger å ha med alternativet nettopp for å kunne diskutere ubesluttsomheten.

5.5.11 «Take home messages»

Lysbilde 87:

Hva: Undervisningen avsluttes med en kort oppsummering. Kandidatene vil presisere de viktigste budskapene:

- Tørre å tenke tanken på at barnemishandling skjer
- Drøft saken sammen med kollega/barnevern
- Oppdage og observer, kle av alle barn under 1 år, men ikke glem å observere de eldre barna.

Kandidatene vil også lese sitatet fra Thorkildsen (2015, s. 16): «*ei jente sa at voksne må våge å spørre seg hva som er verst: en melding for mye eller en barndom for lite?*»

Hvorfor: Undervisningsdagen omfatter et stort tema, og det vil ikke være mulig for alle deltageren å huske alt. I det verst tenkelige tilfellet, at deltagerne ikke opplever noe form for læring, vil *take home messages* være de viktigste budskapene deltagerne tar med seg tilbake til sin yrkeshverdag. Kandidatene har gode erfaringer med oppsummering på denne måten, og dette er en måte å konkretisere undervisningen etter MAKIS prinsippene (Hiim & Hippe, 2022, s. 125).

5.5.12 Viktige nummer

Lysbilde 88:

Hva: Følgende nummer/nettjeneste vil bli presentert:

- Psykososial støttetelefon, støtte til ansatte- VO Arbeidsmiljø – 905 08 384
- Vakthavende sykehusprest Ullevål- Prestetjenesten – 221 18 222
- Mental Helse (hjelpetelefonen) – 116 123
- Mental Helse (arbeidslivstelefonen) – 225 66 700
- Sidetmedord.no (nettjeneste)

Hvorfor: Disse presenteres for å støtte deltagernes følelser og legge til rette for hjelpetiltak etter undervisningen. Den didaktiske relasjonsmodellen er brukt for å identifisere hvilke rammefaktorer deltakerne kan ha behov for.

5.6 Evaluering

Evaluering utføres i lys av undervisningsprogrammet for å undersøke i hvilken grad arbeidsmåtene, læringsmidlene og læringsprosessen fungerer (Hipp & Hippe, 2022, s. 136). Ettersom dette er en masteroppgave, vil det ikke være mulig å gjennomføre strukturert og grundig evaluering av deltakernes læringsutbytte. Derimot er det utført en evaluering av selve undervisningsprogrammet som gjøres rede for i kapittel 7.0.

I løpet av undervisningsarbeidet har det blitt utført en formativ vurdering (Hiim & Hippe, 2022, s. 136). Hensikten med denne vurderingen var å tilpasse og forme undervisningsopplegget underveis. Gjennom de tre piloteringsundervisningene har kandidatene jobbet systematisk med å fange opp signaler fra deltakerne for å revidere undervisningen og finne løsninger som kan føre til økt læring. Den summative vurdering er den vurderingen som er foretatt etter hver gjennomført undervisning (Hiim & Hippe, 2022, s. 137). I dette masterarbeidet dreier det seg om vurderingen av «produktet», samt læreprosessen og kandidatenes undervisning.

6.0 PRESENTASJON AV UNDERVISNINGSPROGRAMMET

BARNEMISHANDLING

AV BARN OG UNGE



Av: Hanne Sigbjørnsen – Tegnehanne. Gjengitt med tillatelse. Hentet fra: Google

1

1

DISPOSISJON

- Introduksjon
- Kasuistikker
- Lovverk
- Omfang
- Hva er barnemishandling?
- Konsekvenser
- Risikofaktorer
- Beskyttende faktorer
- Hvordan skrive bekymringsmelding
- Kasusdiskusjoner
- «Take home messages»

2

2

DISPOSISJON

- **Introduksjon**
- Kasuistikker
- Lovverk
- Omfang
- Hva er barnemishandling?
- Konsekvenser
- Risikofaktorer
- Beskyttende faktorer
- Hvordan skrive bekymringsmelding
- Kasusdiskusjoner
- «Take home messages»

3

3

KUNNSKAPSMÅL

Har grunnleggende kunnskap om lovverket

Har grunnleggende kunnskap om omfanget av barnemishandling

Har grunnleggende kunnskap om former for barnemishandling samt respektive tegn

Har grunnleggende kunnskap om konsekvenser av barnemishandling

Har grunnleggende kunnskap om risikofaktorer (omsorgsgiver, barnet, miljøet)

Har grunnleggende kunnskap om beskyttende faktorer (omsorgsgiver, barnet, miljøet)

4

4

FERDIGHETSMÅL

Etter gjennomført undervisning skal deltakerne ha ferdigheter i å identifisere tegn og signaler av barnemishandling

Etter gjennomført undervisning skal deltakerne vite hvordan skrive og melde bekymringsmelding

5

5

DISPOSISJON

- Introduksjon
- **Kasuislikker**
- Lovverk
- Omfang
- Hva er barnemishandling?
- Konsekvenser
- Risikofaktorer
- Beskyttende faktorer
- Hvordan skrive bekymringsmelding
- Kasusdiskusjoner
- «Take home messages»

6

6

Go to www.menti.com and use the code 9890 8472

Mentimeter

Kasuistikk del 1

Go to
www.menti.com

Enter the code
9890 8472



Or use QR code

7

7

KASUISTIKK 1

10 uker gammel gutt kommer til legevakten klokken 04 sammen med sine foreldre på grunn av blødning fra barnets munn.

Faren forteller at han våknet av at sønnen var utilpass og skrek. Far la barnet ned i sengen for å gjøre klar en flaske. Barnet begynte å skrike høyere, og da far snudde seg oppdaget han at sønnen blødde fra munnen. Far og mor dro omgående til legevakten.

Ved ankomst er barnet fremdeles utilpass, men roer seg etter å ha fått mat. Ved legeundersøkelsen fremstår gutten som velstelt og normal utviklet. Gutten hadde tørr hud og noen små skrapemerker i ansiktet. Det blødde ikke fra munnen nå, men leppebåndet under overleppen var avrevet og fortsatt festet til overkjeven.

Ingen flere skader ble funnet under undersøkelsen av gutten.

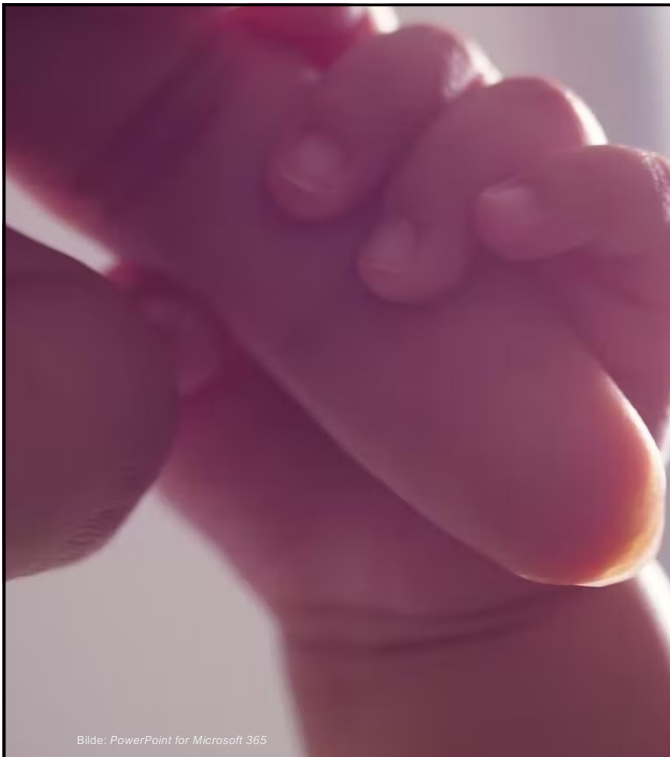
(Vollmer-Sandholm, et al., 2021)



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

8

8



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

KASUISTIKK 1

Hvor enig er du i følgende påstand

"Jeg er bekymret for at barnet kan ha blitt mishandlet/neglisjert"

9

9

KASUISTIKK 2

4 år gammel jente ankommer legevakten med far. Det er sommerferie og de bor på en hytte like ved.

Jenta har en skade på utsiden av høyre underarm. Skaden måler 2 x 1 cm og ser ut til å være en blemme forenlig med brannskade.

Jenta beskriver at hun lekte med fetteren sin da hun støtet på et vaffeljern som sto på terrassebordet da hun løp forbi. Far forteller at han snudde ryggen til for å hente noe da jenta støtet bortti vaffeljernet.

(Vollmer-Sandholm, et al., 2021)



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

10

10



KASUISTIKK 2

Hvor enig er du i følgende påstand

"Jeg er bekymret for at barnet kan ha blitt mishandlet/neglisjert"

11

11

KASUISTIKK 3

En 2 år gammel gutt ankommer akuttmottaket på grunn av en skade på venstre ben.

Foreldrene forteller at sønnen snublet i sandkassen i hagen deres. I fallet så det ut som om han fikk en vridning av venstre ben og han hadde umiddelbart vondt.

Guttens 6 år gamle bror observerte hendelsen, og ropte på foreldrene. Foreldrene observerte ikke hendelsen.

Foreldrene tok med sønnen umiddelbart til legevakten. Undersøkelse bekreftet en gutt med smerter og et hovent venstre ben. Røntgenundersøkelse av venstre ben viste spiralbrudd av venstre lårben.

(Vollmer-Sandholm, et al., 2021)



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

12

12



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

KASUISTIKK 3

Hvor enig er du i følgende påstand

"Jeg er bekymret for at barnet kan ha blitt mishandlet/neglisjert"

13

13

DISPOSISJON

- Introduksjon
- Kasuistikker
- **Loverk**
- Omfang
- Hva er barnemishandling?
- Konsekvenser
- Risikofaktorer
- Beskyttende faktorer
- Hvordan skrive bekymringsmelding
- Kasusdiskusjoner
- «Take home messages»

14

14

BARNES GRUNNLEGGENDE RETTIGHETER

(REGJERINGEN, 2020)

- Til barns beste (artikkel 3)
- Å si sin mening og bli hørt (artikkel 12)
- Få og gi informasjon (artikkel 13)
- Rett til privatliv (artikkel 16)
- Rett til beskyttelse (artikkel 19)

15

15

LOWVERK

- Taushetsplikt - Helsepersonelloven §21
- Opplysningsplikt til barnevernet - Helsepersonelloven §33
- Opplysningsplikt til politi - Helsepersonelloven §31
- Meldeplikt til barnevernet - Barneloven §6-4 første ledd bokstav a
- Avvergingsplikt - Straffelov §196
- Brudd på plikt etter helsepersonelloven § 56



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

16

16

DISPOSISJON

- Introduksjon
- Kasuistikker
- Lovverk
- **Omfang**
- Hva er barnemishandling?
- Konsekvenser
- Risikofaktorer
- Beskyttende faktorer
- Hvordan skrive bekymringsmelding
- Kasusdiskusjoner
- «Take home messages»

17

17

OMFANG

Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten. En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år.

(Hafstad & Augusti, 2019)

Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2015

(Mossige & Stefansen, 2016)

Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer

(Myhre et al., 2015)

18

18

	Hafstad & Agusti (2019) 12-16 år (N= 9240)	Mossige & Stefansen (2016) 18-19 år (N= 7033 og N=6848)	Myhre et.al. (2015) 16-18 år (N= 2062)
Mindre alvorlig fysisk mishandling	20 %	18 % (2007) 9 % (2015)	7,8 %
Alvorlig/grov fysisk mishandling	2 %	4%	1,7 %
Psykisk mishandling	20 %	-	6,6 %
Seksuelle overgrep	8% Jenter 4% Gutter	28% Jenter 8% Gutter	10% Jenter 3,3% Gutter

19

19



Av: Hanne Sigbjørnsen – Tegnehanne. Gjengitt med tillatelse. Hentet fra: Google

Pause
15 min

20

20

DISPOSISJON

- Introduksjon
- Kasuistikker
- Lovverk
- Omfang
- **Hva er barnemishandling?**
- Konsekvenser
- Risikofaktorer
- Beskyttende faktorer
- Hvordan skrive bekymringsmelding
- Kasusdiskusjoner
- «Take home messages»

21

21

Go to www.menti.com and use the code 3021 9989

Mentimeter

Ordsky

Go to
www.menti.com

Enter the code
3021 9989



Or use QR code

22

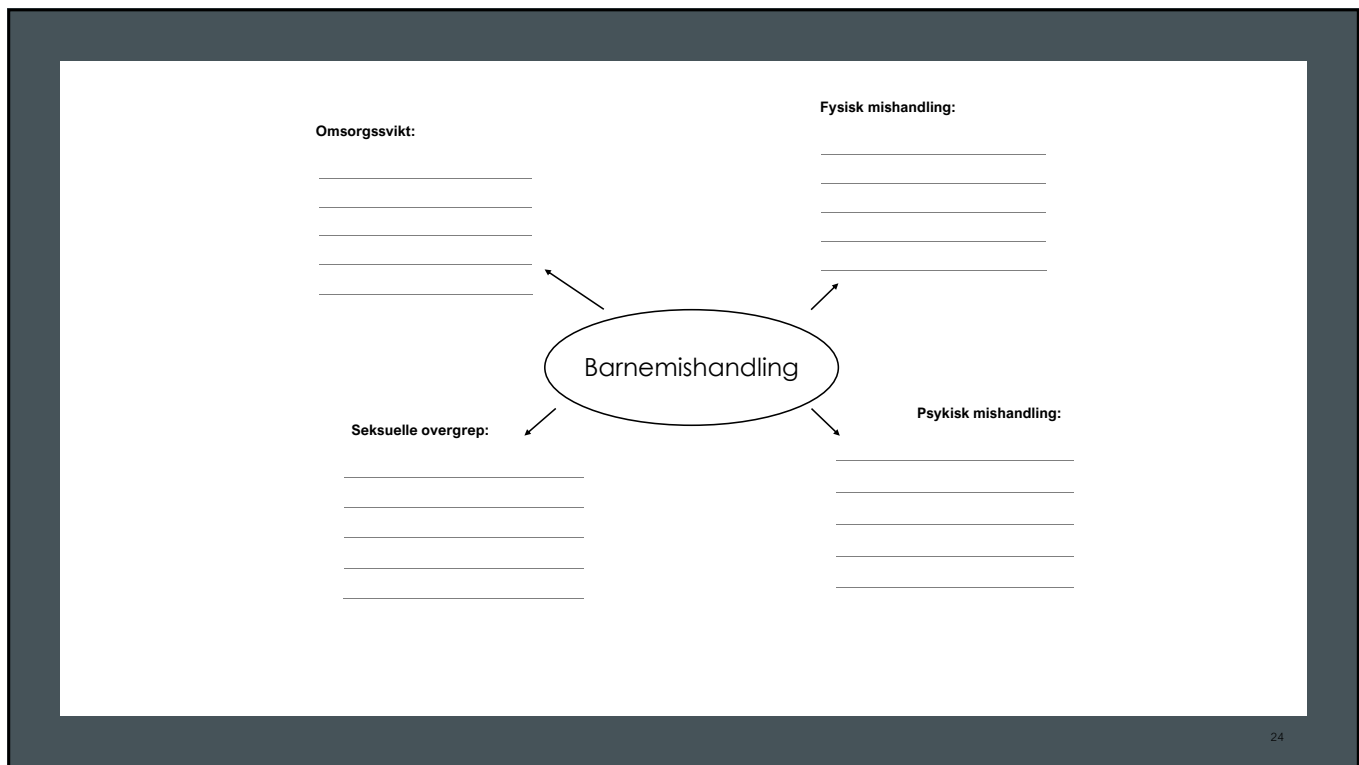
22

HVA ER BARNEMISHANDLING?



