



Masteroppgave

Masterstudium i barnesykepleie

Mai 2022

Barnemishandling - sykepleiers meldeplikt i praksis

**Hvilke erfaringer har sykepleiere med å mistenke barnemishandling og melde
bekymring til barnevernet?**

Kandidatnavn: Caroline Klemp og Kristine Marie Fonnelop

Emnekode: MBARN5900-1 21H

Antall ord: 17604

Fakultet for helsevitenskap

**OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET**

FORORD

Denne masteroppgaven er skrevet som en avsluttende oppgave i barnesykepleie ved OsloMet. Vi hadde under videreutdannelsen i barnesykepleie en forelesning med Mary Jo Vollmer-Sandholm og Julie Leivestad om barnemishandling. Den forelesningen gjorde så sterkt inntrykk på oss at tema for masteroppgaven nesten ble skapt der og da.

Å mistenke barnemishandling og deretter sende bekymringsmelding er en krevende oppgave for mange sykepleiere. Helsepersonell lærer at det ikke er deres oppgave å *etterforske* sin bekymring, de skal kun sende bekymringsmelding på mistanke, og barnevernet tar jobben videre med å undersøke forholdene. På den ene side kan man si at det bør være lav terskel for å involvere barnevernet slik at nødvendige hjelpetiltak kan settes i verk så tidlig som mulig. På den annen side kan man si at mistanken om barnemishandling bør være sterk ved involvering av barnevernet slik at man unngår at barn og familie, på feilaktig grunnlag, føres inn i en prosess som kan oppfattes belastende. I media leser vi hvor vanskelig det kan være for en familie å bli feilaktig beskyldt for barnemishandling. Men vi leser også om barn som blir neglisjert og ikke tatt på alvor. “Christoffer-saken” er blant annet et tilfelle vi begge har latt oss provosere og engasjere av. Hvor sterk skal mistanken være for at det er riktig å sende bekymringsmelding, og hvilke erfaringer har sykepleiere i forhold til dette?

Vi ønsker å takke lederen for barneavdelingene ved det aktuelle sykehuset for hjelp til rekruttering av sykepleiere til studien, og videre rettes en takk til sykepleierne som stilte opp som informanter til fokusgruppeintervjuet. Vi er veldig takknemlige for at sykepleierne valgte å stille opp på tross av covid 19- pandemi og en utfordrende RS-sesong.

Avslutningsvis ønsker vi å rette en stor takk til våre to veiledere Edel Jannecke Svendsen og Nina Margrethe Kynø ved barnesykepleierutdannelsen på OsloMet. Edel har motivert og hjulpet oss med å holde fokus og vært med på å legge grunnlaget for studien. Nina tok over roret da oppgaven gikk fra fordypningsoppgave til masteroppgave og har vært en aktiv og engasjert støttespiller.

Kristine Marie Fonnelop

Kristine Marie Fonnelop

Oslo, 15. mai 2022

Caroline Klemp

Caroline Klemp

Oslo, 15. mai 2022

SAMMENDRAG (241 ord)

Bakgrunn: Ett av 20 barn og unge voksne vokser opp under forhold definert som barnemishandling. Internasjonal forskning viser flere faktorer som kan være utfordrende for sykepleiere relatert til barnemishandling, meldeplikt og barnevern. Det er lite empirisk forskning på temaet, hvilket gjør det interessant å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere i Norge har.

Hensikt: Studien har til hensikt å tilegne kunnskap og forståelse for hvordan sykepleiere opplever, tenker og handler ved mistanke om barnemishandling.

Problemstilling: “Hvilke erfaringer har sykepleiere med å mistenke barnemishandling og melde bekymring til barnevernet?”

Metode: Kvalitativ metode med et digitalt semistrukturert fokusgruppeintervju med fem sykepleiere ved et sykehus i Norge.

Resultat: Studien viser tre hovedfunn som belyser problemstillingen: 1) Sykepleierne hadde et høyere kunnskapsnivå enn eksisterende forskning tilsier, men på tross av dette avdekket de utfordringer rundt å identifisere meldepliktige forhold i henhold til lovverket. Utfordringene underbygget det andre hovedfunnet: 2) Sykepleiernes skjønsmessige vurderinger og usikkerhet rundt begrepet barnemishandling. 3) Det siste funnet belyser individuell vurderinger sykepleieren gjør og utfordringer de opplever i forhold til den personlige ansvarsfølelsen.

Konklusjon: Studien kan tilføre verdifull innsikt i sykepleiernes møte med barn hvor man mistenker barnemishandling, hvordan meldeplikten skal utøves og hvilke utfordringer en slik plikt innebærer. I tillegg fremhever studien mulige forbedringer til fagfeltet. Disse forbedringene kan kanskje bidra til økt kunnskap for sykepleiere slik at de bedre kan ivareta utsatte barn uten at det går på akkord med taushetsplikten og opplysningsplikten.

Nøkkelord: Meldeplikt, bekymringsmelding, sykepleier, barnemishandling, omsorgssvikt, neglisjering, barnevern

ABSTRACT (238 words)

Background: One in 20 children and young adults grow up under conditions defined as child abuse. International research shows several factors that are challenging for nurses related to child abuse, mandatory reporting and child welfare service. There is little empirical research on this topic, which makes it interesting to investigate the experiences of Norwegian nurses.

Objective: The study goal is to obtain knowledge and understanding of how nurses experience, think and act when suspecting child abuse.

Research question: "What experiences do nurses have when suspecting child abuse and reporting concern to the child welfare service?"

Design: Qualitative method with a digital semi-structured focus group interview with five nurses at a hospital in Norway.

Results: The study shows three main findings: 1) Higher level of knowledge among nurses than existing research suggests. Despite this they revealed challenges concerning identifying reporting matters in accordance with legislation. 2) Discretionary assessments and uncertainty around the concept of child abuse. 3) Individual assessments nurses make, and challenges concerning their personal sense of responsibility.

Conclusion: The study can provide valuable insight into nurses' contact with children where child abuse is suspected, and the exercise of mandatory reporting. The study highlights possible improvements to the field that may contribute to increased knowledge for nurses to better care for vulnerable children, without compromising the responsibility for confidentiality and abuse reporting.

Keyword: Mandatory reporting, abuse reporting, nurse, child abuse, child maltreatment, child neglect, child welfare service

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Tema og problemstilling	6
1.2 Bakgrunn og begrunnelse	6
1.3 Hensikt og avgrensning	7
2.0 LITTERATURSØK OG KILDEKRITIKK	9
2.1 Søkestrategi	10
2.1.1 Inklusjonskriterier	12
2.1.2 Eksklusjonskriterier	12
2.2 Litteratursøket	12
2.3 Utvalgt forskning	17
2.4 Kildekritikk	20
3.0 TEORETISK GRUNNLAG	22
3.1 Barnemishandling	22
3.2 Barnets rettigheter & sykepleierens plikt	23
3.3 Sviktende meldeplikt	24
3.3.1 Personlige holdninger	24
3.3.2 God relasjon versus meldeplikt	25
3.3.3 Sykepleierens forhold til barnevernet	26
3.3.4 Ansvarsfølelse og behov for opplæring	27
4.0 METODE	29
4.1 Kvalitativ forskningsmetode	29
4.2 Semistrukturert fokusgruppeintervju	29
4.3 Utvalg og rekruttering av informanter	32
4.4 Digital gjennomføring av intervju	33
4.5 Transkribering	34
4.6 Systematisk tekstkondensering (STC)	35
4.6.1 Foreløpige temaer	36
4.6.2 Koding	37
4.6.3 Kondensering	38
4.6.4 Kategorier	40
4.7 Datamaterialets kvalitet	41
4.7.1 Validitet	41
4.7.2 Reliabilitet	43
4.8 Forskningsetiske overveielser	43
5.0 RESULTATER	46
5.1 Høyt kunnskapsnivå	46
5.2 Er det faktisk barnemishandling?	50

5.3 En individuell plikt	53
6.0 DISKUSJON	56
6.1 Kunnskapsnivået	56
6.2 Skjønsmessige vurderinger	60
6.3 Et personlig ansvar	65
7.0 KONKLUSJON	68
8.0 LITTERATURLISTE	69
9.0 VEDLEGG	73
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema	73
Vedlegg 2: Brev til avdelingsledelsen	78
Vedlegg 3: REK-søknad	80
Vedlegg 4: NSD-søknad	83
Vedlegg 5: ROS-analysen	86
TABELLISTE	
Tabell 2.1: PICO-skjema	11
Tabell 2.2: Utvelgelse av artikler	13
Tabell 2.3: Inkluderte artikler	17
Tabell 3.1: Opplysningsplikt til barnevernet fra Lovdata, 1999	23
Tabell 4.1: Intervjuguide	30
Tabell 4.2: Kodegrupper og subgrupper	38
Tabell 4.3: Eksempel på meningsbærende enhet, kondensat og gullsitat	39
FIGURLISTE	
Figur 2.1: Kunnskapspyramiden med eksempler på kilder	9
Figur 2.2: Kunnskapsbasert praksis	10
Figur 2.3: Artikkeluarvelgelse	16
Figur 4.1: De fire trinnene for analysering med STC som metode	36
Figur 4.2: De syv foreløpige temaene	36
Figur 4.3: Koding av meningsbærende enheter	37
Figur 4.4: Resultatkategorier - overskrifter til funnene	41

1.0 INNLEDNING

1.1 Tema og problemstilling

Barnemishandling regnes som et stort globalt helseproblem (Lines et al., 2017, s. 303) og internasjonale studier viser at nesten 75 prosent av barn i alderen to til fire år jevnlig blir utsatt for mishandling av sine foreldre eller andre omsorgspersoner (World Health Organization [WHO], 2020). WHO (2020) beskriver barnemishandling som mishandling eller omsorgssvikt rettet mot barn under 18 år. Barnemishandling kan forekomme i mange former; fysisk, psykisk, emosjonell, mental og seksuell mishandling, samt vanskjøtsel, omsorgssvikt, vitne til vold i hjemmet og neglisjering av barnet (Green, 2020, s. 109). Det defineres også som barnemishandling når et barn observerer eller blir utsatt for stadig nye voldelige episoder, eller blir sosialt eller emosjonelt isolert (James & Green, 2018, s. 43).

Sykepleiere er en gruppe som står i frontlinjen i møte med barn som legges inn på sykehus (Green, 2020, s. 109; Ho & Gross, 2015, s. 263). De har en unik mulighet til å observere barnet og identifisere eventuelle tegn på mishandling, både tydelige skader og vage symptomer. Sykepleiere er derfor i en særstilling til å kunne oppdage og melde mistanke om barnemishandling (Green, 2020, s. 109; Ho & Gross, 2015, s. 263; Lines et al., 2021, s. 334; Perkins, 2018, s. 40). Imidlertid kan det være forskjeller i hva sykepleiere anser som barnemishandling og de kan dermed ha ulikt syn på hva som er meldepliktige forhold. (Green, 2020, s. 109; Ho & Gross, 2015, s. 263). Det er derfor viktig å få undersøkt og kartlagt disse forholdene i Norge for bedre å forstå sykepleiernes utfordringer og hvilke erfaringer de har relatert til mistanke om og det å melde barnemishandling. Kandidatene vil derfor undersøke følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med å mistenke barnemishandling og melde bekymring til barnevernet?

1.2 Bakgrunn og begrunnelse

Ett av 20 barn og unge voksne vokser opp under forhold preget av barnemishandling, og om lag 1 av 5 opplever mindre alvorlig fysisk vold (Reneflot, 2020). Siden 2008 har det vært en kraftig økning i antall bekymringsmeldinger. I 2020 mottok og behandlet barnevernet bekymringsmeldinger tilsvarende 4,4 prosent av alle barn under 18 år i Norge. 22 prosent av

de innsendte sakene omhandlet vold i hjemmet, vanskjøtsel, fysisk eller psykisk mishandling eller seksuelle overgrep (Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2021a). Syv prosent av alle meldingene som ble sendt til barnevernet ble meldt av leger, sykehus eller tannleger (Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2021a). Statistikk på antall sendte bekymringsmeldinger fra sykepleiere har kandidatene ikke klart å oppdrive. Helsestasjon og skolehelsetjeneste er representert i statistikken, men ikke sykepleiere på sykehus (Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2021a). Sykepleiere inngår sannsynligvis i de ovennevnte syv prosent, men det er ikke presisert. Dette er interessant ettersom sykepleiere representerer den største gruppen helse- og sosialpersonell i Norge som daglig kan stå overfor familier der det er risiko for barnemishandling (Killén, 2015, s. 16; Statistisk sentralbyrå, 2022; Lines et al., 2021, s. 334).

Begge kandidatene har sykepleiererfaring fra barneavdelinger på norske sykehus og har stått i situasjoner der en har kjent på en dårlig magefølelse for et barn, samt usikkerhet rundt hva som var riktig å gjøre. Barnesykepleiere har en forebyggende funksjon med mål om å forhindre eller redusere potensiell helsesvikt grunnet livsvilkår (Barnesykepleierforbundet, 2017, s. 5-8). Likevel har det gjennom egne erfaringer, og i diskusjoner med kolleger, kommet frem en undring om hvorvidt sykepleiere ofte kan ha en følelse av at noe ikke er som det skal uten å følge opp dette videre. En mulig årsak til dette kan være at opplevelsen av at noe ikke stemmer blir svakere enn frykten for konsekvensene av å ta feil (Lines et al., 2017, s. 314). Om dette gjelder for sykepleiere i Norge er imidlertid usikkert.

Internasjonalt er både fokuset på barnemishandling og meldeplikten dårlig ivaretatt (Albaek et al., 2018, s. 242; James & Green, 2018, s. 47; Perkins, 2018, s. 39), og det er grunn til å anta at dette også er tilfelle i Norge. Det er imidlertid lite empirisk forskning på området. Dette gjør det interessant å undersøke hvilke meninger og erfaringer sykepleiere i Norge har. Det finnes enkelte fagprosedyrer og retningslinjer om barnemishandling tilgjengelig for norske sykepleiere (Helsebiblioteket 2015; Norsk barnelegeforening, 2012), men det er vanskelig å vite om disse etterfølges og eventuelt hvorfor dette ikke skjer.

1.3 Hensikt og avgrensning

Hensikten med denne studien er å tilegne kunnskap og forståelse for hvordan sykepleiere ved forskjellige avdelinger ved ett sykehus i Norge opplever, tenker og handler ved mistanke om

barnemishandling. Studiens funn kan bidra til å forbedre klinisk praksis for å avdekke mulig barnemishandling og skape bedre innsikt i hvordan sykepleiere ivaretar og utfører meldeplikten. Dette samsvarer med barnesykepleierens indirekte pasientrettede funksjon, hvor kvalitetsutvikling og forskning står sentralt for å utvikle faget nasjonalt og internasjonalt (Barnesykepleierforbundet, 2017, s. 5-8). Resultatene kan bidra til nye prosjekter for å sikre barn og unges helse, trygghet og rettigheter.

Eksisterende forskning rundt oppgavens problemstilling omhandler forhold i andre land. Kvalitativ forskning innen oppgavens problemstilling er tilsynelatende ikke utført i Norge, hvilket skaper et kunnskapsbehov. Dette fordi en norsk sykepleier for eksempel ikke vil ha de samme oppgavene som en “nurse practitioner” i USA, til tross for at begge landene betegnes som “vestlige”. Følgelig ønsker kandidatene å avdekke erfaringer med utgangspunkt i hvordan norsk helsevesen er bygd opp og hvilke oppgaver sykepleiere har i Norge. Mer inngående vil kandidatene undersøke hvordan sykepleiere i henhold til norsk helsevesen og lovgivning forholder seg til mistanke om barnemishandling, samt erfaringer de har med å sende bekymringsmelding til barnevernet.

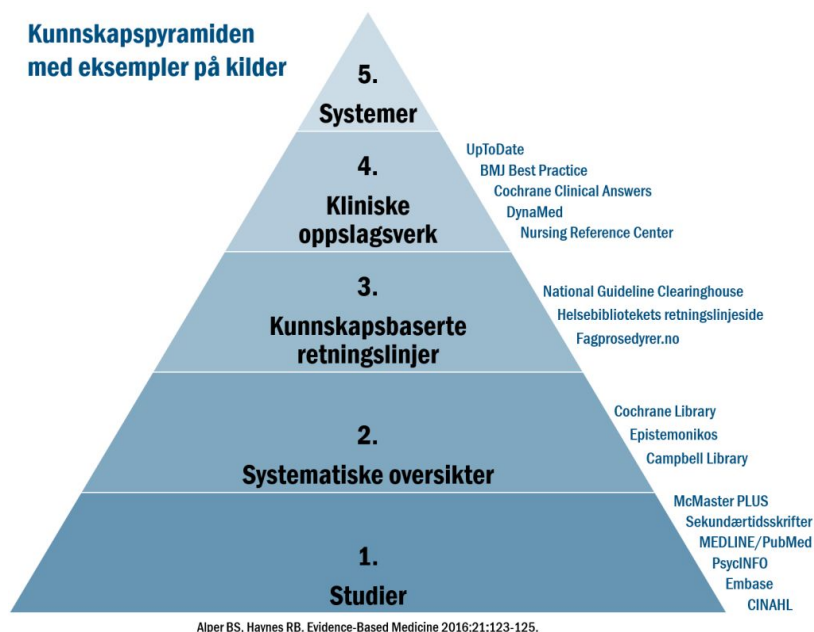
Barn er avhengige av sine omsorgspersoner, og barnesykepleieren skal derfor ivareta familieperspektivet (Barnesykepleierforbundet, 2017, s. 4). Ved at foreldre med behov for veiledning fra barnevernet får den hjelpen og støtten de trenger vil de bedre kunne mestre sitt omsorgsansvar (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2021b). Den følgende studien kan få konsekvenser for hvilke målrettede handlinger barnesykepleieren utfører ved mistanke om barnemishandling og hvordan disse handlingene gjennomføres i lys av sykepleierens holdninger og opptreden (Barnesykepleierforbundet, 2017, s. 5). Ved å handle tidlig kan barnesykepleieren forebygge barnemishandling og begrense omfanget av lidelse, smerte og traumatiske opplevelser, forebygge utviklingskader og fremme normalutvikling hos barn. Dette er i tråd med barnesykepleierens funksjons- og ansvarsområder (Barnesykepleierforbundet, 2017, s. 4-5).

I problemstillingen blir ordet “mistenke” brukt. Mistenke likestilles i oppgaven med grunn til å tro - et uttrykk som blir brukt i lovteksten om helsepersonells opplysningsplikt (Helsepersonelloven, 1999, §33).

2.0 LITTERATURSØK OG KILDEKRITIKK

I dette kapitlet redegjøres det for litteratursøket som er utført for å innhente relevant forskning og kunnskap tilknyttet temaet. Herunder gjennomgås søkestrategien og hvordan søket er avgrenset. Deretter presenteres resultatene og de utvalgte forskningsartiklene fra litteratursøket før kildekritikk og potensielle faktorer som kan svekke kvaliteten til dataene diskuteres.

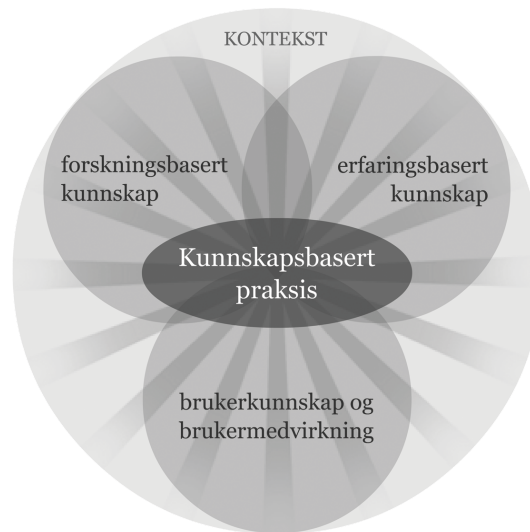
Oppgaven bygger på et systematisk litteratursøk i flere databaser for å innhente forskning og teori på temaet. Ved gjennomføringen av litteratursøket er det tatt utgangspunkt i kunnskapspyramiden, se figur 2.1, hvor et søk gjøres i fem trinn (Helsebiblioteket, 2016a). Dette har gitt en oversikt over litteratur som er tilgjengelig på feltet. Litteratursøket er utført på åtte ulike databaser i henhold til kunnskapspyramidens trinn 1-4.



Figur 2.1. Kunnskapspyramiden med eksempler på kilder fra Helsebiblioteket, 2016a. (<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>)

Spesialsykepleiere skal holde seg faglig à jour, ha ansvar for utvikling av eget fagområde samt delta i kvalitetsutvikling med den hensikt å forbedre praksis. Som barnesykepleiere må vi ta initiativ til forskning, gjøre forskningen tilgjengelig og implementere forskningsresultatene i praksis (Barnesykepleierforbundet, 2017, s. 7). Som fagutøvere skal sykepleiere benytte ulike kunnskapskilder i praksis. Dette er kjent som kunnskapsbasert

praksis, og innebærer at praksisen og faglige avgjørelser baseres på flere kilder; forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens behov og ønsker i situasjonen, se figur 2.2. Ved å ta utgangspunkt i dette og være bevisst hvilke kilder kunnskapen er hentet fra, samt dens styrker og svakheter, bidrar det til økt kvalitet på tjenestene helsepersonell yter (Helsebiblioteket, u.å.).



Figur 2.2. *Kunnskapsbasert praksis* fra Helsebiblioteket, u.å.
(<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>)

2.1 Søkestrategi

Litteratursøket er utført i databaser som er valgt basert på databasenes beskrivelse og relevans for problemstillingen i tillegg til anbefalinger fra bibliotekar. Med bakgrunn i dette ble følgende åtte databaser valgt: Medline (Ovid), PsycINFO, Cinahl, Cochrane Library, Epistemonikos, Fagprosedyrer.no, Helsebibliotekets retningslinjeside og UpToDate.

Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling ble det utarbeidet et PICO-skjema bestående av relevante søkeord som ble benyttet i alle databasene. Et PICO-skjema er et verktøy som brukes for å tydeliggjøre og presisere problemstillingen og gi struktur i et litteratursøk (Helsebiblioteket, 2016b). Søkeordene bestod både av MeSH-ord og ord i fritekst. MeSH (Medical Subject Headings) er et emneordsystem som brukes for både biomedisin og helserelatert litteratur. Slike emneord brukes i ulike databaser (Helsebiblioteket, 2018). Ettersom hovedvekten av relevant forskning er publisert på engelsk, valgte vi å ta

utgangspunkt i våre norske søkeord og finne de engelske MeSH-ordene for disse for å sikre flest mulig relevante funn. Grunnet begrenset søketreff i oppstarten ble det behov for å utvide søkene med ytterligere synonymer. Følgelig ble søkeordene i samme kolonne kombinert med “OR” for et bredere søk i tillegg til at de tre kolonnene ble kombinert med “AND” for mer presise søk for å få flere relevante treff. For å avgrense og systematisere søkene har vi utarbeidet et filter, som muliggjør at man kan sortere på årstall (2015-nå), språk (skandinaviske, engelsk) og fagfelleverderte artikler. Tabell 2.1 viser PICO-skjemaet og hvilke søkeord som ble benyttet i litteratursøket.

