

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: SYK360H

Navn på kandidat: Marit Rønning Henriksen og

Hege-Kristin Lindgaard Pettersen

---

«Vi må våge å stå i det for barnas del»

En kvalitativ undersøkelse rundt sykepleieres erfaringer ved situasjoner der mishandling kan være årsak til innleggelse i barneavdeling

---

Dato: 15.05.19

Totalt antall sider: 66

## *Forord*

Det er Mai, og tiden for å levere vår masteroppgave er kommet. Denne våren har gått fort.

Tusen takk til sykepleierne som sa seg villige til å være informanter og tok seg tid til å stille til intervju. Det har vært givende og lærerikt for oss å høre om deres erfaringer både på godt og på vondt. En stor takk til avdelingslederne som hjalp til med å rekruttere informanter. Vår henvendelse ble positivt mottatt, og vi fikk tilbakemelding på at dette var et viktig tema å skrive om, noe som ga oss en ekstra «drive»

Vi vil takke vår veileder, Gunilla Kulla for tilbakemeldinger og innspill i forbindelse med veiledning av oppgaven. Det er godt med konstruktiv kritikk, da vi av og til har sett oss litt blind på eget arbeid i prosessen og stått litt fast.

Vi vil takke venninner som har lest manus, og som har kommet med konstruktive tilbakemeldinger, og som har rettet en del lange setninger.

Så må vi takke hverandre for alle timene vi har brukt sammen i skriveprosessen. Man blir godt kjent gjennom et slikt arbeid. Vi har utfylt hverandre godt, og vi har delt både latter, tårer og frustrasjoner underveis. Men når den ene har vært nede, har den andre vært oppe, og det har vært gull å ha støtte i hverandre.

Til slutt må vi få takke de vi har hjemme som tålmodig har klart seg mer eller mindre uten koner/mødre i en periode. Men, dette har gått helt fint, og vi har følt det som å ha en liten gjeng på sidelinja som har heiet på oss inn mot målet.

Bodø, mai 2019

Marit Rønning Henriksen og

Hege-Kristin Lindgaard Pettersen

## **Sammendrag**

**Bakgrunn for studien:** Vold og overgrep mot barn og unge har de seneste år vært et tema med økt fokus. Det er gjort flere studier som viser at sykepleiere synes barnemishandling er vanskelig å identifisere, og at de savner kunnskap til å håndtere slike saker.

**Hensikt og problemstilling:** Hensikten med undersøkelsen var å beskrive kunnskap om sykepleierens erfaringer når det var mistenkt barnemishandling som årsak til innleggelse.

Problemstilling: «Hvordan opplever sykepleieren situasjoner ved mistanke om barnemishandling ved innleggelse i barneavdeling?»

Vi ønsket å få svar på hvordan sykepleiere som arbeider i barneavdelinger opplever situasjoner der barnemishandling kan være aktuelt. Videre i hvilken grad sykepleiere føler seg ivaretatt av kollegaer og ledelse i slike saker og om hvordan de opplever samarbeidet med leger og eksterne instanser som politi og barnevern.

**Metode:** Det ble benyttet en kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer av 8 sykepleiere med lang erfaring fra barneavdelinger. Malteruds metode for systematisk tekstkondensering ble brukt til analyse av datamaterialet.

**Resultater:** Funnene viser at sykepleiere i barneavdelinger føler et godt samarbeid mellom sykepleiere i forhold til å støtte og ivareta hverandre i slike saker. De har også et godt samarbeid med barnelegene. Når saker har vært spesielt vanskelig, er det godt å ha kollegaer å snakke med, men at debriefing kunne vært et tilbud. De fleste har god støtte i sine ledere. Sykepleierne omtaler barnemishandling som vanskelig å identifisere, og at det er vanskelig å vite hvordan de skal gå frem i slike saker. De som arbeider mest med slike saker, har mest opplæring og kurs i forhold til temaet. Selv om sykepleiere er bevisst sitt ansvar i forhold til lovverk, savner de mer opplæring for å håndtere sakene til det beste for barna det gjelder. Studien fant også at samarbeidet med eksterne instanser som politi og barnevern fungerer, men har forbedringspotensiale.

**Konklusjon:** De senere års fokus på temaet vold og overgrep mot barn og unge har begynt å gi effekter. Det er positivt at det er en utvikling i forhold til utdanning, og at temaet skal inn i fagplaner i ulike profesjonsstudier. Det er imidlertid fremdeles en vei å gå i forhold til dette. Det er behov for opplæring av de som allerede er utdannet og jobber med barn, for klare prosedyrer og retningslinjer. Det er også behov for økt samarbeid mellom profesjonene.

**Nøkkelord:** Barnemishandling, sykepleier, barneavdeling, kunnskap, avsløre

## **Abstract**

**Context:** Violence and abuse against children and youth has in recent years been a topic of increased focus. Several studies show that nurses find identifying child abuse difficult and that they require more knowledge better handle such cases.

**Objective:** The objective of the study is to describe the proficiency of the nurse's ability and to understand how the nurse experiences situations when child abuse is the suspected cause of admission. Problem: «How does the nurse experience situations when child abuse is suspected as the cause of admission? »

We wanted to learn how nurses working in the pediatric care unit experience situations where child abuse could be involved, as well as to what extent the nurses feels supported by colleagues and management in such cases, and how the cooperation with doctors and external agencies, such as police and child protective services, work.

**Method:** A qualitative method with semi-structured interviews of eight experienced nurses working in pediatric wards was used. Malterud's method of systematic text condensation was applied when analyzing the data.

**Results:** The findings show that nurses in pediatric care units feel supported by their co-workers when working such cases and that they collaborate well with the pediatricians. In particularly difficult cases being able to talk to colleagues is important, although some feel debriefing could be offered. Most find they are supported by their leaders. Nurses mention child abuse as hard to identify and that it is difficult to know how to proceed in these cases. Those who work primarily with child abuse have an extensive amount of training and courses on the subject. While nurses are aware of their statutory responsibilities, they desire more training to handle these cases in the best interest of the child. The study also found that the collaboration with external instances, such as police and child protective services, functions well, but has room for improvement.

**Conclusion:** The recent years' focus on the subject of violence and abuse against children has begun to show effects. It is positive that there is advancement regarding education and that the subject is entering curricula in different professional studies. However, there is still room for improvement. There is a need for training of those already educated and working with children to achieve clear procedures and guidelines. Increased collaboration between professions is also needed.

**Key-words:** Child-abuse, nurse, pediatric care unit, knowledge, disclose

## **Innholdsfortegnelse**

Innholdsfortegnelse .....	i
1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Hensikt og problemstilling .....	3
1.3 Begrepsavklaringer .....	3
1.3.1 Fysisk mishandling .....	4
1.3.2 Psykisk mishandling .....	4
1.3.3 Omsorgssvikt .....	4
1.4 Oppgavens oppbygging .....	4
2.0 FORSKNING OG LITTERATUR .....	6
2.1 Litteratursøk .....	6
2.2 Tidligere forskning .....	7
2.4 Oppsummering av forskning og litteratur .....	12
3.0 TEORETISK PERSPEKTIV .....	13
3.1 Kari Martinsens sykepleierfilosofi .....	13
3.2 Ansvar som sykepleier .....	15
3.2.1 Kompetanseområde .....	15
3.2.2 Lovverk .....	16
3.2.3 Samarbeid .....	16
3.2.4 Undervisning, kvalitetsutvikling og forskning .....	16
4.0 METODE .....	17
4.1 Valg av forskningsmetode .....	17
4.2 Semistrukturert Intervju .....	17
4.3 Intervjuguide .....	18
4.4 Valg av informanter .....	18
4.5 Gjennomføring av intervju .....	19
4.6 Etske overveielser .....	20
4.7 Forforståelse .....	21
4.7.1 Presentasjon av eget ståsted .....	22
4.8 Analyse av kvalitative data .....	22

5.0 STUDIENS FUNN.....	26
5.1 Kategori 1: Å ha innsikt, tid og mot.....	26
5.1.1 Subgruppe 1: Vanskelig å tro og vanskelig å identifisere.....	26
5.1.2 Subgruppe 2: Tid er viktig, man må skynde seg sakte.....	28
5.1.3 Subgruppe 3: Å våge å spørre og våge å stå i det .....	29
5.2 Kategori 2: Behov for økt kunnskap .....	31
5.2.1 Subgruppe 1: Behov for kurs og opplæring .....	31
5.2.2 Subgruppe 2: Behov for opplæringsplan og prosedyrer.....	32
5.3 Kategori 3: Verdien av samarbeid.....	33
5.3.1 Subgruppe 1: Samarbeid internt- støtte fra ledelse og kollegaer .....	33
5.3.2 Subgruppe 2: Samarbeid eksternt- med politi og barnevern.....	36
6.0 DISKUSJON .....	38
6.1 Barnemishandling er vanskelig å identifisere .....	38
6.2 Tilbud om opplæring og kurs varierer mellom sykehus og innad i klinikker .....	40
6.3 Godt samarbeid og støtte fra kollegaer og ledelse er viktig.....	41
6.4 Samarbeid med eksterne instanser kan bli bedre .....	42
6.5 Metodediskusjon .....	44
7.0 REFLEKSJON OG AVSLUTNING.....	46
Litteraturliste .....	48
Vedlegg 1: PICO-skjema .....	49
Vedlegg 2: Intervjuguide .....	50
Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse .....	51
Vedlegg 4: Informasjonsskriv til sykepleierne .....	52
Vedlegg 5: Samtykkeskjema .....	53
Vedlegg 6: Forenklet vurdering fra NSD .....	54
Vedlegg 7: Bekreftelse på endring fra NSD .....	56
Vedlegg 8: Godkjennelse for forskning ved et av sykehusene .....	57
Vedlegg 9: Bilde av analyseprosessen i STC .....	59
Vedlegg 10: Bilde av analyseprosessen i STC .....	60

## 1.0 INNLEDNING

### *1.1 Bakgrunn for valg av tema*

Etter å ha arbeidet ved en barneavdeling i mange år, har vi opplevd en del situasjoner der det er mistanke om at barn har vært utsatt for vold. Mistanken kommer ofte på grunnlag av at skadeomfanget hos barnet ikke samsvarer med årsaken. Eksempelvis har små barn kommet inn med bruddskader som ikke er forenlige med hvordan de kan ha oppstått. Etter hvert kan det dukke opp flere forhold som kan forsterke mistanken om at noe ikke stemmer. Det kan være røntgen som avdekker flere brudd på ulike steder med ulik opprinnelse, blåmerker eller generell misnøye hos barnet.

Tidligere barneminister Inga Marte Thorkildsen tar i sin bok et oppgjør med diagnosesamfunnet og tabukulturen. Vold og overgrep er opphav til problemer som rus, adferdsproblemer, kriminalitet, selvmord og selvmordsforsøk. Vi lever i en tid der enkelte ting ikke snakkes om, og overgrepene kan fortsette. For å kunne være i stand til å hjelpe barna, må vi først forstå hva som skjer med tusenvis av barn i Norge, slik at egen kunnskap kan bygges (Thorkildsen, 2015).

Tall fra Norsk kunnskapsenter om vold og traumatisk stress (benevnes heretter som NKVTS) viser til at bare 4,7 % av barnevernsmeldinger utgår fra sykehus, helsestasjoner og fastleger (Norsk kunnskapsenter om vold og traumatisk stress, 2018).

Boken om Christoffer: «Jeg tenker nok du skjønner det sjøl», forteller historien om en 8 år gammel gutt som i 2005 døde av de skader han ble påført. I ettertid av saken, ses flere forhold som sammenlagt kunne gitt mistanke om mishandling. Vage antagelser og bekymring ble ikke meldt videre (Gangdal, 2010). Saken fikk bred mediedekning, og var nok med på å sette fokus på barnemishandling som noe som faktisk skjer.

De senere år har det vært økt fokus på temaet vold i nære relasjoner. Blant annet er det utarbeidet tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom: En god barndom varer livet ut (Barne og familiedepartementet, 2014). Planen gir føringer for 43 tiltak for å avdekke, forhindre og behandle barn som utsettes for vold og seksuelle overgrep. Det offentlige ansvar innenfor de enkelte instanser (politi, skole, barnevern, kommune -og spesialisthelsetjeneste) og samarbeid dem imellom er viktige elementer i tiltaksplanen.

Regjeringen følger videre opp og konkretiserer tiltakene i handlingsplanen mot vold i nære relasjoner i «Et liv uten vold» (Justis og beredskapsdeprtementet, 2014).

NKVTS har utgitt ny veileder oktober 2018: Veileder for helse -og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner. Veilederen er kommet etter oppdrag fra Helsedirektoratet som et ledd i Regjeringens handlingsplan mot vold og overgrep (Norsk kunnskapsenter om vold og traumatisk stress, 2018).

Sykepleiere skal gjennom utdanning ha kunnskap om ulike områder innenfor sykepleiefaget. Fagplaner ved utdanningsstedene fastsettes på grunnlag av forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Gjeldende versjon av denne er fra 2008, og inneholder ikke spesifikke kompetansekrav i forhold til vold og overgrep. Det er nå utarbeidet ny retningslinje hvor dette er kommet med (§ 6, pkt g). Denne skal være iverksatt fra studieåret 2020-2021 (Kunnskapsdepartementet, 2019).

Ved Nord universitet ble det i Januar- 2019 avholdt fagdag på tvers av profesjonsutdanningene sosial- og helsefag, politi og lærerutdanninger med temaet tverrfaglig samarbeid mot vold og overgrep mot barn. Målet med fagdagen var å styrke studentenes forståelse for hvordan de ulike profesjonene jobber med vold og overgrep mot barn. Videre å tilrettelegge for et godt samarbeid mellom profesjonene etter endt utdanning (Nord Universitet, 2019).

Konsekvenser av vold i nære relasjoner er store, ikke bare fysisk, men også psykisk. Det er klare sammenhenger mellom vold og fysisk og psykisk helse. De helsemessige konsekvensene kan også ha økonomisk betydning. Volden kan negativt påvirke mulighet for utdanning og deltagelse i arbeidslivet (Barne og familiedepartementet, 2014).

I tilfeller der mishandling må vurderes som årsak til innleggelse, føles det ofte vanskelig å være sykepleier. Både vi selv og de fleste av våre kollegaer, synes slike saker er problematiske.

For en tid tilbake hadde vår avdeling kurs om temaet, der politiet fokuserte på viktigheten av å avdekke, samt å melde fra enten til barnevern eller politi der mistanke om mishandling er tilstede. Å diskutere saker anonymt med andre instanser, kan gi svar på om dette bør meldes videre eller ikke. Dette kurset inspirerte oss til å gå inn på det vanskelige temaet vold i nære relasjoner. Vold i nære relasjoner er et vidt begrep, der vi har valgt å rette fokus på vold mot barn mellom 0-18 år.



## ***1.2 Hensikt og problemstilling***

I denne masteroppgaven har vi valgt temaet barnemishandling som mulig årsak til innleggelse i barneavdeling.

Hensikten med undersøkelsen er å beskrive kunnskap om sykepleierens erfaringer når det mistenkes barnemishandling ved innleggelse.

Vi ønsker å få svar på hvordan sykepleiere som arbeider i barneavdelinger opplever situasjoner der barnemishandling kan være aktuelt. Videre i hvilken grad sykepleiere føler seg ivaretatt av kollegaer og ledelse i slike saker og om hvordan de opplever samarbeidet med leger og eksterne instanser som politi og barnevern.

Følgende problemstilling ble valgt:

***«Hvordan opplever sykepleieren situasjoner ved mistanke om barnemishandling ved innleggelse i barneavdeling?»***

Gjennom de senere års fokus på vold i nære relasjoner, har det gjennom ulike utvalg vært beskrevet hva som bør gjøres i forhold til denne tematikken. Når barn innlegges i sykehus, blir de som regel innlagt direkte i barneavdeling. Deres første møte er gjerne med sykepleier.

Å forstå hvordan sykepleierne opplever disse situasjonene, kan være et bidrag til økt kunnskap om temaet.