23

23



24

24

Omsorgssvikt

- Sara: <https://www.youtube.com/watch?v=UcupTFzisc>

25

25

Omsorgssvikt

Fysisk

Manglende tilsyn

Emosjonell/følelsesmessig

Pedagogisk

Ernæringsmessig

Medisinsk

Tannhelse

26

26

Omsorgssvikt

Fysisk

Manglende tilsyn

Emosjonell/følelsesmessig

Pedagogisk

Ernæringsmessig

Medisinsk

Tannhelse

27

27

Omsorgssvikt

Fysisk

Manglende tilsyn

Emosjonell/følelsesmessig

Pedagogisk

Ernæringsmessig

Medisinsk

Tannhelse

28

28

Omsorgssvikt

Fysisk

Manglende tilsyn

Emosjonell/følelsesmessig

Pedagogisk

Ernæringsmessig

Medisinsk

Tannhelse

29

29

Omsorgssvikt

Fysisk

Manglende tilsyn

Emosjonell/følelsesmessig

Pedagogisk

Ernæringsmessig

Medisinsk

Tannhelse

30

30

Omsorgssvikt

Fysisk

Manglende tilsyn

Emosjonell/følelsesmessig

Pedagogisk

Ernæringsmessig

Medisinsk

Tannhelse

31

31

Omsorgssvikt

Fysisk

Manglende tilsyn

Emosjonell/følelsesmessig

Pedagogisk

Ernæringsmessig

Medisinsk

Tannhelse

32

32

Omsorgssvikt

Fysisk

Manglende tilsyn

Emosjonell/følelsesmessig

Pedagogisk

Ernæringsmessig

Medisinsk

Tannhelse

33

33

HVA ER BARNEMISHANDLING?

Omsorgssvikt

Fysisk
mishandling

Psykisk
mishandling

Seksuelle
overgrep

34

34

Fysisk mishandling

Mathea

«Jeg kom ofte på skolen med blåmerke og trodde alle skulle ha det sånn. Jeg husker ikke at en eneste voksen stilte meg spørsmål om hvorfor. Hvis læreren i 2.klasse hadde gjort det trygt og spurt mer om hvorfor jeg skjulte et blått øye, hadde jeg kanskje sluppet ni år med vold. Men i ei lita bygd var det nok skummelt for voksne å få vite om at det var problemer i den perfekte familien».

Sanner (2020, s. 55)

35

35

Fysisk mishandling

Blåmerker

Munnskader

Brannskader

Bruddskader

Hodeskade/spinalskade

Skade indre organer

36

36

Fysisk mishandling

Blåmerker

Munnskader

Brannskader

Bruddskader

Hodeskade/spinalskade

Skade indre organer

37

37

Fysisk mishandling

- <https://doctorlib.info/pediatric/visual-diagnosis-treatment-pediatrics/61.html>
- <https://nettkurs.legeforeningen.no/mod/page/view.php?id=3838>
- <https://clinicalgate.com/child-abuse-and-neglect-2/>

38

38

Fysisk mishandling

Blåmerker

Munnskader

Brannskader

Bruddskader

Hodeskade/spinalskade

Skade indre organer

39

39

Fysisk mishandling

Blåmerker

Munnskader

Brannskader

Bruddskader

Hodeskade/spinalskade

Skade indre organer

40

40

Fysisk mishandling

- <https://clinicalgate.com/burns-11/>

41

41

Fysisk mishandling

Blåmerker

Munnskader

Brannskader

Bruddskader

Hodeskade/spinalskade

Skade indre organer

42

42

Fysisk mishandling

Blåmerker

Munnskader

Brannskader

Bruddskader

Hodeskade/spinalskade

Skade indre organer

43

43

Fysisk mishandling

Blåmerker

Munnskader

Brannskader

Bruddskader

Hodeskade/spinalskade

Skade indre organer

44

44



Av: Hanne Sigbjørnsen – Tegnehanne. Gjengitt med tillatelse. Hentet fra: Google

Pause
15 min

45

45

HVA ER BARNEMISHANDLING?

Omsorgssvikt

Fysisk
mishandling

Psykisk
mishandling

Seksuelle
overgrep

46

46

Psykisk mishandling

[HTTPS://VIMEO.COM/235938185?EMBEDDED=TRUE&SOURCE=VIMEO_LOGO&OWNER=20775814](https://vimeo.com/235938185?embedded=true&source=vimeo_logo&owner=20775814)

(REGI, MANUS, KLIPP AV KINE LEPSØE, 2016. TILATELSE GITT TIL Å VISE FILMEN)

47

47

Psykisk mishandling

- Barn som oppfattes annerledes enn de er
- Barn av foreldre som lever i konfliktfylte og voldelige samlivssituasjoner
- Barn av foreldre med rusmiddelproblemer
- Barn av foreldre med psykiske lidelser
- Barn av foreldre i ubearbeidede samlivsbruddprosesser
- Barn i isolerte trossamfunn

48

48

HVA ER BARNEMISHANDLING?

Omsorgssvikt

Fysisk
mishandling

Psykisk
mishandling

Seksuelle
overgrep

49

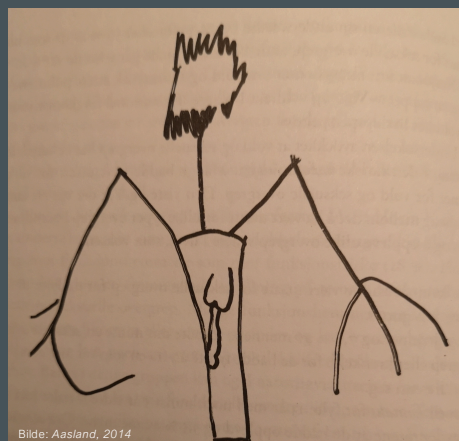
49

Seksuelle
overgrep

Ruben:

«Jeg tegna pikk og fitte på SFO, og fikk beskjed om at sånt skulle man ikke tegne. Ei dame der stilte spørsmål om hvorfor jeg tegna sånn. Jeg så at hun så bekymra ut, men jeg sa bare at det var gøy. Jeg håpet egentlig at hun skulle spørre mer, men det skjedde ingenting. Jeg tror ikke hun turte helt»

(Sanner, 2020, s. 56)



Bilde: Aasland, 2014

50

50

Seksuelle overgrep

- Tilbakefall av utvikling
- Mareritt
- Depresjon og tristhet
- Atferdsendringer
- Seksualisert atferd
- Kroppslige (somatiske) tegn

51

51

LUNSPAUSE

45 MIN



Av: Hanne Sigbjørnsen – Tegnehanne. Gjengitt med tillatelse. Hentet fra: Google

52

52

DISPOSISJON

- Introduksjon
- Kasuistikker
- Lovverk
- Omfang
- Hva er barnemishandling?
- **Konsekvenser**
- Risikofaktorer
- Beskyttende faktorer
- Hvordan skrive bekymringsmelding
- Kasusdiskusjoner
- «Take home messages»

53

53

ACE'S

- <https://www.youtube.com/watch?v=XHgLY19KZ-A>



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

54

54



KONSEKVENSER

- Negativ påvirkning i utviklingen
- Kriminalitet og rusmisbruk
- Alvorlige helseilstander
- Samfunnsøkonomiske konsekvenser

55

55



KONSEKVENSER

- Negativ påvirkning i utviklingen
- Kriminalitet og rusmisbruk
- Alvorlige helseilstander
- Samfunnsøkonomiske konsekvenser

56

56



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

KONSEKVENSER

- Negativ påvirkning i utviklingen
- Kriminalitet og rusmisbruk
- Alvorlige helsetilstander
- Samfunnsøkonomiske konsekvenser

57

57



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

KONSEKVENSER

- Negativ påvirkning i utviklingen
- Kriminalitet og rusmisbruk
- Alvorlige helsetilstander
- Samfunnsøkonomiske konsekvenser

58

58

DISPOSISJON

- Introduksjon
- Kasuistikker
- Lovverk
- Omfang
- Hva er barnemishandling?
- Konsekvenser
- **Risikofaktorer**
- Beskyttende faktorer
- Hvordan skrive bekymringsmelding
- Kasusdiskusjoner
- «Take home messages»

59

59

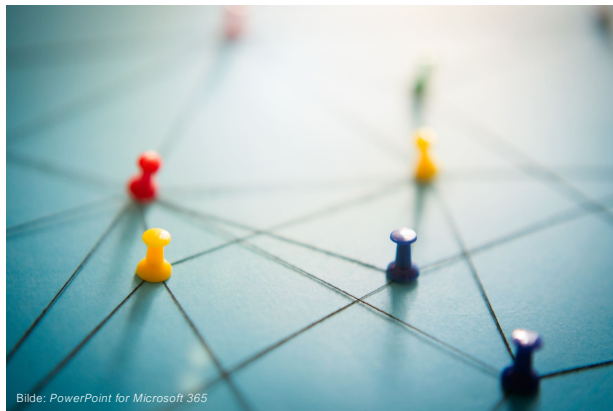


RISIKOFAKTORER

- Faktorer ved omsorgsgiver
- Faktorer ved barnet
- Faktorer ved miljøet

60

60



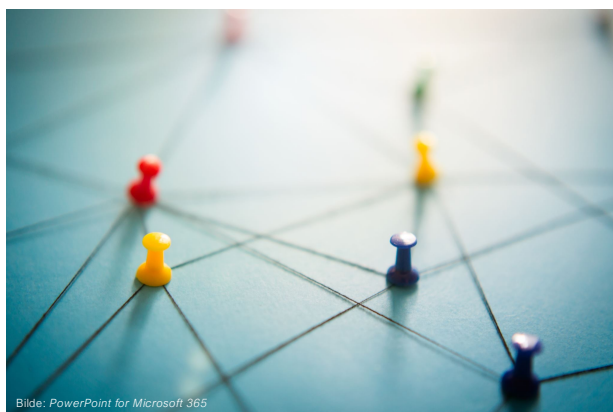
Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

RISIKOFAKTORER

- Faktorer ved omsorgsgiver
- Faktorer ved barnet
- Faktorer ved miljøet

61

61



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

RISIKOFAKTORER

- Faktorer ved omsorgsgiver
- Faktorer ved barnet
- Faktorer ved miljøet

62

62



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

RISIKOFAKTORER

- Faktorer ved omsorgsgiver
- Faktorer ved barnet
- Faktorer ved miljøet

63

63

DISPOSISJON

- Introduksjon
- Kasuistikker
- Lovverk
- Omfang
- Hva er barnemishandling?
- Konsekvenser
- Risikofaktorer
- **Beskyttende faktorer**
- Hvordan skrive bekymringsmelding
- Kasusdiskusjoner
- «Take home messages»

64

64



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

BESKYTTENDE FAKTORER

- Faktorer ved omsorgsgiver
- Faktorer ved barnet
- Faktorer ved miljøet

65

65



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

BESKYTTENDE FAKTORER

- Faktorer ved omsorgsgiver
- Faktorer ved barnet
- Faktorer ved miljøet

66

66



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

BESKYTTENDE FAKTORER

- Faktorer ved omsorgsgiver
- Faktorer ved barnet
- Faktorer ved miljøet

67

67



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

BESKYTTENDE FAKTORER

- Faktorer ved omsorgsgiver
- Faktorer ved barnet
- Faktorer ved miljøet

68

68



Av: Hanne Sigbjørnsen – Tegnehanne. Gjengitt med tillatelse. Hentet fra: Google

Pause
15 min

DISPOSISJON

- Introduksjon
- Kasuistikker
- Lovverk
- Omfang
- Hva er barnemishandling?
- Konsekvenser
- Risikofaktorer
- Beskyttende faktorer
- **Hvordan skrive bekymringsmelding**
- Kasusdiskusjoner
- «Take home messages»

BEKYMNINGSMELDING



Dokumentasjon i DIPS



Vekke bekymring



Tiltak fra barnevern

71

71

Tiltak i barnevernet

Alle kan en eller annen gang i livet komme i en vanskelig livssituasjon, hvor de har behov for hjelp og støtte til å ivareta egne barns omsorgsbehov. I slike tilfeller har barnevernet et ansvar for å hjelpe familien.

Hjelpetiltak i hjemmet ▶

Barnevernet kan sette inn ulike hjelpetiltak for å øke foreldrekompetansen, kompensere for mangler i omsorgen, eller avlaste foreldrene.