Tabell 2.1. PICO-skjema

	P (Pasient/Problem)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (Outcome)	
Norske søkeord	Barnemishandling Omsorgssvikt Forsømmelse av barn Psykisk mishandling Fysisk mishandling Vold i hjemmet	Sykepleier Barnesykepleier Helsepersonell		Meldeplikt Bekymrings- melding	↑ OR ↓
Engelske søkeord	Verbal abuse Child maltreatment Child Neglect Child Abuse* Emotional Abuse Adverse Childhood Experiences Domestic Violence	Nurs* Pediatric nurs* Nurses, pediatric Practical Nurs* Pediatric Nurse Practitioner* Nurse Practitioner* Health Personnel		Mandatory Reporting Abuse reporting Child abuse reporting	
← AND →					

2.1.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene for søkene er at funnene skal gjelde sykepleieres erfaringer med barnemishandling og deres holdninger til å rapportere det til barnevernet. Alle former for barnemishandling er inkludert. Det ble et begrenset antall treff ved kun å inkludere sykepleiere og spesialsykepleiere, så helsearbeidere ble derfor inkludert da også de kan omfatte sykepleiere. Inkluderte artikler måtte ta utgangspunkt i rapportering av sykehusinnlagte barn i alderen 0-18 år.

2.1.2 Eksklusjonskriterier

Artikler som kun omhandler helsesykepleiere er ekskludert da vi ønsker å undersøke forholdene på sykehus. Forskning som kun omhandler leger er også ekskludert ettersom de har et annet forhold til og ansvar for pasienten enn sykepleieren. Litteratur som ikke er skrevet på engelsk eller skandinavisk ble ekskludert grunnet vanskeligheter med oversetting. Videre ble artikler som er eldre enn seks år ekskludert, ettersom det er ønskelig med oppdatert kunnskap. De artiklene som på bakgrunn av tittel og/eller sammendrag ikke ble oppfattet som relevante ble ekskludert. Forskning med tydelig fokus på ikke-vestlig kultur eller rettet mot lover og retningslinjer i et spesifikt land ble ekskludert grunnet lav overføringsverdi til forholdene i Norge.

2.2 Litteratursøket

Litteratursøket ble gjennomført i perioden 21.01.21 til 07.04.22. Med utgangspunkt i resultatene fra litteratursøket ble alle titler gjennomgått, duplikater ble ekskludert og aktuelle artikler plukket ut. Videre ble artikler med aktuelle overskrifter vurdert ut fra sammendraget. De aktuelle artiklene ble lest i fulltekst, og artikler som da utpekte seg som relevante for oppgaven ble gjennomgått før de ble inkludert. Det ble totalt inkludert fem oversiktsartikler og to enkeltstudier fra litteratursøket som vi anså som relevante for forskningsprosjektet. Utvelgelsen av artiklene er presentert i tabell 2.2. Artiklene som ikke ble valgt ble ekskludert på bakgrunn av manglende fokus på sykepleiere på sykehus, at studien ble gjennomført i et land med redusert overførbarhet til norske forhold og lovverk eller at resultatene ikke var relevante for vår problemstilling og manglende IMRAD-struktur.

Fem fagprosedyrer ble funnet innenfor “Traumer, stress og overgrep” i Fagprosedyrer.no, samt to retningslinjer om “Sosialpediatri” fra Helsebiblioteket. Aktuelle bøker og fagartikler ble funnet ved systematiske søk i Oria med utgangspunkt i aktuelle søkeord og etter anbefalinger fra bibliotekar. Utgivelsene er ikke eldre enn 10 år.

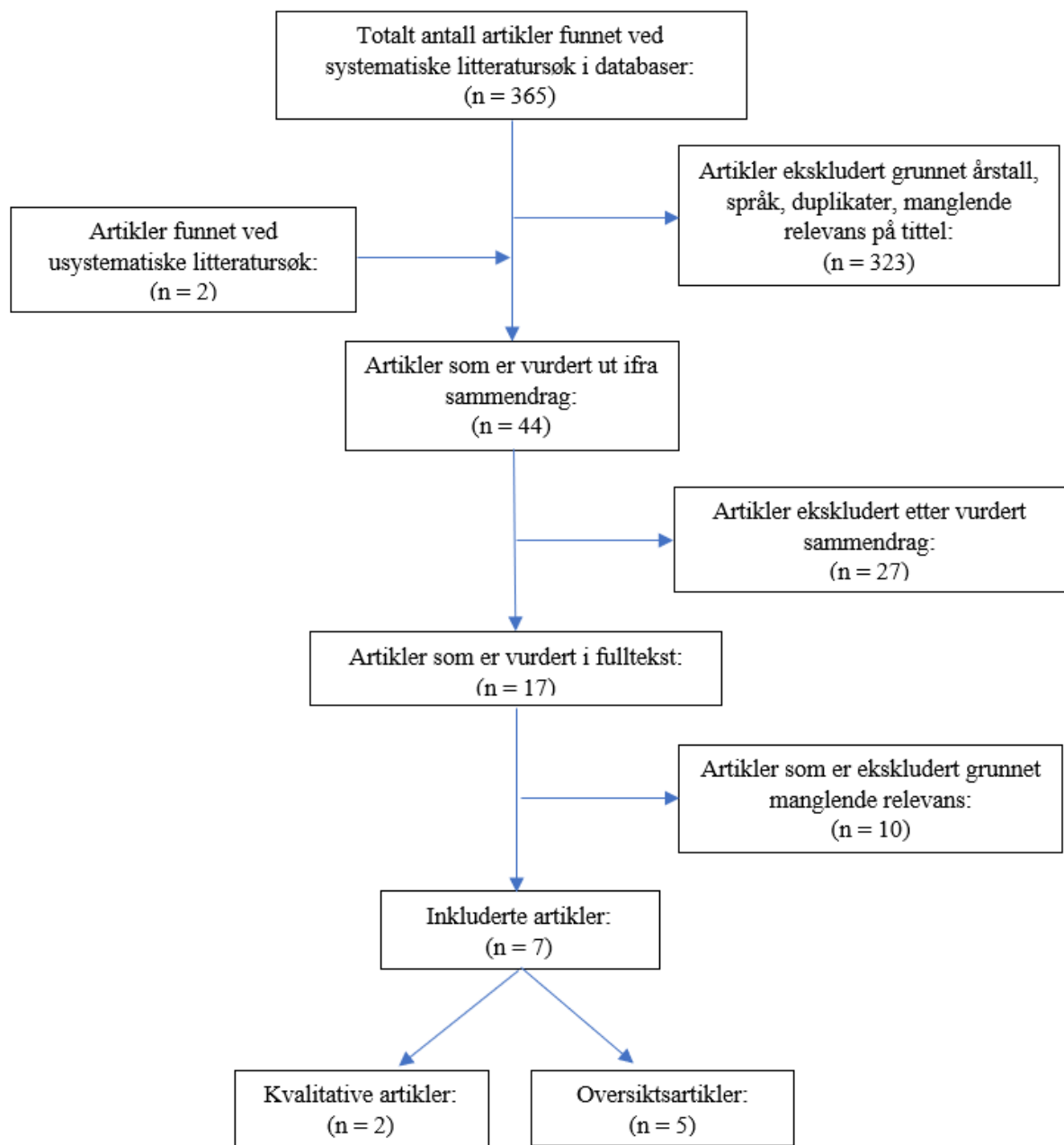
Tabell 2.2. Utvelgelse av artikler

Nivå i kunnskaps-pyramiden	Database og dato	Søkeord	Ant. treff	Ant. treff etter avgrensning årstall, språk, fagfelleverdert	Antall aktuelle titler	Antall inkludert
1	Medline (Ovid) 07.04.2022	Child abuse OR child abuse, sexual OR Physical abuse OR Emotional abuse AND Nurses, Public health OR Public health nursing OR Nurses OR Nursing AND Mandatory reporting	10	4	2	0
1	Cinahl 07.04.2022	Verbal abuse OR Maltreatment OR Child Abuse OR Child Abuse Sexual OR Adverse Childhood Experiences OR Neglect OR Child Neglect OR Emotional Abuse OR Domestic Violence AND Practical Nurses OR nurse OR Pediatric Nurse Practitioners OR Pediatric Nursing OR nurses, pediatric OR nurs* OR pediatric nurs* OR Practical	251	57	32	0

		nurs* OR health personnel AND Mandatory Reporting OR abuse reporting OR child abuse reporting				
1	PsycINFO 07.04.2022	Child abuse OR Verbal abuse OR child maltreatment OR child neglect OR emotional abuse OR adverse childhood experiences AND Nurses OR Health personnel OR Nursing OR Nurs* AND Child abuse reporting OR Abuse reporting OR Mandatory reporting	91	27	7	2
2	Epistemonicos 07.04.2022	Child abuse OR Child neglect OR Child maltreatment AND Health personnel OR nurse AND Mandatory reporting OR Abuse reporting	7	2	1	0
2	Cochrane Library 07.04.2022	Child neglect OR Maltreated child OR emotional abuse	5	0	0	0

		AND Nurse OR Healthcare professional OR Nursing personnel OR Nursing staff OR Nurse practitioner				
4	UpToDate 07.04.2022	Frisøk på diverse relevante ord. Fant lite relevant, og ingenting ble inkludert i oppgaven.	1	0	0	0
	Usystematiske søk 07.04.2022	Litteratur og artikler funnet gjennom litteraturlister, anbefalinger og Google Scholar.	2	2	2	2

Følgende flytskjema illustrerer fremgangsmåten for systematisk utvelgelse av litteratur, figur 2.3:



Figur 2.3 Artikkeltutvelgelse

2.3 Utvalgt forskning

Alle inkluderte forskningsartikler har blitt vurdert med sjekklister fra Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Dette er et verktøy for kritisk vurdering av artikler, og det er utformet ulike skjema avhengig av metode. Artikkene vurderes etter ti ja/nei-spørsmål (Critical Appraisal Skills Programme, u.å). De utvalgte artikkene i dette prosjektet er oversiktsartikler og kvalitative studier, og det er benyttet sjekklister for henholdsvis kvalitative studier (Critical Appraisal Skills Programme, 2018a) og oversiktsartikler (Critical Appraisal Skills Programme, 2018b). Artikkene har blitt vurdert som relevante for oppgavens problemstilling og befinner seg på nivå 1 og 2 i kunnskapspyramiden. Artikkene er presentert i tabell 2.3.

Tabell 2.3. Inkluderte artikler

TITTEL	FORFATTERE, ÅRSTALL	TYPE ARTIKKEL & METODE	RESULTAT	CASP-VURDERING
Tipping the Scales: Factors Influencing the Decision to Report Child Maltreatment in Primary Care	Jacqueling Kuruppu, Gemma McKibbin, Cathy Humphreys & Kelsey Hegarty, 2020	Oversiktsartikkel, systematisk litteratursøk uten årstallsgrense.	Studien tar utgangspunkt i allmennleger og sykepleiere. Personalets personlige terskel for å mistenke og melde omsorgssvikt påvirkes av fire faktorer: helsepersonellens holdninger, relasjon til familien, manglende tillit til barnevernet og for dårlig opplæring. Samlet bevis og barnets sykehistorie/situasjon påvirket også.	Ja: 10 Nei: 0 Usikker: 0 Kommentar: Artikkelen er gjennomarbeidet og svarer ja på alle punkter i sjekklisten.
Nurses' Adherence to Mandated Reporting of Suspected Cases of Child Abuse	Michele Green, 2020	Oversiktsartikkel, litteraturgjennomgang fra 2008-2018.	Sykepleiere er i frontlinjen i arbeidet med å avdekke omsorgssvikt og barnemishandling, og meldeplikten er helt vesentlig. Likevel er det mange faktorer som påvirker sykepleiers holdninger, vilje og/eller evne til å oppdage og melde inn saker til	Ja: 10 Nei: 0 Usikker: 0 Kommentar: Forskeren presiserer at det ikke nødvendigvis er generaliserbare funn grunnet begrenset

			<p>barnevernet.</p> <p>Artikkelen tar for seg hvilke barrierer sykepleier står overfor i møte med mistanke om omsorgssvikt og/eller mishandling av barn.</p>	<p>antall artikler.</p> <p>Artikkelen er likevel relevant for denne studien.</p>
<p>Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe</p>	<p>Lauren E. Lines, Alison E. Hutton & Julian Grant, 2017</p>	<p>Oversiktsartikkel, systematisk litteraturgjennomgang av fagfelleverderte artikler fra 2005-2015.</p>	<p>Litteraturgjennomgangen har inkludert et stort antall publiserte artikler og tar for seg mye forskning på sykepleiers holdninger og roller i forhold til barnemisbruk, omsorgssvikt og meldeplikt.</p> <p>Artikkelen konkluderer med at det trengs mer kvalitativ forskning på <i>hvorfor</i> sykepleiere føler på underlegenhet, maktesløshet og mangel på iverksetting av tiltak ved mistanke om omsorgssvikt.</p>	<p>Ja: 10 Nei: 0 Usikker: 0</p> <p>Kommentar: Denne artikkelen har brukt CASP i kvalitetssikringen av sitt materiale. Den er svært omfattende og svarer ja på alle punkter i sjekklisten.</p>
<p>Pediatric Nurses' Differentiations Between Acceptable and Unacceptable Parent Discipline Behaviors: A Q-Study</p>	<p>Grace W. K. Ho & Deborah A. Gross, 2015</p>	<p>Q methodology med en kombinasjon av kvantitative og kvalitative teknikker.</p> <p>Tverrsnittstudie. Bekvemmelighetsutvalg fra ett sykehus.</p>	<p>Deltakere var 48 pediatriske sykepleiere fra USA med minimum to års erfaring innen barnesykepleie. Studien presenterer barnesykepleieres holdninger rundt hva som er akseptabel og uakseptabel fysisk og psykisk maktbruk blant foreldre i forbindelse med oppdragelse av barn.</p> <p>Resultatene utpekte særlig to tydelige grupperinger i holdninger, der en gruppe anså slag og å påføre fysisk smerte som mer uakseptabelt enn alle</p>	<p>Ja: 10 Nei: 0 Usikker: 0</p> <p>Kommentar: Artikkelen er gjennomarbeidet og svarer ja på alle sjekkpunkter. Utvalget blir nøye beskrevet og faktorer som kan ha påvirket resultatet blir drøftet.</p>

			andre former for straff, mens den andre gruppen anså straff som medfører redsel og usikkerhet som mer uakseptabelt enn slag. Årsak kan være ulik definisjon av hva som ligger i fysisk mishandling, samt ulik personlig og profesjonell bakgrunn.	
Long term effects of child abuse: lessons for Australian paediatric nurses	Felicity James & Dr. Janet Green, 2018	Oversiktsartikkel, systematisk litteraturgjennomgang fra 2007-2018.	Artikkelen sammenfatter internasjonal forskning og ser på konsekvensene barna blir utsatt for ved barnemishandling, samt nyttig bakgrunnsinformasjon om omsorgssvikt, barnemishandling og risikofaktorer. Barnemishandling er et samfunnsproblem og det trengs mer forskning og kunnskap på området.	Ja: 9 Nei: 0 Usikker: 1 Kommentar: Artikkelen er grundig, men resultatene presentert på en noe ustrukturert måte.
Walking Children Through a Minefield: How Professionals Experience Exploring Adverse Childhood Experiences	Ane U. Albaek, Liv G. Kinn & Anne M. Milde, 2017	Oversiktsartikkel med utgangspunkt i kvalitative artikler, uten årstallsgrense.	Studien tar for seg kvalitative studier gjennomført i USA, Nederland, Sverige og England. Artikkelen identifiserer tre temaer for å forstå hvilke utfordringer helsepersonell møter når de skal adressere Adverse Childhood Experiences: følelse av utilstrekkelighet, frykt for å gjøre situasjonen verre og å "stå overfor det onde". Det fremkommer også et avvik i hva helsepersonell rapporterer som utfordrende og mener vil gjøre det enklere, og hva de faktisk har erfart.	Ja: 10 Nei: 0 Usikker: 0 Kommentar: Artikkelen tar for seg alle punktene på sjekklisten og presenterer alt tilfredsstillende.

<p>Constructing a Compelling Case: Nurses' Experiences of Communicating Abuse and Neglect</p>	<p>Lauren E. Lines, Alison Hutton & Julian M. Grant, 2021</p>	<p>Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer.</p>	<p>Studien presenterer sykepleieres erfaringer med å sende bekymringsmelding om barnemishandling. Dette er det tredje av fire temaer som ble identifisert i en kvalitativ studie av samme forfattere. Det ble intervjuet 21 australske sykepleiere. Artikkelen fokuserer spesielt på sykepleierens opplevelse av å sende bekymringsmelding til barnevernet i tillegg til å formidle dette til familien.</p> <p>Tre temaer utpeker seg: 1) å bli hørt, 2) følelse av å være skuffet og maktesløs, 3) håndteringen av eget engasjement og rapportering i formidlingen til familien. Flere sykepleiere rapporterte at de ikke følte de ble tatt seriøst når de kontaktet barnevernet, og de måtte vurdere om, evt hvordan de skulle formidle rapporteringen til familien for å redusere negative reaksjoner.</p>	<p>Ja: 9 Nei: 1 Usikker: 0</p> <p>Kommentar: Artikkelen presenterer alle punkter i sjekklisten tilfredsstillende med unntak av spørsmålet angående relasjonen mellom forsker og informant.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.4 Kildekritikk

Forskningslitteraturen som er inkludert er fagfellevurdert og hentet fra anerkjente faglige tidsskrifter, hvilket bidrar til å underbygge kvaliteten på forskningen og tilhørende resultater. Forskningen bygger på hverandre, noe som styrker påliteligheten til innholdet da de bekrefter allerede eksisterende litteratur. For å kvalitetssikre forskningsartiklene er samtlige blitt gjennomgått og vurdert ved bruk av CASP (Critical Appraisal Skills Programme, u.å).

Avgrensninger i litteratursøket kan ha medført at relevant og verdifull forskning har blitt ekskludert. Videre kan datagrunnlaget ha blitt påvirket av våre subjektive tolkninger om hva vi anser som relevant å inkludere. Ettersom majoriteten av innhentet forskning er publisert på

engelsk, kan dette medføre en risiko for mistolkning eller feil oversettelse. Imidlertid har vi fokusert på å ha en sikker oversettelsesprosess, der begge kandidatene har vært involvert. Dette skaper en større trygghet for at informasjonen er formidlet korrekt. Et annet sentralt forhold er at resultatene fra samtlige forskningsartikler baseres på utenlandske forhold. Dette kan skape usikkerhet om hvorvidt funnene kan være kulturelt og geografisk betinget og således redusere overføringsverdien til norske forhold.

Samtlige av de ovennevnte forholdene kan følgelig resultere i et svekket datagrunnlag der problemstillingen ikke blir belyst i stor nok grad. Likevel opplever vi å ha tilegnet oss tilstrekkelig kunnskap til å kunne gå i dybden på temaet. Kandidatenes forkunnskaper innenfor helsevitenskap bidrar i stor grad til forståelse av litteraturen og hva som er relevant å inkludere.

Forskningen består i hovedsak av oversiktsartikler, hvilket gir et verdifullt grunnlag for studien. Det ble imidlertid kun funnet to kvalitative forskningsartikler som ble vurdert som relevante. Sykepleieperspektivet blir i varierende grad trukket frem i forskningen da det overordnede uttrykket "helsepersonell" går igjen. Dette begrepet inkluderer også andre faggrupper og deres utfordringer med å melde, men det gir likevel relevant kunnskap som kan overføres til sykepleiere som yrkesgruppe.

3.0 TEORETISK GRUNNLAG

I dette kapitlet vil det teoretiske rammeverket for studien presenteres. Fortrinnsvis vil vi diskutere begrepet barnemishandling før vi ser nærmere på barnets rettigheter og sykepleierens meldeplikt. Avslutningsvis vil sviktende meldeplikt blant sykepleiere belyses.

3.1 Barnemishandling

Symptomer på barnemishandling er ofte diffuse, slik som dårlig hygiene, uklare smerter, mistrivsel, dårlig vektøkning, forsinket utvikling og atferdsvansker (Markestad, 2016, s. 418). Mange sykepleiere kommer i kontakt med barn som blir mishandlet, og ved å identifisere symptomer, og ikke minst rapportere dem, kan sykepleiere bidra til å forebygge videre barnemishandling og fremtidige negative konsekvenser for barnets utvikling (Ho & Gross, 2015, s. 262; Lines et al., 2021, s. 333; Perkins, 2018, s. 35). Kripos trekker frem at vold mot de yngste barna er spesielt vanskelig å forebygge, avdekke og etterforske. Dette er fordi barna har begrenset språk og liten eller ingen mulighet til å fortelle hva som har skjedd (Kripos, 2019, s. 3).

Barnemishandling er en alvorlig trussel mot barnets helse og fører til betydelige personlige og samfunnsmessige kostnader (Markestad, 2016, s. 418; James & Green, 2018, s. 46; Killén, 2015, s. 68). Barn som har blitt utsatt for mishandling står blant annet i fare for å utvikle dårlig psykisk helse, økt risiko for selvmord, dårlig impuls kontroll og kriminell adferd (James & Green, 2018, s. 45; Perkins, 2018, s. 38). Mishandlingen kan også medføre angst og stress, noe som igjen kan føre til nedsatt kognitiv utvikling av hjernen og skade barnets nerve- og immunsystem (Perkins, 2018, s. 38).

Mishandlede barn har høyere sannsynlighet for senere å bli mishandlende foreldre. De blir dermed en del av en ond spiral (Albaek et al., 2018, s. 231; James & Green, 2018, s. 48; Perkins, 2018, s. 38). Over de siste 20 årene har spiralen av negative konsekvenser etter barnemishandling blitt omtalt som ACEs, forkortet for "*adverse childhood experiences*" (Albaek et al., 2018, s. 231). Barn som har blitt utsatt for ACEs har en økt fare for ubevisst å ta selvdestruktive avgjørelser som påvirker livet videre (Albaek et al., 2018, s. 231).

3.2 Barnets rettigheter & sykepleierens plikt

Barn og unge har grunnleggende rettigheter etter FNs barnekonvensjon, den europeiske menneskerettskonvensjonen, Grunnloven og ulike særlover (Sanner, 2020, s. 120-121). Enhver som mistenker at et barn blir utsatt for mishandling skal melde dette til barnevernet. Sykepleiere har opplysningsplikt, som vist av tabell 3.1, og kan dermed ikke velge mellom å gi opplysninger eller ikke dersom vilkårene for opplysningsplikt er oppfylt (Helsedirektoratet, 2019b; Helsepersonelloven, 199, §33). Denne plikten skal ikke hindres av taushetsplikten etter §21 og skal skje uten ugrunnet opphold (Helsepersonelloven, 1999, §33). Dersom situasjonen senere skulle vise seg å være mindre alvorlig enn antatt, har ikke sykepleieren brutt taushetsplikten ved å melde ifra (Helsedirektoratet, 2019b). Opplysningsplikten kommer også frem i Barnevernloven §6 (1992). For at meldeplikten skal være et unntak fra taushetsplikten er det en forutsetning at vilkårene for å melde er oppfylt (Ohnstad & Gudeim, 2019, s. 17). Disse vilkårene er kun oppfylt dersom avsender tror, og har holdepunkter for å tro, at barnet befinner seg i en eller flere konkrete situasjoner som beskrevet i loven (Ohnstad & Gudeim, 2019, s. 33).