## ***1.3 Begrepsavklaringer***

For å definere begrepene barnemishandling, har vi benyttet Norsk kunnskapsenter om vold og traumatisk stress sine definisjoner. Barnemishandling og omsorgssvikt omfatter fysisk og psykisk mishandling, seksuelle overgrep, omsorgssvikt og vanskjøtsel. Begrepene defineres som «enhver handling eller serie med handlinger, eller unnlattelse av handling(er), utført av en forelder eller annen omsorgsgiver som resulterer i skade, eller trussel av skade av et barn» (Norsk kunnskapsenter om vold og traumatisk stress, 2018). Barn defineres som personer mellom 0-18 år. Mishandlingen kan være fysisk eller psykisk, være preget av generell omsorgssvikt eller være i form av seksuelle overgrep (Norsk kunnskapsenter om vold og traumatisk stress, 2018). Vi har valgt å avgrense oppgaven til ikke å gjelde seksuelle overgrep, men å dreie seg om fysisk vold mot barn. Det er likevel viktig å presisere at det er glidende overganger mellom fysisk og psykisk mishandling, da barn som opplever fysisk

mishandling også kan være utsatt for gjentatte trusler eller andre former for vold eller overgrep (Norsk kunnskapsenter om vold og traumatisk stress, 2018).

### **1.3.1 Fysisk mishandling**

Tilsiktet bruk av fysisk makt mot et barn som resulterer i, eller har potensial til å resultere i, fysisk skade. Fysisk barnemishandling innebærer at en voksen foresatt påfører et barn smerte, kroppslig skade eller sykdom. Mishandlingen kan ta form av slag, med eller uten bruk av gjenstand, spark, lugging, klyping, biting, kasting, brenning, skålding m.m. I de groveste tilfellene kan overgrepene ta form av forgiftning, drapsforsøk eller drap. Fysisk avstraffelse brukt for å disiplinere og oppdra barn er også mishandling

(Norsk kunnskapsenter for vold og traumatisk stress, 2018).

### **1.3.2 Psykisk mishandling**

«En gjennomgående holdning eller handling hos omsorgspersoner som ødelegger for eller forhindrer utvikling av et positivt selvbylde hos barnet. Det kan komme til uttrykk i form av trusler, nedsettende utsagn om barnet, sårende kritikk, gjentatte forhør, kontroll og ignorering» (Norsk kunnskapsenter for vold og traumatisk stress, 2018).

### **1.3.3 Omsorgssvikt**

«Det å forsømme å dekke et barns behov i en slik grad at det utsettes for fysisk eller psykisk skade» (Norsk kunnskapsenter for vold og traumatisk stress, 2018).

## **1.4 Oppgavens oppbygging**

Først i oppgaven er det en presentasjon av bakgrunn for valg av tema, hensikt, problemstilling og begreper. Videre omhandler kapittel 2 artikkelsøk og funn fra tidligere forskning som vi har tatt med.

Kari Martinsens (1990) sykepleierfilosofi blir i tredje kapitel presentert som teoretisk bakgrunn, samt deler av funksjonsbeskrivelse for barnesykepleier (Barnesykepleierforbund NSF, 2017) for å belyse sykepleieansvaret.

I fjerde kapittel blir metoden presentert i sin helhet. Vi gjør rede for valg av kvalitativ metode, hvordan vi kom frem til utvalget og hvordan data har blitt analysert.

Studiens funn blir i kapitel fem presentert, mens vi diskuterer resultatene i kapitel 6, opp mot aktuell forskning og teori. Metodediskusjon presenteres også i dette kapitlet. Til slutt kommer en refleksjon og avslutning i kapitel 7.

Etter referanselisten finnes vedleggene med samtykkeerklæringen, informasjonsskriv, matriseskjema, PICO- skjema, intervjuguide, godkjennelse fra NSD og godkjenning fra forskningsutvalg ved et av sykehusene det var rekruttert informanter fra.

## 2.0 FORSKNING OG LITTERATUR

### 2.1 Litteratursøk

Vi har i forkant av masteroppgaven skrevet en semesteroppgave for å finne ut om det fantes forskning på dette temaet. For å identifisere hva som allerede er gjort på feltet, gjorde vi en litteraturoversikt. Søkeprosessen ble gjennomført ved hjelp av et PICO skjema (Vedlegg 1). Søkeordene ble satt inn og vi fikk en oversiktlig og kunne gjøre et konkret og systematisk søk. Databasene det ble søkt i var blant annet Helsebiblioteket, Cinahl, Brage Nord, Cochrane, Dynamed, PubMed, Nora, Idunn og SveMed+. Søkene ble gjort i november og desember 2017, men søkeprosessen har vært pågående gjennom hele skriveprosessen.

I søkeprosessen hadde vi visse kriterier. Vi begrenset søket til publikasjoner fra de fem siste årene, og vi søkte etter norsk, svensk, dansk og engelskspråklige artikler. Artiklene skulle ikke inneholde seksuelle overgrep.

Søkeordene vi brukte var på norsk og engelsk språk. Det ble brukt søkeord som: Barnemishandling, sykepleier, forsømmelse, barneavdeling, kunnskap og avsløre. Child-abuse, nurse, neglect, pediatric care unit, knowledge and disclose.

Vi startet med å bruke ordet «child abuse/barnemishandling» og det ga oss et godt utgangspunkt. Det kom opp flere tusen artikler. Da «hengte» vi på ordet nurse/sykepleier, opplevde vi at det ble langt færre artikler. Vi kombinerte ordene med AND, NOT og OR. Vi brukte også trunkering med ordet sykepleie\*/nurse\* for å finne relevante artikler som var skrevet om sykepleiere.

Ved utvelgelse av artikler, ble først titlene skimmet gjennom. Var de interessante, leste vi abstrakt, og videre, hele artikkelen.

Noen av artiklene vi søkte på som var aktuell ut fra tittelen, henviste videre til ei ny nettside der vi kunne lese abstraktet. Da vi skulle lese full tekst, var dette i enkelte databaser betalingstjenester. Disse artiklene ble ekskludert.

Vi valgte artikler som omhandlet temaet, og som kunne bidra til å belyse problemstillingen. Vi ønsket å benytte artikler som var fagfellevurdert, men har også tillatt noen som ikke var det. Dette fordi de kunne være med å belyse problemstillingen. Artiklene er hentet fra vitenskapelige tidsskrift og fagtidsskrift. Totalt 9 artikler ble inkludert. En tidligere masteroppgave blir nevnt, da to av de

valgte artiklene bygger på denne. En artikkel er eldre enn oppgitt tidsramme for søket. Den er tatt med da den er referert til i annen artikkel, og studien den bygger på er et bidrag til å øke forståelsen om temaet (Felitti et al., 1998).

## **2.2 Tidligere forskning**

Tidligere forskning viser at sykepleiere og helsepersonell mangler kunnskap om hvordan de skal håndtere mistanke om barnemishandling. De kan bli usikre og engstelig for å gjøre feil (Skarsaune & Bondas, 2014).

Artiklene «Neglect nursing responsibility when child abuse» (Skarsaune & Bondas, 2015) og «Må vite mere om barnemishandling» (Skarsaune & Bondas, 2014) bygger på masteroppgaven «Å mistenke barnemishandling» (Skarsaune, 2013) der forfatteren forsker på hvordan sykepleieren opplevde det når det forelå mistanke om barnemishandling. Åtte erfarne sykepleiere med over ti års ansiennitet ble intervjuet. Felles for sykepleierne var at de syntes det var vanskelig å finne ut av om det var mishandling eller ikke. Skulle de stole på magefølelsen eller foreldrene. Hva skjer hvis de melder? Får de støtte fra kollegaer og ledelsen? Blir de utsatt for trusler fra foreldrene? En del av sykepleierne ble faktisk utsatt for trusler, noe de synes var skremmende (Skarsaune & Bondas, 2014).

Artiklene viser til ACE-studien som tar opp at der barn har opplevd vold og misbruk, er det en sammenheng mellom sykdom senere i livet og en tidlig død (Felitti et al., 1998; Skarsaune & Bondas, 2015).

Det blir konkludert med at det generelt er for lite kunnskap om barnemishandling og at sykepleierne må være mere modige og å tørre å stå i situasjonen (Skarsaune & Bondas, 2014, 2015).

Det kommer også frem at barnemishandling oppleves som ullent og diffust, og sykepleiere ønsker at det utvikles nye retningslinjer for å fange opp barnemishandling. Hierarkiet har også betydning, sykepleiere ønsker støtte fra leger i saker som omhandler barnemishandling, men føler de ikke har denne støtten (Skarsaune & Bondas, 2014, 2015).

Artikkelen «Safeguarding the welfare of children: what is the nurse's role?» (El-Radhi, 2015), peker nettopp på at sykepleiere er i en særstilling i forhold til å oppdage barnemishandling. Han mener det er viktig med godt samarbeid på tvers av profesjoner, god opplæring og klarhet i egne roller i forhold til barnemishandling (El-Radhi, 2015).

Manglende opplæring og dermed usikkerhet i forhold til det å oppdage og melde fra om barnemishandling går igjen i flere studier. Det pekes på at det burde være bedre kunnskap og opplæring om temaet (Barne og familiedepartementet, 2016; Borimnejad & Khoshnavay Fomani, 2015; El-Radhi, 2015).

I Vietnam er det gjort en studie på om opplæring i forhold til dette er effektivt (Flemington & Fraser, 2017). Bakgrunnen for studien var at der barn ble innlagt i sykehus grunnet mishandling, gikk det en viss tid før det ble oppdaget at de var utsatt for dette. Det var et ønske om å forbedre kunnskapen og responstiden til personalet for å kunne imøtekomme barna på et mye tidligere stadium. Barn som dør av barnemishandling, har som regel vært i kontakt med helsevesenet i forkant.

For å forbedre seg, ble treningsprogrammet «Safe Children Vietnam» benyttet. Programmet skulle gi helsepersonell mer kunnskap, bedre holdninger og bedre evne til rapportering av barn som blir mishandlet (Flemington & Fraser, 2017).

Manglende tillit til barnevernet ble nevnt som en faktor for at det ikke ble rapportert til dem. Rapportering av barnemishandling var som før under treningsprogrammet. Tanken på at det var mishandling av barn de stod over, var vanskelig å begripe, selv om helsepersonell og ansatte i barnevernet hadde omfattende opplæring og erfaring. Etter treningsprogrammet var helsepersonellet i bedre stand til å gjenkjenne mishandling av barn (Flemington & Fraser, 2017).

Studien peker på at det samme kunne sees i andre land som de sammenlignet seg med. Behovet for utdanning om barnemishandling er det samme flere steder i verden.

Vietnamprogrammet gir løpende opplæring om barnemishandling til personell som jobber med barn. Evaluering viser at treningsprogrammet styrket kompetansen til personalet ved å ha en slik opplæring. Studien peker videre ut en retning for videre forskning. Dette for å gi en større generaliserbarhet om funnene. Det er ønskelig at det gjøres forskning både andre steder i Vietnam og internasjonalt. Å validere og evaluere programmet flere steder, vil kunne styrke evidensen for programmet som er gjennomført (Flemington & Fraser, 2017).

Artiklene vi har undersøkt indikerer at barnemishandling kan være et globalt problem. Det er også kultur og trosforskjeller i forhold til barneoppdragelse. I den vestlige verden er lovverkets hensikt å beskytte barn mot mishandling, men ikke alle land har lover og rettspraksis som i for eksempel Norge og England. I Iran har ikke sykepleiere

opplysningsplikt, slik norske sykepleiere har i helsepersonelloven (Helse og omsorgsdepartementet, 2019). I studien «Child Abuse Reporting Barriers: Iranian Nurses' Experiences», kommer det frem at sykepleiere ikke har dette i sitt mandat som sykepleier, men noen melder fra frivillig. De opplever at det ikke blir iverksatt noen form for tiltak fra politiets side når de rapporterer. De opplever ofte å bli utsatt for trusler fra foreldre, gjerne fra far, når de melder fra. Noen forteller om drapstrusler. Sykepleierne føler avmakt, det gjør at de ikke melder fra, da det ikke blir gjort noe likevel. Også de iranske sykepleierne etterspør opplæring om barnemishandling, og lover og regler som skal beskytte de utsatte barna (Borimnejad & Khoshnavay Fomani, 2015).

Også den australske artikkelen «nurses' roles and experiences in keeping children safe» viser til at sykepleiere er bevisst sin rolle når det gjelder å beskytte barn, har for lite kunnskap om og erfaring i forhold til barnemishandling. De føler utilstrekkelighet og avmakt når de skal håndtere slike situasjoner. Sykepleiere ønsker støtte i forhold til å ta avgjørelser i saker som omhandler barnemishandling. Det er uklart om mer utdanning om emnet vil hjelpe i forhold til dette problemet. Studien sier også at det må ytterligere forskning til for å forstå hvorfor sykepleiere føler seg utilstrekkelige, og om utdanning kontra trening vil øke deres kompetanse (Lines, Hutton, & Grant, 2017).

I løpet av 2018 har vi bevisst lest skandinaviske artikler. Dette fordi de skandinaviske landene har nokså likt oppbygget helsevesen og lovverk, som gir et godt sammenligningsgrunnlag i forhold til Norge.

I Finland er det gjort en studie ved et av universitetssykehusene (Paavilainen et al., 2002). Studien vurderte leger og sykepleieres evne til å identifisere eller oppdage barnemishandling mens de var under deres omsorg. Undesøkelsen viste at 2/3 trodde de kunne oppdage om et barn var mishandlet, mens den siste tredjedelen ikke tenkte på om et barn ble mishandlet. 70 % vurderte det som vanskelig å oppdage barnemishandling. De oppdaget mishandling på barn som hadde tydelige skader, som var hyppig skadet, hadde frakturer og mange blåmerker. Også barnets eller foreldrenes væremåte gjorde personalet mistenksom. Selv om respondentene hadde mye teoretisk kunnskap om barnemishandling, var det en svakhet i håndtering av saken, det var ikke felles retningslinjer på hvordan man skulle gjøre det. Det kreves opplæring av ulike yrkesgrupper, både regionalt og nasjonalt av de som jobber med barn, slik at de er mere forberedt på hva de skal gjøre for å oppdage og forhindre barnemishandling (Paavilainen et al., 2002).

I Sverige er det gjort en kvantitativ studie på de fire største sykehusene blant personell som arbeider med barn: leger, sykepleiere, hjelpepleiere og sosionomer (Svärd, 2017).

Det ene spørsmålet i studien var: hvor vanlig er det for disse yrkesgruppene å rapportere til barnevernet om barn som er i risiko for å bli utsatt for mishandling, og hvor ofte føler de i ettertid at de burde rapportert. Videre ble det spurt om hvilke faktorer som spiller inn i forhold til å rapportere eller ikke. Hvilken rolle spiller forhold som profesjon, organisasjon og har følelsesmessige faktorer betydning?

Halvparten av respondentene hadde aldri rapportert om saker som kunne indikere barnemishandling. Sykepleiere og hjelpepleiere rapporterte færrest saker, sammenlignet med leger og sosionomer. Faktorer som spilte inn når det gjelder å ikke rapportere var lang arbeidserfaring, tilgang til retningslinjer og prosedyrer og opplevelse av stress. Det var et uventet funn at på tross tilgang på prosedyrer, var det mange som ikke hadde rapportert, men som i etterkant av situasjoner følte at de burde rapportert. Usikkerhet rundt bedømmelse og hvordan handle i situasjonen hadde også sterk betydning. Følelser spilte også en rolle, sosionomer lot seg mindre følelsesmessig påvirke enn andre profesjoner i forhold til å rapportere eller ikke (Svärd, 2017).

### **Norske dokumenter:**

I tillegg til artikkelsøket, gjorde vi søk på ordet barnemishandling i regjeringen.no. Dette for å kartlegge om det fantes dokumenter eller handlingsplaner som viser til eller følger opp «En god barndom varer livet ut» som vi har vist til i innledningen. Her fant vi to aktuelle dokumenter:

Det ene dokumentet var «Svikt og svik- Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt» (NOU 2017:12, 2017).

Hensikten med utvalget var å gå igjennom saker der barn og ungdommer har vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt, grov vold og seksuelle overgrep. De skulle finne ut av på hvilken måte det offentlige tjenesteapparatet har sviktet og i hvilken grad.

Utvalget beskriver konsekvenser av vold og overgrep mot barn. Videre beskrives de forskjellige kategorier av svik. De foreslår også diverse tiltak for å bedre kunnskapen hos helsepersonell når det gjelder seksuelle overgrep, vold og omsorgssvikt. Å styrke bemanningen hos tjenestepersonell samt en del regelendringer er noe det også bør arbeides



med, ifølge utvalget (NOU 2017:12, 2017).