Barnevernsinstitusjoner ▶

Det finnes ulike type barnevernsinstitusjoner i Norge og de fleste er rettet mot ungdom. Barn som er under 12 år blir som regel plassert i fosterhjem.

Familieråd ▶

Et familieråd er et møte mellom familiens private nettverk og offentlige instanser og kan brukes i ulike type barnevernssaker.

Fosterhjem ▶

Et fosterhjem er et privat hjem som tar vare på barn og unge som av forskjellige grunner ikke kan bo sammen med foreldrene sine.

Sentre for foreldre og barn ▶

Sentre for foreldre og barn tilbyr primært utredning av omsorgssituasjonen for barn 0-6 år. De kan også tilby omsorgsendrende hjelpetiltak til familier.

Omsorgssentre ▶

Mens asylsøknaden behandles skal Bufetat gi enslige mindreårige under 15 år et tilbud om å bo på et omsorgssenter.

Tiltak for barn og unge med atferdsvansker ▶

Ulike metoder og tiltak til familier og barn for å forhindre eller begrense utviklingen av atferdsvansker.

Hjelp og råd fra andre tjenester ▶

Statistikk over barnevernstiltak ▶

Hentet fra: [Tiltak i barnevernet \(bufdir.no\)](http://Tiltak_i_barnevernet_(bufdir.no))

72

72

E-HÅNDBOKSPROSEDYRE

Dokument-ID: 41644 (nivå 1)

Barnevern - bekymring, mistanke og melding



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

73

73

REKKEFØLGE

1

1. Informer
barn/foresatte
(OBS risiko for ytterligere fare)

2

2. Informer
barnevernstjenesten
(tlf. 22 70 55 80/40
42 77 77)

3

3. Hent skjema fra
dok-ID 103504 eller
Bufdirs nettsider

4

4. Informer leder

74

74

1 Informasjon om deg som melder

Oppgi kontaktinformasjon, slik at barnevernet kan kontakte deg hvis vi trenger flere opplysninger om barnet.

Navn (kan ikke endres)

Navnet er hentet fra Altinn.

Din stilling i virksomheten (må fylles ut)

Du må oppgi hvilken stilling du har i virksomheten for å kunne sende bekymringsmeldingen.

Telefonnummer (må fylles ut)

Du må oppgi et gyldig telefonnummer for å kunne sende bekymringsmeldingen.

E-post (må fylles ut)

Du må oppgi en gyldig e-post-adresse for å kunne sende bekymringsmeldingen.
Noen felter er ikke riktig utfyllt. Vennligst se over før du går videre.

Neste

2 Informasjon om arbeidsplassen din

3 Informasjon om barnet du er bekymret for

4 Informasjon om barnets foresatte

5 Hva har du sett eller hørt som gjør at du er bekymret?

6 Se over og send inn meldingen

75

75



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

DRØFTE DIN BEKYMNING

- Utenom ordinær arbeidstid: Barnevernvakten (for Oslo, telefon 22 70 55 80 / 40 42 77 77)
- Kontortid:
 - Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus (ABU) på telefon 23 07 49 40
 - Sosialpediatrisk seksjon (under Barnenevrologisk avdeling) på telefon 23 01 55 10.
- Ikke akutt: Drøftes anonymt i det tverrfaglige Konsultasjonsteam ved Statens Barnehus
 - Statens Barnehus, Oslo, telefon: 22 70 56 50. Spør etter konsultasjonsteamet.

76

76

110



Av: Hanne Sigbjørnsen – Tegnehanne. Gjengitt med tillatelse. Hentet fra: Google

Pause
15 min

77

77

DISPOSISJON

- Introduksjon
- Kasuistikker
- Lovverk
- Omfang
- Hva er barnemishandling?
- Konsekvenser
- Risikofaktorer
- Beskyttende faktorer
- Hvordan skrive bekymringsmelding
- **Kasusdiskusjoner**
- «Take home messages»

78

78

Go to www.menti.com and use the code 3275 0475

Mentimeter

Kasuistikk del 2

Go to
www.menti.com

Enter the code
3275 0475



Or use QR code

79

79

KASUISTIKK 1

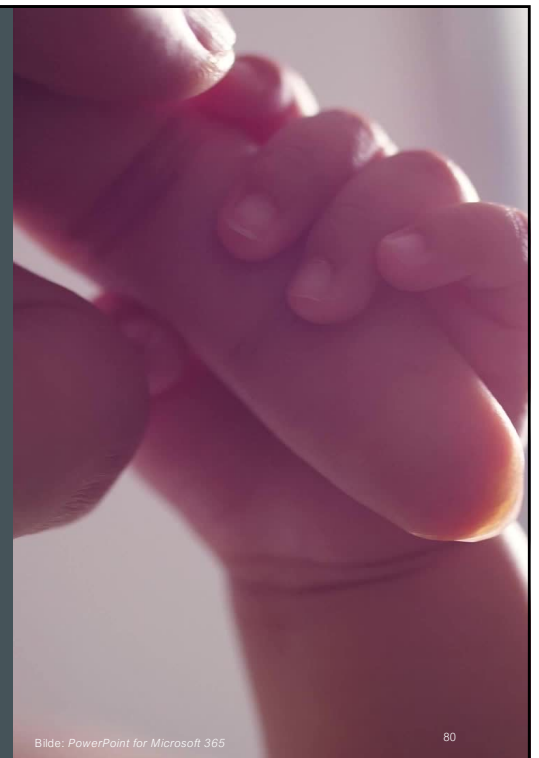
10 uker gammel gutt kommer til legevakten klokken 04 sammen med sine foreldre på grunn av blødning fra barnets munn.

Faren forteller at han våknet av at sønnen var utilpass og skrek. Far la barnet ned i sengen for å gjøre klar en flaske. Barnet begynte å skrike høyere, og da far snudde seg oppdaget han at sønnen blødde fra munnen. Far og mor dro omgående til legevakten.

Ved ankomst er barnet fremdeles utilpass, men roer seg etter å ha fått mat. Ved legeundersøkelsen fremstår gutten som velstelt og normal utviklet. Gutten hadde tørr hud og noen små skrapemerker i ansiktet. Det blødde ikke fra munnen nå, men leppebåndet under overleppen var avrevet og fortsatt festet til overkjeven.

Ingen flere skader ble funnet under undersøkelsen av gutten.

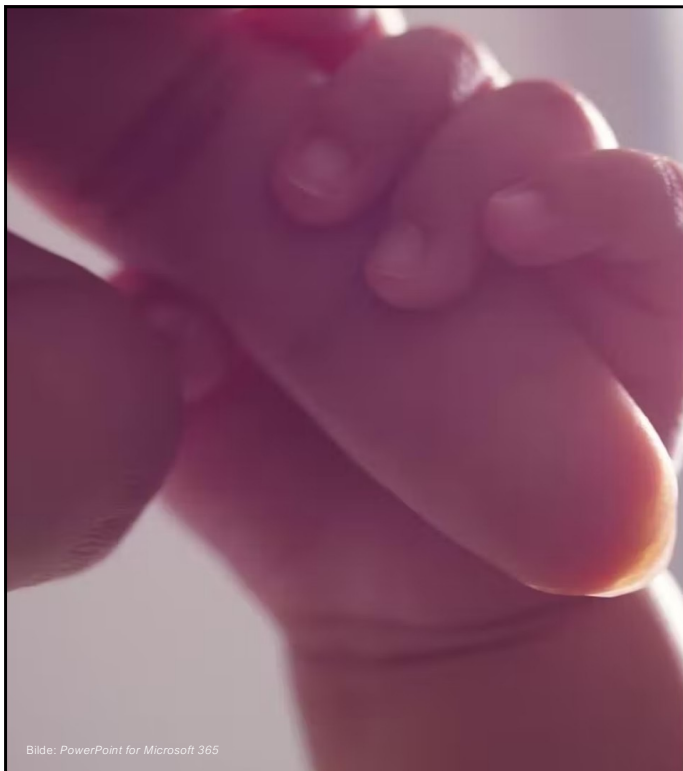
(Vollmer-Sandholm, et al., 2021)



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

80

80



KASUISTIKK 1

Hvor enig er du i følgende påstand

"Jeg er bekymret for at barnet kan ha blitt mishandlet/neglisjert"

Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

81

81

KASUISTIKK 2

4 år gammel jente ankommer legevakten med far. Det er sommerferie og de bor på en hytte like ved.

Jenta har en skade på utsiden av høyre underarm. Skaden måler 2 x 1 cm og ser ut til å være en blemme forenlig med brannskade.

Jenta beskriver at hun lekte med fetteren sin da hun støtet på et vaffeljern som sto på terrassebordet da hun løp forbi. Far forteller at han snudde ryggen til for å hente noe da jenta støtet bort vaffeljernet.

(Vollmer-Sandholm, et al., 2021)



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

82

82



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

KASUISTIKK 2

Hvor enig er du i følgende påstand

"Jeg er bekymret for at barnet kan ha blitt mishandlet/neglisjert"

83

83

KASUISTIKK 3

En 2 år gammel gutt ankommer akuttmottaket på grunn av en skade på venstre ben.

Foreldrene forteller at sønnen snublet i sandkassen i hagen deres. I fallet så det ut som om han fikk en vridning av venstre ben og han hadde umiddelbart vondt.

Guttens 6 år gamle bror observerte hendelsen, og ropte på foreldrene. Foreldrene observerte ikke hendelsen.

Foreldrene tok med sønnen umiddelbart til legevakten. Undersøkelse bekreftet en gutt med smerter og et hovent venstre ben. Røntgenundersøkelse av venstre ben viste spiralbrudd av venstre lårben.

(Vollmer-Sandholm, et al., 2021)



Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

84

84



KASUISTIKK 3

Hvor enig er du i følgende påstand

"Jeg er bekymret for at barnet kan ha blitt mishandlet/neglisjert"

Bilde: PowerPoint for Microsoft 365

85

85

DISPOSISJON

- Introduksjon
- Kasuistikker
- Lovverk
- Omfang
- Hva er barnemishandling?
- Konsekvenser
- Risikofaktorer
- Beskyttende faktorer
- Hvordan skrive bekymringsmelding?
- Kasusdiskusjoner
- «Take home messages»

86

86



87

VIKTIGE NUMMER

- Psykososial støttetelefon Støtte til ansatte- VO Arbeidsmiljø – 905 08 384
- Vakthavende sykehusprest Ullevål- Prestetjenesten - 221 18 222
- Mental Helse (hjelpetelefonen)– 116 123
- Mental Helse (arbeidslovstelefonen) – 225 66 700
- Sidetmedord.no

88

88

KILDER

- Aasland, M. W. (2014). *Si det til noen- en bok om seksuelle overgrep mot barn og unge* (3. utg.). Cappelen Damm akademiske.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2011). *Sara* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=UgupTFzisc>
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1992-07-17-100>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2022, 31. mars). *Barn i lavinntektsfamilier*. Bufdir. https://www.bufdir.no/Familie/Fattigdom/Ny_Barnefattigdom_i_Norge/
- Bechtel & Bennett (2021, 25. mai) — Evaluation of sexual abuse in children and adolescents. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-sexual-abuse-in-children-and-adolescents>
- Boos, S. C. (2022). Physical child abuse: Recognition. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/physical-child-abuse-recognition?search=child%20abuse&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- Boos, S. C. (2021). Physical child abuse: Diagnostic evaluation and management. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/physical-child-abuse-diagnostic-evaluation-and-management>
- Christian, C. (2021a). Child abuse: Evaluation and diagnosis of abusive head trauma in infants and children. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/child-abuse-evaluation-and-diagnosis-of-abusive-head-trauma-in-infants-and-children>
- Christian, C. (2021b). Child abuse: Epidemiology, mechanisms, and types of abusive head trauma in infants and children. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/child-abuse-epidemiology-mechanisms-and-types-of-abusive-head-trauma-in-infants-and-children>
- Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz A. M., Edwards V., Koss M. P. & Marks J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, Vol.14(4), s. 245-258. DOI: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Gavril, A. M. (2020, 14. februar). Child abuse. *BMJ best practice. Child abuse - Symptoms, diagnosis and treatment | BMJ Best Practice*
- Harper, N.S. & Foell R. (2021, 11. september). Child neglect: Evaluation and management. I. F. Wiley (Red.). *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/child-neglect-evaluation-and-management?search=Child%20neglect%20evaluation%20and%20management&source=search_result&selectedTitle=1~86&usage_type=default&display_rank=1
- Hafstad, G. S. & Augusti, E. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år* (Rapport 4/2019). https://www.nkvt.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UJVD.pdf
- Hazell, P. & Boylan, K. (2022, 13. april). Depression in children. *BMJ best practice. https://bestpractice.bmi.com/ezproxy.oslomet.no/topics/en-eb/785*
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helsedirektoratet. (2018, februar). *Kunnskapsgrunnlag – Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge* (Rapport IS-2696). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-metoder-for-tiltid-identifisering-av-risiko-hos-barn-og-unge/Kunnskapsgrunnlag%20%20%20metoder%20for%20tidlig%20identifisering%20av%20risiko%20hos%20barn%20og%20unge.pdf> / [attachment/inline/d4144072-ab66-4747-90e9-e944e96f65-ad26b31ca5167e7b8b1a61caab675ef1d970366a/Kunnskapsgrunnlag%20%20%20metoder%20for%20tidlig%20identifisering%20av%20risiko%20hos%20barn%20og%20unge.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-metoder-for-tiltid-identifisering-av-risiko-hos-barn-og-unge/Kunnskapsgrunnlag%20%20%20metoder%20for%20tidlig%20identifisering%20av%20risiko%20hos%20barn%20og%20unge.pdf)
- Kllén, K. (2021). *Sveket i Risiko og omsorgssvikt- et helseproblem* (6. utg.). KF
- Kuo, D & Turchi, R. (2022, 1. februar). Children and youth with special health care needs. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/children-and-youth-with-special-health-care-needs>