Tabell 3.1 Opplysningsplikt til barnevernet fra Lovdata, 1999.

(https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6#%C2%A732)

§33. Opplysningsplikt til barnevernet

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten.

Helsepersonell skal, uten hinder av taushetsplikt, og på eget initiativ umiddelbart melde fra til barneverntjenesten:

- a) når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt
- b) når det er grunn til å tro at et barn har livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade og ikke kommer til undersøkelse eller behandling, eller at et barn med nedsatt funksjonsevne eller et spesielt hjelpetrengende barn ikke får dekket sitt særlige behov for behandling eller opplæring
- c) når et barn viser alvorlige atferdsvansker i form av alvorlig eller gjentatt kriminalitet, misbruk av rusmidler eller en annen form for utpreget normløs atferd
- d) når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli utnyttet til menneskehandel

Videre plikter sykepleieren, gjennom sine yrkesetiske retningslinjer, å sette seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten. De har også et faglig, etisk og personlig ansvar for egne vurderinger og handlinger i sykepleieutøvelsen (Norsk sykepleierforbund, 1983). Det personlige ansvaret kan videre knyttes til Helsedirektoratets (2019b) presisering av

opplysningsplikten som en selvstendig og personlig plikt for alt helsepersonell. Dette gjelder selv om det er flere som er enig eller uenig i alvorlighetsgraden. En sykepleier kan altså i ettertid ikke si at man ikke har vært klar over meldeplikten sin eller at vedkommende har gått ut ifra at andre har sendt bekymringsmelding. Videre tydeliggjør Helsedirektoratet (2019b) at terskelen for å melde skal være lav. Det er ikke nødvendig med sikker viten, men meldingen må bygge på mer enn en vag mistanke.

3.3 Sviktende meldeplikt

Det utpeker seg særlig fire mulige forklaringer på hvorfor det kan være krevende å mistenke barnemishandling og melde til barnevernet: personlige holdninger blant helsepersonell, relasjonen til familien, sykepleiers forhold til barnevernet og manglende opplæring og ansvarsfølelse (Albaek et al., 2018, s. 231; Green, 2020, s. 113; Kuruppu et al., 2020, s. 428; Lines et al., 2017, s. 316). Disse fire forholdene vil i det følgende bli gjennomgått mer detaljert.

3.3.1 Personlige holdninger

Personlige oppfatninger og holdninger påvirker hver enkelt sykepleiers oppfatning av når meldeplikten utløses (Kuruppu et al., 2020, s. 430). Å implementere rutinemessig kartleggingsverktøy for å avdekke barnemishandling i mottak, og dermed unngå uheldige konsekvenser av subjektive holdninger, har vist seg å være nyttig i dokumenteringen av bekymringsmeldinger til barnevernet (James & Green, 2018, s. 48).

Mangel på rapportering til barnevernet kan forekomme på grunn av holdninger sykepleier har. Eksempler på dette er at sjansen er mindre for at bekymringsmelding blir sendt når familien er velkledd, velstående, er vel ansett eller utstråler vennlighet. På samme måte viser forskning at familier som er fattige, har innvandrerbakgrunn eller annen minoritetsbakgrunn oftere blir meldt inn (Perkins, 2018, s. 39). Tall fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2021a) forteller at det i Norge sendes inn dobbelt så mange bekymringsmeldinger på barn blant innvandrere som på barn uten innvandrerbakgrunn.

Usikkerhet i forhold til hva som er akseptabelt innenfor barneoppdragelse og hva som defineres som mishandling er faktorer som skaper usikkerhet for sykepleiere (Perkins, 2018,

s. 39). Dette har blant annet Ho og Gross (2015) kvalitativt forsket på. Her kommer det frem ulikheter i hva sykepleiere mener er akseptabel og uakseptabel fysisk og psykisk maktbruk i forbindelse med oppdragelse (Ho & Gross, 2015, s. 262). De eldre, mer erfarne sykepleierne, mener fysisk, smertefull avstraffelse er mest uakseptabelt, mens de yngre sykepleierne mener at frykt og usikkerhet som følge av psykisk avstraffelse er verst. Likevel viser flertallet, i samsvar med tidligere litteratur på området, at sykepleiere i studien er enige om at fysisk avstraffelse som resulterer i alvorlige skader på barnet er mest uakseptabelt (Ho & Gross, 2015, s. 262). Disse forskjellene i holdninger og meninger blant sykepleiere kan påvirke deres vurdering av hva som skal meldes som bekymringsverdig til barnevernet (Ho & Gross, 2015, s. 263). Forskning viser samtidig at sykepleiere som selv har vært vitne til situasjoner som oppfattes meldepliktige kjenner på et større ansvar for at saken raskt blir rapportert til barnevernet (Lines et al., 2021, s. 337).

3.3.2 God relasjon versus meldeplikt

En annen utfordring sykepleier står overfor ved mistanke om barnemishandling er sykepleiers forhold og kjennskap til familien (Kuruppu et al., 2020, s. 431; Lines et al., 2017, s. 315). Markestad (2016, s. 418) belyser at sykepleiere kan være bekymret for å støte eller provosere foreldrene dersom det skulle vise seg at deres antydninger om mistanke er ukorrekte. Sykepleiere kan da la seg overbevise av foreldrenes fremstilling av situasjonen.

Tilliten sykepleier etablerer til en sårbar familie med behov for hjelp kan fort bli ødelagt ved at bekymringsmelding og barnevern blir brakt på banen (Lines et al., 2017, s. 316; Lines et al. 2021, s. 340). Det trekkes frem at sykepleier som skal fortsette å ha ansvar for en familie etter innsendt bekymringsmelding må avgjøre om, og eventuelt hvordan, hun/han overfor foreldrene skal begrunne hvorfor de har valgt å melde (Lines et al., 2021, s.334). Sykepleiere kan også være redde for at forsøket på å hjelpe og bedre barnets situasjon skal gjøre totalsituasjonen verre (Albaek et al., 2018, s. 237). For å unngå konflikt unnlater derfor mange sykepleiere å sende inn bekymringsmelding. De velger heller å holde et godt øye med familien og hjelpe dem på egenhånd (Lines et al., 2017, s. 316). Sykepleiere i en slik situasjon blir fort stående overfor et etisk dilemma hvor valget mellom å kontakte barnevernet på vegne av barnet eller opprettholde en god relasjon til familien blir satt opp mot hverandre (Albaek et. al., 2018, s. 240; Lines et al., 2017, s. 316).

Lines et al. (2021, s. 339) viser at noen sykepleiere er åpne overfor familien om deres lovpålagte plikt til å melde barnemishandling, men samtidig at noen sykepleiere mener dette er avhengig av relasjonen de har til familien. Det trekkes videre frem at i noen tilfeller er det å reise spørsmål om bekymring overfor en forelder i seg selv nok til å løse utfordringene uten å måtte melde. Andre er imidlertid ikke komfortable med å diskutere dette, blant annet på grunn av mulig aggresjon hos foreldrene (Lines et al., 2021, s. 339).

3.3.3 Sykepleierens forhold til barnevernet

Sykepleierens forhold til barnevernet kan påvirke utøvelsen av meldeplikten og hvorvidt en rådfører seg med barnevernet ved mistanke om barnemishandling. Flere studier fra utlandet viser at sykepleiere har et dårlig forhold til barnevernet. De oppgir manglende respons og tilbakemelding etter en sendt bekymringsmelding som en årsak til dette (Albaek et al., 2018, s. 236; Kuruppu et al., 2020, s. 432; Lines et al., 2017, s. 315; Lines et al., 2021, s.336), samt langvarig responstid (Lines et al., 2021, s. 338). I en studie over 12 land med lovfestet meldeplikt kommer det frem at helsepersonell ofte anser prosessen med å sende bekymringsmelding som negativ, blant annet grunnet mangel på støtte, avvisning fra barnevernet, ineffektive intervensjoner og skadelige konsekvenser for barnet. På tross av dette melder de likevel bekymring i de tilfellene der de anser det nødvendig (McTavish et al., 2017, henvist i Lines et al., 2021). Det blir også trukket frem hvordan noen sykepleiere føler de må forsvare bekymringsmeldingen de sendte og således legge strategier for hvordan de skal bli hørt. Samtidig understrekes det at sykepleiere heller vil melde en sak med svak mistanke enn at et barn skal bli skadet (Lines et al., 2021, s. 337). Kvello (2015, s. 51) presenterer videre at fagfolk ikke har tillit til barnevernets kompetanse i å avdekke og/eller sikre god hjelp. Lines et al. (2021, s. 336-339) underbygger dette ved å trekke frem hvordan en situasjon som kan anses alvorlig av en sykepleier ikke nødvendigvis blir ansett alvorlig av barnevernet. Dette fører til at noen sykepleiere anser det som nødvendig å eksempelvis forklare for barnevernet hvordan utilstrekkelig vektøkning hos et spedbarn vil kunne gå på bekostning av utviklingen av vitale organer. Tall fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2021a) viser imidlertid at 9 av 10 meldinger som omhandler vold i hjemmet, eller at barn utsettes for psykisk eller fysisk vold, går videre til undersøkelse. Selv om mange sykepleiere har et dårlig forhold til barnevernet, trekkes det frem hvordan barnevernet kan utgjøre en positiv endring for familien (Lines et al., 2021. s. 339). Sykepleiere som blir informert og

holdt oppdatert på sine egne innmeldte saker får lettere lagt saken bak seg og står bedre rustet ved neste eventuelle sak. De får en mestringsfølelse av å ha gjort det rette, uavhengig av om de hadde rett i mistanken eller ikke (James & Green, 2018, s. 47).

Sykepleieres tillit til barnevernet avhenger av at de kan stole på at bekymringsmeldinger som viser seg å være feilaktige ikke får negative konsekvenser for sykepleieren (Green, 2020, s. 111). At sykepleiere stoler på at meldesystemet er et gjensidig samarbeids- og kommunikasjonsverktøy mellom to parter er viktig for at informasjonen flyter som den skal (Albaek et al., 2018, s. 237; Green, 2020, s. 111).

3.3.4 Ansvarsfølelse og behov for opplæring

En av årsakene til at sykepleiere ikke sender bekymringsmeldinger kan være mangelen på opplæring og kunnskap (Albaek et al., 2018, s. 242; James & Green, 2018, s. 47; Kvello, 2015, s. 52; Perkins, 2018, s. 39). Manglende kunnskap rundt identifisering av signaler og risikofaktorer på barnemishandling blir fremhevet som et vesentlige problem. Dette kan således resultere i at flere kritikkverdige forhold ikke blir meldt, og utsatte barn blir værende i risikofylte miljøer (Albaek et al., 2018, s. 242; James & Green, 2018, s. 47; Perkins, 2018, s. 39).

Ifølge Killén (2015, s. 377) er det å ta *ansvar* kanskje en av de største utfordringene når det kommer til å melde mistanke om barnemishandling. Det handler om å ta konsekvensene av sine faglige vurderinger selv om det kan oppleves ubehagelig (Killén, 2015, s. 377). Mange sykepleiere uttrykker at de forventer at andre skal ta tak i saken og melde videre og unnlater derfor å melde selv (Perkins, 2018, s. 39). Å mestre å stå i den krevende situasjon det er å melde mistanke om barnemishandling forutsetter mot til å gjennomføre eventuelle tiltak på tross av motstand som kan komme fra familien, familiens nettverk eller fra deler av hjelpeapparatet (Killén, 2015, s. 377). For sykepleieren handler det om å ikke gå ut over sin kompetanse, men heller ikke unnlate å følge opp meldeplikten. Begrensede ressurser i den enkelte institusjon og stor arbeidsbelastning for den enkelte sykepleier kan også påvirke utøvelse av meldeplikten (Killén, 2015, s. 377).

I forskningen til Lines et al. (2017, s. 315) uttrykker flere sykepleiere at de opplever et slags hierarki på arbeidsplassen, noe som skaper et behov for å rådføre seg med andre kolleger før

de sender bekymringsmelding. Drøfting med kolleger kan være nyttig for å fatte en beslutning, men det kan også hindre sykepleier i å melde inn saken hvis uenighet blir uttrykt (Lines et al., 2017, s. 315). Mange sykepleiere rapporterer at på tross av egne meninger og ønske om å sende en bekymringsmelding lar de være hvis andre kolleger er uenige i avgjørelsen (Green, 2020, s. 112; Lines et al., 2017, s. 315).

4.0 METODE

I dette kapitlet vil vi presentere det metodiske rammeverket for oppgaven og begrunne valg av forskningsdesign og -metode. Den digitale gjennomføringen av intervjuprosessen vil bli diskutert, og deretter vil vi beskrive metoden vi har benyttet for å analysere dataene. Videre vil vi drøfte studiens styrker og svakheter før vi avslutningsvis drøfter forskningsetiske overveielser.

4.1 Kvalitativ forskningsmetode

Vi har valgt å benytte kvalitativ metode som metodisk tilnærming for å belyse oppgavens problemstilling. Vi er interessert i kunnskap rundt holdninger og opplevelser om et bestemt tema, noe som gjør at en kvalitativ metode egner seg godt (Malterud, 2017, s. 31). Videre er kvalitativ metode formålstjenlig når vi ønsker å oppnå forståelse og innsikt om forholdene rundt barnemishandling, fremfor beskrivelser og statistikk rundt selve temaet (Malterud, 2017, s. 32). Kvalitativ metode er egnet når det er ønskelig å tilegne seg ny kunnskap om et sammensatt tema der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt (Johannessen et al., 2021, s. 23; Malterud, 2017, s. 32). Dette fremgår tydelig i vår studie som omfatter et komplekst tema med et fremhevet behov for mer kunnskap og empirisk forskning (Albaek et al., 2018, s. 242; Green, 2020, s. 112; Lines et al., 2016, s. 318).

4.2 Semistrukturert fokusgruppeintervju

For å samle kvalitative data ble det gjennomført et *fokusgruppeintervju*. En fokusgruppe er ifølge Johannessen et al. (2021, s.125) tradisjonelt et kvalitativt intervju med en moderator som organiserer og styrer en diskusjon mellom deltakerne rundt et tema. I en fokusgruppe utnyttes merverdien av samhandlingen mellom deltakerne til å få innsikt av en annen karakter enn ved individuelle dybdeintervjuer. Denne tilnærmingen er spesielt godt egnet hvis vi vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i miljøer der mange mennesker samhandler (Malterud, 2017, s. 138). Vi har derfor valgt fokusgruppeintervju i stedet for individuelle intervjuer.

Gruppeintervjuer egner seg godt for å oppnå en flersidig diskusjon og skaper et trygt miljø for å snakke om følelsesmessige temaer (Johannessen et al., 2021, s. 125-126). Videre kan

enkelte mennesker ha lettere for å delta i en diskusjon med andre fremfor å sitte alene med en intervjuer, noe som underbygger valget av fokusgrupper i stedet for individuelle intervjuer. Det essensielle med fokusgruppeintervjuer er å oppnå verdifull meningsutveksling ved å skape gode diskusjoner der enkeltes erfaringer kan oppmuntre andre til å dele sine opplevelser (Johannessen et al., 2021, s. 126). Planen var opprinnelig å gjennomføre to fokusgruppeintervju, men da dette viste seg å være krevende å få gjennomført grunnet pandemi og kraftig RS-smitte med unntakstilstand i helsevesenet, valgte vi, etter råd fra veileder, å holde oss til ett intervju. Denne beslutningen ble ikke minst drøftet i lys av at det første fokusgruppeintervjuet ga mye relevant kunnskap som vi opplevde at belyste studiens problemstilling godt.

Det aktuelle fokusgruppeintervjuet var semistrukturert, hvilket innebærer at kandidatene har laget en intervjuguide som setter rammen for intervjuet, samtidig som det gis mulighet til å stille spontane og oppfølgende spørsmål. Dette bidrar til mer fleksibilitet og samtalen føles mindre formell (Johannessen et al., 2021, s. 108). Videre skaper det rom for en åpen samtale mellom intervjupersonene der de kan dele erfaringer og kunnskap (Dalland, 2020, s. 67). For å sikre innhenting av relevant datagrunnlag er det viktig at informantene får en tilstrekkelig tidsramme, slik at personene får tid til å dele erfaringer og meninger. Følgelig ble det satt en tidsramme på 60-90 minutter, en lengde som bekreftes hensiktsmessig av Johannessen et al. (2021, s. 126).

Med bakgrunn i studiens teorigrunnlag ble det utarbeidet en intervjuguide med noen alternative underspørsmål som kunne brukes for tydeliggjøring. Disse spørsmålene er basert på sentrale temaer som er gjennomgående i forskningslitteraturen.

Tabell 4.1 Intervjuguide

Problemstilling: Hvilke erfaringer har sykepleiere med å mistenke barnemishandling og melde bekymring til barnevernet?	
Tema	Spørsmål
Personlige holdninger og erfaringer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kan du fortelle hva du tenker på og legger i uttrykket, når du hører ordet barnemishandling? 2. Hvilke erfaringer har du med å være bekymret for at et barn blir utsatt for barnemishandling (på jobb)?

	<p><i>(2.1 Hvilket forhold har du til å bekymre deg for barnemishandling når du jobber i det daglige?)</i></p> <p><i>(2.2 Har du stått i en situasjon hvor du var bekymret for barnet, men valgte å ikke sende bekymringsmelding?)</i></p>
Relasjonen til familien	3. Hvordan opplever du at egen relasjon til familien kan påvirke hvorvidt du fatter bekymring for barnemishandling eller vurderer å melde fra?
Sykepleiers forhold og tillit til barnevernet	4. Kan du fortelle om hvilke erfaringer du har med barnevernet?
Ansvarsfølelse og behov for opplæring	<p>5. Kan du fortelle om dine opplevelser med å diskutere og rådføre deg med kolleger ved mistanke om barnemishandling?</p> <p><i>(5.1. Hvor mye har en kollega sin mening å si?)</i></p> <p><i>(5.2 Har du opplevd at legen (eller andre kolleger) har vært uenig og at du derfor har droppet å sende bekymringsmelding?)</i></p> <p>6. Opplever du at du har tilstrekkelig kunnskap om symptomer og tegn på barnemishandling?</p> <p><i>(6.1 Har du hatt internundervisning om bekymringsmeldinger og barnemishandling innad på avdelingen?)</i></p> <p>7. Er det noe mer rundt dette temaet vi ikke har spurt om som du ønsker å belyse?</p>

Kandidatenes kunnskapsnivå om temaet har blitt betydelig høyere fra studien startet høsten 2021 til våren 2022. Med dagens kunnskap ser kandidatene at formuleringene i intervjuguiden og problemstillingen kunne vært bedre og vært mer presise. En endret formulering av problemstillingen fra å “melde bekymring til barnevernet” til “å sende bekymringsmelding til barnevernet” hadde vært en mer korrekt og presis formulering. Lovverket bruker aldri begrepet “bekymring”, og vi ser derfor at dette uttrykket kunne vært erstattet, da det kan bidra til å opprettholde usikkerhet i forhold til en allerede krevende tematikk. Denne utfordringen utdyper Ohnstad og Gudheim i sin bok om meldeplikten til barnevernet og tilfeller av overrapportering (2019, s. 26). De belyser at begrepene “bekymring”, “bekymringsmelding” og “melde bekymring” brukes mye i praksis, og at mange derfor tror at de har meldeplikt i de tilfellene der de er bekymret for et barn,

uavhengig av om denne bekymringen gjelder mistanke om alvorlig omsorgssvikt eller øvrige vilkår. Et annet forslag til forbedring kunne vært å bruke “mistenke barnemishandling” i stedet for “bekymring for” i spørsmålene i intervjuguiden. En bekymring er ikke nok for å bryte taushetsplikten og oppfyller ikke lovens vilkår (Helsepersonelloven, 1999, §33). Uttrykket bekymring er noe annet enn *grunn til å tro*, noe kandidatene mener er en viktig presisering.

4.3 Utvalg og rekruttering av informanter

Når forskeren avgjør hvem som skal delta i forskningen må det tas stilling til utvalgsstrategi, utvalgsstørrelse og rekruttering (Johannessen et al., 2021, s. 24). Ved å velge personer som har bestemte kunnskaper eller erfaringer, gjør vi et strategisk valg (Dalland, 2020, s. 79), noe vi ønsket i dette forskningsprosjektet. Utgangspunktet er *hensiktsmessighet* fremfor *representativitet* (Johannessen et al., 2021, s. 59). Det var hensiktsmessig å inkludere sykepleiere og spesialsykepleiere med kunnskap og erfaringer med arbeid fra barneavdelinger. Kandidatene satte et inkluderingskriterium på minimum to års tjenestetid fra barneavdelinger for å øke sjansen for at informantene hadde tilstrekkelig erfaring som kunne belyse problemstillingen. For å oppnå et nyansert bilde med variasjon i kunnskap og erfaringer ble det lagt vekt på å intervju informanter med variasjon i kjønn, antall års erfaring, alder, utdanningsnivå og arbeidsplass. Malterud (2017, s. 138) skriver at fokusgruppene vanligvis består av fem til åtte deltakere. Vi gjennomførte et gruppeintervju med fem deltakere på tvers av ulike barneavdelinger: barnemottak, overvåkning, sengepost og nyfødt intensiv. Fire av informantene hadde mer enn 8 års ansiennitet, mens den siste kun hadde 1,5 år. Vi rekrutterte likevel vedkommende, da denne informanten tilførte variasjonen i utvalget, slik vi ønsket. Tre av informantene var spesialsykepleiere innenfor pediatri eller helsesykepleie. Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført i informantenes egen arbeidstid.

Hvordan førstegangskontakt med informantene opprettes er i stor grad et forskningsetisk spørsmål (Personopplysningsforskriften, 2005, §7-27). Kandidatene kontaktet personvernombudet ved det aktuelle sykehuset og fikk kontaktinformasjon til lederen som var ansvarlig for alle barneavdelingene. Det ble sendt e-post til lederen (vedlegg 2) der prosjektbeskrivelse, forhåndsvurdering fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (vedlegg 3), godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg 4) og informasjons- og samtykkeskjema (vedlegg 1) lå vedlagt. Lederen godkjente

prosjektet og viste engasjement for arbeidet. Vedkommende tok raskt ansvar for å rekruttere informanter videre. Lederen ble vår kontaktperson, og vi hadde tett dialog underveis i rekrutteringsprosessen. Rekrutteringsperioden varte i seks uker.

4.4 Digital gjennomføring av intervju

I utgangspunktet var det ønskelig å gjennomføre et fysisk fokusgruppeintervju, men grunnet covid-19 måtte det utføres digitalt. Endringen fra fysisk til digital gjennomføring medførte at ny, oppdatert NSD-søknad måtte sendes og godkjennes (OsloMet, 2021). Ved digital gjennomføring av intervjuer viser forskning at det er hensiktsmessig med en mindre gruppe informanter på omtrent tre til fem personer for å tilrettelegge for god samhandling (Lobe et al., 2020, s. 2).