14. Mars 2019 leser vi på NRK.no at barnevoldsutvalget som sto bak rapporten «svikt og svik», kritiserer Regjeringen for at svært lite er gjort i løpet av tiden som er gått siden rapporten var ferdig i 2017. Flere stiller seg bak kritikken, og mener det er uholdbart hvis det skal gå flere år før man bestemmer seg hvilke tiltak man skal gå videre med (nrk.no, 2019).

Det neste dokumentet som var aktuelt var «Opptappingsplan mot vold og overgrep» (Barne og familiedepartementet, 2016). Opptappingsplanen inneholder strategier og tiltak for å møte utfordringene rundt vold og overgrep, både på kort og lang sikt. Planen gir status over situasjonen i dag og hvilke tiltak man kan benytte seg av, med tanke på hovedutfordringene. Det anslås at vold i nære relasjoner har en samfunnskostnad på mellom 4,6-6 mrd kroner i året. Planen gir føringer for ansvar, samordning og samarbeid. Det pekes på at det er en utfordring at det mangler koordinering mellom ulike sektorer, og at det er behov for økt samarbeid og klargjøring av de enkeltes roller.

Det vises videre til at ledere i de ulike sektorer er avgjørende for utvikling av gode tjenester. Det må skapes en kultur for forebygging, avdekking og håndtering av vold og overgrep. Dette arbeidet må forankres på ledernivå.

Ansvarlig ledelse bør aktivt kartlegge relevante ressurser i egne virksomheter, lage strukturer for kompetansenettverk og kollegastøtte, og sette sammen ressursteam der det er behov. Virksomheten må sørge for strukturer som sikrer at brukeren blir vist vei til rett hjelp. Dette forutsetter at ansatte har god kjennskap til andre relevante tjenester (Barne og familiedepartementet, 2016, kap 2.4, s.26).

Videre ses det på taushetsplikt og opplysningsplikt. Utfordringen har vært at det er manglende kunnskap om lovverket i de ulike sektorer, og lovverket tolkes og praktiseres ulikt. Forenkling av lovverket og kompetanseheving i forhold til lovverk, foreslås som løsninger på dette (Barne og familiedepartementet, 2016, kap 2.3.2, s.25).

#### **2.4 Oppsummering av forskning og litteratur**

Oppsummert kan vi altså si at det er for lite kunnskap om barnemishandling blant sykepleiere både i Norge og i andre land. Barnemishandling oppleves som «ullent», men trening og opplæring av helsepersonell, gjør dem bedre i stand til å håndtere slike saker (Barne og familiedepartementet, 2014; Flemington & Fraser, 2017; Skarsaune, 2013).

Studier viser samsvar mellom flere land når det gjelder forekomst av barnemishandling, og det er videre samsvar mellom sykepleiers opplevelse av at dette er et vanskelig tema de har for lite kunnskap om for å håndtere på en god måte. Det er videre ønskelig med et klarere og enklere lovverk (Borimnejad & Khoshnavay Fomani, 2015; Flemington & Fraser, 2017; Lines et al., 2017; Skarsaune & Bondas, 2014).

Det er behov for mer kunnskap om temaet barnemishandling. Det ligger anbefalinger om mer undervisning i profesjonsutdanningene, som på sikt vil gi sykepleiere, lærere, politi og andre profesjoner bedre kunnskap om barnemishandling og hvordan forholde seg til dette (Barne og familiedepartementet, 2014, 2016). Et lovverk/regelverk som forenkles vil også kunne være med på å gjøre det mer forståelig for den enkelte å vite hvordan forholde seg til situasjoner der mishandling av barn kan være aktuell «diagnose».

Det vil gå noen år innen nytt lovverk er på plass, og nyutdannet personell har hatt dette i sin utdanning.

### 3.0 TEORETISK PERSPEKTIV

Kari Martinsens sykepleierfilosofi benyttes som teoretisk referanseramme for oppgaven. Da oppgaven retter seg mot sykepleiere som arbeider med barn som kan ha vært utsatt for vold, vil en omsorgsteori være passende. Martinsen beskriver omsorgens dimensjoner, og vektlegger spesielt hensynet til de som på grunn av sykdom eller alder (barn) behøver sykepleierens omsorg (Martinsen, 1990).

Funksjonsbeskrivelse for barnesykepleier benyttes for å beskrive sykepleieansvaret og kompetanseområdet til barnesykepleier (Barnesykepleierforbund NSF, 2017).

#### *3.1 Kari Martinsens sykepleierfilosofi*

Martinsen (1990) omtaler i sin teori omsorg som et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep.

##### **Omsorg som relasjonelt begrep:**

Martinsen (1990) tar utgangspunkt i et kollektivistisk menneskesyn der mennesker er avhengige av hverandre. Hun viser til prinsippet for den svake som et overordnet verdiprinsipp. Dette kan ikke bevises, men begrunnes ut fra historiske studier, og gjelder til ulike tider i ulike kulturer. Alle kan komme i en situasjon der de er avhengige av andre. Omsorgsyteren venter seg ikke noe tilbake fra den omsorg som gis. Hun kaller dette «generalisert» gjensidighet (Martinsen, 1990).

Omsorg er et mellommenneskelig forhold mellom to personer, der en form for solidaritet, fellesskap og gjensidighet står sentralt. Martinsen (1990) peker på at forståelse for en annens situasjon, er en betingelse for å handle omsorgsfullt. Forståelsen opparbeides gjennom felles erfaringer. Sykepleieren og pasienten kan opparbeide felles forståelse gjennom at sykepleieren gir omsorg i ulike situasjoner, men også gjennom tidligere erfaring med lignende situasjoner (Martinsen, 1990).

### **Omsorg som praktisk begrep:**

Ansvar for den svake formidles videre som et praktisk begrep. Martinsen (1990) viser til liknelsen om den barmhjertige samaritan. Den praktiske handlingen beskrives som en situasjonsbetinget og konkret handling i motsetning til sentimental omsorg, der en stopper ved egne følelser og å synes synd på. Omsorg som praktisk handling vokser ut fra den situasjonen mottakeren er i. Den konkrete handling krever begrunnelse, og bygger på sykepleierens etiske og faglige situasjonsvurdering. Martinsen (1990) omtaler en faglig dyktig sykepleier som en reflektert praktiker. Å være faglig dyktig, læres ikke via vitenskapen. Det læres gjennom praksis og eksempellæring fra en sykepleiermester (Martinsen, 1990).

### **Omsorg som moralsk begrep:**

Martinsen (1990) viser videre til det moralske aspektet av omsorg. Hun knytter moralen til prinsippet om ansvaret for de svake. Makt og avhengighet er sentrale begreper, der sykepleieren må vise moralsk ansvarlig maktbruk overfor pasienten. Dette vil innebære å handle fornuftig, det vil si å både ta hensyn til de involverte parter og situasjonen samtidig som sykepleieren tar hensyn til etiske normer og verdier. Fornuftig handling innebærer å ta hensyn både til pasienten og situasjonen i tillegg til å ta hensyn til etiske verdier og normer. Om noen av disse delene mangler, halveres fornuften.

Martinsen (1990) bruker begrepet «svak paternalisme» med tanke på å handle moralsk ansvarlig. «For å hjelpe en annen i sykepleiesammenheng, må sykepleieren ha kunnskap slik at hun forstår den andre, men dog først og fremst forstår det den andre forstår» (Martinsen, 1990, s.94).

Sykepleieren må forsøke å sette seg inn i pasientens situasjon, og gjennom sykepleierens erfaring og utdanning, handle ut fra hva som er til det beste for omsorgsmottakeren.

Å involvere seg emosjonelt er risikabelt. Sykepleieren befinner seg i en vippesituasjon. Den faglig dyktige sykepleier bruker intuitiv bedømmelse og skjønn, og er bevisst på sine handlinger slik at de ikke blir av sentimental art (Martinsen, 1990).

### **3.2 Ansvar som sykepleier**

Vi har brukt Funksjonsbeskrivelsen for Barnesykepleier (Barnesykepleierforbund NSF, 2017) for å beskrive sykepleieansvaret. Da vår oppgave retter seg mot sykepleiere med lang erfaring fra barneavdelinger, vil denne være relevant som beskrivelse av kompetanseområde og ansvar.

#### **3.2.1 Kompetanseområde**

I funksjonsbeskrivelse for barnesykepleier trer sykepleieansvaret frem slik:

Barnesykepleierens kompetanseområde innebærer å bedømme akutte situasjoner, prioritere- og iverksette tiltak som bidrar til å opprettholde eller gjenopprett livsviktige funksjoner. Dessuten innebærer barnesykepleie å begrense omfanget av lidelse, smerte og traumatiske opplevelser, forebygge utviklingsskader og fremme normalutvikling hos barn. Barnesykepleierens forebyggende, behandlende, lindrende, helsefremmende, rehabiliterende og habiliterende aspekt inngår i enhver vurdering og aktivitet (Barnesykepleierforbund NSF, 2017, s.4).

Pasientgruppen omfatter blant annet barn som «lever under forhold som gir fysiske, psykiske eller sosiale utviklingsforstyrrelser og/eller skader» (Barnesykepleierforbund NSF, 2017, s.4).

Vold i nære relasjoner kan gi senskader (Norsk kunnskapsenter om vold og traumatisk stress, 2018). Barn er umodne og gjennomgår rask vekst og utvikling. Dette gjør de spesielt sårbare for traumatiske opplevelser og stress. Barnesykepleierens helsefremmende funksjon innebærer å legge til rette for å ivareta barnets livskvalitet og helse gjennom hele oppveksten (Barnesykepleierforbund NSF, 2017, s.7).

Sett i lys av dette, er å ivareta barn som utsettes for vold, en av barnesykepleierens oppgaver. I tillegg skal barnesykepleier handle på en slik måte at hele familien ivaretas, på en slik måte at både barn og omsorgspersoner får den informasjon og omsorg de trenger, ut fra sitt ståsted (Barnesykepleierforbund NSF, 2017, s.7).

### **3.2.2 Lovverk**

«Barnesykepleier følger de til enhver tid gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer som gjelder for helsetjenesten generelt og for helseforetaket og sykepleiertjenesten spesielt» (Barnesykepleierforbund NSF, 2017, s.10).

Videre viser funksjonsbeskrivelse for barnesykepleier til lov om helsepersonell §17: «skal på eget initiativ gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet» (Helse og omsorgsdepartementet, 2019, kap.3, § 17).

I forhold til dette, skal det meldes fra til barnevern og/eller politi dersom det er indikasjon på at barn er utsatt for vold og/eller omsorgssvikt i hjemmet.

### **3.2.3 Samarbeid**

Funksjonsbeskrivelsen nevner ikke samarbeid med andre instanser som politi og barnevern, men den bygger på at barnesykepleieren handler i tråd med gjeldende lovverk. I både helsepersonelloven, pasientrettighetsloven og barnevernsloven, kommer det klart frem at det ligger et selvstendig ansvar for å melde fra om barn som utsettes for omsorgssvikt.

Barnesykepleier er ansvarlig for å legge til rette for samarbeid mellom aktører også utenfor helsetjenesten, som for eksempel politi og barnevern. «Barnesykepleier skal samarbeide med egen faggruppe og på tvers av faggrupper innen egen organisasjon og primærhelsetjenesten» (Barnesykepleierforbund NSF, 2017, s.8).

### **3.2.4 Undervisning, kvalitetsutvikling og forskning.**

Barnesykepleier har også ansvar innenfor feltet kvalitet, undervisning og forskning. I dette ligger ansvaret for å holde seg faglig oppdatert, samt deltar i forskning og kvalitetsutvikling for å forbedre og utvikle faget.

Dette innebærer å kunne kommunisere på to plan, både med barnet i forhold til alder og med omsorgspersonene. Barnesykepleier har også ansvar for å veilede og undervise kollegaer, studenter og andre deltagere i helseteamet (Barnesykepleierforbund NSF, 2017, s.7).

## **4.0 METODE**

### ***4.1 Valg av forskningsmetode***

Med metode menes «veien til målet» (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). Vår studie har som mål å fange opp sykepleieres erfaringer når barn innlegges i barneavdelinger med mistanke om mishandling som årsak.

Vi har valgt en kvalitativ metode med intervju for å belyse forskningsspørsmålene. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det kvalitative forskningsintervjuet egnet når informantenes erfaringer, meninger og holdninger skal studeres. Intervjuet har en struktur og et formål. Ved å bruke tekst fra intervjuer, ønsket vi å få innblikk i erfarne sykepleieres tanker og erfaringer rundt temaet (Kvale et al., 2015).

Vi kan bruke kvalitative metoder for å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Vi kan spørre etter meningen, betydningen og nyanser av hendelsesanalyser og adferd, og vi kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2012; 2017, s.31).

### ***4.2 Semistrukturert Intervju***

Ved å intervju deltakeren individuelt, gir vi informanten anledning til å hente frem egne erfaringer og overveielser (Malterud, 2017). Vårt mål var at sykepleieren skulle snakke mest mulig fritt ut fra de spørsmål vi hadde, men holde seg innen forhåndsbestemte temaer i intervjuguiden. Ved semistrukturert intervju har vi som forskere, på forhånd utarbeidet en intervjuguide med de aktuelle temaene som vi ønsker å snakke om. Intervjuet legges opp som en samtale mellom informanten og forskeren, som styres av forskeren. Temaene er fastsatt på forhånd, noe vi som forskere bruker som utgangspunkt, med muligheten til at nye spørsmål dukker opp underveis (Malterud, 2012, 2017).

### ***4.3 Intervjuguide***

Vi hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2). I følge Malterud (2017) bør intervjuguiden være som en huskeliste og ikke følges slavisk (Malterud, 2012, 2017).

Intervjuguiden ble delt inn i emner, der vi hadde flere spørsmål under hvert emne. Den inneholdt emner som omhandlet erfaringer om temaet, kurs og opplæring, støtte fra kollegaer og ledelse og samarbeid med andre instanser. Vi gjorde prøveintervju med hverandre, før den endelige intervjuguiden ble tatt i bruk. Noen spørsmål ble etter prøveintervjuene gjort om, slik at de ble mer åpne, da det første utkastet hadde spørsmål som kunne besvares bare med «ja» eller «nei». Underveis i datainnsamlingen bør intervjuguiden revurderes, og etter hvert som forskeren ser og lærer hvor hovedfokuset bør være, blir møtet tilpasset den enkelte informant. Det er viktig å være tålmodig når informanten begynner å fortelle om noe vi tror er avsporing, da det kan komme frem ny kunnskap (Malterud, 2012, 2017).

Etter hvert som intervjuene ble gjennomført, så vi at det var behov for oppfølgingsspørsmål. Informanten kom også med motspørsmål som «Hvis det er det du spesifikk spør om», «Hvordan jeg opplever det» og «Spurte du hvor mye erfaring» og «Hva var spørsmålet igjen?» Spørsmålet ble da gjentatt eller forklart (Malterud, 2017).

### ***4.4 Valg av informanter***

Ved valg av informanter til vår studie, hadde vi visse kriterier. Vi ønsket kontakt med sykepleiere som hadde lang erfaring med å jobbe med barn og stått i situasjoner der det er mistanke om mishandling mot barn. Malterud (2017) skriver at for å belyse problemstillingen vår best mulig, er det viktig at vi har et strategisk utvalg som har informasjonen som er best egnet for vårt mål (Malterud, 2017).

Vi henvendte oss til enhetsledere ved barneklionikker ved to ulike sykehus i to ulike fylker. Vi tok kontakt via telefon først, deretter foregikk korrespondansen på mail. Vi oversendte skriftlig forespørsel om deltagelse (Vedlegg 3). Enhetslederne formidlet vår forespørsel videre.

Kontaktpersonene rekrutterte sykepleiere med mange års erfaring, og de sa seg villig til å stille til intervju. Sykepleierne kom fra flere forskjellige avdelinger/poster i klinikkene.

Informasjon ble formidlet via e-post. For at informantene skal kunne ta stilling til om de vil bidra med sin erfaring og kunnskap, er det viktig å kjenne prosjektet (Malterud, 2017). Vi



oversendte informasjonsskriv (vedlegg 4) og samtykkeskjema (vedlegg 5) til de aktuelle sykepleierne.

Sykepleierne som ble intervjuet, var alle kvinner og hadde jobbet innenfor fagfeltet i mer enn ni år, og de jobbet alle med barn. Fem av informantene har videreutdanning. Som helsesøstre, barnesykepleiere og i psykisk helse. Tre informanter har ikke videreutdanning, men har jobbet innenfor ulike barneavdelinger i mer enn tjue år. Deres arbeidsplasser er i mottak for barn, barneortopedisk post og barnemedisinsk post. To av informantene var del av et sosialpediatrisk team, og hadde deler av stillingene sine knyttet til barnehuset i den aktuelle byen. Det ble rekruttert ni informanter til studien, men en trakk seg grunnet sykemelding. Totalt ble det inkludert åtte informanter i studien.