89

89

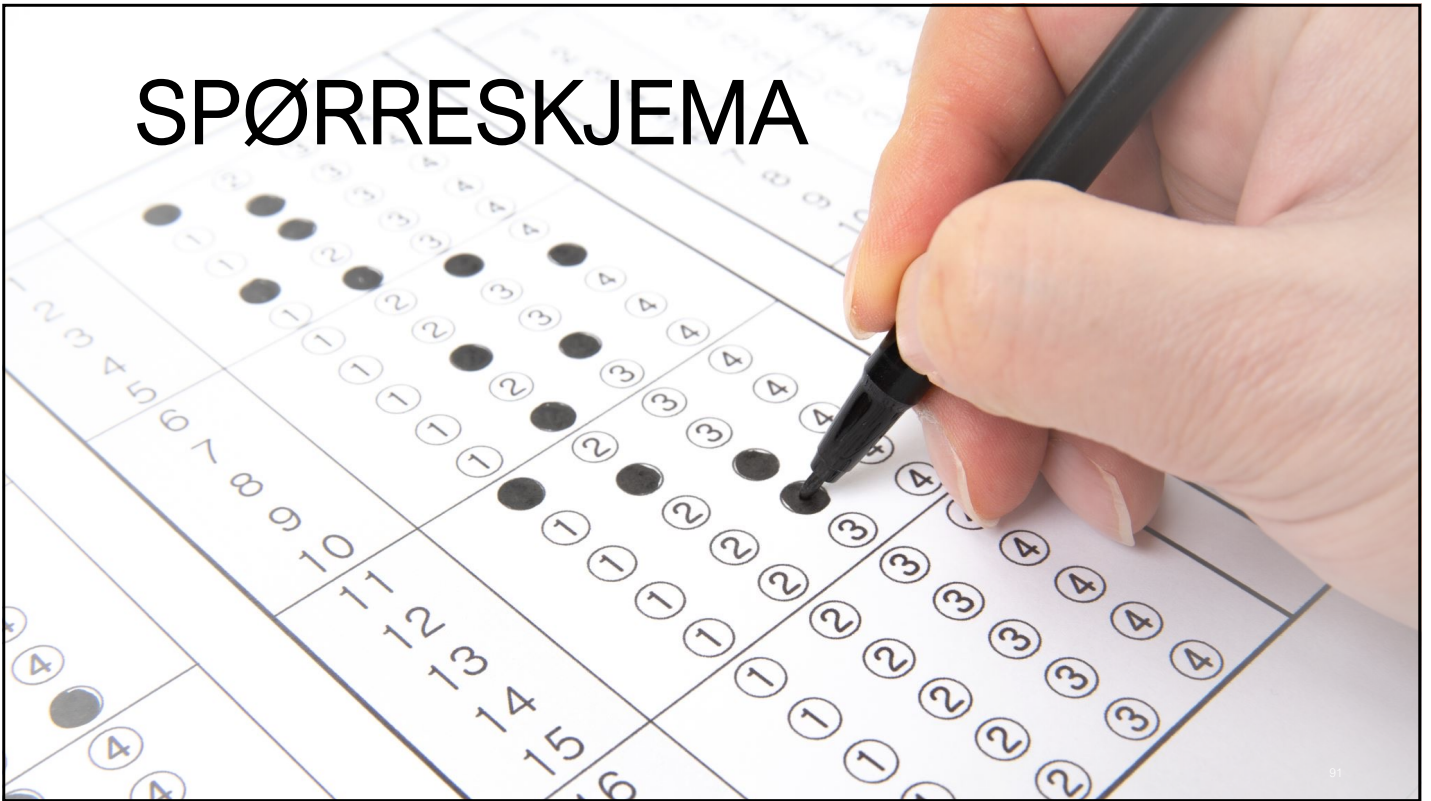
KILDER

- Lahoti, S., Girardet, R., Groisberg, S., Ruda, M. & McNeese, M. (2018, 08. mai). Sexual abuse and assault. *BMJ best practice. https://bestpractice.bmi.com/topics/en-eb/696*
- Lepsøe K. (2016). *Når bildøra lukkes er det pappas tur til å leke* [Video]. Vimeo. [Panna og Vimen](https://vimeo.com/1000000000)
- Mossige S, Stefansen K. Vold og overgrep mot barn og unge. *Umfang og utviklingstrekk 2007–2015*. NOVA-rapport [357]. Utgitt 2016.
- Myhre M, Thoresen S & Hjemdal O.K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer*. (Rapport nr 1/2015). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S. <https://www.nkvt.no/rapport/vold-og-voldtekt-i-oppveksten-en-nasjonal-intervjuundersokelse-av-16-og-17-aringer/>
- Myhre, M. (2021b, 15. juni). Shaken baby-syndrom, filleristet spedbarn. I *Norsk Elektronisk Legehåndbok. https://leghandboka.no/ezproxy.oslomet.no/handboken/kliniske-kapitler/pediatri/tilstander-og-sykdommer/sosialpediatri/shaken-baby-syndrom*
- Narang, S. (2021, 9. september). Child abuse: Social and medicolegal issues: Notifying parents. *UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/child-abuse-social-and-medicolegal-issues* NOU 2017: 12. (2017). *Svik og svikt: en gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/a444fe251c4d43396588483e97402ab/no/pdfs/nou2017201700120004dd.pdf>
- NOU 2018:2. (2018). *Fremtidens kompetansebehov I - Kunnskapsgrunnlaget*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-2/id2588070/>
- NKVTs. (2018). *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner – vold og overgrep mot barn*. <https://voldsveileder.nkvt.no/innhold/vold-mot-barn/>
- National Institute For Health and Care (NICE). (2017, 22. juli). *Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s*. National Institute For Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/sg89/evidence/full-guideline-pdf-243694625>
- Oslo Universitetssykehus, OUS. (2022). *Barnevern - bekymring, mistanke og melding. https://ehandboken.ous.hf.no/document/41644*
- Roesler, T. & Jenny, C. (2020). Medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy). *UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/medical-child-abuse-munchausen-syndrome-by-proxy?search=Medical%20child%20abuse%20(Munchausen%20syndrome%20by%20proxy)&source=search_result&selectedTitle=1~53&usage_type=default&display_rank=1*
- Regjeringen (2020, 27 januar). *FNs barnekonvensjon. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fns-barnekonvensjon/id88078/*
- Sanner, M. (Red.). (2020). *Klokhet om vold og overgrep: kunnskap direkte fra 500 barn med erfaring fra vold og overgrep*. Universitetsforlaget
- Scholefield, B. (2018, 19. april). Abusive head trauma in infants. *BMJ best practice. https://bestpractice.bmi.com/topics/en-eb/688*
- Stensland, S. Ø. (2022, 4. februar). *Barnemishandling og omsorgssvikt. I Norsk Elektronisk Legehåndbok. https://leghandboka.no/ezproxy.oslomet.no/handboken/kliniske-kapitler/pediatri/tilstander-og-sykdommer/sosialpediatri/barnemishandling*
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff (straffeloven) LOV-2005-05-20-28*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>
- Vollmer-Sandholm, M. J., Myhre, A. K., Otterman, G., Lydersen, S & Stray-Pedersen, A. (2021). Amongst Norwegian paediatricians there is little agreement in management of cases of suspected child maltreatment. *Acta Paediatrica*, 2021-10, Vol.110 (10), p.2865-2872. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.16017>
- Wallscheid S, Lyby L. & Nesje K. (2020). *Kunnskap om tiltak for å øke kompetansen på vold og overgrep blant offentlig ansatte. En litteraturgjennomgang*. (Rapport nr 9/2020). Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU).

90

90

SPØRRESKJEMA



7.0 EVALUERING AV UNDERVISNINGSPROGRAMMET

Pilotutprøving er ofte fornuftig, og utføres ved å prøve ut ny praksis i liten skala. Deretter må undervisningen evalueres og justeres flere ganger inntil man er fornøyd med produktet (Konsmo et al., 2015, s. 31). Kandidatene har gjennomført pilotundervisning på hele undervisningsprogrammet. Pilotutprøvingen ble gjennomført i samarbeid med avdelingsleder på den respektive avdelingen programmet ble utprøvd på. Ettersom hele fagdager ble satt av til utprøving av undervisningsprogrammet, var det derfor god tid til å gjennomgå hele undervisningsprogrammet og de planlagte læringsaktivitetene.

En løpende evaluering av undervisningsprogrammet er avgjørende for å få kunnskap om undervisningen har virket etter sin hensikt og ført til forbedring (Konsmo et al., 2015, s. 32). Ettersom dette er et masterarbeid vil det være for tidlig å si noe om undervisningsprogrammet vil føre til at helsepersonell bedre oppdager barn som er utsatt for barnemishandling. Derfor har evalueringen (summativ vurdering) av undervisningsprogrammet blitt gjennomført som ett ledd i slutten av pilotutprøvingen. Denne vurdering dreier seg om selve læreprosessen og kandidatenes presentasjoner. Spørsmål som kandidatene ønsket tilbakemelding på var: hva var bra, hva kunne blitt gjort annerledes, ble målene nådd, hvis ikke, hva er årsaken og eventuelt andre kommentarer (Hiim & Hippe, 2022, s. 137). Vurderingen ble gjort skriftlig, for å sikre evaluering fra alle deltakerne. Det ble satt av 15 minutter til utfylling av evalueringsskjemaet på slutten av undervisningsdagen. Skjemaet ble besvart anonymt og samlet inn av kandidatene for egen gjennomgang i etterkant av undervisningen.

Videre i kapittelet vil evalueringen utføres etter den didaktiske relasjonsmodellen og ta utgangspunkt i de skriftlige tilbakemeldingene fra deltakerne.

7.1 Deltakernes læreforutsetninger

Pilotundervisningen ble gjennomført ved en barneavdeling på OUS på tre fastsatte fagdager. På den måten fikk alle ansatte den samme undervisningen. Deltakernes læreforutsetninger

ble kartlagt ved å spørre direkte om deltakernes profesjonelle erfaringer med barnemishandling og eventuelle utfordringer de har til temaet, samt det å melde bekymringsmelding. Noen få deltakere hadde mye erfaring og kunnskap om temaet, mens de fleste hadde lite eller minimalt med kunnskap.

7.2 Aktuelle rammefaktorer

Kandidat 1, som også er fagsykepleier på respektiv avdeling undervisningen ble holdt for, booket rommene. Kandidatene møtte cirka en time før fagdagen startet for å sjekke at det tekniske utstyret fungerte som det skulle. Det var satt av syv timer til fagdagen, hvorav seks timer ble bruk på pilotutprøving. Det var avsatt nok tid til å legge til rette for diskusjoner blant deltakerne.

Kandidatens egne ressurser, kunnskap og verdier er rammefaktorer som kan være med på å muliggjøre eller begrense læring (Hiim & Hippe, 2022, s. 38). Spørsmål rundt dette er ikke inkludert i evalueringsskjema, likevel har kandidatene fått skriftlige tilbakemeldinger under spørsmålet om andre kommentarer. Dette var kommentarer som at Power Pointen var ryddig, at kandidatene klarte å holde deltakernes konsentrasjon gjennom hele dagen, og at kandidatene kunne stoffet godt og formidlet det på en engasjerende måte.

7.3 Målet med undervisningsprogrammet

Kunnskapsmålene og ferdighetsmålene med undervisningsprogrammet ble presentert for deltakerne i starten av undervisningen. Hensikten er at deltakerne skal vite hvilke kunnskaps- og ferdighetsmål de skal fullføre i løpet av undervisningen (Hiim & Hippe, 2022, s. 38). Ut ifra svarene i evalueringsskjema vurderte deltakerne selv at disse målene var oppnådd. Differansen mellom svarene i kasuistikkene i starten og slutten av undervisningsdagen viste også at flere hadde oppnådd målene.

7.4 Undervisningens innhold

Evalueringen inneholdte spørsmål i forhold til om innholdet var tilpasset deltakernes kunnskapsnivå. Tilbakemeldinger gikk ut på at undervisningens innhold var dagsaktuelt og relevant for avdelingen deltakerne jobber på. De fleste svarte at innholdet var «midt på» deres kunnskapsnivå. Flere deltakere fremhevet at fagdagen hadde gått fort og at det ikke hadde vært kjedelig.

7.5 Læreprosessen

Læringsprosessen ble evaluert ved å spørre deltakerne om hvilke læringsaktiviteter de likte best, men selve gjennomføringen og presentasjonen ble ikke evaluert. Likevel fikk vi tilbakemelding om at undervisningen var strukturert og oversiktlig, samt at det var satt av nok tid til hvert tema. Deltakerne kom med positive evalueringer om de ulike læringsaktivitetene. Ut ifra evalueringene var det en variasjon i hvilke aktiviteter som ble ansett som mest aktiverende. Noen likte best Mentimeter, da dette ga rom for å si sin mening uten å snakke, mens andre likte bedre kasusdiskusjonene som ga rom for diskusjon og læring gjennom erfaringsdeling. En av de konstruktive vurderingene kandidatene fikk var at man kunne prøve å løsrive seg mer fra manuset, samt å styre diskusjonene bedre slik at en ikke faller helt ut av kontekst.

7.6 Evaluering av pilotut prøvingen

Pilotut prøvingen av undervisningsprogrammet var i det store og hele vellykket. Flesteparten av deltakerne var overveiende positive i deres helhetlige evaluering. Det var mange gode skriftlige tilbakemeldinger ettersom kandidatene påpekte viktigheten av gode og konstruktive tilbakemeldinger til deltakerne. Fra evalueringen kom det også frem om deltakerne hadde lært noe nytt, og i så fall hva. Dette synliggjør deltakernes økende kompetanse og kunnskap.

8.0 KONKLUSJON

Barnemishandling har alvorlige konsekvenser både på kort og lang sikt i ett livsperspektiv. Barnemishandling kan utøves i ulike former og gir mange ulike tegn, noe som kan gjøre det vanskelig å oppdage.