For å sikre struktur og orden i fokusgruppeintervjuet ble det besluttet at en klar ansvarsfordeling mellom kandidatene var fordelaktig. Vi tok utgangspunkt i Malterud (2017, s. 138) sin ansvarsfordeling, der én fungerte som *moderator* og den andre som *sekretær*. Moderatoren hadde hovedansvaret for å lede intervjuet og tilrettelagte for at samtlige informanter hadde mulighet til å snakke. Dette bidro til en tydelig kommunikasjon i intervjuet og styrket meningsutvekslingen mellom deltakerne. Sekretæren tok en mer passiv rolle og fokuserte på å dokumentere sentrale hendelser og observasjoner under intervjuet. Dette bidro til at forhold som ikke kom frem på lydopptaket ble inkludert i dataene. De ovennevnte fordelene av en slik ansvarsfordeling blir også belyst av Malterud (2017, s. 139).

Gjennomføringen av gruppeintervjuet ble innledet ved presentasjon av kandidatene og formålet med forskningsstudien. En oversiktlig start på intervjuet kan ha stor betydning, og bidrar til at informantenes forventninger og svar samsvarer med hva studien ønsker å kartlegge (Malterud, 2017, s. 139). For å skape gode omgivelser for samhandling ble det på forhånd påpekt at informantene måtte finne et privat rom for å unngå at uvedkommende overhørte samtalen, samt å sikre stabilt nettverk og at videokamera skulle være påslått kontinuerlig (Lobe et al., 2020, s. 2). Det ble poengtert at informantene hadde et ansvar for at det ikke kom frem taushetsbelagte opplysninger som kunne identifisere enkeltpersoner. I tillegg understreket kandidatene at det som ble sagt i gruppen måtte bli værende i gruppen og ikke delt med andre.

Til tross for digital gjennomføring kunne noen informanter velge å sitte sammen. Tre informanter som satt på samme lokasjon måtte ha på munnbind, hvilket skapte utfordringer med å identifisere hvem som snakket. For kandidaten som var sekretær oppsto det derfor utfordringer rundt hvem som snakket og observasjon av kroppsspråk. Underveis i gruppeintervjuet oppsto det også små dialoger mellom de tre informantene på samme lokasjon mens en av de øvrige informantene hadde ordet. Dette var uheldig fordi resten av gruppen ikke klarte å registrere samtalen mellom de tre. Når det er sagt bemerker vi i ettertid at de tre til en viss grad spilte hverandre gode, fylte ut hverandres resonnement og ga hverandre bekreftelser. På den måten fikk kanskje de tre en riktigere følelse av fokusgruppeintervju enn de to andre informantene.

Kandidatene mistenker at den helhetlige gruppedynamikken ble påvirket av den digitale gjennomføringen. Informantene ble muligens mer passive og tilbakeholdne under intervjuet, da det kanskje opplevdes som mer krevende å skulle ta ordet på en digital plattform. Som et resultat av gruppedynamikken måtte intervjuer føre ordet mellom informantene mer aktivt, og etterspørre med fornavn "hvilke erfaringer har du A, når B forteller at...". Intervjuer opplevde i ettertid at dette gikk greit, men at de spontane utspillene muligens uteble i større grad enn ved fysisk gjennomføring. Positive sider ved å gjennomføre digitalt var at stemmene på lydopptaket ble av god kvalitet og det var enkelt å høre hva som ble sagt. Siden intervjuer måtte føre ordet mellom informantene med fornavn, muliggjorde dette at transkriberingsprosessen ble svært oversiktlig ettersom det kom tydelig frem hvem som pratet. I tillegg kunne sekretæren i lydopptakeren si navnet på hvilken informant som pratet uten at dette forstyrret intervjuet, noe Malterud (2017, s. 138) bekrefter kan lette arbeidet i analysedelen.

4.5 Transkribering

Ved kvalitativ forskning består analysen i å bearbeide tekst som er fremkommet etter transkribering av lydopptak (Johannessen et al., 2021, s. 24, 51). Transkriberingen av datamaterialet er en viktig del av analysedelen, hvilket innebærer at lydopptak skrives ut til tekstformat. Vi gjennomførte transkriberingen selv, noe som er en fordel ettersom den som selv har vært deltaker i samtalen gjerne kan huske momenter som kan oppklare uklarheter, eller som er av betydning for meningen i teksten (Malterud, 2017, s. 80). Vi valgte å transkribere gruppeintervjuet på 90 minutter i sin helhet og utførte dette kort tid etter

gjennomføringen av gruppeintervjuet. Dette for at inntrykk og tanker skulle sitte ferskt i minnet. Kroppsspråk og observasjoner ble skrevet i parentes, og navn ble anonymisert. Vi brukte i underkant av en uke på transkriberingsprosessen. Enkelte steder ble ord og følelsesladde beskrivelser språkvasket og små, forsiktede endringer som ikke endret selve utsagnet ble gjennomført. Kandidatene har likevel vært oppmerksomme på at enhver nærkontakt med materialet kan påvirke meningen i teksten (Malterud, 2017, s. 78).

4.6 Systematisk tekstkondensering (STC)

En relevant analysemodell for det gjeldende forskningsprosjektet er tverrgående analyse. Tverrgående analyse blir av Malterud (2017, s. 92) beskrevet som å lese data på tvers i analysen. Dette innebærer at likhetstrekk, forskjeller og variasjoner i erfaringer, holdninger eller følelser fra flere deltakere fortolkes og sammenfattes (Malterud, 2017, s. 93). Med rike empiriske data er det ifølge Malterud (2017, s. 93) lettere å gjennomføre en tverrgående enn en langsgående analyse. Vi har valgt å benytte systematisk tekstkondensering (STC). Denne analysemetoden er ifølge Malterud (2017, s. 97) en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data, og den kan benyttes til analyse av mange typer empiriske data med varierende grad av teoretisk forankring. Metoden egner seg godt for oss ettersom den er utviklet for å gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan bli gjennomført.

Malterud bruker flere begreper for å forklare analysemodellen STC. Ved bruk av STC gjennomføres analysen i følgende fire trinn: 1) helhetsinntrykk gir utgangspunkt for foreløpige temaer, 2) meningsdannende enheter gir utgangspunkt for kodegrupper som systematiseres, 3) informasjonen abstraheres og kondenseres og 4) betydningen av informasjonen sammenfattes og etablerer resultat kategorier (Malterud 2012, henvist i Malterud, 2017, s. 98). De fire trinnene har kandidatene selv illustrert med figur 4.1 nedenfor. Det er likevel viktig å presisere at tross pilens retning er denne analysen en iterativ prosess som går frem og tilbake i de ulike trinnene, og som ender opp med kategorier som presenteres i resultatdelen.



Figur 4.1. De fire trinnene for analysering med STC som metode.

4.6.1 Foreløpige temaer

Første trinn i analysen handler om å bli kjent med materialet uten påvirkning fra egen forforståelse og teoretisk referanseramme (Malterud, 2017, s. 99). Vi startet prosessen med å lese nøye gjennom hele det transkriberte intervjuet. Helhetsinntrykket etter gjennomlesningen ble utgangspunkt for syv *foreløpige temaer*. Disse blir presentert i illustrasjonen nedenfor, figur 4.2. De foreløpige temaene representerer en videreutvikling av intervjuguiden. Med iterativ menes en gjentagende prosess. Intervjuguiden ga rom for at nye samtaleemner kunne dukke opp og bli diskutert, noe som ga utgangspunkt for uventede foreløpige temaer. Det er viktig å poengtere at disse foreløpige temaene ikke er overskrifter til resultater eller kategorier, men representerer bare det første intuitive og databaserte steget i organiseringen av materialet (Malterud, 2017, s. 100). De foreløpige temaene var stadig i endring underveis i analyseprosessen, hvor nye kom til og andre falt fra.



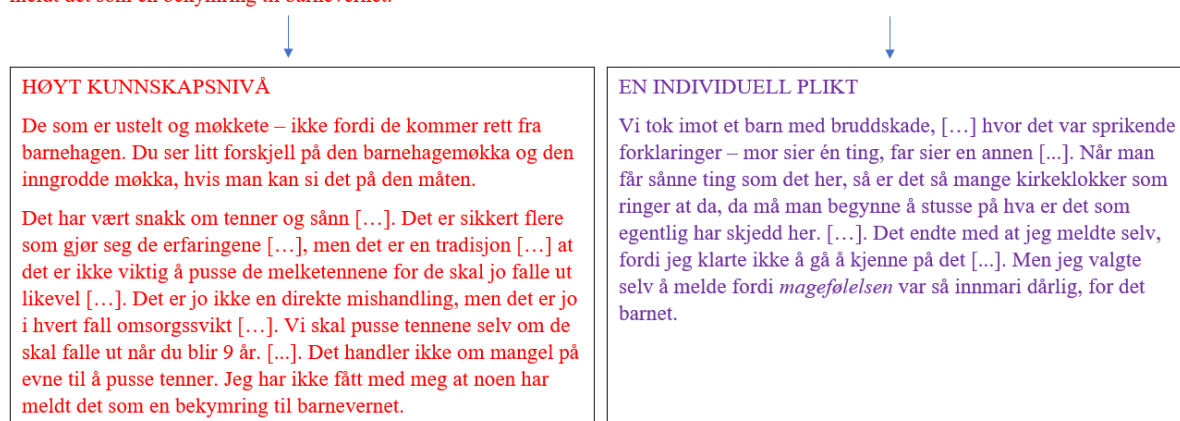
Figur 4.2. De syv foreløpige temaene

4.6.2 Koding

I dette analysetrinn tok vi utgangspunkt i de foreløpige temaene fra forrige trinn, reviderte disse, og lot de være grunnlag for fem *kodegrupper*: 1) begrepsavklaring, 2) samspill/tilknytning, 3) bevisst eller ubevisst barnemishandling, 4) samarbeid med kolleger og 5) dialog med barnevernet. Malterud understreker nytten av å gjøre denne delen av analysen sammen med en annen forsker (2017, s. 100). Begge kandidatene har vært aktive gjennom hele analyseprosessen. Denne fasen har som formål å skape et analytisk rom med flere nyanser, ikke konsensus (Malterud, 2017, s. 100).

Videre gikk vi grundig og systematisk gjennom teksten og identifiserte *meningsbærende enheter*, og sorterte den delen av teksten som vi så for oss ville belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s. 100-101). Samtidig som de meningsbærende enhetene ble identifisert, med kodegruppene i tankene, begynte vi å systematisere dem. Denne prosessen kalles *koding* (Malterud, 2017, s. 101). Med utgangspunkt i kodegruppene blir tekstbiter som har noe til felles samlet. Et eksempel på det er illustrert under, figur 4.3.

De som er ustelt og møkkete – ikke fordi de kommer rett fra barnehagen. Du ser litt forskjell på den barnehagemøkka og den inngrodde møkka, hvis man kan si det på den måten. [...] Vi tok imot et barn med bruddskade, [...] hvor det var sprikende forklaringer – mor sier én ting, far sier en annen [...]. Når man får sånne ting som det her, så er det så mange kirkeklokker som ringer at da, da må man begynne å stusse på hva er det som egentlig har skjedd her. [...]. Det endte med at jeg meldte selv, fordi jeg klarte ikke å gå og kjenne på det [...]. Men jeg valgte selv å melde fordi *magefølelsen* var så innmari dårlig, for det barnet. [...] Det har vært snakk om tenner og sånn [...]. Det er sikkert flere som gjør seg de erfaringene [...], men det er en tradisjon [...] at det er ikke viktig å pusse de melketennene for de skal jo falle ut likevel [...]. Det er jo ikke en direkte mishandling, men det er jo i hvert fall omsorgssvikt [...]. Vi skal pusse tennene selv om de skal falle ut når du blir 9 år. [...] Det handler ikke om mangel på evne til å pusse tenner. Jeg har ikke fått med meg at noen har meldt det som en bekymring til barnevernet.



Figur 4.3 Koding av meningsbærende enheter

Illustrasjonen viser hvordan kandidatene har gått gjennom teksten og identifisert hvilke kodegrupper som er aktuelle for de meningsbærende enhetene. Det ble besluttet å markere

deler av teksten med spesifikke farger og videre klippe dette ut av råmaterialet, en av metodene Malterud foreslår (2017, s. 104). Videre ble materialet sortert ved å hente ut deler av teksten og sette den sammen med annen beslektet tekst. Dette kalles *systematisk dekontekstualisering* (Malterud, 2017, s. 104). Vi erfarte gjennom arbeidet med materialet at mye av teksten allerede var naturlig delt opp ettersom informantene besvarte spesifikke spørsmål, men oppdaget samtidig at svært mye tekst kunne flyttes ettersom informantene snakket om flere temaer under samme spørsmål. Hele tiden var vi påpasselige med å få frem hvilken informant som sa hva, selv om tekst ble flyttet. Det ble opprettet nye versjoner av dokumentene gjennom analyseprosessen, slik at man enkelt kunne gå tilbake til den transkriberte originalversjon eller dokumenter uten koder eller dekontekstualisering. Dette er viktig ettersom det er denne helheten vi skal vurdere funnene mot til slutt (Malterud, 2017, s. 104).

4.6.3 Kondensering

I analysens tredje trinn tok vi utgangspunkt i hver enkelt kodegruppe med dekontekstualisert tekst. Videre ble teksten i hver kodegruppe delt opp i *subgrupper* som belyste prosjektets problemstilling. Dette illustreres i tabell 4.2.

Tabell 4.2. Kodegrupper og subgrupper.

Trinn 2: Kodegrupper	Trinn 3: Subgrupper
- Begrepsavklaring	- Kurs og opplæring - Mange forbinder barnemishandling med fysisk vold.
- Samspill/tilknytning	- Normalreaksjon vs. sjokkreaksjon - Ressurssterke foreldre - utfordringer ved observasjon av samspill, "se etter feil".
- Bevisst eller ubevisst barnemishandling	- Melde/ikke melde - Kunnskapsmangel eller kulturforskjeller - Fordommer hos sykepleier
- Samarbeid med kolleger	- Avdelingskultur

	<ul style="list-style-type: none"> - Individuell plikt - Samarbeid om dokumentasjon og bekymringsmelding
- Dialog med barnevernet	<ul style="list-style-type: none"> - Opplevelsen av at det ikke gjøres nok - Manglende innsyn og statusoppdatering - Ufarliggjøre bekymringsmeldinger

Deretter ble hver subgruppe bearbeidet. Alle de meningsbærende enhetene i en subgruppe ble satt sammen til en sammenhengende, logisk tekst, eller et kunstig sitat. Dette kalles et *kondensat*. Med utgangspunkt i dette kondensatet ble det valgt ut et *gullsitat* (Malterud, 2017, s. 104-108). Illustrasjonen under, tabell 4.3, viser arbeidet fra meningsbærende enhet til subgruppe, til kondensat og videre til gullsitat.

Tabell 4.3. Eksempel på meningsbærende enhet, kondensat og gullsitat

Kodegruppe: Hva er egentlig barnemishandling? Subgruppe: Kurs og opplæring	
Eksempel på meningsbærende enheter	<p>Jeg lagde et seminar for ikke så lenge siden angående dette med barnevern og sosialpediatrisk-mottak. Så jeg føler jo at vi har hatt en del undervisning om det. Jeg føler vi har barnemishandling veldig mye i fokus. Men man blir jo aldri helt utlært, som med alle andre ting, at man trenger mer informasjon, og ja, lese seg opp på forskning. (Informant A)</p> <p>Jeg har jo hatt dette som interessefelt i veldig mange år, så jeg føler vel egentlig at jeg kan ganske mye. Jeg tror ikke jeg trenger så mye mer akkurat per nå. (Informant E)</p> <p>Jeg òg hadde kurs om barnemishandling som en del av nyansattkurs man hadde før man startet på barneavdelingen. Også har vi hatt fagdag om barnemishandling. Men selvfølgelig, man kunne absolutt hatt mer av det [...] Føler egentlig at vi er flinke til å bruke det vi har av kunnskap i hvert fall, men at man kunne alltid få litt mer. [...] Så, litt sånn strategier, sånn man kan se etter i det skjulte, som foreldrene ikke plukker opp. Observasjoner, tidlige tegn og... ting som man kanskje ikke nødvendigvis hadde tenkt så mye over. (Informant B)</p> <p>Kunne gjerne hatt mer kunnskap om tidlige tegn eller hva som er varsel hos foreldrene. Vi får bare beskjed om at man skal være flink til å dokumentere samspill og observere foreldrene. Men ikke så mye konkret hva er innenfor, og hva er ikke innenfor. Jeg tror det skal ganske mye til for at det blir sendt bekymringsmelding på</p>

	min avdeling. (Informant D)
Kondensat	Jeg har jo hatt dette som interessefelt i veldig mange år og har både holdt og deltatt på undervisning. Også har vi hatt fagdag om barnemishandling. Så jeg føler jo at vi har hatt del undervisning om det, kan ganske mye og har barnemishandling veldig mye i fokus. Jeg tror ikke jeg trenger så mye mer akkurat per nå, men egentlig blir man jo aldri helt utlært, som med alle andre ting, at man trenger mer informasjon, og ja, lese seg opp på forskning. Føler egentlig at vi er flinke til å bruke det vi har av kunnskap i hvert fall, men at man kunne alltid få litt mer. Hvis man hadde hatt litt hyppigere undervisning. Så, litt sånn strategier, sånn man kan se etter i det skjulte, som foreldrene ikke plukker opp. Observasjoner, tidlige tegn og varseltegn hos foreldrene, ting som man kanskje ikke nødvendigvis hadde tenkt så mye over. Vi får bare beskjed om at man skal være flink til å dokumentere samspill og observere foreldrene. Men ikke så mye konkret hva er innenfor, og hva er ikke innenfor. Jeg tror det skal ganske mye til for at det blir sendt bekymringsmelding på min avdeling.
Gullsitat	Jeg opplever at vi har hatt mye undervisning og fokus på barnemishandling, så vi kan mye og er flinke til å bruke det vi kan. Men man kunne alltid lært mer. Det gjelder spesielt tidlige tegn hos barnet, observasjoner og hvilke varseltegn man skal se etter hos foreldrene.

4.6.4 Kategorier

Analysens fjerde og siste trinn består av rekontekstualisering og innebærer å sette sammen de ulike bitene igjen. I denne delen av analysen fokuserte vi på om resultatene vi nå hadde kommet frem til ga en gyldig beskrivelse av den sammenhengen de ble hentet fra. Kandidatene startet med hver enkelt kodegruppe og subgruppe og å syntetisere kunnskapen fra disse. Kondensatet fra forrige trinn ble brukt til å lage en *analytisk tekst* for hver subgruppe og kodegruppe, og videre illustrere dette med et gullsitat for å konkretisere hovedfunnene våre (Malterud, 2017, s. 108-110). Kodegruppene ble videre utviklet til *resultatkategorier* som tok utgangspunkt i opprinnelige temaer og koder, se figur 4.4 nedenfor. Resultatkategoriene danner overskriftene til resultatene presentert i kap. 5.



Figur 4.4. Resultatkategorier - overskrifter til funnene

Videre ble funnene sammenliknet med den originale transkripsjonen for å sikre at resultatet ga et riktig bilde av informantenes meninger. Ettersom datamaterialet kun består av ett fokusgruppeintervju med fem informanter ble det vurdert som uhensiktsmessig å dele de endelige resultatkategoriene videre opp i flere subgrupper. Dette underbygges med uttrykket “salami slicing”, som går ut på å splitte data og funn opp i mindre deler (Sasaki & Tan, 2018). Kandidatene har derfor valgt å presentere funnene fra studien i tre resultatkategorier, slik det fremgår i kapittel 5. Avslutningsvis vurderte og validerte vi funnene våre mot foreliggende empiri og teori (Malterud, 2017, s. 108-111). I etterkant av dette ble det, slik Malterud (2017, s. 111) anbefaler, gjennomført et nytt litteratursøk for å se om det er tilsvarende resultater presentert av andre.

4.7 Datamaterialets kvalitet

Innenfor samfunnsvitenskapene diskuteres troverdigheten, styrken og overførbarheten av kunnskap som regel i sammenheng med begrepene objektivitet, reliabilitet, validitet og generaliserbarhet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 272). Kandidatene har valgt å gå dypere inn på forskningens *validitet* og *reliabilitet* ved evalueringen av datamaterialets kvalitet. Det er essensielt i all forskning å diskutere hvilke tiltak som ble utført for å styrke forskningsresultatene, samt belyse utfordringer som oppsto og som kan svekke kvaliteten.

4.7.1 Validitet

Validitet innebærer å stille spørsmål om relevans gjennom alle ledd i den kvalitative forskningsprosessen og på den måten få frem materialets gyldighet (Malterud, 2017, s. 192). Forskeren har et kritisk syn på sine fortolkninger og uttrykker eksplisitt sitt perspektiv på

emnet som studeres og hva slags kontroll som utøves for å motvirke en selektiv forståelse og skjev fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 279).

I denne studien ble datamaterialet samlet inn ved hjelp av et semistrukturert fokusgruppeintervju. Validiteten av materialet styrkes av informantenes variasjon i utdanningsnivå, arbeidsplass og antall års erfaring. En styrke for denne studiens validitet er at vi er to kandidater som var delaktige gjennom hele prosjektet. Kandidatene har sammen gått nøye gjennom transkripsjonene for å sikre en felles forståelse av informantenes utsagn. Ved å være to har vi kunnet fange opp forskjellige nyanser og kunnskap fra ulike perspektiver (Malterud, 2017, s. 195). Dette bidro til at kandidatenes subjektive synspunkter og personlige oppfatninger av materialet ble bekreftet eller avkreftet. I kvalitativ forskning er tolkning og syntese forskerens ansvar og en sentral del av det som gjør prosjektet til forskning (Malterud, 2017, s. 194). Det er samtidig mulig at en kommer frem til konklusjoner som ikke stemmer overens med det informantene har gitt uttrykk for. Underveis i intervjuet kontrollerte intervjueren sin egen oppfatning av informantens utsagn ved å etterspørre “har jeg forstått det riktig når du sier at...”. Dette kalles *dialogisk validering* og bidrar til en riktig fremstilling av råmaterialet i lydopptaket, samt en felles forståelse mellom forsker og deltaker (Malterud, 2017, s. 193).

Dersom resultatene av en intervjuundersøkelse vurderes som rimelig pålitelige og gyldige, gjenstår spørsmålet om resultatene primært er av lokal interesse eller om de kan overføres til andre intervjupersoner, kontekster og situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 289). Overførbarhet handler om hvordan forskningens funn kan gi ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger enn der prosjektet ble gjennomført (Malterud, 2017, s. 66). Funnene fra denne studien kan ikke nødvendigvis overføres direkte, men muliggjør at kunnskapen kan benyttes til videre forskning på området. Det er likevel ikke et mål å skulle generalisere funnene ettersom det kan gi en antakelse om at kunnskapen er universell, hvilket innebærer at den er gyldig overalt, til enhver tid, for alle mennesker (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 289). Vi ønsker imidlertid gjennom studien å presentere erfaringer blant en gruppe sykepleiere for å få kunnskap og innsikt i hva sykepleiere sitter på. Det er ønskelig å forstå fenomenet fremfor å sikre representativitet. Overførbarheten er også styrket ved å gi både beskrivelser av studiens kontekst og relevant informasjon om de aktuelle informantene.