#### ***4.5 Gjennomføring av intervju***

Tidspunkt for dato og klokkeslett ble avtalt for når intervjuene skulle avholdes. Vi reiste til de aktuelle klinikkene hvor intervjuene skulle gjennomføres. Intervjuene ble gjennomført i løpet av Desember 2018 og Januar 2019. Alle informantene ble intervjuet individuelt. De fikk informasjon i forkant av intervjuet at de kunne trekke seg når som helst fra studien, og deres materiale ville da bli slettet.

Ved gjennomføring av intervjuene, var vi begge til stede i fire av intervjusituasjonene. Vi hadde på forhånd avklart at en av oss stilte spørsmålene, mens den andre tok notater. Det var ønskelig å gjennomføre alle intervjuene på samme måte, men dette lot seg ikke gjøre da vi måtte forholde oss til når det passet for informantene og oss å gjennomføre. Tre av informantene ble derfor intervjuet en til en. I disse intervjusituasjonene ble det ikke tatt notater, da vi prioriterte å ha fullt fokus på informanten.

Ett intervju ble gjort hjemme hos den ene informanten etter informantens eget ønske. Det siste intervjuet var avtalt at det skulle gjøres på informantens arbeidsplass og i arbeidstiden, men på grunn av økt aktivitet i avdelingen, ble ikke intervjuet gjennomført. Vi fikk kun en kort prat med informanten, og i løpet av samtale kom det fram en del interessant informasjon og erfaring informanten hadde. Det ble da avtalt at vi skulle sende over spørsmålsguiden til henne på e-post, og hun skulle besvare spørsmålene i intervjuguiden og oversende dem til oss på mail. Informanten var av veldig stor interesse da vedkommende har jobbet over tjue år på barnemedisinsk avdeling

I begynnelsen av første intervju fulgte vi intervjuguiden slavisk, men skjønte etter hvert som intervjuet skred frem, at vi ville stille oppfølgingsspørsmål. Det første intervjuet følte vi oss frem på, men etter hvert ble vi mer trygge i rollen som forskere, og intervjuene gikk lettere. Under intervjuet sendte vi beskjed til informanten ved å nikke, si mmm og ja for å bekrefte at vi hadde mottatt det som ble fortalt (Kvale et al., 2015).

Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker, samtidig som det ble notert ved siden av når vi var to stykker ved intervjuet. Når vi intervjuet informanten alene, var det vanskelig å notere ved siden av. Vi fikk ikke med oss intervjuet i sin helhet, da vi måtte konsentrere oss om så skrive ned det informanten fortalte om, så vi valgte ikke å notere når vi intervjuet informanten alene. Ved å ha fokus på informanten, er det også enklere å få med seg det non-verbale språket.

Intervjuene forløp greit, men ved et par intervju ble man forstyrret ved at det kom inn andre personer som jobbet på avdelingen, og flyten i intervjuet stoppet litt opp, før det kom i gang igjen.

Da intervjuene var ferdig og båndopptakeren slått av, ble vi sittende å snakke rundt temaet. Hvordan vi hadde det på vår arbeidsplass, kontra informantens arbeidsplass.

Etter intervjuene transkriberte vi de fortløpende. Vi transkriberte fire intervjuer hver. Materialet ble til 35 sider med transkribert tekst. I følge Malterud (2017) oppnår forskeren stor gevinst med å transkribere dataene selv. Det kan gi rom for nye tanker og konklusjoner som åpner seg ved et nytt møte ved teksten (Malterud, 2012, 2017).

#### ***4.6 Etiske overveielser***

Som forskere har vi etisk og moralsk ansvar. Gjennom datainnsamlingen får vi innsikt i informantens erfaringer og kunnskaper, også fortrolige forhold. Når vi innhenter opplysninger om utsatte grupper eller tar opp sensitive temaer er det viktig å vise aktsomhet. Dette forutsetter gjensidig tillit og respekt mellom forskeren og informanten der datainnsamlingen ofte har en personlig karakter (Malterud, 2017).

2. Mai 2018 søkte vi Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) om godkjenning av vårt forskningsprosjekt. I søknaden la vi med prosjektbeskrivelse, intervjuguide, forespørsel om deltakelse, informasjonsskriv til sykepleiere og samtykkeskjema. Vi fikk bekreftelse fra NSD om at prosjektet kunne gjennomføres (Vedlegg 6). Da vi fikk tidspress, søkte vi om utsettelse, og NSD ga oss frist til 15. Mai 2019 for ferdigstilling av prosjektet (Vedlegg 7).

Vi ble kontaktet av fag -og forskningssykepleier ved den ene klinikken vi hadde vært i kontakt med, der vi ble bedt om å sende en søknad til forskningsutvalget for godkjenning ved det aktuelle sykehuset. Forespørselen ble godkjent (Vedlegg 8).

I forkant av intervjuene ble samtykkeskjemaene lest og underskrevet. Informantene ble opplyst om muligheten til å trekke seg når som helst, og at vi da ville slette informasjon fra dem umiddelbart. Ingen av informantene trakk seg i løpet av prosjektperioden. Det ble også opplyst at vi har taushetsplikt, og at informantene ikke skal bli identifisert eller gjenkjent i studien (Kvale et al., 2015). Deltakerne ble kodet med nummer og materialet vil kun bli brukt til denne studien.

Når oppgaven er godkjent, vil intervjuene, samtykkeskjemaene og annen informasjon slettes og makuleres.

#### ***4.7 Forforståelse***

Innen hermeneutisk filosofi, som er læren om tolkning av tekster som grunnlag for forståelse, var Gadamer en viktig bidragsyter. Han mente individuelle og historiske erfaringer og forutsetninger vi mennesker har med oss, bevisst eller ubevisst, er av sentral betydning i vår fortolkning (Malterud, 2017). Dette kalles forforståelse, og innebærer den bagasjen vi har med oss inn i forskningsprosjektet. Forforståelsen er ofte en viktig faktor og motivasjon for å sette i gang med et forskningsprosjekt, nettopp fordi temaet er interessant for forskeren og det er ønskelig å finne ut mer om nettopp dette (Malterud, 2017).

Den bagasje forskeren har med seg inn i prosjektet, kan påvirke resultatet av forskningen i både positiv og negativ retning. I positiv forstand kan forforståelsen gi styrke og nærhet til et prosjekt, mens den i negativ forstand kan hemme prosjektet fordi det handler om det vi har med oss, og ikke det vi oppdager (Malterud, 2017).

Det er viktig å sette disse egenerfaringer til side, og fokusere på informantenes historier, både i selve intervjuet, men også i fortolkningen av de transkriberte tekstene. Man må sette egne ord og bilder til side og lytte til, og få frem det informantene sier om temaet (Malterud, 2017).

#### ***4.7.1 Presentasjon av eget ståsted***

Det kan være utfordrende å forske i eget felt, fordi vi har egen erfaring i forhold til håndtering av saker der barn er innlagt grunnet mishandling

I forhold til forforståelse vil vi presisere at vi begge er barnesykepleiere med mange års erfaring fra barneavdeling. Vi har begge opplevd situasjoner der barnemishandling har vært årsak til innleggelse av barn i barneavdeling. Vi har erfaring i møte med politi og barnevern. Vi har forsøkt å sette denne erfaringen i parentes, for virkelig å kunne lytte til og få frem det informantene har fortalt oss om sine opplevelser rundt problemstillingen. Også i fortolkningen av data har vi vært bevisst på å ikke la materialet bli farget av våre egne erfaringer. Der vi refererer til egenerfaring, blir dette tydeliggjort i oppgaven.

#### ***4.8 Analyse av kvalitative data***

Det er gjort en tverrgående deskriptiv analyse av intervjuene. En tverrgående analyse tar sikte på å sammenfatte informasjon fra flere ulike deltakere. De fleste kvalitative studier fra medisin -og helsefag, gjennomføres ved bruk av tverrgående analyser (Malterud, 2017).

Data-analysen ble gjort ved bruk av «systematisk tekstkondensering» (STC), hvor innsamlet data analyseres ett er faste trinn (Malterud, 2012, 2017).

Malterud (2017) hevder metoden både er velegnet for tematisk analyse av kvalitative data, og at den er velegnet for nybegynnere, med tanke på en overkommelig og systematisk analyseprosess «uten forutsetninger knyttet til filosofiske røtter eller kvalitative metodetradisjoner» (Malterud, 2012, 2017).

Vi har jobbet trinnvis gjennom den transkriberte teksten fra intervjuene, ved å bruke systematisk tekstkondensering. I en slik trinnvis prosess, kan gjentakelsene i arbeidet virke unødig krevende. For å jobbe oss godt inn i problemstillingen er en slik systematikk viktig. Hva vi ønsker å vite mer om, kommer tydeligere frem, og informasjonstyrken av våre empiriske data kan dermed økes (Malterud, 2012, 2017).

Systematisk tekstkondensering består av 4 trinn:

1: Helhetsinntrykk- fra villnis til foreløpige temaer.

2: Identifisering av meningsdannende enheter- fra foreløpige temaer til koder og sortering.

3: Kondensering- fra kode til abstrahert innhold (å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannede enheter).

4: Syntese: Å sammenfatte betydningen av disse.

De transkriberte intervjuene ble gjennomlest flere ganger av oss begge. Det arbeides fra et fugleperspektiv der målet er å få et helhetsinntrykk. I følge Malterud (2017) er det viktig at en setter egen forforståelse og teoretiske referanseramme til side, men hele tiden ha problemstillingen med seg. Systematisering gjøres ikke i første trinn, meningen er å danne et helhetsbilde for så å oppsummere inntrykkene en får gjennom lesing av materialet (Malterud, 2012, 2017). Vi laget likevel store plansjer, der vi limte opp teksten fra alle intervjuene etter temaene i intervjuguiden (Vedlegg 9). Dette gjorde materialet oversiktlig. Vi gjorde flere notater på plansjene og merket oss ved tekst som var sammenfallende og kunne oppsummere noen foreløpige temaer.

På slutten av første trinn hadde vi samlet oss om følgende foreløpige temaer:

-Behov for opplæring og kurs

-Ikke en del av opplæringsplan

-Behov for støtte fra kollegaer og ledere (deriblant ettersamtaler/ debriefing)

-Behov for (økt) samarbeid mellom ulike profesjoner

-Lite informasjon fra barnevern

-Våge å tro at barnemishandling skjer

-Tørre å spørre, være nysgjerrig

-Være barnets «advokat», våge å stå i det for barnas del

-Behov for (klare) prosedyrer (Ulikhet mellom sykehus i forhold til prosedyrer/retningslinjer)

-Behov for tid, «Å skynde seg sakte»

I det andre trinnet organiserte vi teksten slik at vi tok med de delene som sa noe om problemstillingen. Resten ble lagt til side (Malterud, 2017). Teksten ble klippet opp og satt inn under de foreløpige temaene fra trinn 1. De meningsdannende enhetene ble her identifisert en etter en etter gjennomgang av tekstene linje for linje. I systematisk tekstkondensering anses ikke hele teksten som meningsdannende enheter, det relevante skal skilles fra det irrelevante (Malterud, 2012, 2017). I vår studie ble dette gjort ved å ta med tekst som kunne si noe om problemstillingen videre i analysen.

Deretter ble de meningsdannende enhetene kodet og lagt i kodegrupper (vedlegg 10). Tekst som har noe felles gis en merkelapp- en kode (Malterud, 2017). Kodene ble organisert etter fellesskap i kodegrupper. Eksempelvis ble «å ta seg tid» brukt som kodegruppe og alle tekstbiter som sa noe om tid fikk fargen gul, mens støtte og samarbeid med ledelse og kollegaer fikk fargen rød under kodegruppen internt samarbeid. Vi satte så de meningsbærende enheter med sin kode under sin kodegruppe i en matrise. På denne måten kunne teksten organiseres og systematiseres og det ble enklere å flytte på tekst mellom ulike kodegrupper (Malterud, 2012, 2017).

Før vi startet på det tredje trinnet, ble alle intervjuene gjennomlest på nytt for å se om noe var utelatt. Dette var et tidkrevende arbeid. I prosessen dukket det hele tiden opp nye meningsdannende enheter og grupper som passet sammen. Vi oppdaget at flere kodegrupper var så like at de ble slått sammen eller flyttet på. Vi endte opp med fem kodegrupper med meningsdannende enheter.

Eksempelvis inneholdt noen kodegrupper så lite tekst, at vi måtte ta opp til vurdering om de skulle være med, eller om de egentlig hørte hjemme under en annen kodegruppe.

Kodegruppene ble så sortert i subgrupper. Her må vi sortere ut dataen som er mest relevant for kodegruppene. Vi notere hver for oss stikkord fra hver kodegruppe, deretter diskuterte vi hvilke nøkkelord som var mest egnet av de vi hadde kommet frem til. Vi ble enige om de aktuelle ordene som egnet seg best til subgruppene, slik at vi hadde klarhet i prosjektets problemstilling når vi videre jobbet med teksten. Vi sorterte materialet i subgrupper. Også subgrupper ble flyttet på eller slått sammen, da teksten naturlig passet sammen under en gruppe. Hver subgruppe inneholder kondensatet fra teksten (Malterud, 2017). «Kondensatet skal gjenspeile og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle subgruppen, med tydelige spor av deltagerens ord og begreper fra de meningsbærende enheter» (Malterud, 2017, s.107).

Etter hvert som subgruppene gir oss ny forståelse om hva vi lærer noe om, anvender vi også her muligheten til å endre kodegruppene (Malterud, 2017).

Malterud beskriver en slik prosess med å jobbe fleksibelt. «Bare når det er lett for forskeren å gå tre skritt frem og to tilbake, vil det være mulig å dra nytte av den økende innsikt som følger av nærhet til data» (Malterud, 2017, s.102).

Disse illustreres med et gullsitat som konkretiserer hovedfunnene (Malterud, 2017). Et gullsitat er en sammenfatning av flere sitater fra informantene.

I fjerde og siste trinn rekontekstualiserer vi, det vil si å sette teksten sammen igjen (Malterud, 2017). Vi sammenfattet hovedtrekkene fra tidligere analysetrinn i form av gjenfortelling.

Essensen i dette gir grunnlag for nye begreper og beskrivelser. På vegne av andre er vår rolle å gjenfortelle slik at det blir ny kunnskap, og vi bruker her tredjepersonformen. Kondensatene anvendes til å lage en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe, det vil si at den analytiske teksten er et eller flere utdrag fra det vi har jobbet med i de foregående trinnene. Analysen slutføres og vi ender opp med overskriften for kategorien, som inneholder vårt funn. Da systemiseringsarbeidet var ferdig, sto det igjen sju subgrupper som ble samlet innenfor tre kategorier (Malterud, 2017):

<u>Kategori 1.</u>	<u>Kategori 2.</u>	<u>Kategori 3.</u>
Å ha innsikt, tid og mot	Behov for økt kunnskap	Verdien av samarbeid
Subgrupper:	Subgrupper:	Subgrupper:
1: Vanskelig å tro og vanskelig å identifisere	1: Behov for kurs og opplæring	1: Samarbeid internt-Støtte fra ledelse og kollegaer
2: Tid er viktig, man må skynde seg sakte	2: Behov for opplæringsplan og prosedyrer	2: Samarbeid eksternt-med politi og barnevern
3: Å våge å spørre og våge å stå i det.		

## 5.0 STUDIENS FUNN

Informantene fortalte om erfaringer de hadde med å stå i situasjoner der barnemishandling kunne være årsak til innleggelse. De kom med beretninger om påførte brannskader, bruddskader og vanskjøtsel av barn. De fortalte også om politiavhør og rettsaker i forbindelse med saker de hadde vært i, og at dette var vanskelig og ubehagelig. Felles for informantene var at de mente dette var et viktig tema, som det var positivt at det blir satt søkelys på.

### *5.1 Kategori 1: Å ha innsikt, tid og mot*

#### *5.1.1 Subgruppe 1: Vanskelig å tro og vanskelig å identifisere*

Alle informantene tror barnemishandling overses. De bruker ord som at dette er ullent og diffust, muggent, snodig, at magefølelsen sier at noe er galt, uten at de kan sette fingeren på hva det er.