I dette masterarbeidet har kandidatene laget et undervisningsprogram om barnemishandling. Hensikten med undervisningsprogrammet er å heve kvaliteten og bedre pasientsikkerheten ved å øke kompetansen blant helsepersonell, samt sikre at helsepersonell har ferdigheter med å skrive bekymringsmelding og melde. Hovedmålet med undervisningen er at helsepersonell oppdager og sender bekymringsmelding om barn som er utsatt for barnemishandling, slik at barna og deres familie får den hjelpen de trenger.

Barnesykepleierens funksjons- og ansvarsområder belyser at barnesykepleiere er relevante ressurspersoner når det gjelder undervisning om barnemishandling. Som barnesykepleiere har kandidatene opparbeidet seg kunnskap om kvalitetsarbeid og kunnskapssøk. Innholdet i undervisningsprogrammet er basert på oppdatert forskning, og bearbeidet slik at det er dagsaktuelt for kollegaer. Utformingen av undervisningsprogrammet er gjort etter den didaktiske relasjonsmodellen, og innholdet baserer seg på MAKIS-prinsippene.

Det ble utført pilotutprøving av undervisningsprogrammet, samt en deltakerevaluering etter hver undervisning. Evalueringen av programmet var god, og kandidatene fikk tilbakemeldinger som kan brukes til videreutvikling av undervisningsprogrammet.

Undervisningen er gitt til én hel avdeling, og effekten av tiltaket vil ikke kunne måles før om en stund. Et forslag til videre evaluering av undervisningsprogrammet kan være å kartlegge antall bekymringsmeldinger sendt før og etter undervisning, antall konsultasjoner gjort med barnevern eller en spørreundersøkelse blant de ansatte om hvor mange barn de har vært bekymret for etter undervisningen.

LITTERATURLISTE

- Aasland, M. W. (2014). *Si det til noen- en bok om seksuelle overgrep mot barn og unge* (3. utg.). Cappelen Damm akademiske.
- Barnesykepleierforbundet (BSF). (2017). *Barnesykepleier – funksjons- og ansvarsområder* [Temahefte]. [Barnesykepleier – funksjons- og ansvarsområder 2017.pdf \(nsf.no\)](#)
- Barnesykepleierforbundet (BSF). (2021). *Barnesykepleierens kompetanse, ansvar og oppgaver* [Temahefte]. [Barnesykepleierens kompetanse, ansvar og oppgaver.pdf \(nsf.no\)](#)
- Barneloven. (1981). Lov om barn og foreldre (LOV-1981-04-08-7). Lovdata. [Lov om barn og foreldre \(barnelova\) – Lovdata](#)
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2022, 31. mars). *Barn i lavinntekstfamilier*. Bufdir. https://www.bufdir.no/Familie/Fattigdom/Ny_Barnefattigdom_i_Norge/
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2011). *Sara* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=UgupTFzjsc>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (u. å.). *Sara og Alex. En håndbok og to filmer om barnevern til bruk i skolen*. Bufdir. https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Sara_og_Alex_Skolepakken.pdf?_gl=1*_1xecp_q*_ga*Njc5MDQ5NDY5LjE1Otk4Mzk4NjI.*_ga_E0HBE1SMJD*MTY00tg1NjcxMS4xOC4xLjE2NDk4NTY3MzQuMA.
- Bechtel & Bennett (2021, 25. Mai) — Evaluation of sexual abuse in children and adolescents. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-sexual-abuse-in-children-and-adolescents>
- Bechtel & Bennett (2022, 11. Mars). Management and sequelae of sexual abuse in children and adolescents. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/management-and-sequelae-of-sexual-abuse-in-children-and-adolescents>
- Boos, S. C. (2022). Physical child abuse: Recognition. *UpToDate*. https://www-uptodate-com.ezproxy.oslomet.no/contents/physical-child-abuse-recognition?search=child%20abuse&source=search_result&selectedTitle=2~150&us_age_type=default&display_rank=2
- Boos, S. C. (2021). Physical child abuse: Diagnostic evaluation and management. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/physical-child-abuse-diagnostic-evaluation-and-management>
- Berge, T. L. (2021). *Visuelle hjelpemidler i undervisningen- hvordan unngå Death by PowerPoint?* [Visuelle hjelpemidler i undervisningen – hvordan unngå Death by PowerPoint? — For ansatte — Universitetet i Oslo \(uio.no\)](#)

- Christian, C. (2021a). Child abuse: Evaluation and diagnosis of abusive head trauma in infants and children. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/child-abuse-evaluation-and-diagnosis-of-abusive-head-trauma-in-infants-and-children>
- Christian, C. (2021b). Child abuse: Epidemiology, mechanisms, and types of abusive head trauma in infants and children. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/child-abuse-epidemiology-mechanisms-and-types-of-abusive-head-trauma-in-infants-and-children>
- Evensen, A & Brataas, H. (2019). Sykepleierutdanning, undervisningsprinsipper og læringsarbeid. I K. Ingstad (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie* (s. 255-268). Gyldendal.
- Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz A. M., Edwards V., Koss M. P. & Marks J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, Vol.14(4), s. 245-258. DOI: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Folkehelseinstituttet. (u. å.). *Termbasen MeSH på norsk og engelsk*. Helsebiblioteket. [Termbasen MeSH på norsk og engelsk — Helsebiblioteket.no](https://helsebiblioteket.no/termbasen-mesh-pa-norsk-og-engelsk)
- Forandringsfabrikken. (u. å.). *Om oss*. Forandringsfabrikken. <https://forandringsfabrikken.no/om-forandringsfabrikken-2/>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Gavril, A. M. (2020, 14. Februar). Child abuse. *BMJ best practice*. [Child abuse – Symptoms, diagnosis and treatment | BMJ Best Practice](https://bestpractice-bmj.com/topics/en-gb/785)
- Gao, X., Wang, L., Deng, J., Wan, C. & Mu, D. (2022). Effectiveness of educational interventions on evidence-based practice for nurses in clinical settings: A systematic review and meta-analysis. *Nurse education today*, 111, 105306. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105306>.
- Hazell, P. & Boylan, K. (2022, 13. april). Depression in children. *BMJ best practice*. <https://bestpractice-bmj-com.ezproxy.oslomet.no/topics/en-gb/785>
- Hafstad, G. S. & Augusti, E. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år* (Rapport 4/2019). https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf

Harper, N. S. & Foell R. (2021, 11. september). Child neglect: Evaluation and management. I J. F. Wiley (Red.), *UpToDate*. https://www-uptodate-com.ezproxy.oslomet.no/contents/child-neglect-evaluation-and-management?search=Child%20neglect:%20Evaluation%20and%20management&source=search_result&selectedTitle=1~86&usage_type=default&display_rank=1

Helsebiblioteket. (u. å. a.) *Pasientsikkerhet*.
<https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/pasientsikkerhet>

Helsebiblioteket. (u. å. b.) *MedlinePlus*.
<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/oppslagsverk/medlineplus?leakedetaljer=vis>

Helsebiblioteket. (2008, 08. april). *Nettsteder med internasjonale retningslinjer*.
<https://www.helsebiblioteket.no/224519.cms>

Helsebiblioteket. (2009a, 14. august). *Hva er pasientsikkerhet?*
<https://www.helsebiblioteket.no/221732.cms>

Helsebiblioteket. (2009b, 17. september). *Om metoder og verktøy*.
<https://www.helsebiblioteket.no/33099/om-metoder-og-verkt%C3%B8y>

Helsebiblioteket. (2010, 23. januar). *Forbedringskunnskap og andre kunnskapsområder*.
<https://www.helsebiblioteket.no/221834.cms>

Helsebiblioteket. (2020, 03. januar). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*.
<https://www.helsebiblioteket.no/221562.cms>

Helsedirektoratet. (2018, februar). *Kunnskapsgrunnlag – Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge* (Rapport IS-2696).
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-metoder-for-tidlig-identifisering-av-risiko-hos-barn-og-unge/Kunnskapsgrunnlag%20%E2%80%93%20metoder%20for%20tidlig%20identifisering%20av%20risiko%20hos%20barn%20og%20unge.pdf/_attachment/inline/d41f4072-ab66-4747-90e9-e9dcfe96ff65:ad36b31ca6167e7b8b1a61acab675effd970366a/Kunnskapsgrunnlag%20%E2%80%93%20metoder%20for%20tidlig%20identifisering%20av%20risiko%20hos%20barn%20og%20unge.pdf

Helsedirektoratet. (2019, februar). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. [Hdir Rapportmal 15.11.18 \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-metoder-for-tidlig-identifisering-av-risiko-hos-barn-og-unge)

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hillis S., Mercy J. Amobi A. & Kress H. (2016). Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *United States: American*

Academy of Pediatrics, Vol.137(3), p.e20154079-e20154079.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26810785/>

Hiim, H. & Hippe, E. (2022). *Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere* (4.utg.) Oslo. Gyldendal

Justis- og beredskapsdepartement. (2021). *Frihet fra vold – Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021–2024*. Regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-a-forebygge-og-bekjempe-vold-i-naere-relasjoner-20212024/id2868714/>

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

Konsmo, T., de Vibe, M. Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Nordheim, G., Brudvik, M. & Vege, A. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring; utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring-utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>

Kuo, D & Turchi, R. (2022, 1. Februar). Children and youth with special health care needs. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/children-and-youth-with-special-health-care-needs>

Kunnskapsbasert praksis.no. (2016, 03. juni). *Sjekklister*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Kirkevold, Ø. (2016). *Praktiske tips ved spørreskjemaundersøkelser*. Sykepleien.no. Praktiske tips ved spørreskjemaundersøkelser (sykepleien.no)

Lanzarotekonvensjonen. (2007). *Europarådets konvensjon om beskyttelse av barn mot seksuell utnyttning og seksuelt misbruk – CETS 201*. Lovdata.
<https://lovdata.no/traktat/2007-10-25-25>

Lahoti, S., Girardet, R., Groisberg, S., Ruda, M. & McNesse, M. (2018, 08. mai). Sexual abuse and assault. *BMJ best practice*. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/696>

Lepsøe K. (2016). *Når bildøra lukkes er det pappas tur til å leke* [Video]. Vimeo. [Pappa on Vimeo](https://vimeo.com/148444444)

Læringsbiblioteket. (u. å). *Læringsbiblioteket – Forskning på digitalisering og læring i helsefagene*. <https://laeringsbiblioteket.no/pedagogik/team-based-learning/>

Mossige S, Stefansen K. *Vold og overgrep mot barn og unge*. (2016). *Omfang og utviklingstrekk 2007–2015*. NOVA-rapport [357]. HIOA. <https://oda.oslomet.no/oda->

xplui/bitstream/handle/20.500.12199/3465/Vold-og-overgrep-mot-barn-og-ung-NOVA-Rapport-5-16-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 7 \(2019-2020\) – regjeringen.no](#)
- Meld. St. 11 (2015-2016). *Nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019*. Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 11 \(2015-2016\) \(regjeringen.no\)](#)
- Meld. St. 11 (2020-2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*. Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 11 \(2020-2021\) \(regjeringen.no\)](#)
- Meld. St. 28 (2015-2016). *Fag-Fordypning-Forståelse. En fornyelse av Kunnskapsløftet*. Kunnskapsdepartementet. [Meld. St. 28 \(2015-2016\) \(regjeringen.no\)](#)
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 29 \(2012-2013\) \(regjeringen.no\)](#)
- Myhre, M., Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer*. (Rapport nr 1/2015). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S. <https://www.nkvts.no/rapport/vold-og-voldtekt-i-oppveksten-en-nasjonal-intervjuundersokelse-av-16-og-17-aringer/>
- Myhre, M. (2021a, 26. april). Seksuelle overgrep mot barn. I *Norsk Elektronisk Legehåndbok*. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/barnepsykiatri/tilstander-og-sykdommer/sosiale-problemer/seksuelle-overgrep-mot-barn>
- Myhre, M. (2021b, 15. juni). Shaken baby-syndrom, filleristet spedbarn. I *Norsk Elektronisk Legehåndbok*. <https://legehandboka-no.ezproxy.oslomet.no/handboken/kliniske-kapitler/pediatri/tilstander-og-sykdommer/sosialpediatri/shaken-baby-syndrom>
- Narang, S. (2021, 9. september). Child abuse: Social and medicolegal issues: Notifying parents. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/child-abuse-social-and-medicolegal-issues>
- NKVTS. (2018). *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner – vold og overgrep mot barn*. <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/>
- Norsk sykepleierforbund (NSF). (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere
- NOU 2017:12. (2017). *Svik og svikt: en gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/pdfs/nou201720170012000dddpdfs.pdf>

- NOU 2018:2. (2018). *Fremtidens kompetansebehov I – Kunnskapsgrunnlaget*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-2/id2588070/>
- National Institute For Health and Care (NICE). (2017, 22. juli). *Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s*. National Institute For Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg89/evidence/full-guideline-pdf-243694625>
- Nortvedt, M. W Graverholt, B., Jamtvedt, G. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk
- Nøkleby, H. & Langøien, L. J. (2021). *Vurdering av metodisk kvalitet ved to retningslinjer fra NICE om tegn på barnemishandling*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/vurdering-av-metodisk-kvalitet-ved-to-retningslinjer-fra-nice-om-tegn-pa-barnemishandling-notat-2021.pdf>
- Oslo Universitetssykehus, OUS. (2015a). *Mishandling av barn – fysisk*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-fysisk>
- Oslo Universitetssykehus, OUS. (2015b). *Mishandling av barn – psykisk*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-psykisk>
- Oslo Universitetssykehus, OUS. (2015c). *Omsorgssvikt/vanskjøtsel av barn*. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/omsorgssvikt-vanskjotsel-av-barn>
- Oslo Universitetssykehus, OUS. (2015d). *Seksuelle overgrep mot barn*. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/seksuelle-overgrep-mot-barn>
- Oslo Universitetssykehus, OUS. (2022). *Barnevern – bekymring, mistanke og melding*. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/41644>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Prop. 121 S (2018–2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019– 2024)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s20182019/id2652917/>
- Raaheim A. (2013). *Råd og tips til deg som underviser*. Gyldendal akademiske