4.7.2 Reliabilitet

Reliabilitet er knyttet til troverdigheten av forskningsresultatene. Reliabilitet behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 276). Spørsmålet om reliabilitet er aktuelt under hele forskningsprosessen; både under intervjuet, i transkriberingen og i analyseringen etterpå. Kandidatene sikret troverdighet til datagrunnlaget ved å dokumentere grundig hele forskningsprosessen for å synliggjøre en så transparent gjennomføring som mulig. Dette for at andre kan gå tilbake, forstå og evaluere forskningen som er gjort.

Intervjuguiden ble nøye utformet, og la grunnlaget for en samtale forankret i spesifikke intervju spørsmål og tilleggsspørsmål. Siden fokusgruppeintervjuet var semistrukturert, ga dette likevel rom for spontane innspill i intervjuet. Mens det er ønskelig med en høy reliabilitet av datagrunnlaget for å motvirke en vilkårlig subjektivitet, kan en for sterk fokusering på reliabilitet motvirke kreativ tenkning og variasjon (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 276). Intervjueren ga derfor rom for slik samtale da dette ga verdifull informasjon.

For å styrke reliabiliteten har kandidatens veileder vært involvert og har kontrollert analyseringen av råmaterialet til transkripsjonen, samt språkvask og utforming av sitatene. Dette for å unngå at subjektive holdninger fra kandidatene skulle påvirke resultatene. Det har vært verdifullt å få noen “nye øyne” på materialet, for å sikre at betydningen og informantens meninger ble forsøkt ivaretatt og ikke misforstått.

4.8 Forskningsetiske overveielser

Medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som skal fremme respekt for alle mennesker og beskytte deres helse og rettigheter (Malterud, 2017, s. 211). Alle som arbeider med forskningsetikk må forholde seg til de etiske retningslinjene i Helsinkideklarasjonen (Førde, 2014).

En forutsetning for forsvarlig forskningsetikk er skriftlig informasjon og informert samtykke (World Medical Association, 2018). Dette betyr at forskningsdeltakerne informeres om undersøkelsens overordnede formål og om hovedtrekkene i designen, så vel som om mulige risikoer og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 104). En informant ønsker trolig ikke å stille seg selv til disposisjon hvis vedkommende ser for seg negativ eksponering (Malterud, 2017, s. 216). Videre er det en forutsetning for at et samtykke

skal være gyldig at det informeres om hvor lenge personopplysningene skal oppbevares (Personopplysningsforskriften, 2005, §7-27). Det ble utlevert et informasjonsskriv og samtykkeskjema til informantene som deltok i forskningen (vedlegg 1). Skrivet inneholder detaljert informasjon om studien, informantenes rettigheter som deltakere, hvordan dataene vil bli samlet inn og håndtert, samt deres rett til å trekke seg fra studien. Deltakeren skal kjenne seg trygg på at personvern og anonymitet blir ivaretatt, uten risiko for gjenkjennelse (Malterud, 2017, s. 214) og på bakgrunn av dette gi sitt skriftlige samtykke til å delta i studien.

Konfidensialitet i forskningen refererer til enigheten med deltakerne om hva som kan gjøres med dataene som samles inn (Kaiser, 2012 henvist i Kvale & Brinkmann, 2017, s. 106). Datainnsamling er av personlig karakter der dialogen mellom deltakerne og forskeren forutsetter gjensidig respekt (Malterud, 2017, s. 211-212). Dette innebærer at det må være en gjensidig forståelse for at det som blir sagt under intervjuet ikke skal deles med utenforstående, ikke kan spores tilbake til enkeltpersoner eller snakkes om, for eksempel på personalrommet. Dette kan være upopulære meninger informantene ikke ønsker at kolleger skal kjenne til eller holdninger informantene vet kan oppfattes som ufordelaktig, både i jobbsammenheng og i privatlivet.

Forskeren bør forholde seg til konsekvensene av en kvalitativ undersøkelse både med hensyn til den mulige skade den kan påføre deltakerne og de fordeler de kan forventes å få ved å delta i undersøkelsen. Eksempelvis kan subjektive holdninger være upopulære å si foran kolleger, men erfaringer som kommer frem kan også øke bevisstgjøring og forbedre arbeidspraksis. Det etiske prinsippet om velgjørenhet betyr at risikoen for å skade en deltaker bør være lavest mulig (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 107). Det kan være spesielt utfordrende å skulle utforske materiale hentet fra kolleger, i denne oppgaven sykepleierkolleger. Forskeren bør være klar over at den åpenhet og intimitet som kjennetegner mye kvalitativ forskning kan være forførende og få deltakerne til å gi opplysninger de kanskje senere vil angre på at de har gitt (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 107).

Kandidatene var bevisst sin rolle som forskere. Når sykepleiere studerer virksomheten på en sykehusavdeling oppstår det spesielle utfordringer (Malterud, 2017, s. 216). Spørsmål om mangelfull kunnskap og utøvelse av meldeplikten kan virke påtrengende og vanskelig. Mange sykepleiere vet at barnemishandling er et omfattende problem som de fleste har støtt på, ubemerket eller ei, og at mistanke om barnemishandling er meldepliktig. I slike

situasjoner skal kandidatene bruke sitt beste skjønn til å utøve en ansvarlig forskningsetikk i forhold til dem som betror sine erfaringer (Malterud, 2017, s. 216). Kandidatene ønsket å forstå og få innsikt i erfaringene intervjuobjektene satt på - både på godt og vondt. Det var også viktig at kandidatene som forskere og sykepleiere var uavhengige og ikke påvirket resultatene (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 108).

Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS) ble gjennomført for å kartlegge konsekvenser og sannsynlighet for uønskede hendelser, se vedlegg 5, (Helsebiblioteket, 2010). Kandidatene søkte om en forhåndsvurdering fra REK for å være sikre på at det ikke var behov for en etisk vurdering (vedlegg 3). For prosjekter som ikke anses som medisinsk eller helsefaglig forskning er det tilstrekkelig med tilrådning fra personvernombudet (Personopplysningsforskriften, 2005, §7-27). Det ble derfor sendt en søknad til NSD (vedlegg 4) som fungerer som personvernrådsgiver for forsker- og studentprosjekter ved OsloMet (OsloMet, 2016). Etter godkjenning fra NSD ble personvernombudet på det aktuelle sykehuset der gruppeintervjuet ble gjennomført kontaktet. Prosjektet ble meldt inn til personvernombudet via nettskjema der det ble vedlagt NSD-godkjenning, prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 1), samt informasjon om hvilke avdelinger det ble planlagt å rekruttere informanter fra. Etter godkjenning fra Personvernombudet ble det sendt brev til lederen ved det aktuelle sykehuset (se vedlegg 2).

5.0 RESULTATER

I dette kapitlet vil resultatene fra det semistrukturerte fokusgruppeintervjuet bli presentert. For å skape en god oversikt over funnene er dataene organisert i tre ulike kategorier basert på hva informantene delte av erfaringer og kunnskap. Innledningsvis vil kunnskapsnivået presenteres, herunder informantenes egen forforståelse av begrepet barnemishandling, behovet for god opplæring og godt samarbeid med barnevernet. Videre trekkes det frem ulike utfordringer som kan oppstå når informantene har observert tegn til meldepliktige forhold. Utfordringer rundt hva som er barnemishandling og ikke blir også belyst. Avslutningsvis vil betydningen av kollegers enighet eller uenighet presenteres, og det belyses hvorvidt dette påvirker utøvelsen av meldeplikten.

5.1 Høyt kunnskapsnivå

Analyseringen av funnene viser at informantene som var inkludert i studien har et høyt kunnskapsnivå. Informantene er bevisst de ulike aspektene ved barnemishandling, men presiserer likevel at det ofte fokuseres mest på den fysiske volden mot barn. Flere opplever å ha fått tilstrekkelig undervisning til å kunne avdekke og identifisere barnemishandling. Samtidig er det bred enighet om viktigheten av god undervisning og opplæring, da det er et utfordrende område å ha fokus på. Tross høyt kunnskapsnivå om barnemishandling og håndteringen av dette, etterlyser flere informanter tettere dialog og samarbeid med barnevernet.

For å studere hvilke erfaringer sykepleiere har med barnemishandling og bekymringsmeldinger, er det interessant å først undersøke hva sykepleiere legger i begrepet “barnemishandling”. Funnene viser at det er variasjoner i antall års erfaring med barnemishandling. Det fremkommer at majoriteten av informantene har mye erfaring, mens enkelte er mindre kjent med fagområdet. Det understrekes av flere informanter at mangelfull kompetanse kan medføre at man i større grad fokuserer på de fysiske aspektene ved mishandling, og overser de psykiske og mindre observerbare sidene. En av informantene trekker frem de ulike aspektene ved begrepet.

Barnemishandling er jo et egentlig vidt begrep [...]. Det handler jo både om vold, seksuelle overgrep, neglekt og psykisk mishandling... (Informant E)

En annen informant belyser hvordan manglende erfaring kan være en faktor som kan virke begrensende for hvordan man betrakter barnemishandling.

Det første jeg tenker på er fysisk og psykisk vold. [...]. Jeg tror det ofte er den fysiske volden som er det første som dukker opp. At det kanskje er lett å glemme de tingene som ikke er håndfaste. Sann som emosjonell mishandling og i forhold til omsorgssvikt.
(Informant D)

Det trekkes frem at barnemishandling kan innebære ulike grader av omsorgssvikt, ved at det eksempelvis også omfatter barn med urene klær og dårlig hygiene. Tegn til neglisjering kan imidlertid være vanskelig å identifisere. En informant poengterer at det er viktig å se forskjell på den vanlige skitten hos et lite barn som får utfolde seg, og den “inngrodde møkka” som kan vise tegn til omsorgssvikt.

Jeg bare tenker at man må ikke glemme den psykiske volden også, da. Det med omsorgssvikt og at man ikke får den kjærligheten av foreldrene. Det er ikke bare vold på en måte... [...] Men man har jo også omsorgssvikt; at man kommer med urene klær, er skitten under neglene, har stygg tannstatus og sårne ting. (Informant A)

De som er ustelt og møkkete – ikke fordi de kommer rett fra barnehagen. Du ser litt forskjell på den barnehagemøkka og den inngrodde møkka, hvis man kan si det på den måten. (Informant E)

Flere i gruppeintervjuet er enige i at råtne og dårlig vedlikeholdte melketenner er belastende for barnet, og at dårlig tannstatus er noe som bør bli fulgt opp og stilt spørsmålstegn ved. En informant utdyper denne problemstillingen videre.

Det har vært snakk om tenner og sånn [...]. Det er sikkert flere som gjør seg de erfaringene [...] men det er en tradisjon [...] at det er ikke viktig å pusse de melketennene for de skal jo falle ut likevel [...]. Det er jo ikke en direkte mishandling, men det er jo i hvert fall omsorgssvikt [...]. Vi skal pusse tennene selv om de skal falle ut når du blir 9 år. [...]. Det handler ikke om mangel på evne til å pusse tenner. Jeg har ikke fått med meg at noen har meldt det som en bekymring til barnevernet.
(Informant E)

Blant informantene er det varierende hvor mye undervisning de har gjennomgått og i hvilken grad de opplever å ha fokus på barnemishandling og å observere tegn på det. Erfaringene

varierer fra å ikke kunne huske å ha fått undervisning om temaet, til å føle at en egentlig ikke har behov for mer kunnskap på området. Mens enkelte informanter trekker frem generelle utfordringer ved å oppdage barnemishandling, er andre informanter tydelig på at de har gode rutiner og kunnskap om temaet.

Jeg lagde et seminar for ikke så lenge siden angående dette med barnevern og sosialpediatrisk-mottak. Så jeg føler jo at vi har hatt en del undervisning om det. Jeg føler vi har barnemishandling veldig mye i fokus. Men man blir jo aldri helt utlært, som med alle andre ting, at man trenger mer informasjon, og ja, lese seg opp på forskning. (Informant A)

Jeg har jo hatt dette som interessefelt i veldig mange år, så jeg føler vel egentlig at jeg kan ganske mye. Jeg tror ikke jeg trenger så mye mer akkurat per nå. (Informant E)

En av informantene forteller om en arbeidsplass som tilbyr sine ansatte kurs og seminarer om barnemishandling og med god oppfølging på teamet. Videre deler en annen informant erfaringer med å delta på slik undervisning.

Jeg òg hadde kurs om barnemishandling som en del av nyansattkurs man hadde før man startet på barneavdelingen. Og så har vi hatt fagdager om barnemishandling. Men selvfølgelig, man kunne absolutt hatt mer av det [...]. Føler egentlig at vi er flinke til å bruke det vi har av kunnskap i hvert fall, men at man kunne alltid få litt mer. [...] Så, litt sånne strategier, sånn man kan se etter i det skjulte, som foreldrene ikke plukker opp. Observasjoner, tidlige tegn og... ting som man kanskje ikke nødvendigvis hadde tenkt så mye over. (Informant B)

Kunne gjerne hatt mer kunnskap om tidlige tegn eller hva som er varsel hos foreldrene. Vi får bare beskjed om at man skal være flink til å dokumentere samspill og observere foreldrene. Men ikke så mye konkret hva er innenfor, og hva er ikke innenfor. Jeg tror det skal ganske mye til for at det blir sendt bekymringsmelding på min avdeling. (Informant D)

Erfaringer og utfordringer rundt bekymringsmeldinger og barnevern er et viktig funn i denne studien. Sykepleiere har både positive og negative opplevelser med barnevernet. Flere opplever at det ikke gjøres nok og opplever et “voksenvern” fremfor et barnevern. Funnene viser varierende erfaringer og opplevelser av samarbeidet med barnevernet og deres oppfølging av barna når sykepleierne først har sendt en bekymringsmelding. Flere av

informantene uttrykker at de syns dette er krevende og føler på en maktesløshet. Dette illustreres ved eksempler der barnevernet har vært involvert, men at sykepleier opplever at det ikke blir gjort nok. Denne opplevelsen bekreftes av en annen informant som forteller at det føles som det stilles mer opp for foreldrene enn barnet selv.

Jeg har litt erfaring med veldig mye bra samarbeid, hvor barnevernet har stilt opp veldig godt. Men så har jeg jo også opplevd at barnevernet var mer sånn "voksenvern" som vernet om mor og mors rettigheter. (Informant C)

Det er viktig å påpeke at funnene også viser positive erfaringer med barnevernet. En informant belyser at ved å forklare og ufarliggjøre barnevernet overfor foreldrene, kan barnevernet brukes som et veiledende organ for å bedre og tilrettelegge forholdene rundt barnet.

Vi sender ganske mange bekymringsmeldinger og snakker åpent om det med pårørende også. [...] Jeg føler det ligger en sånn negativ ladning rundt det med barnevernsmelding. At man kanskje bare noen ganger trenger litt hjelp og veiledning, og ikke nødvendigvis at noen skal komme og ta barnet deres. (Informant B).

Jeg føler at barnevernsloven er veldig streng. Jeg synes jo at det skal veldig mye til før de kan sette i gang med alvorlige tiltak. Men hvis man skriver bekymringsmeldingen og oppfører sitt eget navn, så får man jo en tilbakemelding om saken har blitt henlagt, eller om de har tatt saken videre. Så det kan jo hjelpe litt i forhold til om man har observert riktig. (Informant A)

Videre trekkes det frem utfordringer som oppstår dersom et barn med en pågående sak reinnlegges. Dette fordi sykepleieren ikke har mulighet til å få innsyn eller statusoppdatering i saken.

Men hvis de kommer inn igjen senere vet vi jo fortsatt ikke status på barnevernsmeldingen som vi har sendt. Og det er [...] litt dumt, da, at når vi melder så vet vi jo ikke hvor langt de har kommet i prosessen. (Informant C)

Når man først har sendt en bekymringsmelding, så savner man kanskje å få en tilbakemelding om de bekymringene man har hatt, og om de var reelle, sånn at man kan lære. Og kanskje man skal være enda mer obs siden jeg tror vi bare ser toppen av isfjellet. (Informant D)

5.2 Er det faktisk barnemishandling?

I det følgende vil vi presentere hvilke utfordringer sykepleierne i intervjuet trekker frem som fremtredende ved identifisering av barnemishandling. Foruten sykepleiers systematiske observasjoner bemerkes det hvorvidt skadeomfanget står i tråd med forklaringen foreldrene oppgir. I tillegg kommer det frem at en sjeldnere mistenker at ressurssterke foreldre er skyld i barnemishandling. Tegn på mishandling kan ofte være diffuse, og gode observasjoner, spesielt av samspill, kommer frem som særlig viktig. Samtidig belyses det hvordan tydelig fokus på å oppdage barnemishandling kan gjøre at en mistenker dette selv der det ikke er tilfelle.

Flere av informantene fremhever at foreldrenes forklaring på den aktuelle skaden kan være en tydelig indikator i arbeidet med å mistenke mishandling. En av informantene understreker betydningen av å foreta en slik vurdering.

Barna som kommer til sykehuset med hjernerystelse for eksempel, hvorvidt den hjernerystelsen er noe som er påført eller ikke, det tenker jeg litt på. Hvordan stemmer skaden med beskrivelsen foreldrene kommer med. Henger det på greip det de sier? (Informant E)

Vi får jo mange ganger spørsmål fra legevakslegen om at «ja, her er et eller annet som skurrer», og da må man se på samspill og forholdet til foreldrene og barnet. Og om barnet søker trøst i foreldrene eller søker trøst hos oss som er sykepleiere og fremmede... At man ser noen røde varseltrekanter da. Jeg har også erfaring med at barn sier rett ut at de opplever ting hjemme som kan være veldig vanskelig å stå i. Hvor de sier det foran foreldre og alt. Foreldrene kan reagere med både fornektelse, og andre kan også si at de synes det er ålreit at det blir fortalt. [...] Jeg har aldri opplevd en aggressiv reaksjon. Men man observerer jo at de blir tatt litt på senga. (Informant A)

Funnene viser videre at sykepleiere sjeldnere mistenker barnemishandling i familier med ressurssterke foreldre med høy utdannelse. Den ene informanten setter dette på spissen og poengterer hvordan fordommer hos ansatte kan påvirke hvorvidt man fatter mistanke.

Barnemishandling kan forekomme hos alle barn. Men jeg tror det er vanskeligere å oppdage de... hvor foreldrene er ressurssterke og oppegående og sånn...

(Informant D)

Altså, det er noe med følelsene våre. Og det er noe med forholdet til dette med kultur og de tingene der. [...] Og det viser jo egentlig litt rundt akkurat det med våre forutinntatte holdninger. (Informant E)

Altså, vi har jo null aksept for vold eller omsorgssvikt i det hele tatt... Men ja. Man kan komme fra andre kulturer hvor ting (oppdragervold) kan være mer lov, da. Og mer akseptabelt. (Informant A)

En informant trekker frem et eksempel på et tilfelle der barnemishandling ikke ble oppdaget i en familie, men at foreldrene deretter viste seg å være skyld i barnemishandling.

Det var ingen som tenkte i de banene i det hele tatt. Fordi, de viste fin omsorg, foreldrene var fine mot hverandre. De var bekymra. Det var ingen sånne varseltegn, egentlig. [...]. Det er jo en ekkel følelse, da. Og man tenker jo at mørketallene er ganske store... Absolutt. (Informant C)

Bekymring rundt potensielle mørketall og barn som ikke blir oppdaget er majoriteten i gruppeintervjuet bekreftende til. Funnene fra intervjuet belyser en opplevelse av at foreldrenes følelser og behov fort kan settes foran barnets og påvirke den objektive vurderingen.

Men jeg tenker jo at det er viktig at man tenker at man er her for barnets beste og ikke for mor og far. Sånn at man klarer å distansere seg lite grann over hva mamma og pappa føler, og at man heller tar sykdomshistorien og barnet i betraktning. (Informant A)

Intervjuer stiller et oppfølgingsspørsmål på om man har noen rutiner på å avdekke barnemishandling når barnet og familien kommer til sykehuset. Dette bekrefter flere informanter at de har, og de belyser at de har rutiner på å kle av og ta en undersøkelse av barnet. Det blir deretter gjort observasjoner i relasjon til innleggelsesårsak, samtidig som de ser etter andre mulige forklaringer på skadeomfanget. Slike observasjoner gjennomføres av både sykepleier og lege.

Og under legevisitten så kler vi ofte av barna på overkroppen i hvert fall, og ser etter inndragninger, og da ser vi også etter andre merknader, som utslett eller om de har fått noen sår eller blåmerker. Og om de har noe forklaring på hvorfor de har de. Det ligger litt i underbevisstheten å se etter andre ting også når man først kler av.
(Informant B)

Det fremgår også av funnene at en informant opplever det som krevende å identifisere barnemishandling. Informanten trekker frem at de har et fokus på å observere omsorgsevnen til foreldrene og deres evne til å imøtekomme barnets behov. Imidlertid er dette komplekse observasjoner ettersom det gjerne blir skjønnsmessige vurderinger. I tillegg kan foreldrene naturligvis være preget av situasjonen og således opptre på en unaturlig måte.

Jeg synes det er vanskelig... [...]. Hos oss blir det mer om man tror de er i stand til å ivareta barnet når de kommer hjem, enn å oppdage mishandling som har pågått. Det handler litt mer om foreldrenes evne til å lese barnet og imøtekomme barnets behov.
(Informant D)

Samspill mellom barnet og foreldrene er en viktig observasjon som samtlige informanter belyser. Barn med mangel på “sunn” skepsis og med en unormal tillit til ukjente mennesker kan være et varseltegn.

Hos oss ser vi litt mer på samspill mellom foreldre og barnet. Ofte har de fattet en liten følelse i mottak, og så får vi beskjed om å følge litt ekstra med på samspill, og deretter notere (dokumentere) objektivt hva vi opplever. Det er ikke alltid at vi opplever det samme. Jeg vil se etter empati og at de viser omsorg for barnet.
(Informant C)

Men at barn får veldig god tilknytning til meg som sykepleier, og kanskje mer meg enn mor og far. [...] Og det er jo litt bekymringsverdig. (Informant B)

Å skulle observere samspill blir av flere informanter beskrevet som krevende. Det understrekes spesielt utfordringer i forbindelse med å rette søkelyset på samspillet og hvordan dette kan påvirke hvilken opplevelse sykepleieren får av familien, samt muligens medføre at flere hendelser kan tolkes i negativ forstand.