«Å, det er jo ofte veldig ullent dette, et ullent felt»

«Det kan være litt sånn snodig samspill, men vi får ikke helt tid til å sette fingeren på det»

De senere årene har det vært økt fokus på barnemishandling, og instansene som jobber med barn er blitt mer bevisst:

«Jeg tror vi er blitt mer bevisst på det egentlig i de siste årene enn hva, altså grove ting det lar seg jo ikke skjule, men jeg tror man er blitt mer obs på det og tenker sånne ting med unger man ikke finner helt ut av og hva som plager de»

Likevel er det vanskelig å tro:

«Det er vanskelig selv om man vet det skjer, så er det fremdeles vanskelig å tro at noen kan være så ond»

Og vanskelig å identifisere:

«Selv om det er oppe i dagens lys og vi tenker det og barnehager tenker det, skolen tenker det, alle er mer som på vakt i forhold til at barn ikke skal lide, så tror jeg fremdeles det er vanskelig for oss voksne å sette seg inn i og se det fra barnets side»



På spørsmål om hvorfor barnemishandling overses svarer informantene at det er lett å overse fordi man legger årsaken til andre ting, for eksempel luftveisproblematikk eller infeksjoner. Eller barn som kommer inn gjentatte ganger med magesmerter, uten at man finner noen årsak til plagene. Symptomene er vage og problemstillingene ofte sammensatte.

«Så er det jo med jevne mellomrom egentlig, noen som man kan tvile litt på historien til. Eller du har de som kommer inn gang på gang, så begynner man å få en sånn magesfølelse på hva er egentlig dette?»

«Det er mange der vi har en sånn litt snodig følelse, men vi har ingenting håndfast, vi har ingenting vi kan gå videre med, så vi har egentlig ikke noe mer vi kan gjøre»

Flere av informantene nevner foreldre som snakker for barna sine som mulig årsak til at barnemishandling kan overses.

«Jeg tror det er fordi at i de tilfellene det er noe muggent, så er foreldrene veldig frempå og svare for ungene sine og dekke over ting, og vet hvordan de skal forklare ting, så det blir ikke gått videre»

«H\*n var veldig sånn og snakket for ungene og gjorde alt. I ettertid vet vi jo at h\*n var dømt for barnemishandling»

«Foreldre som er gode å snakke for seg og døren er lukket. Det er ikke alt man får med seg. Men, jeg tror nok også at vi av og til kan reagere på oppførsel til foreldre, også blir det ikke tatt ordentlig tak i»

Informantene er likevel ydmyke i sine uttalelser om foreldre, og nevner kulturforskjeller og traumer fra eksempelvis krig og flukt som årsaker til at barnemishandling skjer. Foreldre kan også være trette og slitne, ikke ha spist eller sovet. De kan være redd for barnet sitt, noe som kommer til uttrykk på ulike vis.

«men så ser vi at det også er en del som bruker vold i oppdragelsesøyemed og man kommer fra andre kulturer, så tror jeg også vi skal være veldig ydmyk for at det er foreldre som kan ønske barna sine vel, som rett og slett trenger å jobbe med endringer da. Vi må jo selvfølgelig si at det ikke er akseptabelt, men jeg tror vi har med en sånn holdningsendring å gjøre, det er jo ikke så lenge siden man slo i Norge heller»

«Foreldre er på tuppan, foreldre kan være redd, foreldre kan være stressa. Du vet liksom ikke helt hva som rører seg inni»

### **5.1.2 Subgruppe 2: Tid er viktig, man må skynde seg sakte**

#### **Tid til barnet og familien:**

Det blir i flere av intervjuene nevnt tid som en faktor i forhold til at sykepleierne ikke får gjort gode nok observasjoner av barna fordi tidsrommet de ser barna er av kort varighet.

«Men det er jo ikke så enkelt å skulle oppdage det heller her. Hvis man har en kort innleggelse»

Der det er mistanke og der det kommer inn barn for undersøkelse i forhold til å avdekke vold, er helkroppsundersøkelse en del av undersøkelsen. Sykepleierne som jobber mest med dette, sier det er viktig å ta seg tid til dette med alle barn. Få oversikt over huden og se etter blåmerker.

«Ha god tid til å inspisere hud og merker»

Å ha tid til å observere samspill i familien, blir det ofte liten tid til:

«I en travel hverdag, det er ikke alltid man har tid til å sitte inne på pasientrommet så lenge. Det hender at du rusker inn og ut, gjør det du må, også går du ut igjen»

Slike saker er ofte vanskelige, og informantene sier ikke alt kan gjøres fort.

«Det trenger vi ofte tid til, for vi har en opplevelse av at går vi for hardt ut, trenger ikke saken bli så god. Ofte må man på en måte lene seg, det er noe med å skynde seg sakte da. Lene seg litt tilbake, diskutere med spesialistene, ekspertene, gjøre nødvendige undersøkelser, prate med barnet. Ja, det trengs litt tid»

#### **Tid til administrative oppgaver:**

Informantene sier også at tid er en viktig faktor i forhold til de administrative oppgavene som skal gjøres i slike saker:

«Du stresser ikke for å ringe barnevernet for å diskutere en sak, du må ha tid til sånt. Man må få sitte for seg selv og man må få snakke. Når man snakker om tiss, rompe, finger her og finger der og alt mulig sånn der, så tenker man at det her, det skal ikke være sånn 3 stykker som står og banker på døra til deg som skal ha tak i deg, eller at du skulle vært inne på et rom og gitt en Paracet»

«Det tar jo litt tid å få mandat og fritak, og ja ting kan ta litt tid. Må holde veldig fast på den avsatte tiden man har»

Om man skal ha prosedyrer, er det også viktig for informantene at disse holdes i orden. Dette trengs det også tid til:

«Det tar tid å holde prosedyrer i orden og sånt, og skal du ha gode prosedyrer, så må de jo jobbes med, de må jo oppdateres»

Informantene råder også til å bruke tid til å holde seg oppdatert:

«Men jeg tenker også at har man godt kan ha det rolig en dag, men da er det alltid masse en kan sette seg inn i, og jeg tenker at det er et krav at vi holder oss relativt faglig oppdatert»

### **Tid i forbindelse med politiavhør og rettsak:**

Noen sykepleiere har opplevd politiavhør og å være innkalt som vitne i rettsaker. Også her kommer begrepet tid inn. Det tar for lang tid fra sak til avhør:

«Så gikk det vel et år, eller vel så det, jeg var to ganger i retten. Og det synes jeg, sånne saker tar jo tid, men jeg synes det tok for lang tid. På en måte så legger man sånne ting litt i fra seg, når man har vært gjennom det og man har gjort jobben i forhold til det. Så da, i alle fall jeg la litt løkk på det, og ville glemme en del, så jeg synes det tok for lang tid til at man plutselig skulle oppi det igjen og huske detaljert.»

### **5.1.3 Subgruppe 3: Å våge å spørre og våge å stå i det**

#### **Vi må våge å spørre:**

Informantene sier vi må våge å spørre foreldre i forhold til hvordan merker og skader har oppstått.

«Jeg synes jo at vi spør jo, altså når vi ser en del ting, jeg synes jo foreldrene som kommer inn med ungene, de blir jo spurt om en masse, men det kan hende de ikke blir spurt om de rette ting, jeg vet ikke. Men man stiller seg jo undrende til hvis det er ting, symptomer og liksom spør foreldrene litt om hva det kommer av liksom, og ja»

Noen mener sykepleierne kanskje er for dårlig til å spørre barna selv. Like viktig som å snakke med foreldre, er det å snakke med barna, være nysgjerrig og å spørre om hvordan dette har skjedd. I mottak når man kler av barnet, får man oversikt over huden.

«At man kler av dem og ser over og stiller spørsmål: «hvordan fikk du dette» og «dette ser vondt ut», «er det vondt når jeg klemmer her», og «hvordan fikk du den». Og i hvert fall i de sakene man tror det er noe, at man ikke gir seg og ikke slipper dem helt»

«At man ikke er redd for å stille dem spørsmål da, hvis man er litt i tvil, og i alle fall hvis de er i en viss alder og man har de litt på tomannshånd, at man kan stille spørsmål om: «er det noen som har gjort noe vondt mot kroppen din, eller hvordan har du det hjemme egentlig? At man faktisk tør å spørre»

### **Vi må våge å stå i det:**

Sykepleierne som ble intervjuet, har alle vært i situasjoner som har vært ubehagelige. De forteller om truende foreldre og om politiavhør som har vært vanskelige. Likevel sier de det er viktig for dem å være der for barna, og å stå i situasjoner selv om det er vanskelig.

«Vi må jo stå i det for barnet sin skyld. Vi skal jo være, på en måte, jeg vil ikke si advokat, men hvis ikke vi tar tak i det med ungene når vi ser at dette er galt, og at de ikke har det bra hos sine nærmeste, så gjør vi de en urett med å ikke gripe fatt i det der og da og greie å stå i det. Vi skal på en måte ta vare på ungene når de kommer inn og det er mistanke om sånne ting. Være deres forsvarere på en måte»

«Det er for galt hvis noen skulle komme til meg som har vært innlagt som barn å si: Hvorfor så dere ingen ting, hvorfor gjorde dere ingen ting, hvorfor hjalp dere ikke meg?».

«Men for ungene sin del så må man bare stille opp å gjøre sånne ting (politiavhør og vitne i rettsak). Bedre det enn at en unge skal bli ødelagt for livet å kanskje ikke overleve. For vi er jo kjempeviktig i sånn sammenheng, på barneavdelingen når slike unger kommer inn. Det kan ha alt å si for disse barna at de får det bra senere».

## **5.2 Kategori 2: Behov for økt kunnskap**

Informantene kunne ikke huske å ha hatt emnet barnemishandling i sin grunnutdanning. De fleste har videreutdanning, som barnesykepleiere eller helsesøstre. Heller ikke i disse videreutdanningene kan de huske å ha hatt dette som tema, bortsett fra en som har hatt noen timer om temaet i helsesøsterutdanningen. Noen har utdanning i sosialpediatri, der temaet er selvskrevet.

### **5.2.1 Subgruppe 1: Behov for kurs og opplæring**

Alle sykepleierne har jevnlig kurs om ulike temaer for faglig påfyll. Temaet om barnemishandling er noe de alle fleste har veldig lite om. Det kommer frem at det har vært sporadisk undervisning, men for lite.

«Jeg husker ikke helt. Vil ikke si at det er ofte, nei, det vil jeg ikke si. Men at det er innimellom. Maks en gang i året, hvis det er så ofte. Ikke oftere».

En informant sier det har vært en kursdag om temaet på 10 år, mens en annen forteller at det har vært to kompetansedager i løpet av 12 år.

Det fortelles at det ikke gis systematisk opplæring, men at temaet kan komme opp på kursdag, etter at det har vært innleggelse med mishandling som mulig årsak, at temaet da løftes frem.

«Det må det eneste være på kursdager tipper jeg. Vi har noen temaer der, ja vi har det litt innimellom når vi kanskje har hatt et lite raid med de sakene, så har det kommet opp på kursdagene etterpå, så går det en stund til neste».

«Ikke systematisk opplæring, men har av og til vært tema på kompetansedager. Men det reflekteres en del rundt det når vi har aktuelle kasus».

To sykepleiere forteller at de føler seg sett og hørt. De har tema som omhandler mishandling ganske ofte på agendaen. Disse informantene sier de føler seg heldige, som får midler til å dra på kurs for egen vekst. Disse er også de som sier de ikke savner noen opplæring per i dag.

«Vi har vel tre ganger i halvåret og så har vi fagdager for hele avdelingen og der har vi ofte litt sånn forskjellige ting man ønsker å høre mer om da, det med hva som skjer etter hvis det er spørsmål om vold og overgrep, hva ja. Så det har vi ganske ofte. Kurs i regi av barnehuset og så har vi noen fagdager sammen med barnevernet og politiet».

Å ha fokus på temaet, og ta det opp jevnlig, er viktig for informantene

«Tenker at det må gjentas som en type førstehjelpspakke, altså. Det er like viktig med det som hjerte –lungeredning, så det må gjentas ofte for at det skal være bevisst som ligger i bakhodet og jobb og vær oppe i dagen når man har kontakt med barn».

### **5.2.2 Subgruppe 2: Behov for opplæringsplan og prosedyrer**

I sykehus er det vanlig med opplæringsplaner med ulike temaer nye ansatte gjennomgår. Slike opplæringsplaner er en del av kvalitetssikring, og tar sikte på at personell er opplært i de temaer de kan møte i sitt arbeid.

De fleste informantene forteller at temaet barnemishandling ikke finnes på opplæringsplanen på arbeidsplassene sine.

«Det husker ikke jeg så langt tilbake til i opplæringsplanen. Vi har det sikkert på kursdager innimellom, men tror ikke vi har det i opplæringsplanen».

«der har vi ikke et sånt opplæringsprogram, det har vi ikke».

Et par av sykepleierne forteller at de får en “grunnpakke” som omhandler barnemishandling, når de begynner på den aktuelle posten.

«Alle som starter på posten får sånn minimumspakke i forhold til hva de bør vite».

Informantene sier temaet burde finnes i alle opplæringsplaner på alle barneavdelinger.

«At man har det i opplæringsprogram på alle sengepostene, at alle er våken».

Å være forberedt er vanskelig, men å ha snakket med noen på forhånd slik at man vet hvordan en slik situasjon håndteres. Å lære av andre som har vært i slike situasjoner.

«Hvis du kommer helt ny og skal ta imot, så tenker jeg det hadde vært greit å ha snakket med noen på forhånd om hva man faktisk gjør under mottaket og hva som skjer etterpå og, ja. Men absolutt kunnet hatt mer kurs om dette».

## **Prosedyrer:**

Angående prosedyrer på avdelingen fortalte halvparten av informantene at det foreligger egne prosedyrer eller standard pasientforløp i forhold til barn som legges inn med mishandling som mulig årsak til skade. De andre informantene har ikke utarbeidete prosedyrer å forholde seg til, men det finnes rutiner for melding til barnevernet i sykehusets digitale prosedyreplattform.

### ***5.3 Kategori 3: Verdien av samarbeid***

Når det oppdages barnemishandling på avdelingen, blir politi eller barnevernet varslet, eller begge instanser. Sykepleierne samarbeider med lege, politi og barnevernet så lenge barnet er innlagt i avdelingen.

#### ***5.3.1 Subgruppe 1: Samarbeid internt- støtte fra ledelse og kollegaer***

Om samarbeidet internt mellom sykepleierne og avdelingsledelsen, forteller enkelte av informantene at ledelsen er tilstede, men at de ikke er en del av saken sykepleierne står i.

«De har egentlig ikke vært noe spesielt innblandet i det»

«Jeg har opplevd at de har blitt satt på situasjonen.....»

En god del av sykepleiere forteller at de har god støtte hos ledelsen og føler seg hørt og sett. De fremhever også at de kan snakke med lederen sin om vanskelige situasjoner. De betegner det som godt å bli sett og hørt.

«Jeg føler at vi har veldig støtte i sjefen. Jeg synes egentlig sosialpediatrien har blitt lyttet til og tatt på alvor»

«Ja, vi har alltid støtte fra lederen ja, og ja. Og er det noe vanskelig for oss å forholde oss til, og det kan det være, så har vi lederen å snakke med. Det er aldri noe problem med samarbeid»

Internt samarbeid mellom sykepleierne og legene betegnes som godt fra sykepleierens side, de føler gjensidig støtte.

«Vi har godt samarbeid og bra fokus på det»

Erfarne sykepleiere føler at de blir lyttet til av legene, og at de blir spurt til råds i situasjoner der legen har mindre erfaring. Det kommer frem at sykepleiere og leger hjelper og støtter hverandre.

«Har aldri opplevd at jeg ikke har møtt gehør jeg, i sånne saker. Jeg føler legene hører på oss. De kommer ofte å rådspør oss når de stusser på ting. Føler at de anerkjenner oss for at dette kan vi. Men jeg vet ikke om alle sykepleierne i avdelingen som ikke har noen erfaring på feltet føler at de har samme gehøret hos legene».

«Hvis det er en uerfaren lege på, så er bakvakten på plass og lager instruksjoner for eller er med og ser til at det blir gjort det som gjøres skal. Ja, det oppleves som et veldig godt samarbeid».

Innimellom kan det bli diskutert om hva som skal meldes og når.