- Reneflot, A., Stene-Larsen, K. & Myklestad, I. (2020). *Vold og seksuelle overgrep*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/#risikofaktorer-for-vold>
- Regjeringen. (2020, 27. januar). FNs barnekonvensjon. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fns-barnekonvensjon/id88078/>
- Roesler, T. & Jenny, C. (2020). Medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy). *UpToDate*. [https://www-uptodate-com.ezproxy.oslomet.no/contents/medical-child-abuse-munchausen-syndrome-by-proxy?search=Medical%20child%20abuse%20\(Munchausen%20syndrome%20by%20Oproxy\)&source=search_result&selectedTitle=1~53&usage_type=default&display_rank=1](https://www-uptodate-com.ezproxy.oslomet.no/contents/medical-child-abuse-munchausen-syndrome-by-proxy?search=Medical%20child%20abuse%20(Munchausen%20syndrome%20by%20Oproxy)&source=search_result&selectedTitle=1~53&usage_type=default&display_rank=1)
- Sanner, M. (Red). (2020). *Klokket om vold og overgrep: kunnskap direkte fra 500 barn med erfaring fra vold og overgrep*. Universitetsforlaget
- Stubberud, D-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal
- Straffeloven. (2005). Lov om straff (straffeloven). LOV-2005-05-20-28. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>
- Stensland, S. Ø. (2022, 4. februar). Barnemishandling og omsorgssvikt. I *Norsk Elektronisk Legehåndbok*. <https://legehandboka-no.ezproxy.oslomet.no/handboken/kliniske-kapitler/pediatri/tilstander-og-sykdommer/sosialpediatri/barnemishandling>
- Scholefield, B. (2021, 12. oktober). Abusive head trauma in infants. *BMJ best practice*. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/688>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk sentralbyrå, SSB. (2021, 2. juli). *Barnevern*. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern>
- Sylte A. L. (Red.). (2021). *Profesjonspedagogikk – relevant læring i praksis* (3. utg.). Gyldendal
- Thorkildsen I. M. (2015) *Du ser det ikke før du tror det. Et kampskrift for barns rettigheter*
- Tveiten S. (2020). *Helsepedagogikk: helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget
- Vollmer-Sandholm, M. J., Myhre, A. K., Otterman, G., Lydersen, S & Stray-Pedersen, A. (2021). Amongst Norwegian paediatricians there is little agreement in management of cases of suspected child maltreatment. *Acta Paediatrica*, 2021-10, Vol.110 (10),

p.2865-2872. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.oslomet.no/doi/full/10.1111/apa.16017>

Vågan, A & Hvinden, K. (2020). Den didaktiske relasjonsmodellen i en lærings- og mestringskontekst. I A. Vågen (Red.), *Helsepedagogiske verktøy* (s. 219-229). Gyldendal

Wollscheid S, Lyby L. & Nesje K. (2020). *Kunnskap om tiltak for å øke kompetansen på vold og overgrep blant offentlig ansatte. En litteraturgjennomgang*. (Rapport nr 9/2020). Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU).

VEDLEGG

Vedlegg 1 – Ledelsesforankring

Ledelsesforankring: Masteroppgave «Utvikling av et undervisningsprogram om barnemishandling»

Barne- og ungdomsklinikken (BAR) erfarer at det å oppdage omsorgssvikt tidlig, er svært krevende og krever kompetanse hos alle helsepersonell, også barnesykepleiere. Helsedirektoratet belyser også dette, at utsatte barn ikke blir oppdaget tidlig nok. BAR ser at det er et sterkt behov for å styrke helsepersonellens kompetanse i å avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt tidlig.

Barnesykepleierne Martine Gabor og Therese Dupuy har valgt en problemstilling i sin masteroppgave, som er i henhold til Barne- og ungdomsklinikken handlingsplan for videre kompetanseheving. Prosjektbeskrivelse med problemstillingen ble presentert for daværende klinikkleder, Terje Rootwelt, avdelingsleder Inger Starheim og seksjonsleder Kristian K. Kjærnes som gir full støtte for et viktig arbeid, som vil bidra til et kompetanseløft innen området omsorgssvikt hos barn, innlagt på sykehus.

Undertegnede ønsker barnesykepleierne Martine og Therese lykke til i arbeidet med masteroppgaven

Med vennlig hilsen,

20.04.2022



Kristian K. Kjærnes

(tidl.) Seksjonsleder

Barnemottak og Barneinfeksjon

OUS



Dato: 28.04.2022

Saksbehandler:

Direkte telefon:

Vår referanse:

Deres referanse:

Klinikk/avdeling


Ledelsesforankring: Masteroppgave «Utvikling av et undervisningsprogram om barnemishandling»

Vi erfarer at det å oppdage omsorgssvikt tidlig, er svært krevende og avhengig av kompetanse hos helsepersonell, også hos barnesykepleiere. Helsedirektoratet belyser at utsatte barn ofte ikke blir oppdaget tidlig nok. Barne- og ungdomsseksjonen ser at det er et stort behov for å styrke helsepersonellens kompetanse i å avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt på et så tidlig tidspunkt som mulig.

Barnesykepleier Martine Gabor har valgt problemstilling i sin masteroppgave som er i henhold til seksjonens handlingsplan for videre kompetanseheving. Vi har fått presentert prosjektbeskrivelse med problemstilling og gir vår fulle støtte til et viktig arbeid, som vil kunne bidra til kompetanseløft innen området omsorgssvikt hos barn innlagt på sykehus.

Lykke til i arbeidet med masteroppgaven!

Med vennlig hilsen



Margrethe Solbraa-Bay
Avdelingssykepleier
Barne- og ungdomsseksjonen
Drammen Sykehus

Evalueringsskjema

undervisningsprogram barnemishandling

Var lærings- og ferdighetsmålene oppnåelige?

Hvilke læringsaktiviteter likte du best (Mentimeter, kasustikkene, diskusjon)

Var innholdet tilpasset ditt kunnskapsnivå (over, midt på, under)?

Lærte du noe nytt? I så fall hva?

Andre kommentarer:

Vedlegg 3 – Søkehistorikk didaktikk

Dokumentasjon av litteratursøk mars 2022

Undervisningsmetoder for helsepersonell

Totalt antall treff: 408

Antall treff etter dublettsjekk: 351

Bibliotekar som utførte søket: Toril M. Hestnes, UiO : Bibliotek for medisin og realfag

Databases: ERIC <1965 to January 2022>, Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to March 30, 2022>, APA

Date searched: 31.03.2022

Number of hits: 253

- 1 (health occupations/ or exp nursing/ or nursing, practical/ or health personnel/ or nurses/ or nursing staff/ or personnel, hospital/) use medall (389401)
- 2 (exp Nurses/ or exp Hospitals/ or exp health personnel/ or exp Health Occupations/) use eric (25622)
- 3 (exp Health Personnel/ or Nursing students/) use psyh (182486)
- 4 (((health* or medical) adj (professional* or provider* or personnel or worker* or staff or educator*)) or nurse* or midwi*).ti,ab,id,kw,kf. (666649)
- 5 or/1-4 (1040553)
- 6 (evidence-based practice/ or evidence-based nursing/) use medall (15475)
- 7 exp Evidence Based Practice/ use eric (4106)
- 8 exp Evidence Based Practice/ use psyh (19633)
- 9 (evidence based adj2 (practice or nursing or teaching or learning or education)).ti,ab,id,kw,kf. (32308)
- 10 or/6-9 (58805)
- 11 (exp Nursing Education Research/ or education, public health professional/ or exp internship, nonmedical/ or exp Education, Professional/ or exp Education, Nursing/ or exp Education, Continuing/) use medall (319796)
- 12 (exp Nursing Education/ or exp Continuing Education/ or exp Courses/ or Workshops/ or exp training/ or exp Inservice Education/) use eric (160882)
- 13 (exp Nursing Education/ or exp Continuing Education/ or exp Inservice Teacher Education/ or exp Training/ or exp Inservice Training/ or exp Personnel Training/) use psyh (91704)

- 14 (exp Nursing Education Research/ or Educational Measurement/ or Program Evaluation/ or exp Evaluation Study/ or Models, Educational/) use medall (369627)
- 15 exp Curriculum/mt, st, td use medall (12771)
- 16 (exp Program Evaluation/ or exp Educational Research/ or exp Teaching Methods/ or exp Classroom Techniques/) use eric (397512)
- 17 (exp Program Evaluation/ or exp Educational Programs/ or exp Educational Program Evaluation/ or exp Course Evaluation/ or exp Curriculum Based Assessment/ or exp Curriculum Development/) use psych (123309)
- 18 (effect* or vs or versus or evaluat*).ti. (3570600)
- 19 or/11-18 (4738790)
- 20 (Computer Assisted Instruction/ or Education, Distance/ or Educational Technology/ or Webcasts as Topic/) use medall (18658)
- 21 (exp Computer Assisted Instruction/ or exp Computer Uses in Education/ or Technology Uses in Education/) use eric (96831)
- 22 (computer assisted instruction/ or intelligent tutoring systems/ or electronic learning/ or distance education/ or virtual classrooms/) use psych (25328)
- 23 (((online or internet or web* or "web based" or "web enhanced" or computer* or "computer based" or "computer aided" or "computer assisted") adj2 (learning or instructi* or syllabus or teaching or methodolog* or activit* or technolog* educat*)) or ("e-learning" or streaming or "massive open online course*" or mooc* or courseware or webinar*).ti,ab,id,kw,kf. (78580)
- 24 (((technology-mediated or technology-enhanced or web-based or virtual) adj (instruction* or learning or training)) or ((web or internet or technology) adj based learning)).ti,ab,id,kw,kf. (9616)
- 25 ((blended or combined or distributed or interactive or electronic) adj2 (learning or teaching or technolog* or instruction*).ti,ab,id,kw,kf. (24063)
- 26 (((response or voting or vote or polling or poll or classroom* or audience*) adj3 system*) or clicker* or iclicker* or (interaction* adj3 classroom*) or ((audience* or class*) adj3 (response* or participat*)) or real time response* or kahoot* or quiz* or mentometer* or mentimeter* or socrative or padlet*).ti,ab,kw,kf. (92116)
- 27 ((flip or flipping or flipped or invert or inverting or inverted) adj4 (classroom* or learn* or teach* or instruct* or educat* or model)).ti,ab,id,kf,kw. (4531)
- 28 or/20-27 (287190)
- 29 5 and 10 and 19 and 28 (268)
- 30 limit 29 to (danish or english or norwegian or swedish) (261)
- 31 (authored book or edited book or book or encyclopedia or dissertation abstract).pt. use psych (1043960)
- 32 30 not 31 (253)

Database: CINAHL (EbscoHost)

Date searched: 31.03.2022

Number of hits: 155

S1	MH "Health Personnel+/ED"	43,766
S2	(MH "Education, Nursing+") OR (MH "Education, Nursing, Practical") OR (MH "Education, Nursing, Theory-Based") OR (MH "Education, Nursing, Research-Based") OR (MH "Education, Nursing, Continuing")	79,405
S3	(MH "Nurses+/ED")	
S4	(MH "Education, Health Sciences") OR (MH "Education, Continuing") OR (MH "Continuing Education Providers") OR (MH "Education, Nursing, Continuing") OR (MH "Education, Continuing (Credit)") OR (MH "Education, Nursing+") OR (MH "Education, Theory-Based+") OR (MH "Course Content") OR (MH "Refresher Courses") OR (MH "Learning Environment+")	211,984
S5	(TX ((health* or medical or nursing) N2 (professional* or provider* or personnel or worker* or staff or educator*)) OR TX (nurse* or midwi*)) AND TX (educat* or learn* or teach* or train* or pedagog* or course*)	433,441
S6	(MH "Students, Nursing+") OR (MH "Students, Nursing, Practical")	41,439
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	583,637
S8	(MH "Programmed Instruction") OR (MH "Computer Assisted Instruction") OR (MH "Educational Technology") OR (MH "Webcasts") OR (MH "Webinars") OR (MH "MOOC")	12,934
S9	TI (((online N2 (learning or syllabus or activit* or methodology* or teaching or education)) or "e-learning" or ((educational or instructional) N1 technolog*))	3,670

S10	TI (((digital N1 (learning or technolog*)) or intelligent tutoring system* or interactive white board* or ((mobile or multimedia or online) N2 learning) or online self study or online study))	2,554
S11	TI (((computer N1 (aided or assisted or based or supported) N1 (instruction or learning or teaching)) or ((multi-method or mixed mode) N1 (learning or instruction))))	495
S12	TI ((((technology-mediated or technology-enhanced or web-based or virtual) N1 (instruction* or learning or training)) or ((web or internet or technology) N1 based learning)))	1,012
S13	TI ((web-enhanced instruction* or ((virtual or integrated) N2 (learning or instruction* or classroom*)) or instructional television or (hybrid N1 (learning or course*)) or audiographics))	634
S14	TI (((blended or combined or distributed or interactive or electronic) N2 (learning or teaching or technolog* or instruction*))) OR AB (((blended or combined or distributed or interactive or electronic) N2 (learning or teaching or technolog* or instruction*)))	4,622
S15	TI ((flip or flipping or flipped or invert or inverting or inverted) N4 (classroom* or learn* or teach* or instruct* or educat* or model*)) OR AB ((flip or flipping or flipped or invert or inverting or inverted) N4 (classroom* or learn* or teach* or instruct* or educat* or model*)) OR KW ((flip or flipping or flipped or invert or inverting or inverted) N3 (classroom* or learn* or teach* or instruct* or educat* or model*)) OR TX ((flip or flipping or flipped or invert or inverting or inverted) N3 (classroom* or learn* or teach* or instruct* or educat* or model*))	687
S16	TI ((((response or voting or vote or polling or poll or classroom* or audience*) N2 system*) or clicker* or iclicker* or (interaction* N2 classroom*) or ((audience* or class*) N2 (response* or participat*)) or “real time response*” or kahoot* or quiz* or mentometer* or mentimeter* or	22,042

	socrative or padlet*)) OR AB ((((response or voting or vote or polling or poll or classroom* or audience*) N2 system*) or clicker* or iclicker* or (interaction* N2 classroom*) or ((audience* or class*) N2 (response* or participat*)) or "real time response*" or kahoot* or quiz* or mentometer* or mentimeter* or socrative or padlet*)) OR SU ((((response or voting or vote or polling or poll or classroom* or audience*) N2 system*) or clicker* or iclicker* or (interaction* N2 classroom*) or ((audience* or class*) N2 (response* or participat*)) or "real time response*" or kahoot* or quiz* or mentometer* or mentimeter* or socrative or padlet*))	
S17	TI ((inservice or in-service or «on the job» or employee) N2 (training or orientation* or program*) or traditional or face to face or in person or classroom)	52,041
S18	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17	95,215
S19	(MH "Nursing Practice, Evidence-Based+") OR (MH "Professional Practice, Evidence-Based+")	82,282
S20	TI (evidence based N2 (practice or nursing or teaching or learning or education)) OR AB (evidence based N2 (practice or nursing or teaching or learning or education))	22,650
S21	MH "Outcomes of Education") OR (MH "Course Evaluation")	18,791
S22	(MH "Program Evaluation")	45,788
S23	(MH "Summative Evaluation Research") OR (MH "Formative Evaluation Research") OR (MH "Evaluation Research+") OR (MH "Outcome Assessment")	377,663
S24	(MH "Student Satisfaction")	3,845
S25	TI (student* (satisfact* or perception* or reflect* or experience*))	9,976