En får beskjed om at man skal være ekstra observant i forhold til samspill, at man på en måte tolker alt negativt. At ting som forekommer hos alle foreldre blir bare uglesett

med de brillene at “disse foreldrene klarer ikke å ivareta barnet sitt”. Også har man jo andre som unnskylder foreldrene. [...] Så det er jo ganske mange hvor det egentlig ikke er noe omsorgssvikt eller barnemishandling, men at foreldrene på en måte er i sjokk selv. [...] At man kanskje ikke handler slik man ellers ville gjort. Hvis ikke sykepleierne er flinke nok til å forklare forventninger og tilpasse informasjonen, så kan mange foreldre bli sett på som at de ikke følger opp. (Informant D)

Under fokusgruppeintervjuet kommer det frem tanker og erfaringer rundt det å observere foreldre som viser kjærlighet og ønske om å ta vare på barnet sitt, men hvor det likevel avdekkes redusert kapasitet til å gi tilstrekkelig omsorg for barnet når sykdom inntreffer.

Jeg har også et annet eksempel hvor et barn har fått en kronisk sykdom som, ja la oss si for eksempel diabetes [...]. Også har du foreldre som ikke klarer å utføre den behandlingen til barnet, fordi de for eksempel er analfabeter, hvor man ser at omsorgen og alt er til stede, men så er det den medisinske delen som ikke de klarer å utføre. Og da kan jo ikke de ta vare på det barnet sånn sett. [...]. Viljen kan jo være der, men kanskje ikke forståelsen. (Informant C)

5.3 En individuell plikt

I det siste avsnittet vil funnene som belyser kollegers betydning når det kommer til meldeplikten bli presentert. Sykepleiere trekker frem både verdien av å kunne forhøre seg med kolleger ved mistanke om barnemishandling, samt utfordringene som kan oppstå dersom kolleger er uenig i hvorvidt en sak bør meldes. Slike uenigheter kan påvirke om det sendes bekymringsmelding. Likevel understrekes sykepleiers individuelle meldeplikt, men at det samtidig er betryggende at en leder er med på beslutningen som tas.

Jeg føler at vi stort sett, særlig sykepleierne, er ganske enige. Da er det fint å kunne rådføre seg og diskutere. Spesielt i de litt vanskelige situasjonene og at man hjelper hverandre og leser over dokumentasjonen og sånt. At man er veldig obs på måten man ordlegger seg, at det er objektivt og ikke subjektivt. (Informant D)

En annen informant underbygger viktigheten av at kolleger har samsvarende observasjoner som en selv. Dette fordi man får flere observasjoner og meninger som støtter opp om bekymringen, hvilket kan styrke bekymringsmeldingen til barnevernet. Informanten belyser

videre at det føles betryggende å være flere som går sammen om bekymringsmeldinger, ettersom foreldre kan ha en annen oppfatning av situasjonen.

At man ikke står der og, at det bare er din opplevelse. Også kan foreldre komme og si at “nei, nei, det her skjedde ikke”. (Informant A)

Vi diskuterer godt oss imellom, og vi er veldig gode på å være objektive, når vi skriver og observerer. Vi har jo hatt flere som har vært i avhør, og vært med i rettssaker. Så vi tenker hele tiden at det kan skje. Også pleier det å være lederne som sender inn barnevernsmelding. Også står vi for det, alle sammen. (Informant C)

Selv om det fremkommer at flere av informantene har gode erfaringer med å diskutere tilfeller av barnemishandling med kolleger, blir det på den andre siden også trukket frem utfordringer som kan oppstå. Eksempelvis kan kolleger ha vært uenige i observasjoner, som har medført vanskeligheter rundt hvorvidt man føler seg trygg på å melde inn en sak.

Ja, men det føler jeg skjer litt støtt og stadig. At man er litt uenige om det man ser og hva man vil. Men det er jo ikke noe lett å gå imot. Vi er jo kolleger alle sammen, men at man heller prøver å snakke om det da, og forklarer hvordan vi har sett det. Men det er jo mer naturlig at det er vi som har sett det, at det er vi som sender bekymringsmelding. [...] Vi har jo òg opplevd at sykepleierne mener en ting og legene noe helt annet, men da sender vi en bekymringsmelding på vegne av sykepleierne da. Det hender at vi gjør det. Men det er jo ikke ofte det skjer. (Informant B)

Vi tok imot et barn med bruddskade, [...] hvor det var sprikende forklaringer – mor sier én ting, far sier en annen [...]. Når man får sånne ting som det her, så er det så mange kirkeklokker som ringer at da, da må man begynne å stusse på hva er det som egentlig har skjedd her [...]. Det endte med at jeg meldte selv, fordi jeg ikke klarte å gå og kjenne på det [...]. Jeg valgte selv å melde fordi magefølelsen var så innmari dårlig, for det barnet. (Informant E)

Videre fremkommer det utfordringer rundt noe som blir opplevd som kulturforskjeller på ulike avdelinger når det kommer til terskelen for å sende bekymringsmeldinger. Tross utfordringer i å skulle melde noe som en kollega kanskje ikke sier seg enig i, poengteres det hvilket personlig ansvar vi har som sykepleiere, noe alle informantene sier seg enig i.

Jeg tenker jo her at det er en plikt og. Jeg har jo hatt flere episoder hvor jeg har tatt imot barn som jeg mistenker at her tilsvarer ikke skademekanismen forklaringen foreldrene kommer med, og da har jeg sagt til ansvarlig lege at jeg ønsker å melde til barnevern. Bare fordi jeg ønsker å vite at vi har "catchet" noe. Så er det jo deres (barnevernets) oppgave å utrede om det er noe alvorlig eller ikke. [...] Så jeg skriver fra min side med navn og hele pakka, også lar jeg min leder lese over det, også sender jeg det. Så uansett om legen ikke er enig med meg, så tenker jeg at jeg som sykepleier har like mye plikt som en lege har. [...] Men det er nok alltid godt å ha en leder i ryggen for sånne meldinger, da. (Informant A)

En informant oppsummerer utfordringene ved å avgjøre hvilke situasjoner det kan være riktig å sende bekymringsmelding, samt viktigheten av sykepleiers observasjoner av barnet og familien.

Vi vet jo egentlig ingenting. Vi må bare stole på det vi hører og kjenne på magefølelsen og ta det deretter... (Informant B)

6.0 DISKUSJON

I dette kapitlet vil studiens funn som ble presentert i resultatene bli diskutert opp mot eksisterende teori og tidligere forskning. Diskusjonen begynner med å sammenligne kunnskapsnivået blant informantene med eksisterende litteratur og forskning. Deretter vil sykepleierens skjønnsmessige vurderinger og observasjoner belyses. Avslutningsvis drøftes sykepleierens personlige ansvar for å sende bekymringsmelding og hvilke konsekvenser det kan få, sett opp mot de berørte partene. Underveis vil det også trekkes frem hvilken verdi studien kan ha og hvilket bidrag den kan gi til litteraturen og sykepleierens praksis.

6.1 Kunnskapsnivået

Internasjonal forskning og litteratur viser at fokuset på barnemishandling og meldeplikten er dårlig ivaretatt. Dette fremkommer blant annet av oversiktsartikkelen skrevet av James & Green (2018, s. 47) som presenterer forholdene rundt og konsekvensene av barnemishandling generelt. Før kandidatene gjennomførte denne studien antok kandidatene at lavt kunnskapsnivå og dårlig ivaretagelse av meldeplikten også kunne gjelde norske sykepleiere. Studien identifiserte imidlertid sykepleiere som ga uttrykk for det motsatte. Informantene som deltok i fokusgruppeintervjuet ga inntrykk av å ha et høyt kunnskapsnivå, og majoriteten opplevde at de ivaretok meldeplikten og sendte inn bekymringsmeldinger der de anså behov for det. Funnene belyste likevel variasjon i hvor mye erfaring de ulike sykepleierne hadde i det å identifisere mishandling og melde bekymring. Til tross for at majoriteten av fokusgruppen ga uttrykk for en tydelig og målrettet oppmerksomhet rettet mot barnemishandling, var det en informant som opplevde et mindre fokus på dette i sin avdeling. Vedkommende fremhevet utfordringer i forhold til temaet barnemishandling generelt og hvilke observasjoner som kan identifisere dette.

Det at studien avdekket et høyt kunnskapsnivå om barnemishandling blant sykepleiere samsvarte i liten grad med tidligere funn. To av de utvalgte oversiktsartiklene samt en fagartikkel bekrefter hverandre og finner at sykepleiere ofte mangler kunnskap og opplæring innenfor fagområdet (Albaek et al., 2018, s. 242; James & Green, 2018, s. 47; Perkins, 2018, s. 39). En mulig forklaring på at tidligere kunnskap og studiens funn spriker kan være at studiens informanter allerede var svært engasjerte i fagfeltet. De kan derfor i større grad ha søkt informasjon og kunnskap før de ble intervjuet. En sterk personlig interesse for temaet

barnemishandling ble tydeliggjort av en informant som fortalte at “jeg har hatt dette som interessefelt i veldig mange år”. Videre kan det tenkes at terskelen for å være deltaker i en studie kan være lavere dersom man allerede har en interesse for temaet. Funnene indikerte at barneavdelingene og sykehuset som informantene ble rekruttert fra sørger for god opplæring av sine ansatte. Dette kom tydelig frem under gruppeintervjuet da nesten samtlige informanter hadde deltatt på kurs og fagdager, i tillegg til at enkelte hadde ledet undervisning og seminarer om barnevern. På bakgrunn av dette kan det muligens hevdes at informantene som var med i denne studien ikke var representative for den gjennomsnittlige sykepleieren i Norge. Studien er imidlertid kvalitativ og har ikke som formål å skape generaliserbare funn. Informantenes bakgrunn gir en mulig forklaring på hvorfor funnene i studien og i eksisterende forskning spriker. Undervisning og opplæring er imidlertid ikke tilstrekkelig for å oppdage barnemishandling dersom ikke sykehusavdelingen har fokus på dette i sin praksis. En informant fortalte at de er flinke til å benytte seg av kunnskapen om barnemishandling og meldeplikt. En annen informant ga imidlertid uttrykk for at det skal mye til for at det blir sendt bekymringsmelding fra hennes avdeling. Dette funnet avdekker en variasjon mellom avdelinger. Hva som er årsaken til dette er uvisst, men informantene trakk frem avdelingens kultur som en mulig forklaring. Dette funnet blir nærmere diskutert under kapittel 6.3.

Funnene i studien kan bidra til å gi dypere innsikt i hva sykepleiere legger i begrepet barnemishandling. En informant understreket at barnemishandling er et vidt begrep, noe som støttes av eksisterende litteratur. En litteraturstudie utført av Green (2020, s. 109) som omhandler sykepleieres erfaringer med rapportering av barnemishandling viser at barnemishandling kan forekomme i mange former, noen mer håndfaste enn andre. Utfordringer rundt hva som legges i begrepet barnemishandling ble godt avdekket av informantene. Samtlige informanter trakk også frem at de primært assosierte barnemishandling med fysisk misbruk, og at de psykiske og mindre observerbare sidene ofte kunne bli oversett. For stort fokus på den fysiske formen for barnemishandling ble av en informant lagt frem som et mulig resultat av mangel på erfaring. Både faglitteratur og forskning, deriblant en omfattende oversiktsartikkel gjennomført av Albaek et al. (2018, s. 242) som tar utgangspunkt i kvalitative studier, fremhever at mangelen på opplæring og kunnskap kan være en av årsakene til at sykepleiere ikke sender bekymringsmeldinger (James & Green, 2018, s. 47; Kvello, 2015, s. 52; Perkins, 2018, s. 39). Sykepleierens etterlevelse av meldeplikten kan derfor knyttes opp mot behovet for undervisning og opplæring om temaet.

God kunnskap om temaet vil kunne gi sykepleieren en bedre trygghet i hva som anses som meldepliktige forhold.

Til tross for et høyt kunnskapsnivå understreket informantene behovet for kontinuerlig opplæring for å kunne opprettholde et tilstrekkelig fokus på dette krevende temaet. “Man blir jo aldri helt utlært”, presiserte en informant. Selv om utvalget i denne studien kan hevdes å representere sykepleiere med god opplæring og kunnskap opplyste en informant at hun ikke hadde deltatt på undervisning om temaet. Tidligere forskning og faglitteratur underbygger at opplæring og kurs innen barnemishandling er mangelfull (Albaek et al., 2018, s. 242; James & Green, 2018, s. 47; Kvello, 2015, s. 52; Perkins, 2018, s. 39). De informantene som hadde gjennomgått grundig opplæring etterlyste for øvrig et større undervisningsfokus på fremgangsmåter og strategier for å oppdage barnemishandling. Det ble fremhevet behov for økt kunnskap i forhold til å kunne observere tidlige tegn på barnemishandling, samt å kunne gjøre mindre åpenbare observasjoner av barnet samtidig som foreldrene er til stede.

For å gi helhetlige, koordinerte tilbud til den som har bruk for det, må tjenestene samarbeide. Lines et al. (2021, s. 332-333) bekrefter dette behovet for tverrfaglig tilnærming ved et så komplekst problem som barnemishandling. Forskningsresultatene i denne studien viste imidlertid at informantene etterlyste tettere dialog med barnevernet og opplevde et lite tilfredsstillende tverrfaglig samarbeid med dem. Samtlige informanter trakk samtidig frem både positive og negative erfaringer i samarbeidet med barnevernet. De oppga ikke mangelfull kommunikasjon med barnevernet som et hinder for å sende bekymringsmelding, slik det fremkommer at er tilfelle i forskningen til Lines et al. (2021, s. 336-339).

Studiens funn viste at flere informanter opplevde at barnevernet ikke gjorde nok. En kvalitativ studie med 21 australske sykepleiere presenterer at de fleste barna som meldes til barnevernet ikke får annen oppfølging enn en innledende vurdering (Lines et al., 2021, s. 333). Tall fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2021c) i Norge viser imidlertid at det i 2020 ble iverksatt tiltak etter undersøkelse i 30 prosent av de mottatte bekymringsmeldingene. Informantene understreket følelsen av maktesløshet i situasjoner der man opplevde at det ikke ble gjort nok for å hjelpe barnet. Denne følelsen fremkommer også i den kvalitative forskningen til Lines et al. (2021 s. 338), men det blir samtidig understreket at en eventuell negativ opplevelse av barnevernets respons ikke skal påvirke sykepleierens plikt til å melde ved mistanke om barnemishandling. Dette ble også bekreftet blant informantene i studien.

Et annet funn fra studien relatert til sykepleierens forhold til barnevernet var informantenes opplevelse av mangel på tilbakemelding og oppfølging etter sendt bekymringsmelding. En informant ga uttrykk for at det hadde vært nyttig å få tilbakemelding fra barnevernet på om bekymringer man hadde hatt faktisk var relevante. Dette bekreftes av internasjonal forskning som avdekker at helsepersonell etterlyser tilbakemelding på innsendt bekymringsmelding, og at manglende statusoppdatering på egen innsendt bekymringsmelding blir et hinder for å melde inn nye observasjoner (Albaek et al., 2018, s. 241). Annen forskning og litteratur underbygger dette, og de beskriver også at forholdet mellom sykepleier og barnevern ofte kan være dårlig (Kuruppu et al., 2020, s. 432; Lines et al., 2017, s. 315; Lines et al., 2021, s.336).

Den australske oversiktsartikkelen fremhever betydningen av å få informasjon og bli holdt oppdatert på sine egne innmeldte saker, og at dette kan føre til at sykepleieren lettere får lagt saken bak seg og står bedre rustet ved neste eventuelle sak (James & Green, 2018, s. 47). Dette samsvarer med funnene i denne studien. Funnene tydeliggjorde utfordringer med å ikke vite hvor langt i saksgangen en bekymringsmelding har kommet. Forskning gjort på området viser at helsepersonell får en mestringsfølelse av å ha gjort det rette i forhold til meldeplikten, uavhengig av om de hadde rett i mistanken (James & Green, 2018, s. 47). At sykepleiere stoler på at meldesystemet er et gjensidig samarbeids- og kommunikasjonsverktøy mellom to parter er viktig for at informasjonen flyter som den skal (Albaek et al., 2018, s. 237; Green, 2020, s. 111).

Et viktig bidrag til eksisterende litteratur om utfordringer rundt samarbeidet med barnevernet, er informantens opplevelse av barnevernet som *voksenvern* i stedet for barnevern. Lines et al. sin kvalitative studie (2021, s. 337) underbygger dette ved å trekke frem at sykepleiere føler de blir avvist av barnevernet og at de trenger "bevis" for å bekrefte mistankene sine overfor barnevernet. Helsedirektoratet understreker imidlertid at helsepersonell ikke skal gjennomføre undersøkelser for å bekrefte eller avkrefte innholdet i bekymringer dersom opplysningsplikten foreligger (Helsedirektoratet, 2022). Melde- og opplysningsplikt er unntatt fra taushetsplikten og setter hensynet til barnet først *når vilkårene for meldeplikt er tilstede* (Helsepersonelloven, 1999, §33).

6.2 Skjønnsmessige vurderinger

Symptomer på barnemishandling er ofte diffuse, slik som dårlig hygiene, uklare smerter, mistrivsel, dårlig vektøkning, forsinket utvikling og atferdsvansker (Markestad, 2016, s. 418). Opplevelsen av slike diffuse symptomer ble bekreftet av funnene i denne studien som også viste at sykepleierne opplevde barnemishandling som krevende å oppdage. En amerikansk studie med 48 pediatriske sykepleiere fremhever at det kan være forskjeller i hva sykepleiere anser som barnemishandling, og at de dermed kan ha ulikt syn på hva som er meldepliktige forhold (Ho & Gross, 2015, s. 263). Dette bekreftes både av Green (2020, s. 109) og Kuruppu et al. (2020, s. 430) som begge har gjennomført litteraturstudier og avdekker barrierer sykepleiere står overfor i møte med barnemishandling og det å melde slike forhold. Følgelig kan det oppstå utfordringer når slike skjønnsmessige vurderinger blir lagt til grunn for en eventuell mistanke. Det kan tenkes at tilfeldigheter rundt hvilken sykepleier som er på vakt og møter barnet kan være avgjørende for hvorvidt en sak meldes. Slike forhold kan bidra til at barnemishandling ikke oppdages. James & Green (2018, s. 48) beskriver ideen om å implementere rutinemessige kartleggingsverktøy for å avdekke barnemishandling for derved å unngå konsekvensene av subjektive holdninger. Slike kartleggingsverktøy ble ikke trukket frem av informantene, men objektiv dokumentering og rutinemessige vurderinger i mottak av barnet og familien ble presentert som vesentlige tiltak. Et kartleggingsverktøy for å avdekke barnemishandling kan tenkes å være problematisk, da det potensielt kan undertrykke de subjektive vurderingene. Meldepliktige forhold er komplekse, og et forsøk på å få denne skjønnsmessige vurderingen inn i et kartleggingsverktøy kan muligens gi uheldige utfall. Ohnstad og Gudheim (2019, s. 46) fremhever i sin bok svakheter ved å sende rutinemessige meldinger, ettersom det er ønskelig å foreta konkrete vurderinger i forhold til hvert enkelt tilfelle. Funnene i denne studien belyste kartleggingsmetoder, slik som å kle av barnet uavhengig av innleggelsesårsak. Informantene forklarte at de på denne måten for eksempel fikk sett på inndragninger, samtidig som de gjorde andre observasjoner, og at de på den måten kunne avdekke eventuelle tegn på barnemishandling.

Helsedirektoratet (2019b) uttrykker at terskelen for å melde skal være lav. Det er ikke nødvendig med sikker viten, men bekymringsmeldinger må bygge på mer enn en vag mistanke. Ohnstad og Gudheim (2019, s. 34) problematiserer imidlertid dette i sin bok med tittelen “Meldeplikt til barnevernet - er det nok å være bekymret?“, hvor de diskuterer hvordan “lav terskel for meldeplikt” misforstås av mange. Dersom det tolkes slik at

situasjonens alvorlighetsgrad kan være lav eller at terskelen for hva som defineres som alvorlig omsorgssvikt er lav, er dette uheldig. De understreker at “lav terskel” er ment som en oppfordring om å ikke nøle med å melde dersom man mistenker alvorlig omsorgssvikt. En mistolkning av hva “lav terskel” innebærer kan derfor føre til at unødvendig mange blir meldt.

Funnene fra studien og eksisterende litteratur benytter begge uttrykket *magefølelse* i arbeidet med å avdekke barnemishandling. En slik subjektiv følelse av at noe ikke stemmer, uten at man har håndfaste bevis, blir presentert både i forskning (Lines et al., 2017, s. 314) og i funnene i denne studien. Dette fremkom fra to av informantene som uttrykte at “vi vet jo egentlig ingenting. Vi må bare stole på det vi hører og kjenne på magefølelsen” og “jeg valgte selv å melde fordi magefølelsen var så innmari dårlig”. Denne dårlige magefølelsen blir presentert i oversiktsartikkelen som omhandler sykepleiers holdninger og roller i forhold til barnemishandling og meldeplikt (Lines et al., 2017, s. 314). Lines et al. beskriver videre hvordan en mistanke kan starte med sykepleierens egen intuisjon eller magefølelse av at noe ikke stemmer (2017, s. 314).

Et funn som ble betydelig vektlagt i denne studien, men som ikke har blitt trukket frem i forskning funnet i litteratursøket, er vurderingen om hvorvidt foreldrenes forklaring av barnets skade stemmer overens med skadeomfanget til det innlagte barnet. Slike observasjoner og vurderinger ble av informantene fremhevet som en viktig pekepinn i arbeidet med å avdekke barnemishandling. “Henger det på greip det de sier?” ble poengtert av en informant under gruppeintervjuet. Begrepet "røde varseltrekanter" ble trukket frem. Videre la samtlige informanter svært mye vekt på betydningen av observasjon av samspill mellom barnet og foreldrene, tilknytning og i hvilken grad foreldrene evner å se barnets behov og respondere adekvat på dette. Her trakk imidlertid en informant frem utfordringen ved å skulle være spesielt observant på og "se etter" barnemishandling, og hvordan dette potensielt kan føre til at for mye tolkes som meldepliktige forhold. Det kom frem av informantens utsagn at dersom sykepleier møtte familien med en forutinntatt holdning om at foreldrene ikke klarte å ivareta barnet, så kan forhold som i utgangspunktet var uskyldige bli tolket som bekymringsverdige. Foreldre som opplever at barnet deres blir innlagt på sykehus kan oppleve både uforutsigbarhet, usikkerhet, engstelse, ubehag og stress (Barnesykepleierforbundet, 2017, s. 3; Grønseth & Markestad, 2017, s. 63-64). En slik krisesituasjon poengterte en informant at kan medføre reaksjoner som innebærer unormal

oppførsel. På bakgrunn av dette understreket informanten at sykepleiere bør informere foreldrene om hva som forventes av dem, og på den måten bidra til å forhindre unødvendige beskyldninger. Mange foreldre kan oppleve det krevende å skulle finne sin plass på sykehuset, og herunder forstå skillet mellom hva som er sykepleierens og foreldrenes ansvarsområder.