«Samarbeidet er som regel bra, men det har vært tilfeller hvor personalet har hatt delte meninger om hva som er rett tid for bekymringsmeldinger, og om det er grunn til bekymring»

### **Samarbeid mellom sykepleiere:**

Informantene forteller om godt samarbeid mellom sykepleierne, og at det er viktig å ha noen å snakke med om vanskelige situasjoner. Det kommer frem at slike saker ofte blir snakket om på vaktrommet, og at tankene blir luftet der.

«Ja det er jo litt nysgjerrighet rundt det hele og litt spenning, det er det alltid. Altså, det er såpass sjelden at folk er liksom ekstra oppmerksom, hva skal jeg si, giv akt altså, når vi vet noe sånn vi skal ta imot. De vil gjerne vite hva vi står i, vi som er oppe i det»

«Å ha en sparringspartner å diskutere med trekkes frem som viktig og trygt. Det jeg tro er viktig da er at alle, at alle sykehus av en viss størrelse, eller uansett å lenge du har barneavdeling, du bør ha et lite sosialpediatrisk miljø, tenker jeg. Og det handler om at man gjør hverandre god og vi er forskjellige og jeg tenker at det å ha en sparringspartner på jobb, som er av din egen profesjon. En ting er at du kan snakke med legen og det går helt fint, men det er alltid noe med å være flere, og noen du kan ringes hvis det er noe du lurer på. Kan ringes fordi om du har fri, så er det greit liksom»



Etter saker som har vært tøffe eller etter dødsfall, bruker det gjerne å være ettersamtaler eller debriefing blant personalet. Når det gjaldt barnemishandling, var det ikke vanlig med debriefing i etterkant av de aktuelle sakene. Ingen av informantene har ettersamtaler/debriefing som en fast agenda i forhold til slike saker.

«ÅÅÅ det må jeg tenke meg godt om. De vanlige mottakene det er meldt inn at det er, så det, vi har jo ingen debriefing etterpå som jeg kommer på i alle fall. Faktisk i noen heftige situasjoner, den ene situasjonen der jeg var i rettsak gjennom flere runder, tror jeg ikke det var noe debriefing. Svaret blir vel egentlig nei»

Det virker som om debriefing er litt tilfeldig, men at kollegaer snakker sammen om slike saker. Å ha noen å snakke med er viktig for sykepleierne, når det gjelder å føle seg ivaretatt etter situasjoner som kan ha vært vanskelige

«Det blir en del snakk mellom personalet, det blir mye, det er vel kanskje sånn vi gjør det, for det meste på jobb at man debriefer hverandre i jobbsammenheng. Jeg synes det fungerer ganske bra, men det burde kanskje være et opplegg rundt det egentlig. Det er ikke noe oppsatt debriefing i de situasjonene jeg har vært i, men kollegaene er gode å ha og vi prater om det å debriefer hverandre underveis uten å kalle det for debriefing kanskje»

I ett tilfelle nevnes det ettersamtale, men det er ikke noe fast system rundt dette.

«Jeg hadde en skikkelig stygg sak, da brukte vi debriefing. Da er det et veldig sånn stort behov i hele personalgruppen. Vi kan ta det inn i sosialpediatrisk team som jeg sitter i og diskutere saken der. Så har vi et sånn ukentlig møte vi som jobber i det der teamet, men hvis du tenker på de sykepleierne som ikke gjør det, de som kun jobber i denne avdelingen, så har vi ikke noe system for debriefing. Da må du på en måte melde det inn selv. Vi som jobber med det, har jevnlig møter, har mulighet å ta opp ting som vi har opplevd som er vanskelig. Vi har ikke noe godt system for det ute i avdelingen. Opplever vi et akutt sykt barn som du omtrent er usikker på om overlever eller ikke, prøver vi å få til en samtale på det nært etterpå, uten at det er noe fast».

Når informantene blir spurt om det er noe vi ikke har snakket om, som de vil fortelle, kommer debriefing opp igjen som noe som savnes, og at dette er situasjoner det kan være læring i.

«Og hatt litt, kanskje litt debriefing etterpå. Jo vi har debriefing etter krybbedød, men ikke etter slike saker. Burde vært ettersamtaler for/med de involverte med info. Forstår

taushetsplikt, men det er også læring i å ta det opp i etterkant. Gjorde vi dette på en god måte?».

### **5.3.2 Subgruppe 2: Samarbeid eksternt- med politi og barnevern**

I situasjoner der barnemishandling er mulig årsak til innleggelse, er barnevern og politi instanser barneavdelinger samarbeider med. Det kan også være situasjoner der politi eller barnevern kommer til avdelingen med barn som skal undersøkes av barnelege grunnet mistanke om at mishandling har funnet sted.

#### **Samarbeid med politiet:**

Erfaringene i forhold til samarbeid er positive, og politiet er raskt tilstede der det er åpenbart at barnet bør tas ut av hjemmet.

«Ja, det har også vært en kjempepositiv erfaring, Vi har hatt en del saker der politiet har vært tilstede, og for så vidt også barnevernet, stort sett i hver eneste sak. Og det har vært helt, nesten påfallende behagelig og fint å samarbeide med dem, ja. Fin trygghet, de har gitt en veldig trygghet, de har gjort sine ting og handtert situasjonen til det beste».

Noen av informantene har samarbeidsmøter med politiet. Å ha kjennskap til hverandres arbeid trekkes frem som viktig.

«Fint å kjenne hverandre litt når man skal snakke. Jeg synes vi har jo jevnlig møter med politiet, og vi treffer politiet når vi er på barnehuset, vi treffer avhørene og så dem, er jo alltid veldig fint å kjenne hverandre litt når man skal snakkes».

«Vi har møte med politiet cirka hver 6. uke hvor vi diskuterer saker om ting er gjort, om det er ting dem bør innhente som de ikke sitter med informasjon om, Jeg tror det er kjempelurt i forhold til å forstå hverandres måte å jobbe på».

Samarbeid med politiet fungerer for det meste greit, men det går igjen at politiet kommer til avdelingen fullt uniformert og ikke stille og anonymt. Dette er noe sykepleierne reagerer på i forhold til hensynet til andre barn og foreldre som oppholder seg i avdelingen.

«Politiet synes jeg har vært litt så som så, i forhold til at det kommer fullt uniformerte, og de kan komme 3 stykker inn og spørre om hvor en navngitt person er. Og de kan spørre i gangen. Og det kan være andre som får med seg dette, at det er litt sånn uprofesjonelt måten det blir gjort på. Men jeg har stort sett positive opplevelser med politiet, at de har ringt, de har kommet hvis det har vært noe, har gitt grei informasjon og de kan også ha ringt og meldt de på forhånd, hvis det er sånne spesielle saker at det en mistenkt før de kommer inn».

«Stort sett positive opplevelser, men akkurat dette med å komme på avdelingen, fullt påkledd i politiuniform også spørre etter en person ute i gangen, det gjør man ikke. Og det kan komme opptil 3 stykker. Men i hvert fall før så var det en som jobbet veldig mye med det i politiet, som var veldig profesjonell i det. Det kan godt være h\*n jobber der fremdeles, men h\*n kom sivilt kledd og var veldig rolig. Det var veldig fint, egentlig».

### **Samarbeid med barnevernet:**

Noen av informantene har ikke vært i kontakt med barnevernet, men de som har det forteller at samarbeidet stort sett er bra og at barnevernet er raskt tilstede der det er klart at omsorgsovertakelse er nødvendig. Noen ganger har det tatt litt tid før de er på plass i sykehuset, men informantene sier dette gjerne har vært på natt eller helg. Det som er felles for informantene, er at de synes barnevernet er for tilbakeholdne med informasjon:

«Samarbeid med barnevern er at de er veldig tilbakeholdne med opplysninger som kan være nyttige i vårt arbeide. De begrenses veldig av taushetsplikten. Det har vært tilfeller hvor vi har fått i oppdrag å observere samspill, uten at vi har fått flere opplysninger om hva dette dreier seg om»

«Og barnevernet har stort sett vært greit å samarbeide med. Det er kanskje noen ganger man får litt lite informasjon som kanskje kunne vært greit og hatt når ungen er innlagt. De holder nok litt igjen. Og det har nok, selvfølgelig med taushetsplikt å gjøre. Men vi er nødt til å få vite noe vi også. Og det er jo litt med hva vi kan si til de også, da».

## 6.0 DISKUSJON

Oppgavens hensikt var å beskrive kunnskap om sykepleierens erfaringer når det var mistenkt barnemishandling som årsak til innlegges i barneavdeling.

Vår studie har flere funn og i de neste underkapitlene diskuteres hovedfunnene opp mot teori og tidligere forskning.

### *6.1 Barnemishandling er vanskelig å identifisere*

Funn i vår studie viser at barnemishandling kan oppleves som ullent, og at det kan være vanskelig å identifisere. Noen sier de har en følelse av at noe ikke stemmer, men at de ikke kan gå videre med saker basert på dette. Dette er i samsvar med tidligere undersøkelser, der sykepleiere/helsepersonell definerer barnemishandling som et vanskelig tema på grunn av at det er ullent og diffust (Lines et al., 2017; Skarsaune, 2013; Skarsaune & Bondas, 2014).

Studien viser at sykepleierne tror barnemishandling kan overses nettopp fordi det er vanskelig å identifisere. De tilfellene hvor det er klart, er det når det er skader som er tydelige, der det er bruddskader eller annet som ikke stemmer med omstendighetene som blir oppgitt som grunn. I andre undersøkelser finner man samme resultat (Paavilainen et al., 2002; Svärd, 2017).

Det er vanskeligere når magefølelsen sier at noe skurrer. Sykepleierne fortalte at de kunne reagere på foreldrenes væremåte og på samspillet mellom barn og foreldre. Dette samsvarer med funn i studien fra Sverige (Svärd, 2017). Også der det var gjentatte innleggelse, uten at det kunne finnes noen årsak til barnets symptomer, fortalte informantene at det var noe, men at det var vanskelig å sette fingeren på hva det var.

For å avdekke barnemishandling behøves tid. I vår studie kommer det frem at det er viktig å ta seg tid til å få oversikt ved å kle av barna, og å stille direkte spørsmål om hva som eventuelt har forårsaket skader eller merker på barnas kropp. Dette innebærer å skape en relasjon til barnet gjennom forståelse for den annens situasjon. I omsorgen for barn som lever med mishandling, vil dette innebære å sette seg inn i barnets situasjon og handle ut fra det som er til det beste for barnet. Martinsen (1990) vektlegger spesielt omsorg for de svake som er avhengig av omsorg grunnet for eksempel sykdom og alder. Barn er en gruppe som er avhengige av at voksne tar tak i og følger opp deres behov for hjelp, dersom de er i en situasjon der de utsettes for mishandling av sine omsorgspersoner. Sykepleiere som eventuelt

oppdager dette, utfører konkrete handlinger utfra en forståelse for hva som er til barnets beste. Dette er det praktiske begrepet i Martinsens teori. Handlingen som utføres, krever begrunnelse. Denne bygger både på etisk og faglig vurdering fra sykepleieren. Faglig skjønn opparbeides gjennom praktisk erfaring og ved læring fra andre (Martinsen, 1990).

Der det er tydelig at et barn utsettes for vold eller omsorgssvikt, vil sykepleieren handle moralsk forsvarlig ved å kontakte politi eller barnevern. Svak paternalisme brukes i en situasjon der sykepleier bruker sin kompetanse til det beste for barnet, selv om det kan medføre omsorgsovertakelse. Dette bygger på faglig skjønn. Flere studier peker på at barn som utsettes for vold, står i risiko for å utvikle sykdom senere i livet (Barne og familiedepartementet, 2014; Norsk kunnskapsenter om vold og traumatisk stress, 2018; NOU 2017:12, 2017). Sykepleier har også ansvar for «barn som lever under forhold som gir fysiske, psykiske eller sosiale utviklingsforstyrrelser og/eller skader (Barnesykepleierforbund NSF, 2017).

Funn i vår studie peker på at sykepleiere er bevisst på at barnemishandling forekommer, og at de har et ansvar i forhold til dette. De er også bevisst på lovverk og at de er bundet av dette (Barnesykepleierforbund NSF, 2017; Helse og omsorgsdepartementet, 2019), men at det er vanskelig å gå videre med saker som er diffuse og basert antagelser. Det pekes også på i andre studier at sykepleiere er bevisst sin rolle, men har for lite kunnskap og erfaring om barnemishandling (Lines et al., 2017). Sykepleierne vi intervjuet er sitt ansvar bevisst, og sier det er viktig å våge å stå i slike situasjoner for barnas del. De er bevisst på at barn som lever med mishandling, kan få skader av dette senere i livet (Barne og familiedepartementet, 2014; Felitti et al., 1998; Norsk kunnskapsenter om vold og traumatisk stress, 2018). Å sette seg inn i og forstå hvordan barnet har det vil være å handle moralsk ansvarlig ut fra barnets beste. I et tilfelle der et barn utsettes for vold og omsorgssvikt i hjemmet, handler sykepleieren moralsk ansvarlig ved å kontakte politi og barnevern (Martinsen, 1990).

## **6.2 Tilbud om opplæring og kurs varierer mellom sykehus og innad i klinikker**

I denne studien kommer det frem at ingen har hatt temaet vold mot barn i sine grunnutdanninger. Det er de siste årene satt mer fokus på vold i nære relasjoner, og det både er satt i gang tiltak og foreslått at tiltak igangsettes for å styrke opplæringen innenfor profesjoner som arbeider med barn (Barne og familiedepartementet, 2014).

Det er utarbeidet ny forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanninger der det fremgår at studentene skal ha kompetanse om vold og overgrep i sin utdanning (Kunnskapsdepartementet, 2019). Forskriften trer i kraft fra skoleåret 2020-2021, og dette vil kunne være med på å styrke kompetansen blant sykepleiere i møtet med barn som kan ha vært utsatt for vold.

I vår studie kommer det frem at de som arbeider mest med temaet vold mot barn, også har mest kurs og opplæring, og disse føler også at de er godt oppdatert og får midler til å dra på kurs. De fremhever at det er viktig å ha kunnskap om det de står ovenfor, og at det er trygghet i å vite hvordan man går frem i situasjonene. De er også med på å gi undervisning til andre. Ifølge Kari Martinsen, læres faglig dyktighet gjennom eksempellæring fra en ekspert (Martinsen, 1990). Sett i lys av dette, vil en sykepleier som har vært i situasjoner der barnemishandling har vært aktuelt, ha erfaring til å håndtere dette på en annen måte enn en sykepleier som ikke har vært i slike situasjoner. Å bidra med sine erfaringer, vil kunne være med på å styrke kompetansen hos den uerfarne.

Studien vår viser videre at sykepleiere mener det er viktig å holde seg faglig oppdatert, og om man skal ha prosedyrer, må disse oppdateres og holdes i orden. Dette tar tid, og denne tiden må avsettes. Barnesykepleier har ansvar innenfor feltet kvalitet, undervisning og forskning. I dette ligger ansvaret for å holde seg faglig oppdatert, samt deltar i forskning og kvalitetsutvikling for å forbedre og utvikle faget (Barnesykepleierforbund NSF, 2017).

Denne studien viser at sykepleiere har hatt sporadiske kurs og fagdager om temaet, og oppgir at de ønsker mer oppdatering og opplæring. Manglende opplæring gir usikkerhet når det gjelder å identifisere og å melde fra om barnemishandling. Dette ser vi også i tidligere studier (Barne og familiedepartementet, 2016; Borimnejad & Khoshnavay Fomani, 2015; El-Radhi, 2015; Flemington & Fraser, 2017; NOU 2017:12, 2017; Skarsaune, 2013).

Temaet barnemishandling var ikke en del av sykepleiernes opplæringsplaner. En oppgave at de hadde en «minimumspakke» i forhold til det de burde vite. En opplæringsplan er en sjekkliste nye sykepleiere gjennomgår ved ansettelse, der viktige momenter i forhold til hva de må kunne i forhold til den avdeling de jobber på. Å ta imot barn som kan ha vært utsatt for

mishandling, kan medføre at ulike tiltak iverksettes, som kontakt med politi og barnevern. Familien og barnet skal også ivaretas. Ifølge funksjonsbeskrivelse for barnesykepleier (Barnesykepleierforbund NSF, 2017) har barnesykepleier ansvar innenfor kvalitet, undervisning og forskning. Men, å holde seg faglig oppdatert, kan være vanskelig når temaer er diffuse, eller det ikke tilbys kurs eller opplæring.