S26	S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25	530,310
S27	S7 AND S18 AND S26	3,331
S28	TI effect* or vs or versus	733,650
S29	S27 AND S28	326
S30	TI nurs* OR AB nurs*	573,306
S31	S29 AND S30	155

Limiters - Published Date: 20100101-20220531;
Peer Reviewed; Exclude MEDLINE records

Sjekkliste for vurdering av kapitler i kliniske oppslagsverk

Kritisk vurdering av: UpToDate

Boos (2021) - *Physical child abuse: Diagnostic evaluation and management*

Boos (2022) - *Physical child abuse: Recognition*

Christian (2021a) - *Child abuse: Evaluation and diagnosis of abusive head trauma in infants and children*

Christian (2021b) - *Child abuse: Epidemiology, mechanisms, and types of abusive head trauma in infants and children*

Bechtel & Bennett (2021) - *Evaluation of sexual abuse in children and adolescents*

Bechtel & Bennett (2022) - *Management and sequelae of sexual abuse in children and adolescents*

Narang (2021) - *Child abuse: Social and medicolegal issues*

Roesler & Jenny (2020) - *Medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy)*

Harper & Foell (2021) - *Child neglect: Evaluation and management*

Kuo & Turchi (2022) — *Children and youth with special health care needs*

Del A: Tema

1. Går det klart frem hva kapitlet handler om?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Metode

2. Går det klart frem hvem som har skrevet kapitlet?

Ja – Nei – Uklart

3. Går det klart frem hvem som har redigert og fagfellevurdert kapitlet?

Ja – Nei – Uklart

4. Går det klart frem hvor søket er gjort, og er søkestrategiene omfattende nok?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Etter veiledning med bibliotekar konkluderer vi med å stole på resultatene, da dette er en anerkjent database

5. Er tilliten til dokumentasjonene vurdert, og er graderingssystemet klart beskrevet?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Etter veiledning med bibliotekar er det beskrevet at dette er fulgt, UpToDate er en anerkjent database.

Del C: Innhold

6. Er anbefalingene tydelige?

Ja – Nei – Uklart

7. Har anbefalingene henvisning(er)?

Ja – Nei – Uklart

8. Er anbefalingene oppdatert?

Ja – Nei – Uklart

9. Er det noen interessekonflikter?

Ja – Nei – Uklart

Del D: Anvendbarhet

10. Kan innholdet i kapitlet overføres til praksis?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Sjekkliste for vurdering av kapitler i kliniske oppslagsverk

Kritisk vurdering av: BMJ

Gavril (2020) – *Child abuse*

Scholefield (2021) – *Abusive head trauma in infants and young children*

Hazell & Boylan (2022) – *Depression in children*

Lahoti, Girardet, Groisberg, Ruda & McNeese (2018) – *Sexual abuse and assault*

Del A: Tema

1. Går det klart frem hva kapitlet handler om?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Metode

2. Går det klart frem hvem som har skrevet kapitlet?

Ja – Nei – Uklart

3. Går det klart frem hvem som har redigert og fagfellevurdert kapitlet?

Ja – Nei – Uklart

4. Går det klart frem hvor søket er gjort, og er søkestrategiene omfattende nok?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Etter veiledning med bibliotekar konkluderer vi med å stole på resultatene, da dette er en anerkjent database

5. Er tilliten til dokumentasjonene vurdert, og er graderingssystemet klart beskrevet?

Etter veiledning med bibliotekar er det beskrevet at dette er fulgt, UpToDate er en anerkjent database.

Del C: Innhold

6. Er anbefalingene tydelige?

Ja – Nei – Uklart

7. Har anbefalingene henvisning(er)?

Ja – Nei – Uklart

8. Er anbefalingene oppdatert?

Ja – Nei – Uklart

9. Er det noen interessekonflikter?

Ja – Nei – Uklart

Del D: Anvendbarhet

10. Kan innholdet i kapitlet overføres til praksis?

Ja – Nei – Uklart

Sjekkliste for vurdering av kapitler i kliniske oppslagsverk

Kritisk vurdering av: NEL

Stensland (2022) — *Barnemishandling og omsorgssvikt*

Myhre (2021a) — *Seksuelle overgrep mot barn*

Myhre (2021b) — *Shaken baby-syndrom, filleristet spedbarn*

Del A: Tema

1. Går det klart frem hva kapitlet handler om?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Metode

2. Går det klart frem hvem som har skrevet kapitlet?

Ja – Nei – Uklart

3. Går det klart frem hvem som har redigert og fagfellevurdert kapitlet?

Ja – Nei – Uklart

4. Går det klart frem hvor søket er gjort, og er søkestrategiene omfattende nok?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Rådført med veileder – anerkjent oppslagsverk

5. Er tilliten til dokumentasjonene vurdert, og er graderingssystemet klart beskrevet?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Rådført med veileder – anerkjent oppslagsverk

Del C: Innhold

6. Er anbefalingene tydelige?

Ja – Nei – Uklart

7. Har anbefalingene henvisning(er)?

Ja – Nei – Uklart

8. Er anbefalingene oppdatert?

Ja – Nei – Uklart

9. Er det noen interessekonflikter?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Ikke tydelig beskrevet

Del D: Anvendbarhet

10. Kan innholdet i kapitlet overføres til praksis?

Ja – Nei – Uklart

Sjekkliste for vurdering av en faglig retningslinje eller fagprosedyre

Kritisk vurdering av:

NKVTS. (2018). *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner – vold og overgrep mot barn*. <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/>

1) Avgrensning og formål

1. Retningslinjens overordnede mål er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

2. De(t) kliniske eller organisatoriske spørsmål i retningslinjen er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

3. Populasjonene (pasienter, brukere, befolkning) retningslinjen omfatter er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

2) Involvering av interessenter

4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen har med personer fra alle relevante faggrupper

Ja – Nei – Uklart

5. Synspunkter og ønsker fra populasjonen retningslinjen omhandler (pasienter, brukere, befolkning, etc.) er forsøkt inkludert

Ja – Nei – Uklart

6. Retningslinjens målgruppe (de som skal bruke retningslinjen) er klart definert

Ja – Nei – Uklart

3) Metodisk nøyaktighet

7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Ingen tydelig presentert søkestrategi

8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Kommer ikke tydelig fram

9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Kommer ikke tydelig fram

10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

«Basert på kunnskapsbasert praksis»

11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene

Ja – Nei – Uklart

12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Gjengitt en samlet referanseliste. Diskutert med bibliotekar - stilles lid til utgivers ekspertise. Veilederen sees opp imot tidligere funn i oppslagsverk.

13. Retningslinjen er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering

Ja – Nei – Uklart

14. Prosedyre for oppdatering av retningslinjen er beskrevet

Ja – Nei – Uklart

4) Klarhet og presisjon

15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

I den grad det er mulig mtp tematikken

16. De ulike muligheter for håndtering av tilstanden er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

I den grad det er mulig mtp tematikken

17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

5) Anvendbarhet

18. Faktorer som kan hemme og fremme bruk av retningslinjen er beskrevet

Ja – Nei – Uklart

19. Retningslinjen er støttet av råd og/eller verktøy for bruk i praksis

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

I den grad det er mulig mtp tematikken

20. Potensielle ressursmessige implikasjoner ved å følge anbefalingene er tatt i betraktning

Ja – Nei – Uklart

21. Retningslinjen inneholder vurderingskriterier for monitorering og/eller evaluering

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

I den grad det er mulig mtp tematikken

6) Redaksjonell uavhengighet

22. Retningslinjen er redaksjonelt uavhengig av den bidragsytende instans

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

23. Det er redegjort for interessekonflikter for arbeidsgruppens medlemmer

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Ikke spesifisert

Sjekkliste for systematiske oversikter

Wollscheid S, Lyby L. & Nesje K. (2020). Kunnskap om tiltak for å øke kompetansen på vold og overgrep blant offentlig ansatte. En litteraturgjennomgang. (Rapport nr 9/2020). Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU).

Gao, X., Wang, L., Deng, J., Wan, C. & Mu, D. (2022). Effectiveness of educational interventions on evidence-based practice for nurses in clinical settings: A systematic review and meta-analysis. *Nurse education today*, 111, 105306. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105306>.

Kommentar:

Litteraturkartleggingen har sett på hva kunnskapen i Norge og andre nordiske land sier om ulike opplærings- og kompetansehevingstiltak og effekten av slike tiltak når det gjelder å øke kompetansen på vold og overgrep mot barn blant ansatte i (primært) offentlig sektor. Få evalueringer av tiltak i de nordiske landene, og enkelte av disse er forholdsvis gamle. Konkluderer med at det er svært få studier som har evaluert kompetansehevingstiltak mot vold og overgrep, rettet mot offentlig ansatte i ulike deler av velferdssektoren som jobber mot barn

Sjekkliste for systematiske oversikter*		Ja	Uklart	Nei
1	Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?	X		
Kommentar				
2	Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk? (bruk hjelpespørsmål på neste side for å besvare dette spørsmålet)	X		
Kommentar				
3	Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. endepunkter)?	X		
Kommentar				
4	Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?	X		
Kommentar				
5	Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?	X		
Kommentar				
6	Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier?	X		
Kommentar				
7	Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?	X		
Kommentar				
8	Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?			
Kommentar				
9	Er forfatterens konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?	X		
Kommentar				
10	Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?			
Kommentar		God		

*Basert på EPOC Checklist for Refereeing Protocols for Reviews. EPOC, Effective Practice and Organisation of Care group, Guide for review authors. www.epoc.cochrane.org

Vedlegg 9 – Tillatelse «Tegnehanne»

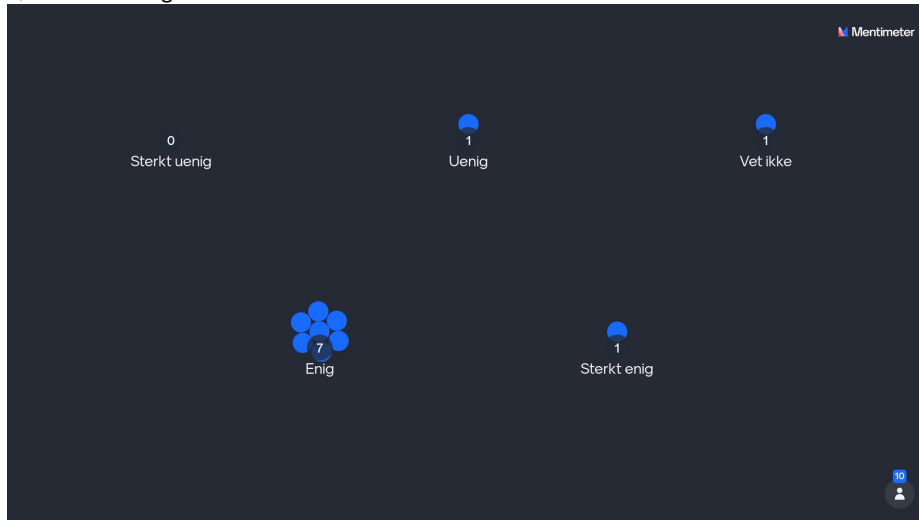


Vedlegg 10 - Resultater Mentimeter

Dag 1

Kasuistikk 1

Før undervisning:

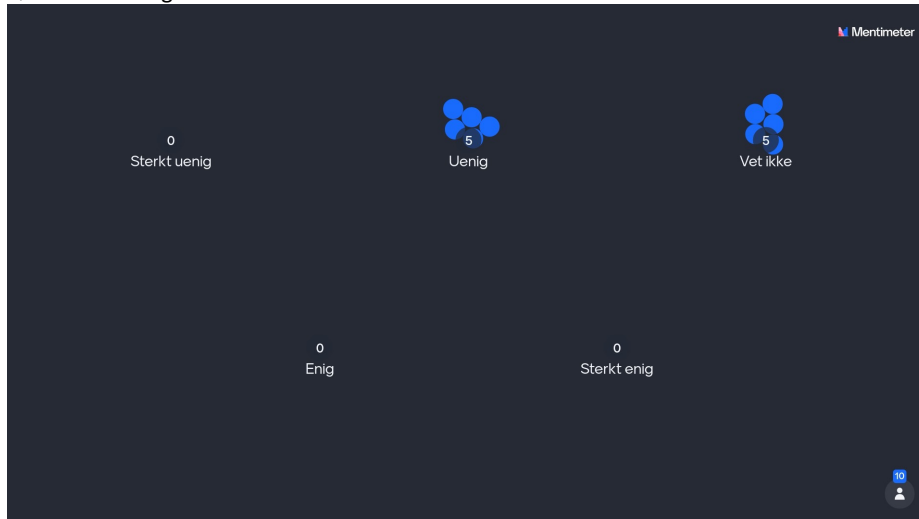


Etter undervisning:

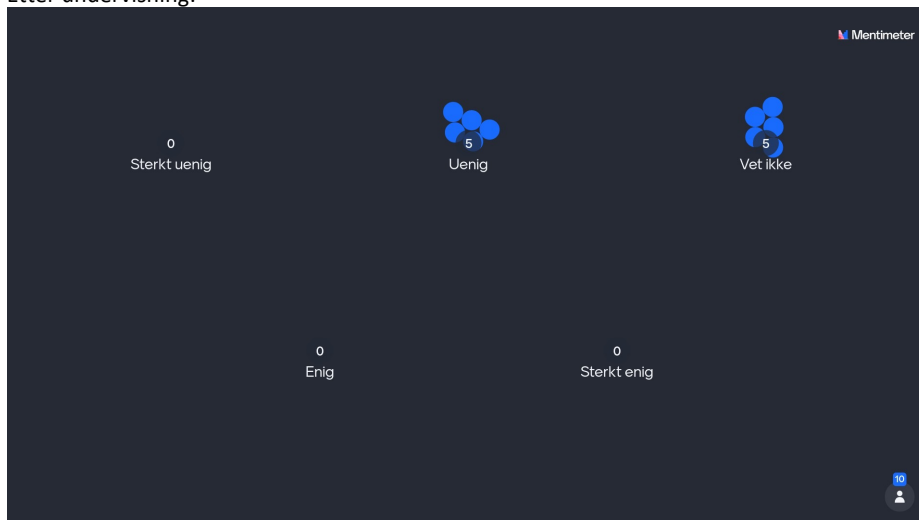


Kasuistikk 2

Før undervisning:



Etter undervisning:



Kasuistikk 3

Før undervisning:



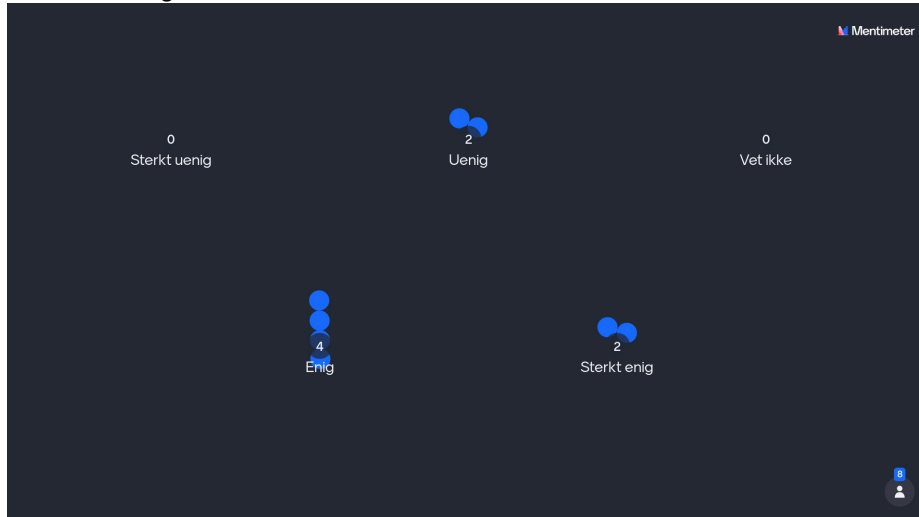
Etter undervisning:



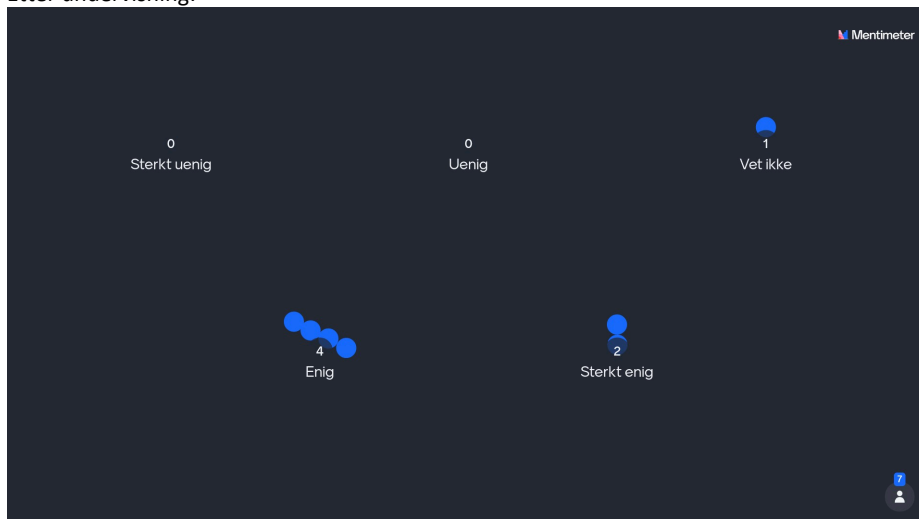
Dag 2

Kasuistikk 1

Før undervisning:

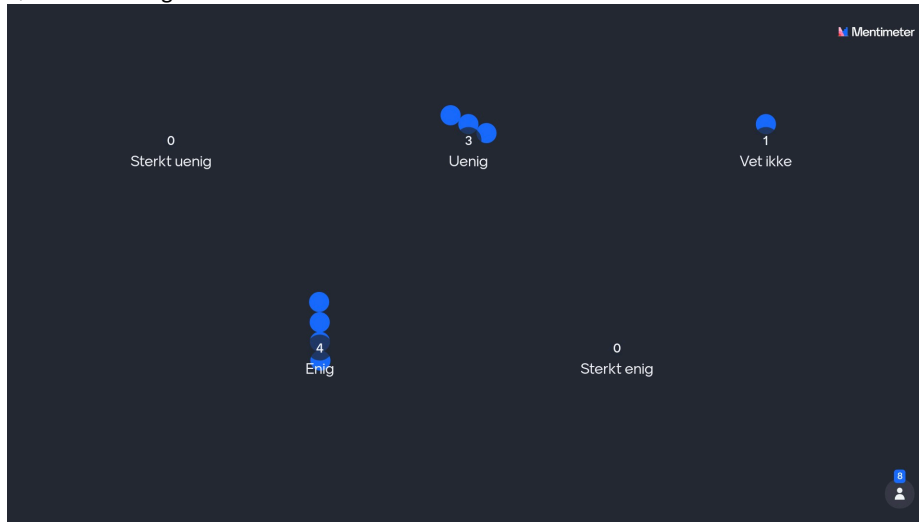


Etter undervisning:

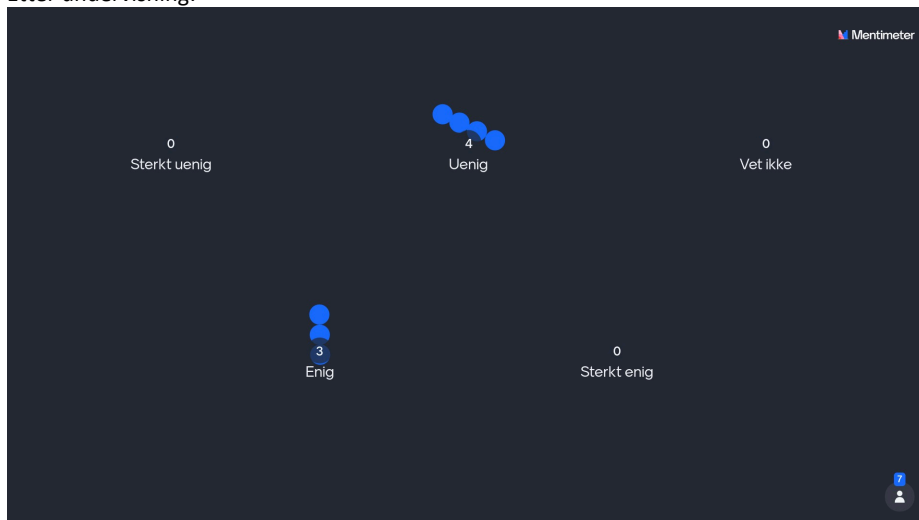


Kasuistikk 2

Før undervisning:



Etter undervisning:

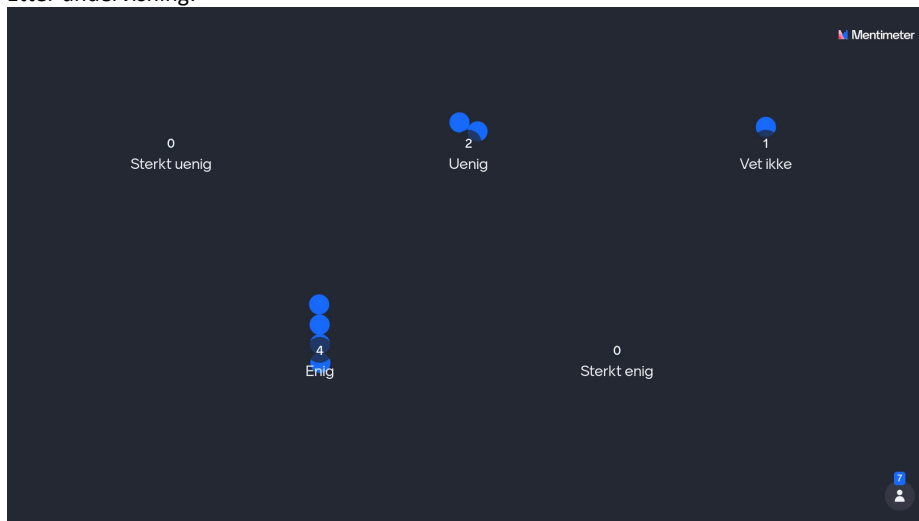


Kasuistikk 3

Før undervisning:



Etter undervisning:



Dag 3

Kasuistikk 1

Før undervisning:

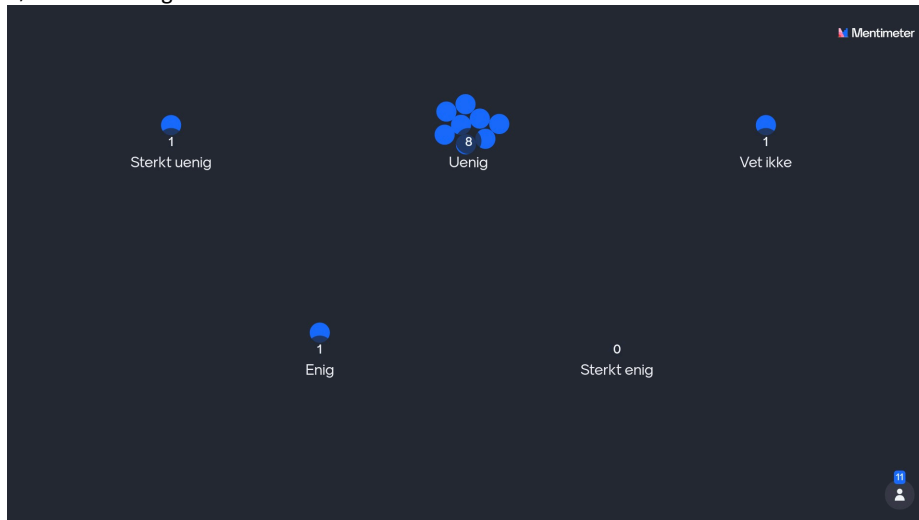


Etter undervisning:



Kasuistikk 2

Før undervisning:



Etter undervisning:



Kasuistikk 3

Før undervisning:



Etter undervisning:



Vedlegg 11 – Tillatelse film «Pappa»

VS: Kortfilm Pappa

1 e-post

Therese myhre <therese.dupuy@hotmail.com>
Til: "martinegabor@gmail.com" <martinegabor@gmail.com>

5. mai 2022 kl. 15:41

Fra: Kine Lepsø
Sendt: torsdag 20. januar 2022 kl. 11:24
Til: Therese myhre
Emne: Re: Kortfilm Pappa

Heisann:) Ja, det må dere bare gjøre! Lykke til:)

- Kine

20. jan. 2022 11:04 skrev Therese myhre <therese.dupuy@hotmail.com>:

Hei Kine,

Jeg heter Therese Myhre Dupuy og sammen med Martine Gabor tar vi master i barnesykepleie. Som vår masteroppgave lager vi et undervisningsprogram om alle typer barnemishandling. Undervisningsprogrammet lages til ansatte på barneavdelingene på Oslo Universitetssykehus og Drammen sykehus. Jeg kom over din kortfilm «Pappa» fra 2016 og lurte på om vi kan få lov til å bruke denne filmen i vårt undervisningsprogram.

Mvh Therese Myhre Dupuy

Vedlegg 12 – Tillatelse barnetegning Aasland

Fra: [Margrete wiede aasland](#)
Sendt: mandag 28. februar 2022 kl. 13:44
Til: [Therese myhre](#)
Emne: Sv: Omsorgssvikt

Hei Therese !

Når du underviser kan du gjerne vise tegningene på power point, og at du oppgir kilden, det er så viktig for bidragsyterne !

Tusen takk for at du spurte meg, og respekterer de barna og deres pårørende! Lykke til med viktig arbeid !

Vennlig hilsen

Margrete Wiede Aasland

Spesialist i sexologisk rådgivning(NACS), samtaleterapeut, foredragsholder, pedagog, veileder, forfatter.

Besøksadresse:

Sexologi senteret

Institutt for pedagogisk sexologi og terapi

Nordal Brunsgate 22

0165 Oslo

Mobil: 47 67 26 74 om du ønsker samtale, terapi, veiledning, foredrag, pressehenvendelser etc.

Individualterapi, parterapi;

Sexologiske utfordringer mennesker kan ha feks. lyst/ulyst, orgasme problemer, erektil dysfunksjon, nærhet, samspill, kjønnsidentitet, utroskap, kjærlighet, svangerskap og fødsel, prostatakreft, tvil og savn mm

Utfordringer om du eller dine nærmeste har vært utsatt for seksuelle overgrep.

Holder foredrag og kurs:

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=ac0a1932f6&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1732064015326215419&simpl=msg-f%3A1732064015326215...> 1/4