Et annet perspektiv som kom frem i fokusgruppeintervjuet var at noen foreldre kan ha både et ønske og en intensjon om å ta vare på barnet sitt, men at barnets helsesituasjon setter krav til foreldrene som overgår deres evne og kapasitet. En informant mente at dette kunne føre til at de ikke kunne ta vare på barnet. Hvorvidt informanten mente at foreldrene ikke kunne ta vare på barnet i det hele tatt, eller om det kun var snakk om det medisinske aspektet, ble ikke utdypet. Det kan likevel diskuteres om informanten kunne argumentert med at hun opplevde dette som et meldepliktig forhold og at barnevernet burde kontaktes, basert på lovteksten “når det er grunn til å tro at et spesielt hjelpetrequende barn ikke får dekket sitt særlige behov for behandling eller oppfølging” (Helsepersonelloven, 1999, §33). Det presiseres imidlertid av Barne- og familiedepartementet (u.å) at hjelpetiltak først og fremst skal iverksettes i det hjemmet der barnet bor. Dette bekreftes av FNs barnekonvensjon som belyser at familieforholdet skal respekteres uten ulovlig innblanding (FNs barnekonvensjon, 1989, artikkel 8). Videre står det at barnet ikke skal bli skilt fra foreldrene mot deres vilje, unntatt når kompetente myndigheter i samsvar med gjeldende lover beslutter at slik atskillelse er nødvendig av hensyn til barnets beste (FNs barnekonvensjon, 1989, artikkel 9). Det kan også, i stedet for konkrete tiltak, gis råd og veiledning. Dette ble bekreftet i denne studien som belyste hvordan barnevernet kunne brukes til veiledning og hjelp. Barne- og familiedepartementet (u.å.) presiserer videre at dette kan bidra til å utnytte foreldrenes ressurser som omsorgspersoner, og på den måten ivareta deres foreldrefunksjoner slik at det ikke blir nødvendig å iverksette andre tiltak. Det er ikke nødvendigvis bare barneverntjenesten som kan gi slik veiledning. Noen ganger er andre etater nærmere barnet og med mer innsikt i barnets hverdag mer egnet, slik som for eksempel helsestasjonen. Det er nødvendig med foreldrenes samtykke før slike tiltak kan iverksettes.

Barnevernet kan være til stor nytte for familier som ønsker og trenger hjelp. En informant fortalte hvordan hun opplevde at foreldre ofte får negative assosiasjoner når barnevernet blir nevnt. Informanten tydeliggjorde verdien av å snakke åpent om dette med omsorgsgiver og om hvordan barnevernet kan gi god hjelp og veiledning både for familien og barnet. Dette

underbygges i lovverket, som belyser at foreldrene må samtykke til hjelp og veiledning fra barnevernet for at taushetsplikten ikke skal bli brutt (Helsepersonelloven, 1999, §33). I utgangspunktet kan ingen hjelpes mot sin vilje, og det er naturligvis krevende å tilby hjelp hvis det ikke er ønskelig. Å skille mellom å sende bekymringsmelding og å søke hjelpetiltak og veiledning hos barnevernet er viktig. Å motta hjelpetiltak fra barnevernet kan være veldig verdifullt, og ikke minst ønskelig for mange familier, hvis informasjonen blir lagt frem på en trygg og ivaretagende måte. Dette underbygges av barnesykepleierforbundet, som trekker frem viktigheten av det familiesentrerte perspektivet og hvordan sykepleiere både skal tilpasse sykepleien og fremme mestring (Barnesykepleierforbundet, 2017, s. 5). Informanten poengter verdien av å snakke åpent om barnevernet med pårørende og forsøke å fjerne den negative ladningen rundt hjelpeinstansen, da dette kan bidra til et godt samarbeid for barnets beste. Dette bekreftes av Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2021b) som fremhever at foreldre som har behov for veiledning fra barnevernet og får den hjelpen og støtten de trenger, bedre vil kunne mestre sitt omsorgsansvar. Barnesykepleierforbundet (2017, s. 5-6) informerer om at en barnesykepleier skal skape et miljø rundt barn/ungdom og omsorgspersoner som er preget av medmenneskelighet og nærhet, og at det er viktig å vektlegge relasjonsaspektet i behandlingen av barnet og omsorgspersonen. Informanten viste god innsikt i hva barnevernet kan brukes til og fortalte videre at mange foreldre kun trenger litt hjelp og veiledning. Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som i utgangspunktet er undergitt lovbestemt taushetsplikt skal den som opplysningene gjelder for, så langt forholdene tilsier det, informeres om hvilke opplysninger som er gitt (Helsedirektoratet, 2019a). Dette bekreftes av nyere forskning som avdekker at å drøfte bekymringen for barnet sammen med en forelder kan bidra til å løse utfordringene, og man unngår dermed å sende bekymringsmelding (Lines et al., 2021, s. 339). Det fremkommer dog i samme forskningsartikkel at ikke alle sykepleiere er komfortable med å diskutere dette, blant annet grunnet aggresjon hos foreldrene (2021, s. 339). Denne opplevelsen avkreftet en informant i denne studien som påpekte at hun aldri hadde opplevd en aggressiv reaksjon.

Sykepleiere har ulik oppfatning av hva som er akseptabel og uakseptabel fysisk og psykisk maktbruk i forbindelse med oppdragelse (Ho & Gross, 2015, s. 262). Basert på studiens funn ble det identifisert en usikkerhet rundt "hva er innenfor, og hva er ikke innenfor" når det kom til oppdragelse og ivaretagelse av et barn. Dette funnet bekreftes av eksisterende litteratur som belyser usikkerheten rundt hva som er akseptabelt innen barneoppdragelse og hva som defineres som mishandling (Perkins, 2018, s. 39). Sykepleiers personlige oppfatninger og

holdninger blir igjen et viktig tema da dette kan påvirke hvorvidt en mener en står overfor meldepliktige forhold. En informant påpekte at det kan være ulike kulturelle oppfatninger av oppdragervold og hva som er akseptabelt. Barneombudet presiserer imidlertid at vold ikke er akseptabelt i Norge, heller ikke som en del av oppdragelsen (Barneombudet, u.å).

Forskningsresultatene fra denne studien avdekket en usikkerhet rundt hva sykepleiere anså som kritikkverdige forhold. Dette ble belyst ved diskusjonen om urene klær, skitne negler og dårlig tannstatus. Flere av informantene bekreftet at de anså dette som omsorgssvikt, men på tross av dette fortalte en informant at dette ikke ble meldt til barnevernet. En informant poengterte forskjellen på et barn som har skitne klær etter lek i barnehagen, forventet “barnehagemøkk”, og et barn med “inngrodd møkk” som kan være tegn på omsorgssvikt og neglisjering. I denne sammenhengen reiser spørsmålet seg om hva eller hvem som avgjør hva som er kritikkverdig og ikke.

Videre fremhever en amerikansk fagartikkel at sjansen er mindre for at en bekymringsmelding blir sendt når familien er velkledd, velstående og utstråler vennlighet (Perkins, 2018, s. 39). Dette ble bekreftet av informantene i denne studien som avdekket fordommer og holdninger sykepleier kan ha. En informant la frem et eksempel der et foreldrepar viste både kjærlighet og omsorg og “var fine mot hverandre”. Likevel ble det i ettertid avdekket at foreldrene var skyld i barnemishandling, noe ingen hadde mistenkt. Funnene i denne studien bekreftet videre at det kan være lettere å mistenke barnemishandling hos de med innvandrerbakgrunn. Dette underbygges av den samme amerikanske artikkelen som viser at familier som er fattige, har innvandrerbakgrunn eller annen minoritetsbakgrunn oftere blir meldt inn (Perkins, 2018, s. 39). Informantene fra studien belyste blant annet utfordringer rundt det som kunne anses som kulturelle forskjeller og personlige holdninger når det gjelder oppdragervold og andre forhold som for eksempel vedlikehold av melketenner. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2021a) belyser at det i Norge sendes inn dobbelt så mange bekymringsmeldinger på barn blant innvandrere som på barn uten innvandrerbakgrunn. Dette blir bekreftet av funnene i denne studien som avdekket at det kunne være vanskelig å mistenke barnemishandling hos ressurssterke foreldre og lettere å mistenkeliggjøre familier med annen bakgrunn. Slike funn skapte uro hos en informant som uttrykte bekymring rundt eventuelle mørketall på barn som ikke blir oppdaget og meldt, spesielt hos barn av ressurssterke foreldre som de færreste mistenker. Bekymringen om at for få tilfeller av barnemishandling avdekkes kom også til uttrykk hos en annen informant. Vedkommende var bekymret for at man kanskje bare ser toppen av isfjellet i arbeidet med

barnemishandling. Dette bekreftes av rapporten fra Kripos som gjennomgår et utvalg av svært alvorlige tilfeller av vold mot de aller yngste barna. Rapporten forteller at vold mot de yngste barna er vanskelig å forebygge, avdekke og etterforske fordi barna mangler språk og har liten eller ingen mulighet til å fortelle hva som har skjedd (Kripos, 2019, s. 3).

6.3 Et personlig ansvar

Ifølge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer plikter sykepleier å sette seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten og å ha et faglig, etisk og personlig ansvar for egne vurderinger og handlinger i sykepleieutøvelsen (Norsk sykepleierforbund, 1983). Dette styrkes av Barnesykepleierforbundet som skriver at en sykepleier med master- eller videreutdanning i barnesykepleie skal inneha kunnskap om barns fysiske, psykiske og sosiale utvikling, og holde seg faglig à jour på oppdatert forskning (2017, s. 1-7). Det stilles nye og økte kompetansekrav til barnesykepleiere, og det forventes mer av en barnesykepleier enn av en sykepleier med bachelorutdanning (Barnesykepleierforbundet, 2017, s. 3). Som tidligere nevnt viste funnene fra studien et høyt kunnskapsnivå om barnemishandling blant informantene. Selv om informantene formidlet god kunnskap om temaet og gode rutiner for å melde, fremhevet de samtidig hvilken betydning kolleger hadde i prosessen med å mistenke barnemishandling. Verdien av å være flere som har observert det aktuelle tilfellet, kvalitetssikre hverandres dokumentasjon og betydningen av å ha en leder som er enig i avgjørelsen om å melde ble lagt frem. Tidligere forskning trekker frem sykepleieres følelse av hierarki som gir behov for å rådføre seg med kolleger før bekymringsmelding sendes (Lines et al., 2017, s. 315). Dette er imidlertid ikke et fenomen som ble trukket frem i denne studien. Informantene opplevde uenighet både med medsykepleiere og leger, men la ikke vekt på at uenighet fra enkelte yrkesgrupper eller sykepleiere med lengre ansiennitet var spesielt krevende.

En informant i studien belyste at det ofte var uenighet blant kolleger, både om hva som ble observert og hva en mente var riktig å gjøre videre. Dette opplevdes utfordrende. En annen informant fortalte imidlertid at kollegene stort sett var enige seg imellom, spesielt sykepleierne. Selv om det opplevdes utfordrende at kolleger var uenige i ens egen vurdering av barnemishandling, understreket alle informantene i studien sykepleierens individuelle plikt til å melde mistanke om barnemishandling til barnevernet. Denne opplysningsplikten er

lovfestet i Norge (Helsedirektoratet, 2019b; Helsepersonelloven, 199, §33), og slik informantene selv presiserte har helsepersonell et selvstendig og personlig ansvar (Helsedirektoratets, 2019b). Disse funnene står i kontrast til tidligere forskning, som avdekker at flere sykepleiere lar være å sende en bekymringsmelding dersom kolleger er uenige i avgjørelsen (Green, 2020, s. 112; Lines et al., 2017, s. 315).

En fagartikkel fra Amanda Perkins (2018, s. 39) tar for seg varseltegnene på barnemishandling. Slike varseltegn ble også bemerket av informantene i denne studien. Artikkelen fremhever at mange sykepleiere har en manglende ansvarsfølelse, og flere unnlater å melde fordi de forventer at andre skal ta tak i saken. Dette bekreftes av ytterligere to oversiktsartikler (Albaek et al., 2018, s. 242; James & Green, 2018, s. 47), samt i boken av Killén om barn og familier i omsorgssvikt- og overgrepssituasjoner (2015, s. 337). Slik manglende ansvarsfølelse var imidlertid ikke et funn informantene presenterte. De beskrev både et høyt kunnskapsnivå og tydelig fokus på temaet, samt bevisstheten rundt individuell plikt og det å lytte til egen magefølelse. Helsedirektoratet (2019b) understreker at en antakelse om at andre melder går imot det personlige ansvaret. En rekke sykepleiere fra en kvalitativ studie belyser likevel at sykepleiere som er vitne til en situasjon som er meldepliktig, føler et større ansvar for at saken raskt blir rapportert til barnevernet (Lines et al., 2021, s. 337).

En sykepleier som sender bekymringsmelding til barnevernet har et personlig ansvar for den bekymringsmeldingen. Det er viktig å trekke frem at en melding om mistenkt barnemishandling veier tungt når den kommer fra en sykepleier. Ohnstad & Gudheim legger frem at de strenge vilkårene for meldeplikt gjør at barnevernet gjerne oppfatter situasjonen som barnet befinner seg i spesielt alvorlig når meldingen kommer fra en offentlig instans. Dette kan videre bidra til at den videre prosessen blir mer inngripende enn nødvendig (Ohnstad & Gudheim, 2019, s. 4-5).

Det er viktig at familier som har behov for helsehjelp til sitt barn har et tillitsforhold til helsevesenet og helsepersonell og er trygge på at personopplysninger blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Det understrekes også at enhver fritt skal kunne oppsøke helsetjenesten ved behov og føle seg trygg på at de kan gi den informasjonen som er nødvendig for at helsepersonell skal kunne gi forsvarlig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2019a). Legges terskelen for meldeplikt for lavt, kan dette både gå ut over tillitsforholdet mellom foreldre og helsevesenet og føles som et alvorlig overtramp og inngrep i privatlivet (Ohnstad &

Gudheim, 2019, s. 3). Når opplysninger kommuniseres til barnevernet uten at familien blir informert, mister familien kontrollen over informasjonen. Det vektlegges samtidig at barnevernet skal hindre at kunnskap om undersøkelsen blir spredt unødig (Barnevernloven, §4-3). Dette underbygges av Helsedirektoratet (2019a) som informerer om at foreldre må føle seg trygge på at opplysninger som gis i forbindelse med helsehjelp ikke benyttes i andre sammenhenger eller havner hos uvedkommende. Dette er hensyn en sykepleier må ta i betraktning og ha et bevisst forhold til i møte med å ivareta og utøve meldeplikten. Disse vurderingene belyser igjen hvor komplekst og krevende dette er for sykepleieren.

Et godt tillitsforhold mellom barnevern og sykepleiere er helt vesentlig for at kritikkverdige forhold rundt et barn blir tatt tak i. Forskning belyser også at sykepleierne må kunne stole på at bekymringsmeldinger som viser seg å være feilaktig ikke får negative konsekvenser for sykepleieren (Green, 2020, s. 111). Det er likevel viktig å drøfte slik forskning i lys av taushetsplikten og norsk lovverk. Dersom sykepleier har *grunn til å tro* eller mistenker barnemishandling skal en bekymringsmelding sendes til barnevernet (Helsepersonelloven, 1999, §33). En generell, udefinert bekymring er imidlertid ikke tilstrekkelig. Ohnstad og Gudheim (2019, s. 50) understreker at uten en konkret mistanke foreligger det heller ingen meldeplikt. Avsender skal ha gjort en egen vurdering av barnets omsorgssituasjon og videre funnet at det er grunn til å tro at denne er alvorlig sviktende. I et slikt tilfelle vil meldeplikten være oppfylt. Det er viktig å poengtere at en sykepleier eller annet helsepersonell ikke står uten ansvar dersom bekymringsmeldingen er “grunnløs”. Taushetsplikten og tillitsforholdet mellom familien og helsevesenet er av høy viktighet og skal behandles med varsomhet (Helsedirektoratet, 2019a). Brudd på taushetsplikten grunnet feilaktig håndtering av meldeplikten *kan* få negative konsekvenser for sykepleieren.

7.0 KONKLUSJON

I denne siste delen av oppgaven vil studiens problemstilling bli besvart ved å presentere studiens hovedfunn, kliniske implikasjoner, forslag til videre forskning og eventuell konsekvens for praksis.

Informantene i studien viste et høyt, men varierende kunnskapsnivå med erfaring og fokus på barnemishandling. Dette funnet skiller seg fra tidligere forskning som viser mangel på opplæring om temaet. I tillegg til viktigheten av god opplæring ble verdien av et godt samarbeid med barnevernet understreket. Videre bekreftet studien tidligere forskning og litteratur som tydeliggjør utfordringene relatert til det å oppdage barnemishandling. Informantene la vekt på nødvendigheten av systematiske observasjoner av barnet, og viktigheten av å vurdere om foreldrenes forklaring av barnets skade samsvarer med skadeomfanget. Tidligere forskning viser at sykepleiers fordommer og forutinntatte holdninger kan påvirke hvorvidt det fattes mistanke. Dette ble også bekreftet i denne studien. Avslutningsvis poengterte informantene både verdien av og utfordringene ved å ha kolleger å diskutere med ved mistanke om barnemishandling. Tidligere forskning presenterer en manglende ansvarsfølelse blant sykepleiere relatert til barnemishandling og hvordan uenighet med kolleger kan påvirke hvorvidt en velger å melde til barnevernet. Informantene i denne studien hadde imidlertid et tydelig fokus på sykepleierens individuelle meldeplikt.

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om og forståelse for hvordan sykepleiere ved forskjellige avdelinger ved ett sykehus i Norge opplever, tenker og handler ved mistanke om barnemishandling. Studiens funn kan bidra til å forbedre klinisk praksis og skape bedre innsikt i, og økt fokus på, hvordan sykepleiere som gruppe ivaretar og utfører meldeplikten. Resultatene kan videre inspirere til forbedringsarbeid på sykepleier- og avdelingsnivå, samt bidra til nye forskningsprosjekter for å sikre helse, trygghet og rettigheter for barn og unge. Dette samsvarer med barnesykepleierens indirekte pasientrettede funksjon, hvor kvalitetsutvikling og forskning står sentralt for å utvikle faget nasjonalt og internasjonalt. Både funnene fra denne studien og det faktum at annen kvalitativ forskning innen oppgavens problemstilling tilsynelatende ikke er utført i Norge skaper et ønske om videre forskning på temaet her i landet.

8.0 LITTERATURLISTE

- Albaek, A. U., Kinn, L. G. & Milde, A. M. (2018). Walking Children Through a Minefield: How Professionals Experience Exploring Adverse Childhood Experiences. *Qualitative Health Research*, 28 (2) 231-244.
<https://doi.org/10.1177%2F1049732317734828>
- Barneombudet. (u.å). *Vold og overgrep*.
<https://www.barneombudet.no/for-barn-og-unge/dine-rettigheter/vold-og-overgrep>
- Barne- og familiedepartementet. (u.å). *Retningslinjer om hjelpetiltak, jf. barnevernloven § 4-4*. Regjeringen. Hentet 5. mai 2022.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/retningslinjer-om-hjelpetiltak-jf.-barnevernloven--4-4/id2482116/?ch=2>
- Barnesykepleierforbundet. (2017). *Barnesykepleier - funksjons- og ansvarsområder*.
<https://www.nsf.no/Content/3518177/cache=20171309161006/Barnesykepleier>
- Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester (LOV-1953-07-17-14). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2021a, 13. oktober) *Bekymringsmeldinger til barnevernet*. Bufdir.
https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/
- Barne- ungdoms -og familiedirektoratet. (2021b, 9. februar) *Slik jobber barnevernet*. Bufdir.
https://bufdir.no/Barnevern/Om_barnevernet/Om_barnevernet/
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2021c, 17. desember) *Oppsummert status i tall for barnevernet*. Bufdir.
https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Oppsummert_status_i_tall_for_barnevernet/
- Critical Appraisal Skills Programme. (u.å.) CASP CHECKLIST. Hentet 9. mai 2022 fra
<https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018a). *CASP Qualitative Checklist*. CASP.
https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018b). *CASP Systematic Review Checklist*. CASP.
https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018_fillable-form.pdf
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg). Gyldendal Akademisk
- FNs barnekonvensjon. (1989). FNs konvensjon om barnets rettigheter. Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf

- Førde, R. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/loverretningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Green, M. (2020). Nurses' Adherence to Mandated Reporting of Suspected Cases of Child Abuse. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, 109-113.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.06.007>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (4. utg.) Fagbokforlaget
- Gudheim, Y. & Ohnstad, B. (2019). *Meldeplikt til barnevernet - er det nok å være bekymret?* (1. utg). Institutt for medisinsk rett.
- Helsebiblioteket. (2010). *ROS-analyse*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/ros-analyse>
- Helsebiblioteket. (2015). *Ferdige fagprosedyrer: Traumer, stress og overgrep*.
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/?subject=246608>
- Helsebiblioteket. (2016a). *Kunnskapspyramiden med eksempler på kilder* [Figur]. Kunnskapsbasertpraksis.no
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Kunnskapsbasert praksis* [Figur]. Kunnskapsbasertpraksis.no
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsebiblioteket. (2018). "MeSH på norsk" i Helsebiblioteket - verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk. Legemiddelaktuelle.
<https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-v-erktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>
- Helsebiblioteket. (2016b, 3. juni). *PICO*. Kunnskapsbasertpraksis.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet. (2019a, 1. mai). *Taushetsplikt og opplysningsplikt*.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/taushetsplikt-og-opplysningsplikt/taushetsplikt-og-samtykke#helsepersonells-taushetsplikt>
- Helsedirektoratet. (2019b, 11. november). *Opplysningsplikt: Helsepersonell skal melde fra til barnevernet når vilkårene for opplysningsplikten er oppfylt*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/feillesdel-opplysningsplikt/opplysningsplikt-helsepersonell-skal-melde-fra-til-barnevernet-et-nar-vilkarene-for-opplysningsplikten-er-oppfylt>
- Helsedirektoratet. (2022, 25. mars). § 33. *Opplysningsplikt til barnevernet*.
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/opplysningsplikt-m.v/-33.opplysningsplikt-til-barnevernet#ba5a4ee7-68f8-438b-bafc-2bac87a5ae22>

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Ho, G. W. K. & Gross, D. A. (2015). Pediatric Nurses' Differentiations Between Acceptable and Unacceptable Parent Discipline Behaviors: A Q-Study. *Journal of Pediatric Health Care*, 29 (3), 255-264. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.12.004>
- James, F. & Green, J. (2018). Long term effects of child abuse: lessons for Australian paediatric nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 42-51. <http://www.ajan.com.au/Vol35/Issue4/5James.pdf>
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (6. utg.). Abstrakt forlag.
- Killén, K. (2015). *Sveket I: Risiko og omsorgssvikt - et helseproblem og tverrfaglig ansvar*. (5. utg.). Kommuneforlaget AS.
- Kripos. (2019). *Alvorlig vold mot små barn*. Politiet. <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/vold-mot-barn/alvorlig-vold-mot-barn.pdf>
- Kuruppu, J., McKibbin, G., Humphreys, C. & Hegarty, K. (2020). Tipping the Scales: Factors Influencing the Decision to Report Child Maltreatment in Primary Care. *TRAUMA, VIOLENCE & ABUSE* 21(3), 427-438. <https://doi.org/10.1177/1524838020915581>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvelling, Ø. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner*. (2. utg.) Gyldendal Akademisk.
- Lines, L. E., Hutton, A. E. & Grant J. (2017). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 302-322. <https://doi.org/10.1111/jan.13101>
- Lines, L. E., Hutton, A. & Grant J. M. (2021). Constructing a Compelling Case: Nurses' Experiences of Communicating Abuse and Neglect. *Child Abuse Review*, 30(4), 332-346 <https://doi.org/10.1002/car.2697>
- Lobe, B., Morgan, D. & Hoffman, K.A. (2020). Qualitative Data Collection in an Era of Social Distancing. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1-8.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri* (3. utg.) Fagbokforlaget.