Studier viser at helsepersonell kan bli bedre til å gjenkjenne tegn på barnemishandling gjennom treningsprogrammer (Flemington & Fraser, 2017). I Norge er det gjennom ulike rapporter og utvalg, kommet forslag om at vold og overgrep mot barn og unge, skal inn i fagplaner for profesjonsutdanningene. Dette arbeidet er i gang, og det er nå lagt føringer for nye fagplaner fra for sykepleierutdanningene gjeldende fra skoleåret 2020-2021 (Kunnskapsdepartementet, 2019).

Bare halvparten av sykepleierne i vår studie, hadde prosedyrer om barn som kunne være utsatt for mishandling. NKVTS har i sin veileder for omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner, gitt anbefaling om at det bør være lokale, skriftlige prosedyrer som henviser til og bygger på kunnskapsbaserte retningslinjer (Norsk kunnskapsenter om vold og traumatisk stress, 2018). Å ha prosedyrer, vil kunne være med på å gi klarhet i hvordan sykepleiere skal gå frem i slike saker.

### ***6.3 Godt samarbeid og støtte fra kollegaer og ledelse er viktig***

Saker der barnemishandling er årsak til at barn innlegges i barneavdeling betegnes som vanskelige. Støtte fra kollegaer er viktig. Gjennom studien kom det frem at det var godt å ha noen å snakke med, og at kollegaene var gode sparringspartnere. Skarsaune fant det samme i sin undersøkelse (Skarsaune, 2013). Det var litt tilfeldig når slike saker ble tatt opp, og det ble gjerne drøftet med en kollega på vaktrommet.

Det var altså ikke noe fast system rundt ettersamtaler for sykepleiere som hadde stått i situasjoner de betegnet som spesielt vanskelige. I enkelte av intervjuene fortalte informantene om sterke opplevelser som hadde satt spor i dem. De påpekte at det kan være god læring i å ta opp slike saker i etterkant, og at et system rundt debriefing derfor var ønskelig.

Sykepleierne hadde ulike erfaringer i forhold til sykepleieledelsen i sine respektive avdelinger. Noen mente lederne var lite tilstede i slike saker, men de fleste følte de hadde god støtte lederen sin. Å bli sett og hørt av lederen, ble fremstilt som positivt og viktig.

Vår studie viser at det er godt samarbeid mellom sykepleiere og leger, i motsetning til andre studier der hierarkiet er til hinder for godt samarbeid mellom profesjonene (Skarsaune, 2013). Skarsaune (2013) har intervjuet sykepleiere i flere ulike deler av helsetjenesten, som legevakt og akuttmottak, i tillegg til i barneavdeling (Skarsaune, 2013), mens vår studie kun har informasjon fra sykepleiere som arbeider med barn i barneavdelinger. Kan det være mindre hierarki i barneklinner, der man kanskje er vant til å jobbe mer sammen? Eller er helsevesenet generelt kommet lenger med tanke på å være oppmerksom på barnemishandling gjennom de senere års søkelys på temaet?

Å ha god opplæring og klarhet i egne roller anses som viktig. Sykepleiere i en særstilling når det gjelder å oppdage barnemishandling (El-Radhi, 2015). Sykepleiere møter mange ganger barn før legen, og kan ofte få informasjon som kan indikere at barn er utsatt for mishandling gjennom dette møtet. Sykepleierne i vår studie sier de kan få slik informasjon gjennom for eksempel å kle av barnet for å ha det på vekten i en mottakssituasjon. Å ha et godt samarbeid mellom leger og sykepleiere vil også være i tråd med funksjonsbeskrivelse for barnesykepleier (Barnesykepleierforbund NSF, 2017).

#### ***6.4 Samarbeid med eksterne instanser kan bli bedre***

Når barn innlegges i barneavdeling og barnemishandling mistenkes som årsak, er politi og barnevern naturlige samarbeidspartnere.

I vår studie kommer det frem at samarbeidet mellom sykepleiere og eksterne instanser er greit, men kan bli bedre. Et samarbeid mellom de ulike etatene vil skape en tryggere og sterkere plattform, der forståelsen for hverandres arbeid også vil bli bedre. I stedet for å ha kurs på hvert sitt område, vil felles fag, kurs og seminarer for barnevern, politi og sykepleiere kunne være med på å utvikle slik felles forståelse (Nord Universitet, 2019). Andre undersøkelser peker også på at felles opplæring på tvers av etatene kunne vært aktuelt. De forskjellige yrkesgruppene vil stå bedre rustet til å oppdage barnemishandling tidligere og til å kunne ivareta barnet på en bedre måte (Skarsaune & Bondas, 2014).

Hva er utfordringene i det tverrfaglige samarbeidet mellom sykepleierne, politi og barnevernet? Er det slik at vi sitter på hver vår kant, men våre egne lover, regler og prosedyrer? Opptrappingsplanen (Barne og familiedepartementet, 2016) viser til at det mangler koordinering mellom de ulike instansene og at det er behov for økt samarbeid. Hva kan vi gjøre for å fremme samarbeidet på tvers av etatene? De forskjellige yrkesgruppene har



gjennom sin utdanning og erfaringer ulike kunnskaper i møte med barnet og dets foresatte, da man kan se ulike sider av dem.

Samarbeid på tvers av profesjonene er viktig. Det å dele kompetanse, erfaringer og observasjoner, er med på å bli trygge og få en oversiktighet i situasjonen. Samarbeid på tvers av profesjonene er viktig, å ha klarhet i egne roller og god opplæring i forhold til barnemishandling (El-Radhi, 2015).

Studenter som var tilstede på tverrfaglig fagdag nevner at samarbeid på tvers av profesjonene er viktig (Nord Universitet, 2019). Studentene fra de forskjellige profesjonsstudiene ser allerede i utdanningen nødvendigheten av å samarbeide. Felles undervisning for disse studiene kan være med på å lage retningslinjer som legger føringer på hvordan disse profesjonene skal samarbeide.

I dag vet man at de forskjellige yrkesgruppene jobber mye i sine fagfelt. Hvis samarbeidet mellom profesjonene starter allerede i utdanningen, med felles undervisning som omhandler temaet, vil de lære av hverandre, få hverandres synspunkt og de vil da forstå utfordringene hver enkelt profesjon har. Mer kontakt mellom profesjonene og bli litt mere «kjent» med hverandre

Kompetansen vil da være lik på tvers av yrkesgruppene, og de ulike profesjonene har kjennskap til hvordan de andre jobber og hva de skal forholde seg til. NKVTS anbefaler også tverrfaglig samarbeid med klare avtaler om ansvarsfordeling mellom ulike etater, avdelinger og tjenestenivåer når det gjelder utredning, behandling og oppfølging av voldsutsatte barn. Da sakene er komplekse er en tverrfaglig tilnærming nødvendig for å oppnå best mulig utfall for barnet (Norsk kunnskapsenter om vold og traumatisk stress, 2018). Ved å ha et innarbeidet samarbeid vil terskelen for å ta kontakt mellom profesjonene bli lavere og å gi økt forståelse dem imellom.

## **6.5 Metodediskusjon**

Troverdighet betyr at det er mulig å vise til det som er gjort i studien og at det kan spores tilbake. Er resultatene i en studie tillitsvekkende og til å stole på?

Validitet betyr gyldighet, men viser i kvalitative studier til om funnene lar seg bevise, og om studien er objektiv. Spørsmålet er om metodene som brukes virkelig måler det de har til hensikt å måle? Dette stiller krav til forskeren i forhold til sporbarhet. Forskeren må redegjøre for sin analyse av materialet. Å forske i sykepleiefag, innebærer ofte å innhente både kvalitativ og kvantitativ forskning for å styrke funnene i en studie. Dette kalles triangulering, altså å bruke funn i flere kilder/referanser for å styrke sannheten om de funn som gjøres (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015; Polit & Beck, 2017).

Reliabilitet handler om i hvilken grad resultatene fra studien er gyldige, og refererer til hvor pålitelige data er (Kvale et al., 2015). Målet i undersøkelser som gjøres, er å oppnå høy reliabilitet. Dette kan gjøres ved at forskeren gjentar samme undersøkelse flere ganger (for eksempel med noen ukers mellomrom). Om resultatene er de samme, er reliabiliteten høy. Høy reliabilitet kan også oppnås ved at flere forskere gjør samme undersøkelse og får like resultater (Christoffersen et al., 2015; Polit & Beck, 2017).

Når man ønsker å få innsikt i personers erfaringer, er kvalitativ metode godt egnet. I forhold til problemstillingen i denne oppgaven, syntes kvalitativ metode å være et godt redskap. Når vi ønsker å studere en persons opplevelse, er det å bruke en kvalitativ metode med på å øke studiens validitet. Ved bruk av semistrukturerte intervjuer vil studiens validitet øke (Kvale et al., 2015).

I denne studien valgte vi et strategisk utvalg. Ved å hente kunnskap der den finnes, sikres validiteten. Et tilfeldig utvalg ville ikke gi oss den kunnskapen om temaet vi ønsket oss. For å sikre at vi fikk et mangfoldig og allsidig data, og få svar på de spørsmål vi stilte, var det hensiktsmessig å intervju sykepleiere med lang erfaring fra barneavdelinger. Det var også et kriterie at de skulle ha erfaring fra situasjoner der barnemishandling var aktuelt. Et tilfeldig utvalg ville ikke gitt svar på spørsmålene på samme måte (Malterud, 2017).

Vi intervjuet flere sykepleiere ved forskjellige sykehus og klinikker. Det var viktig for oss å skape en trygg og god ramme rundt intervjusituasjonene, så det å få til en god relasjon med informantene var betydningsfullt. Vi tilstrebet å møte informantene med en åpen holdning, og ikke stille ledende spørsmål. Det var også viktig å sette vår egen forforståelse til side, slik at vi fikk tak i informantens fortelling og erfaringer. Vi hadde intervjuguiden som veiledning

under intervjuene og stilte åpne spørsmål. Dette for å øke validiteten. Det var viktig for oss at informanten fortalte mest mulig fritt, med egne ord. Det ble stilt tilleggsspørsmål underveis for å sikre at forskeren forstod hva informanten mente, såkalt dialogisk validering (Kvale, referert i Malterud, 2017) Intervjuguiden ble korrigert underveis, noe som kan styrke validiteten i studien (Malterud, 2017).

Vi har brukt systematisk tekstkondensering, og fulgt dens fire trinn for å skape en tverrgående deskriptiv analyse, for å lage en studie som er troverdig (Malterud, 2017). Analyseprosessen er beskrevet i kapittel 4.8. Intervjuene er transkribert av begge medforfatterne, fire hver. Det er alltid rom for fortolkning av intervju, men målet er at informantens utsagn blir gjengitt slik de er sagt. Meningen er at studiens gyldighet øker ved å forhindre at transkriberingen tolkes. Ved en grundig redegjørelse av analyseprosessen er målet at studien skal være oversiktlig, slik at leseren kan følge den røde tråden fra problemstillingen gjennom hele studien og frem til slutt (Malterud, 2017).

Med intern validitet menes «hva er det sant om?» (Malterud, 2017, s.23) Det betyr å overveie om verktøyene som er brukt for å få svar på problemstillingen, har vært riktige i forhold til å gi gyldige svar (Malterud, 2017). Metodevalg er med på å avgjøre hvilken kunnskap en kan få gjennom en studie.

Generaliserbarhet av funn i en studie vil ofte være vanskelig, selv om det kan være forskerens mål. Ingen kunnskap er gyldig for alle under alle omstendigheter og for et hvert formål. Dette handler om ekstern validitet. Validiteten må overveies i forhold til funn i studien og hvilken overførbarhet disse kan ha utover den kontekst de er funnet i (Malterud, 2017). Det kan tenkes at andre sykepleiere fra andre barneavdelinger i Norge, har samme opplevelser som de vi har intervjuet. For å få svar på dette, må det gjøres en større undersøkelse.

Det kan videre tenkes at det kan være en overføringsverdi av resultatene i vår studie til andre i samme kontekst, for eksempel til andre barneavdelinger. Utover dette kan resultatene være et bidrag til å øke forståelsen for behovet for samhandling mellom ulike profesjoner når det gjelder å forebygge vold mot barn.

## 7.0 REFLEKSJON OG AVSLUTNING

Selv om det ligger føringer i Norge for at profesjoner som sykepleiere, lærere og politi skal ha vold i nære relasjoner som en del av sin utdanning, trengs det også fokus på opplæring av de som allerede jobber innenfor disse profesjonene, slik at de er bedre i stand til å gjenkjenne tegn på barnemishandling og til å hvordan gå frem i slike saker. Informantene i denne studien forteller at de har hatt lite opplæring om temaet, og at det kan oppleves som diffust i forhold til hvordan de skal reagere i forhold til sin magefølelse. De har god støtte fra kollegaer, både andre sykepleiere og leger. De fleste føler også god støtte fra sine ledere i slike saker. Det kommer frem at slike saker kan være belastende for sykepleierne, og at det er behov for å snakke om det som har skjedd. Noen mener det kunne vært en mer fastsatt agenda med ettersamtaler, og at det kan være god læring i å ta opp slike saker i etterkant.

I innspurten av vår oppgave, fikk vi kjennskap til at det fra slutten av april 2019, innføres kollegastøtteordning i sykehuset vi arbeider på. Ordningen tar sikte på å gi ansatte muligheten anledning til å snakke med en kollega om vanskelige hendelser. Dette er en positiv utvikling i forhold til at det i vår studie kom frem at det ikke var noen faste ordninger i forhold til ettersamtaler når de hadde opplevd vanskelige saker, og i tråd med opptrappingsplan mot vold og overgrep (Barne og familiedepartementet, 2016).

På samme tidspunkt fikk vi vite at Sosialpediatrisk team ved OUS og Stine Sofies stiftelse arbeider sammen om å øke den nasjonale kompetansen blant helsepersonell som arbeider med mottak og behandling av barn som har vært utsatt for overgrep (Oslo universitetssykehus, 2018). De vil reise til alle landets barneavdelinger med foredrag om temaet, primært for leger og sykepleiere i barneavdelinger. Dette er i tråd med barnevoldsutvalgets anbefalinger, og et viktig steg i å gjøre helsepersonell bedre i stand til å håndtere slike saker (NOU 2017:12, 2017).

Det er økt fokus på temaet vold og overgrep mot barn i Norge, men det gjenstår enda mye før opptrappingsplaner er gjennomført og innarbeidet i de ulike profesjoner som jobber med dette. Vår studie viser også at sykepleiere ønsker mer opplæring og prosedyrer, for å kunne håndtere slike saker bedre.

## **Videre forskning eller bidra til kompetanseheving og samarbeid om tematikken?**

Som spesialutdannete innenfor barnesykepleie, har vi også selv ansvar for undervisning, kvalitetsutvikling og forskning. Å gjøre en ny studie som denne om noen år kan kanskje gi økt forståelse for om mer fokus på temaet vold mot barn har gitt effekter i forhold til om det oppleves mindre ullent og diffust for sykepleiere. Også om ulike tiltak for å øke kompetansen på feltet har hatt effekt.

Like viktig som forskning vil det kanskje være å bidra til at kompetansen økes nå. Et forslag kan være å implementere sosialpediatrisk team ved alle barneavdelinger, slik som en av våre informanter foreslår.

Et annet moment å jobbe med kan være å innføre samarbeidsmøter med politi og barnevern, for å dra nytte av hverandres kunnskap og å ha et felles fokus på temaet.

Gjennom studier ser vi også at treningsprogrammer som setter fokus på temaet gir profesjoner økt innsikt og lettere gjenkjenner tegn på mishandling. Gjennom samarbeid mellom ulike profesjoner, kan slike treningsprogrammer kanskje gjennomføres i Norge også?

Sykepleiere ønsker å vite hva og hvordan de skal gå frem for å best mulig å ivareta barn som utsettes for vold. For som de sier det selv: Vi må våge å stå i det -for barnas del.

## Litteraturliste

- Barne og familiedepartementet. (2014). *En god barndom varer livet ut*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Tiltaksplan-for-a-bekjempe-vold-og-seksuelle-overgrep-mot-barn-og-ungdom-2014-2017/id2344450/>
- Barne og familiedepartementet. (2016). *Opptrappingsplan mot vold og overgrep*. (Prop. 12 S (2016–2017)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-opptrappingsplan-mot-vold-og-overgrep/id2518255/>
- Barnesykepleierforbund NSF. (2017). Funksjonsbeskrivelse for Barnesykepleiere. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/120222/264437/Barnesykepleier--ansvar-og-funksjonsbeskrivelse-Revidert-Juni-2017>
- Borimnejad, L., & Khoshnavay Fomani, F. (2015). Child Abuse Reporting Barriers: Iranian Nurses' Experiences. *Iran Red Crescent Med J*, 17(8), e22296. doi:10.5812/ircmj.22296v2
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forl.
- El-Radhi, A. S. (2015). Safeguarding the welfare of children: what is the nurse's role? *British Journal of Nursing*, 24(15), 769-773. doi:10.12968/bjon.2015.24.15.769
- Felitti, V. J. M. D., Faq, Anda, R. F. M. D., Ms, Nordenberg, D. M. D., Williamson, D. F. M. S., . . . Mph. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8). doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Flemington, T., & Fraser, J. (2017). Building workforce capacity to detect and respond to child abuse and neglect cases: A training intervention for staff working in emergency settings in Vietnam. *International Emergency Nursing*, 34, 29.
- Gangdal, J. (2010). *Jeg tenker nok du skjønner det sjøl : historien om Christoffer*. Oslo: Kagge.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2019). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Lov%20om%20helsepersonelloven>
- Justis og beredskapsdeprtemetet. (2014). *Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/et-liv-uten-vold/id733697/>
- Kunnskapsdepartementet. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412?q=forskrift%20for%20nasjonal%20retnings>.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lines, L. E., Hutton, A. E., & Grant, J. (2017). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. In (Vol. 73, pp. 302-322).
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. doi:10.1177/1403494812465030
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien : en moralsk utfordring. In (pp. 61-97). [Oslo]: Gyldendal, 1990.

- Nord Universitet. (2019). Tverrfaglig samarbeid mot vold og overgrep. Retrieved from <https://www.nord.no/no/samarbeider-mot-vold-og-overgrep>
- Norsk kunnskapsenter om vold og traumatisk stress. (2018, Oktober 2018). Vold og overgrep mot barn. Retrieved from <https://voldsveileder.nkvts.no/vold-mot-barn/>
- Norsk kunnskapsenter for vold og traumatisk stress. (2018, 18/10). Hva er vold og overgrep mot barn?
- Ulike former for vold og overgrep. Retrieved from <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/hva-er-vold-mot-barn/ulike-former-for-vold-og-overgrep/>
- NOU 2017:12. (2017). *Svikt og svik -Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/>
- nrk.no. (2019, 14.03 ). Mener voldsutsatte barn blir sviktet av regjeringen. Retrieved from <https://www.nrk.no/nar-foreldre-skader-barn/regjeringen-far-krass-kritikk-for-a-svikte-voldsutsatte-barn-1.14463729>
- Oslo universitetssykehus. (2018, 25.10). Regional kompetansetjeneste om vold og seksuelle overgrep mot barn og unge. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-om-vold-og-seksuelle-overgrep-mot-barn-og-unge>
- Paavilainen, E., Merikanto, J., Åstedt-Kurki, P., Laippala, P., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 39(3), 287-294. doi:10.1016/S0020-7489(01)00035-9
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Skarsaune, K. (2013). Å mistenke barnemishandling : en studie av sykepleiers erfaringer. In: Universitetet i Nordland.
- Skarsaune, K., & Bondas, T. (2014). Må vite mer om barnemishandling. *Tidsskriftet sykepleien*, 102(10), 48-51.
- Skarsaune, K., & Bondas, T. (2015). Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse. doi:<https://doi.org/10.5430/cns.v4n1p24>
- Svärd, V. (2017). "Why Don't They Report?" Hospital Personnel Working with Children at Risk. *Child Care in Practice*, 23(4), 342-355. doi:10.1080/13575279.2016.1188765
- Thorkildsen, I. M. (2015). *Du ser det ikke før du tror det : et kampskrift for barns rettigheter*. Bergen: Vigmostad Bjørke.

## Vedlegg 1

### Pico-skjema

Population	Intervensjon	Context
Sykepleie. Barnesykepleie Nurse Pediatric nurse	Barnemishandling. Å melde til barnevernet. Avsløre. Oppdage. Kunnskap. Fysisk vold. Overgrep. Omsorgssvikt. Forsømmelse. Child abuse Report to child- welfare Neglect maltreatment Knowledge Discover Disclose	Barneavdeling Pediatric care unit Sykehus Hospital

Friberg 2017



## Vedlegg 2

### Spørsmål til intervju

#### ERFARINGER

Hvor mange år har du jobbet i barneavdeling?

Hvilken erfaring har du med å stå i situasjoner/mottak av barn der mishandling kan være årsak til innleggelse?

#### HÅNDBTERING

Hvordan ble situasjonen(e) håndtert der og da?

Hvordan ble situasjonen(e) håndtert i ettertid? - Debriefing/ettersamtaler

Ville du håndtert en slik sak annerledes om du skulle oppleve det igjen? Hvordan og hvorfor?

#### SAMARBEID

Hvordan oppleves samarbeidet mellom kollegaer og ledelse i slike situasjoner?

Hvordan oppleves samarbeidet med andre instanser?

Politi?

Barnevern?

#### OPPLÆRING/KURS

Har du hatt opplæring i emnet i din utdanning? I så fall, hvor og når? Hvordan ble opplæringen gitt? (Forelesning, pensum)

Gis det opplæring i din avdeling i forhold til barnemishandling?

Er temaet en del av opplæringsplanen ved avdelingen?

Kurs om temaet? Evt hvor ofte?

Er det noe du savner i forhold til opplæring om temaet? Evt. hva?

#### BEVISSTHET

Tror du som sykepleier at tegn på barnemishandling overses?

-og i tilfelle hvorfor

Er det noe vi ikke har snakket om som du gjerne vil fortelle om?

## Vedlegg 3

### FORESPØRSEL OM DELTAGELSE

Til avdelingsledelsen, Barne- og Ungdomsklinikken.

Vi er to barnesykepleiere, Marit R. Henriksen og Hege-Kr. L- Pettersen som jobber ved barnemedisinsk avdeling ved Nordlandssykehuset i Bodø.

For tiden jobber vi med en masteroppgave i spesialsykepleie ved Nord Universitet, avd. Bodø.

Temaet er barnemishandling som mulig årsak til innleggelse i barneavdeling, og sykepleierens opplevelser i forhold til dette.

Problemstilling; (Hvorfor) Melder ikke sykepleieren fra ved mistanke om barnemishandling? (når barn er innlagt i barneavdelingen?)

En studie om sykepleierens opplevelser når mishandling kan være årsaken til innleggelse i barneavdelingen.

I håndbok for helse- og omsorgspersonell ved mistanke om barnemishandling kommer det frem av barnevernsstatistikken at bare 4,7% av barnevernsmeldinger kommer fra fastleger, helsestasjoner og sykehus. Håndboken peker på at det kan være grunn til å tro at tegn på mishandling oversees av helsetjenesten. (NKVTS-Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress).

Vi ønsker å belyse temaet, og i den forbindelse ønsker vi å intervju sykepleiere som jobber med barn. Utvalget må ha minst 5 års erfaring og helst vært involvert i slike saker.

Vi ønsker å intervju minimum 6 sykepleiere. Intervjuene vil vare ca. en time og vil bli tatt opp på bånd.

Masteroppgaven er meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Data vil bli anonymisert og avidentifisert i masteroppgaven. Lydbånd og alle dokumenter vil bli makulert når oppgaven blir ferdigstilt 15. november 2018. Deltakeren kan når som helst velge å rekke seg fra studien. Opplysningene vil da bli slettet.

Vår veileder for masteroppgaven er Gunilla Kulla, førsteamanuensis ved Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, studiested Bodø. Telefon +47 75 51 70 45.

Mail: [gunilla.kulla@nord.no](mailto:gunilla.kulla@nord.no)

Hvis dere ønsker å delta i studien, ber vi dere være snill å sende en bekreftelse på Deres deltakelse. Vi ønsker at Dere velger ut de sykepleierne som kan være aktuell for studien, og leverer ut vedlagt informasjonsskriv med samtykkeskjema.

Når vi har mottatt samtykkeskjemaet, vil vi ta kontakt med de aktuelle sykepleierne for å avtale tidspunkt for intervju.

Ved spørsmål, vennligst ta kontakt på mail; [marit-ronhen@hotmail.com](mailto:marit-ronhen@hotmail.com) eller [hegepett72@gmail.com](mailto:hegepett72@gmail.com)

Vennlig hilsen

Marit R. Henriksen og Hege-Kr-L. Pettersen

## Vedlegg 4

### INFORMASJON TIL SYKEPLEIERE

Vi er to barnesykepleiere og mastergradsstudenter i spesialsykepleie ved Nord Universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Bodø.

I forbindelse med masteroppgaven har vi valgt temaet barnemishandling som mulig årsak til innleggelse i barneavdeling.

Problemstilling for oppgaven: «Hvordan opplever sykepleieren situasjoner ved mistanke om barnemishandling på barneavdeling?»

«En studie om sykepleierens opplevelser når mishandling kan være årsaken til innleggelse i barneavdelingen»

Hensikten med undersøkelsen er å få frem kunnskap om sykepleierens opplevelser når det mistenkes barnemishandling ved innleggelse.

I håndbok for helse- og omsorgspersonell ved mistanke om barnemishandling kommer det frem av barnevernsstatistikken at bare 4,7% av barnevernsmeldinger kommer fra fastleger, helsestasjoner og sykehus. Håndboken peker på at det kan være grunn til å tro at tegn på mishandling oversees av helsetjenesten. (NKVTS-Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress).

Vi ønsker med dette at Dere deltar i et intervju, der Dere bidrar med Deres opplevelser (og kunnskaper).

Et intervju innebærer en samtale mellom sykepleieren og en mastergradsstudent, om dine opplevelser og tanker rundt temaet. Vi vil intervju 3 sykepleiere hver, ansikt til ansikt. Intervjuet blir tatt opp på bånd og skrevet ut i tekst. Intervjuet vil ta ca en time. Tid og sted avtales nærmere når vi har mottatt samtykkeskjemaet.

Oppgaven er meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Alle opplysningene som kommer frem vil bli behandlet konfidensielt, og dataene vil bli anonymisert og aidentifisert i masteroppgaven. Lydbånd og dokumentene vil bli makulert når masteroppgaven ferdigstilles 15. November 2018. Deltakerne kan når som helst trekke seg fra studiet. Opplysningene blir da slettet.

Vår veileder for masteroppgaven er Gunilla Kulla, førsteamanuensis ved Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, studiested Bodø. Telefon +47 75 51 70 45, og mail er [gunilla.kulla@nord.no](mailto:gunilla.kulla@nord.no)

Hvis Dere ønsker å delta i studien, ber vi Dere være snill å signere på vedlagt samtykkebekreftelse og sende det til oppgitt adresse.

Når vi har mottatt samtykkeskjemaet, vil vi ta kontakt med Dere for å avtale tidspunkt for intervju.

Ved spørsmål, vennligs ta kontakt på mail; [marit-ronhen@hotmail.com](mailto:marit-ronhen@hotmail.com) eller [hegepett72@gmail.com](mailto:hegepett72@gmail.com)

Vennlig hilsen

Marit R. Henriksen og Hege-Kr-L. Pettersen

## Vedlegg 5

### SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I STUDIEN.

«Hvordan opplever sykepleieren situasjoner der det er mistanke om barnemishandling ved innleggelse på barneavdeling»

En studie om sykepleierens opplevelser når mishandling kan være årsaken til innleggelse i barneavdelingen.

Jeg \_\_\_\_\_ har lest igjennom informasjonsskriv til sykepleiere og samtykker i å delta i studiet i forbindelse med masteroppgaven. Det innebærer at jeg gjennom et intervju har samtale med en mastegradstudent om egne opplevelser omkring problemstillingen/temaet. Jeg deltar frivillig, og er kjent med at jeg kan trekke meg fra studiet når jeg måtte ønske.

Sted \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_

Signatur \_\_\_\_\_

-----

Svarslipp sendes til Hege Pettersen.

91634485

Lagårdveien 55,

8012 Bodø.

Evt scannes og sendes på mail til [hegepett72@gmail.com](mailto:hegepett72@gmail.com)

eller [marit-ronhen@hotmail.com](mailto:marit-ronhen@hotmail.com)

Vennlig hilsen

Marit R. Henriksen og Hege-Kr. L. Pettersen.



Gunilla K ulla  
Mørkved  
8049 BODØ

Vår dato: 22.05.2018  
ref:

Vår ref: 60595 / 3 / L AR

Deres dato:

Deres

### Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.05.2018. Meldingen gjelder prosjektet:

60595	En studie om sykepleierens opplevelser når mishandling kan være årsak til innleggelse i barneavdeling.
Behandlingsansvarlig	Nord universitet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Gunilla Kulla
Student	Hege Lindgaard Pettersen

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

### Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Nord universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

### Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Nord universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt Ved prosjektslutt 15.01.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

## Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

H vis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Lasse André Raa

Kontaktperson: Lasse André Raa tlf: 55 58 20 59 / [Lasse.Raa@nsd.no](mailto:Lasse.Raa@nsd.no)

## Vedlegg 7

### BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Hei

Viser til endringsmelding registrert hos NSD 06.09.2018.

Vi har nå registrert at ny prosjektslutt er 15.05.2019 (opprinnelig 15.01.2019).

NSD forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt samt våre tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

Med vennlig hilsen

Lasse André Raa  
Rådgiver | Adviser  
Seksjon for personverntjenester | Data Protection Official  
T: (+47) 55 58 20 59

NSD - Norsk senter for forskningsdata AS | NSD - Norwegian Centre for Research Data  
Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen  
T: (+47) 55 58 21 17  
[postmottak@nsd.no](mailto:postmottak@nsd.no) [www.nsd.no](http://www.nsd.no)

Hege Pettersen, masterstudent  
Nord universitet

Vår referanse

Deres referanse

Arkiv

Dato

30.10.2018

Oppfølging av henvendelse

## Godkjenningsbrev

### Vedr. oppstart av masterprosjekt sykepleie ved

Prosjektets tittel: «**Hvordan opplever sykepleieren situasjoner ved mistanke om barnemishandling ved innleggelse i barneavdeling**». ESA-n

NSD: ref: 60595 (godkjent 22. mai 2018)

Prosjektledere/studenter: Hege Pettersen, Marit R Henriksen, Barnesykepleiere, Nord Universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Bodø. Veileder: Gunilla Kulla, førsteamanuensis, Nord Universitet (tlf: +47 75517045). Prosjekt planlagt avsluttet: ila 2019

Etter vurdering av [redacted] og [redacted], er det vedtatt at prosjektet kan startes iht. tidligere innsendte sakspapirer.

Prosjektet gjennomføres under følgende forutsetninger:

- [redacted] skal ha beskjed om vesentlige endringer i prosjektet, eventuelle endringsmeldinger til NSD/personvernombud skal sendes i kopi til [redacted] for arkivering sammen med svar fra NSD/personvernombud: <http://www.nsd.uib.no/>
- Prosjektleder har fullt ansvar for opplæring av alle involverte i prosjektet, samt informere om prosjektet ved berørte seksjoner/enheter ved klinikken.
- Prosjektet må gjennomføres iht. gjeldende lovverk og i tråd med gjeldende rutiner [redacted]  
[http://\[redacted\]](http://[redacted])
- Prosjektets data oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, med helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i prosjekt innenfor helse- og omsorgssektoren».
- Prosjektleder sikrer at det er gjort en risikovurdering av prosjektet og at det er rapportert eventuelle avvik og uønskede hendelser underveis. Disse skal gjøres kjent for prosjektmedarbeidere.



- Avvik og uventede hendelser skal umiddelbart rapporteres til prosjektansvarlig og leder for forskningsutvalget. Prosjektleder skal vurdere alvorlighet av hendelser og om prosjektet må stoppes inntil nærmere vurdering er gjort.
- Prosjektleder er ansvarlig for at det sendes en sluttmelding til \_\_\_\_\_ når prosjektet avsluttes.
- Etter prosjektets avslutning vil det bli bedt om en presentasjon på \_\_\_\_\_

På vegne av FOU/Avdelingssjef Fag og Forskning

Informasjonen er lest og forstått av prosjektansvarlig: Dato:

Signatur:

Kopi av signert godkjenningsbrev: sendes \_\_\_\_\_

# Verlegg nr. 9

Handwritten text in columns on the left page, including a small rectangular box at the bottom left.

Handwritten text in columns on the right page, including a small rectangular box at the bottom right.

Handwritten text on the bottom-left page, including a small rectangular box at the bottom left.

Handwritten text on the bottom-right page, including a small rectangular box at the bottom right.