- Norsk barnelegeforening. (2012). *Pediatriveiledere; Sosialpediatri*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=6747&menuitemkeylev2=6572>
- Norsk Sykepleierforbund. (1983). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Ohnstad, B. & Gudheim, Y. (2019). *Meldeplikt til barnevernet. Er det nok å være bekymret?* Ordskifte forlag
- OsloMet. (2016, 23. februar). *Melding til Norsk senter for forskningsdata (NSD)*. OsloMet Ansatt. Hentet 3. mai 2022 fra <https://ansatt.oslomet.no/melding-nsd>
- OsloMet. (2021, 16. juni). *Gjennomføring av forskningsprosjekter under koronautbruddet*. OsloMet Student. Hentet 3. mai 2022 fra <https://student.oslomet.no/gjennomforing-av-forskningsprosjekt-som-behandler-personopplysninger>
- Perkins, A. (2018). The red flags of child abuse. *Nursing made Incredibly Easy!* 16(2), 35-41.
<https://doi.org/10.1097/01.NME.0000529946.76463.6b>
- Personopplysningsforskriften. (2005). Forskrift om endring i forskrift om behandling av personopplysninger (personopplysningsforskriften) (FOR-2005-05-06-408). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2005-05-06-408>
- Reneflot, A. (2020, 2. januar). *Vold og seksuelle overgrep*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/>
- Sanner, M. (Red.) (2020). *Klokket om vold og overgrep*. Universitetsforlaget
- Sasaki, K & Tan, S. (2018). *Publication ethiv (1) "salami slicing"*. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences/Volume 25 (6) s. 321-321.
<https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.oslomet.no/doi/full/10.1002/jhbp.561>
- Statistisk sentralbyrå. (2022, 2. mars). *Helse-og sosialpersonell*. Hentet 10. mai 2022 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers/aar>
- World Health Organization. (2020). *Child maltreatment*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- World Medical Association. (2018, 9. juli). *WMA declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

9.0 VEDLEGG

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema



Vil du delta i et forskningsprosjekt?

Meldeplikt i praksis – Hvilke erfaringer har sykepleiere med å mistenke barnemishandling og melde bekymring til barnevernet?

Dette er et spørsmål til deg som sykepleier ved en barneavdeling om å delta i et forskningsprosjekt. Resultatet fra denne studien vil bli publisert som en masteroppgave i barnesykepleie og senere eventuelt utgitt som en forskningsartikkel. Formålet med prosjektet er å få økt kunnskap og forståelse for sykepleieres erfaringer med å mistenke barnemishandling og å sende bekymringsmelding til barnevernet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formålet med studien

1 av 20 barn og unge voksne i Norge vokser opp under forhold preget av barnemishandling, og om lag 1 av 5 opplever mindre alvorlig fysisk vold. Barnemishandling kan forekomme i mange former; fysisk, psykisk, emosjonell, mental og seksuell mishandling, samt vanskjøtsel, omsorgssvikt, vitne til vold i hjemmet og neglisjering av barnet. Barn som observerer eller blir utsatt for stadig nye voldelige episoder, eller blir sosialt eller emosjonelt isolert defineres også som barnemishandling. Alle disse formene for barnemishandling blir i dette prosjektet omtalt og forkortet med samlebetegnelsen barnemishandling.

Internasjonalt er både fokuset på barnemishandling og meldeplikten dårlig ivaretatt, og det er grunn til å tro at dette også er tilfellet i Norge. Det er imidlertid lite erfaringsbasert forskning på området, hvilket gjør det interessant å undersøke hvilke meninger og erfaringer sykepleiere i Norge har. Vi vil undersøke hvordan sykepleiere forholder seg til mistanke om barnemishandling, samt deres erfaringer med å sende bekymringsmelding til barnevernet.

Som intervjuere vil vi bidra til en trygg og åpen atmosfære der fokuset er å dele erfaringer og tanker. Konfidensialitet innad i gruppen er viktig.

Det søkes sykepleiere og spesialsykepleiere med minimum to års erfaring med arbeid fra barneavdelinger. Prosjektet vil gjennomføres som et gruppeintervju med 4-8 informanter fra ulike poster på samme sykehus. Det vil tilstrebes å gjennomføre gruppeintervjuet i tilknytning til arbeidstiden på dagtid.

Prosjektet er et forskningsprosjekt i forbindelse med mastergrad i barnesykepleie ved OsloMet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet er ansvarlig for prosjektet. Veileder er førsteamanuensis Nina M. Kynø.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har vært i kontakt med avdelingsledere, som igjen har kontaktet barneavdelinger og fagsykepleiere ved sykehuset der du er ansatt. Prosjektet er godkjent gjennomført på din post og alle ansatte der har blitt kontaktet. På bakgrunn av dette mottar du dette informasjonsskrivet. Skrivet er også sendt til ansatte ved andre poster der prosjektet er godkjent gjennomført.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i dette forskningsprosjektet vil du bli med i et gruppeintervju med 4-8 deltakere. Intervjuet vil vare i 60-90 minutter og bli tatt opp med lydopptak. Gruppeintervjuet vil bli gjennomført digitalt via Zoom, grunnet restriksjoner relatert til covid-pandemien. Det er viktig at deltakerne i gruppeintervjuet sitter på et uforstyrret sted som hindrer andre i å lytte til intervjuet.

Svarene vil anonymiseres og lagres elektronisk. Dine svar vil ikke kunne bli sporet tilbake til deg.

I tillegg til lydfilene vil vi ha behov for å få informasjon om din alder, kjønn, antall års erfaring ved barneavdeling, utdanningsnivå og arbeidsplass.

Du vil være med på å bidra til økt forståelse og kunnskap innenfor barnesykepleiefaget. Resultatene kan også bidra til nye prosjekter for å sikre barn og ungdoms helse, trygghet og rettigheter.

Taushetsplikt

Under intervjuet har både forskere og informanter et felles ansvar for at det ikke kommer fram taushetsbelagte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner. Vi gjør deg derfor på forhånd oppmerksom på at hverken navn eller andre identifiserbare bakgrunnsopplysninger må oppgis.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Ved behandlende institusjon vil kun de to studentene og deres veileder ved OsloMet ha tilgang til informasjonen.
- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene vil navnet og kontaktopplysningene dine bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Lydfilene vil oppbevares slik at kun de to studentene har tilgang, og det er kun de to som vil høre på opptakene i ettertid.

Deltakerne i intervjuene vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen da alle utsagn vil anonymiseres.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2024. Etter prosjektslutt vil lydfilene bli slettet og dokumenter med kontaktopplysninger bli makulert.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du ønsker å delta, eller har spørsmål til studien eller dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudentene på mail: s346823@oslomet.no eller SMS: 902 82 458.

- OsloMet ved Nina Margrethe Kynø, mail: ninam@oslomet.no eller SMS: 905 61 929.
- Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen, mail: personvernombud@oslomet.no.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på mail: personverntjenester@nsd.no eller på telefon: 555 82 117.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Nina Margrethe Kynø

Studenter

Caroline Klemp & Kristine Marie Fonnelop

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Meldeplikt i praksis – Hvilke erfaringer har sykepleiere med å mistenke barnemishandling og melde bekymring til barnevernet*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

å dele kontaktinformasjon som telefonnummer, alder, kjønn, antall års erfaring ved barneavdeling, utdanningsnivå og arbeidsplass.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Brev til avdelingsledelsen

Caroline Klemp

Barnesykepleier ved KAB4, Oslo Universitetssykehus

Masterstudent i barnesykepleie ved OsloMet

s347017@oslomet.no, 98679403

Kristine Marie Fonnelop

Barnesykepleier ved NIN1, Oslo Universitetssykehus

Masterstudent i barnesykepleie ved OsloMet

s346823@oslomet.no, 90282458

Oslo, 15.11.2021

Til avdelingsledelsen

navn, Avdelingssjef

Avdelingsnavn og sykehusnavn

Adresse

Søknad om tilgang til feltet for å gjennomføre et mastergradsprosjekt i barnesykepleie

Vi er to barnesykepleiere som skal gjennomføre et masterprosjekt ved OsloMet høsten 2021 og våren 2022. Temaet for prosjektet er:

“Hvilke erfaringer har sykepleiere med å mistenke barnemishandling og melde bekymring til barnevernet?”

For å besvare problemstillingen ønsker vi å gjennomføre et semistrukturert gruppeintervju med sykepleiere og spesialsykepleiere. Vi kontakter deg med spørsmål om vi kan gjennomføre et slikt intervju med ansatte ved din avdeling.

Vi har selv sykepleieerfaring fra barneavdelinger og har begge stått i situasjoner der vi har kjent på en dårlig magefølelse for et barn, men likevel vært usikre på hva som er riktig å gjøre. Både egne erfaringer, og i diskusjoner med kolleger, har det kommet fram en undring om hvorvidt sykepleiere ofte kan ha en følelse av at noe ikke er som det skal uten å følge opp dette videre. Hensikten med denne studien å tilegne seg økt kunnskap og forståelse av hvordan sykepleiere ved forskjellige barneavdelinger opplever, tenker og agerer ved bekymring og mistanke om barnemishandling. Studiens funn kan bidra til å forbedre klinisk praksis og skape bedre innsikt i hvordan sykepleiere som gruppe ivaretar og utfører meldeplikten. Resultatene kan også bidra til nye prosjekter for å sikre barn og ungdoms helse, trygghet og rettigheter.

Temaet kan oppleves krevende å skulle diskutere, men vi ønsker som intervjuere å bidra til en trygg og åpen atmosfære der fokuset er å dele erfaringer og tanker. Det vil understrekes før intervjuet at vi ønsker konfidensialitet innad i gruppen. Taushetsplikten overfor pasienter og personopplysninger vil bli sterkt vektlagt og informeres om både skriftlig og muntlig.

Gruppeintervjuet vil inkludere 4-8 deltakere, satt sammen av sykepleiere fra forskjellige barneposter ved samme sykehus. Ved *navn på sykehus* er det ønskelig å rekruttere informanter fra *navn på barneavdelinger*. Vi ønsker å rekruttere sykepleiere og spesialsykepleiere med kunnskap og erfaringer med arbeid fra barneavdelinger, med minimum 2 års tjenestetid. Intervjuet vil vare i 60-90 minutter. Vi vil tilstrebe å gjennomføre intervjuet på et grupperom på sykehuset og i tilknytning til arbeidstid. Det vil bli servert mat og drikke.

Prosjektet er ikke meldepliktig til Regional etisk komite/REK (vedlegg 1). Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata/NSD (vedlegg 2). Det benyttes informert samtykkeskjema (vedlegg 3) og informantene anonymiseres i masteroppgaven. Prosjektbeskrivelsen er vedlagt (vedlegg 4).

Med vennlig hilsen

Kristine Marie Fønnelep & Caroline Klemp

Veileder i prosjektet er førsteamanuensis Nina M. Kynø ninam@oslomet.no, tlf: 90561929

Vedlegg 3: REK-søknad



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst D	Finn Skre Fjordholm	+47 22 84 58 21	13.09.2021	334816

Nina Margrethe Kynø

Fremleggingsvurdering: Meldeplikt i praksis - Hvilke erfaringer har sykepleiere med å mistenke og melde barnemishandling til barnevernet?

Søknadsnummer: 334816

Forskningsansvarlig institusjon: OsloMet - storbyuniversitetet

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

1 av 20 barn og unge voksne i Norge vokser opp under forhold preget av barnemishandling, og om lag 1 av 5 opplever mindre alvorlig fysisk vold. I 2019 mottok og behandlet barnevernet bekymringsmeldinger tilsvarende 4,5 prosent av alle barn under 18 år i Norge. 22 prosent av de innsendte sakene omhandlet vold i hjemmet, vanskjøtsel, fysisk eller psykisk mishandling eller seksuelle overgrep. Syv prosent av alle meldingene som ble sendt til barnevernet ble meldt av lege, sykehus eller tannlege. Statistikk på antall sendte bekymringsmeldinger fra sykepleiere har kandidatene ikke klart å oppdrive. Helsestasjon og skolehelsetjeneste er representert i statistikken, men ikke sykepleiere på sykehus. Sykepleiere inngår muligens i de ovennevnte 7 prosent, men det er ikke presisert. Dette er interessant ettersom sykepleiere representerer den største gruppen helse- og sosialpersonell i Norge som daglig kan stå overfor familier der det er risiko for barnemishandling.

Internasjonalt er både fokuset på barnemishandling og meldeplikten dårlig ivaretatt, og det er grunn til å hevde at dette også er tilfellet i Norge. Det er imidlertid lite empirisk forskning på området, hvilket gjør det interessant å undersøke hvilke meninger og erfaringer sykepleiere i Norge innehar. Vi vet at det finnes enkelte fagprosedyrer og retningslinjer om barnemishandling tilgjengelig for norske sykepleiere. Det er likevel vanskelig å vite om disse etterfølges og eventuelt hvorfor dette ikke skjer.

Hensikten med denne studien er å tilegne seg økt kunnskap og forståelse av hvordan sykepleiere ved forskjellige avdelinger ved to sykehus i Norge opplever, tenker og agerer ved mistanke om barnemishandling. Studiens funn kan bidra til å forbedre klinisk praksis og skape bedre innsikt i hvordan sykepleiere som gruppe ivaretar og utfører meldeplikten. Dette samsvarer med barnesykepleierens indirekte pasientrettede funksjon, hvor kvalitetsutvikling og forskning står sentralt for å utvikle faget nasjonalt og internasjonalt. Resultatene kan også bidra til nye prosjekter for å sikre barn og ungdoms helse, trygghet og rettigheter.

Eksisterende forskning rundt oppgavens problemstilling omhandler forhold i andre land. Kvalitativ forskning innen oppgavens problemstilling er tilsynelatende ikke utført i Norge,

REK sør-øst D

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22 84 55 11 | E-post: rek-sorost@medisin.uio.no

Web: <https://rekportalen.no>

hvilket skaper et kunnskapsbehov. Dette fordi en norsk sykepleier for eksempel ikke vil ha de samme oppgavene som en "nurse practitioner" i USA, til tross for at begge landene betegnes som "vestlige". Følgelig ønsker kandidatene å avdekke erfaringer med utgangspunkt i hvordan norsk helsevesen er bygd opp og hvilke oppgaver sykepleiere har i Norge. Mer inngående vil kandidatene undersøke hvordan sykepleiere i henhold til norsk helsevesen og lovgivning forholder seg til mistanke om barnemishandling, samt erfaringer de har med å sende bekymringsmelding til barnevernet. Herunder vil det også være interessant å undersøke om enkelte sykepleiere sjelden eller aldri har mistenkt eller gjort seg tanker rundt barnemishandling.

Barn er avhengige av sine omsorgspersoner, og barnesykepleieren skal derfor også ivareta familieperspektivet. Ved at foreldre med behov for veiledning fra barnevernet får den hjelpen og støtten de trenger, vil de bedre kunne mestre sitt omsorgsansvar. Den følgende studien kan få konsekvenser for hvilke målrettede handlinger barnesykepleieren utfører ved mistanke om barnemishandling og hvordan det gjennomføres i lys av sykepleierens holdninger og opptreden. Ved å forebygge barnemishandling og agere tidlig kan barnesykepleieren begrense omfanget av lidelse, smerte og traumatiske opplevelser, forebygge utviklingsskader og fremme normalutvikling hos barn. Dette er i tråd med barnesykepleierens funksjons- og ansvarsområder.

I problemstillingen blir ordet "mistenke" brukt. Mistenke likestilles i oppgaven med grunn til å tro - et uttrykk som blir brukt i lovteksten om helsepersonells opplysningsplikt (Helsepersonelloven, 1999, §33).

Viser til din forespørsel om fremleggingsvurdering for prosjektet «Meldeplikt i praksis - Hvilke erfaringer har sykepleiere med å mistenke og melde barnemishandling til barnevernet?» (vår ref. 33481).

Sekretariatet i REK sør-øst D har vurdert henvendelsen.

REKs vurdering

Formålet med prosjektet er å oppnå økt kunnskap og forståelse av hvordan sykepleiere ved forskjellige avdelinger ved to sykehus i Norge opplever, tenker og agerer ved mistanke om barnemishandling. Data skal hentes inn gjennom fokusgruppeintervju med sykepleiere.

Sekretariatet vurderer at prosjektet, slik det er presentert i søknad og protokoll, ikke vil gi ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet faller derfor utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a).

Konklusjon

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a). Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Vi gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen,

Finn Skre Fjordholm

rådgiver

REK sør-øst D

Kopi til:

OsloMet - storbyuniversitetet

Vedlegg 4: NSD-søknad

17.03.2022, 15:50

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Vurdering

Referansenummer

970377

Prosjekttittel

Meldeplikt i praksis - Hvilke erfaringer har sykepleiere med å mistenke barnemishandling og melde bekymring til barnevernet?

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Nina Margrethe Kynø, ninam@oslomet.no, tlf: 90561629

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kristine Marie Fonneløp, s346823@oslomet.no, tlf: 90282458

Prosjektperiode

16.08.2021 - 15.05.2023

Vurdering (2)

21.12.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 17.12.2021.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 21.12.2021. Behandlingen kan fortsette.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Zoom er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/6154fb2e-deed-4412-8fbd-9ba7bbd30aaa>

1/3

behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Markus Celiussen

Lykke til videre med prosjektet!

10.11.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 10.11.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Njaal H. Neckelmann

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 5: ROS-analysen

RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET

Fyll ut arkene 1) Risikovurdering og 2) Oppsummering, Prioritering. Se på arkene "Veileder" for ytterligere informasjon.

Forskningsprosjekt - tittel: Meldeplikt i praksis - Hvilke erfaringer har sykepleiere med å mistenke og melde barnemishandling til barnevernet?

Prosjektleder: Nina Margrethe Kymø 970377

Prosjekt nr. NSD (hvis aktuelt):

Prosjekt nr. REK (hvis aktuelt):

Prosjekt nr. UBW (Agresso) (hvis aktuelt):

Prosjektets formål (kort beskrivelse):

Hensikten med denne studien er å tiegne seg økt kunnskap og forståelse av hvordan sykepleiere ved forskjellige avdelinger ved to sykehus i Norge opplever, tenker og agerer ved mistanke om barnemishandling. Studiens funn kan bidra til å forbedre klinisk praksis og skape bedre innsikt i hvordan sykepleiere som gruppe ivaretar og utfører meldeplikten. Dette samsvarer med barnesykepleierens indirekte pasientrettede funksjon, hvor kvalitetsutvikling og forskning står sentralt for å utvikle faget nasjonalt og internasjonalt. Resultatene kan også bidra til nye prosjekter for å sikre barn og ungdoms helse, trygghet og rettigheter.

12 - 16 informanter

Antall registrerte informanter: 12 - 16 informanter

Kategorier av registrerte informanter (f.eks. studenter, medlemmer i et

medlemsregister, pasienter)

Beskriv hvordan eventuelle koblingsnøkler

lagres:

Antall prosjektmedarbeidere i

forskningsprosjektet?

Sykepleiere og spesialsykepleiere med minimum to års erfaring fra barneavdeling.

Sikker/kryptert sky OsloMet. Samtykke skjema oppbevares i låst safe på OsloMet der kun veileder har tilgang.

ROS-analysen skal lagres i Arkiv- og sakbehandlingssystemet Public 360.

Klikk her for veiledning.

Nr.	Kategori	Underkategorier	Hendelse	Beskrivelse/verdivurdering	Risikoelement	Eksisterende tiltak	Risikonivå			Nye tiltak
							S	K	Risiko	
1	Datainsamling	Lyddopptak	Mister diktafon på vei fra informant til kontoret.	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter. Alle intervjudata som er lagret på diktafon mistes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mye informasjon som er lagret på diktafonen.	Brudd på KIT (K = Konfidensialitet, I = Integritet, T = Tilgjengelighet). Se på arkene "Veileder" for ytterligere informasjon.	Hva kan hindre det i å skje? Hvordan kan det oppdages? Spesifiser allerede eksisterende tiltak.	1	1	2	Beskriv forslag til nye tiltak. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.
	Datainsamling	Intervju	Mister samtykkeskjema på vei til OsloMet.	Kan ikke bruke dataene, pluss at uvedkommende kan få innsikt i hvem som deltar i prosjektet, altså integritet.	Fyll ut kolonnene til høyre, om eksisterende tiltak, risikonivå og nye tiltak, basert på de risikoelementene som er aktuelle, slik det er gjort i eksemplet		1	1	2	
					Konfidensialitet (At informasjon ikke blir kjent for uvedkommende)	Intervjuene er allerede kryptert, men det må besyttes med en komplisert kode	1	1	2	
					Tilgjengelighet (At informasjon er tilgjengelig ved behov)	Datoene lagres i nettskjema	1	1	2	om at intervjuet er lagret i nettskjema. Forsikre seg om at filen er låst opp etter
					Konfidensialitet	(Tekst)			0	(Tekst)
					Integritet	(Tekst)			0	(Tekst)

2				tilgang på personopplysninger	Tilgjengelighet	Være oppmerksomme på viktigheten av dokumentene og ha kontroll på hvor de er til en hver tid. Låses inn i safe	1	2	3	
3	Datainnsamling	Intervju	Utlevering av sensitive opplysninger om tredjepersoner	Dataene blir røde og dermed må behandles på en annen måte.	Konfidensialitet		2	2	4	Før intervjuet må respondenten opplyses om at det ikke skal gis/drøftes informasjon om pasienter eller tredjepersoner på en persongjenkjennende måte.
					Integritet	[Tekst]			0	[Tekst]
					Tilgjengelighet	[Tekst]			0	[Tekst]
	Analyse	Transkribering	Ukorrekt transkribering	Dataene blir ugyldige og kan ikke brukes.	Konfidensialitet	[Tekst]			0	[Tekst]
					Integritet	Intervjuene transkriberes ordrett, men anonymiseres ved å erstatte gjenkjennbare ord og vendinger.	1	1	7	Begge studenter må høre gjennom og bli enige om transkriberingen.
					Tilgjengelighet	[Tekst]			0	[Tekst]
5	Avslutning	Anonymisering	Personidentifiserende opplysninger kommer med i publikasjonen	Brudd på personvernerforordningen. Studentene stryker.	Konfidensialitet	Anonymisering undergøvs.	1	2	3	[Tekst]
					Integritet	[Tekst]			0	[Tekst]
					Tilgjengelighet	[Tekst]			0	[Tekst]