

## Å være stemmen til de som ikke har en

Hvilke forutsetninger bør sykepleiere ha ved mistanke om barn utsatt for fysisk vold?

### Bacheloroppgave i sykepleie

Kandidatnummer: 6 og 15  
Campus: VID Oslo  
Kull: BASP20

Antall ord: 11 483  
Innleveringsfrist: 25. Mai 2023

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.  
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

# Sammendrag

Barnemishandling er et globalt- og nasjonalt samfunns- og folkehelseproblem. Sped- og småbarn <2 år er de mest utsatte, og trenger trygge sykepleiere som kan være deres stemme. Dermed ønsker vi å opparbeide oss kunnskap om forutsetninger sykepleiere trenger ved mistanke om barnemishandling. Oppgaven vår er en litteraturstudie. En litteraturstudie tar utgangspunkt i eksisterende forskning og relevant litteratur. Prosessen innebærer å samle inn relevant informasjon for å belyse valgt problemstilling. Vi har tatt i bruk metaanalyse, kvalitativ og kvantitativ forskningslitteratur for å besvare problemstillingen vår: *“Hvilke forutsetninger bør sykepleiere ha ved mistanke om barn utsatt for fysisk vold?”*. Sykepleiere på sykehus er i en særstilling for å oppdage barn utsatt for fysisk vold. Likevel føler flere sykepleiere seg ofte usikre i møte med voldsutsatte barn. Funn fra forskningsstudiene fremhever at forutsetningene ikke er på et tilstrekkelig nivå. Vi ser behov for økt kunnskap, bedre retningslinjer og hjelpemidler, samt bedre holdninger hos sykepleiere. Dette kan oppnås gjennom kursing, støtte, protokoller og tverrfaglig samarbeid.

**Nøkkelord:** Sykepleie, identifisering, sped- og småbarn, barnemishandling, fysisk vold, forutsetninger

# Abstract

Child abuse is a global and national societal and public health problem. Infants and toddlers <2 years of age are the most vulnerable and need competent nurses who can be their voice. Therefore, we want to expand our knowledge about the prerequisite nurses need to suspect child abuse. Our assignment is a literature study. A literature study is based on existing and relevant literature. The process involves collecting relevant information to shed light on the chosen issue. We have utilized meta-analysis, qualitative and quantitative research literature to illuminate our chosen issue: *“What prerequisite should nurses have when suspecting children exposed to physical abuse?”*. Nurses in hospitals are in a special position to detect physical violence against children. Nevertheless, several nurses often felt insecure when dealing with children exposed to violence. The research studies find that the prerequisites aren't on a sufficient level. Based on the findings there is a need for increased knowledge, better guidelines, and tools, as well as better attitudes among nurses. This can be achieved through training, support, protocols, and interdisciplinary collaboration.

**Keywords:** Nurse, identification, infants and toddlers, child abuse, physical abuse, prerequisite

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2. Problemstilling .....	2
1.3. Avgrensing av problemstilling .....	2
1.4. Avklaring av sentrale begreper.....	3
1.4.1 Forutsetninger .....	3
1.4.2 Barnemishandling .....	3
1.4.3 Fysisk vold .....	3
1.4.4 Omsorgspersoner.....	3
1.4.5 Barn .....	4
1.5. Disposisjon av oppgaven.....	4
<b>2. Teori</b> .....	<b>5</b>
2.1 Sykepleieteori.....	5
2.2 Barnets utvikling .....	5
2.3 Sykepleiers kliniske blikk .....	7
2.4 Identifisering .....	7
2.4.1 Høy-risikofaktorer og kjennetegn hos barn.....	7
2.4.2 Høy-risikofaktorer og kjennetegn hos omsorgspersoner .....	9
2.4.3 Utfordringer ved identifisering .....	10
2.5 Tiltak .....	10
2.6 Kommunikasjon med omsorgspersoner .....	11
2.7 Konsekvenser av fysisk mishandling .....	12
2.8 Etikk.....	13
2.9 Lovverk.....	13
2.9.1 Helsepersonelloven .....	13
2.9.2 Menneskerettsloven .....	14
2.9.3 Straffeloven.....	14
<b>3. Metode</b> .....	<b>15</b>
3.1 Litteraturstudie som metode .....	15
3.2 Søkeprosess.....	15
3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
3.2.2 Cinahl .....	16
3.2.3 MedLine .....	17
3.2.4 Idunn .....	19
3.3 Kildekritikk .....	19
3.4 Ethiske overveielser.....	21

<b>4. Resultat.....</b>	<b>22</b>
4.1 <i>Pediatric nurses' identification of violence against children .....</i>	22
4.2 <i>Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis .....</i>	23
4.3 <i>Evaluation of an Emergency Department High-risk Bruising Screening Protocol .....</i>	24
4.4 <i>Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department .....</i>	25
4.5 <i>Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse .....</i>	26
4.6 <i>Sykepleieleidelse ved mistanke om barnemishandling .....</i>	27
<b>5. Drøfting.....</b>	<b>28</b>
5.1 <i>Viktigheten av kunnskap og opplæring .....</i>	28
5.1.1. <i>Mangel på kunnskap .....</i>	28
5.1.2 <i>Kursing og opplæring skaper kunnskap .....</i>	29
5.1.3 <i>Klinisk blikk.....</i>	30
5.1.4 <i>Hvordan påvirker holdninger sjansen for å rapportere? .....</i>	32
5.1.5 <i>Tverrfaglig samarbeid .....</i>	33
5.2 <i>Hvordan fremme tidlig identifisering.....</i>	34
5.2.1 <i>Kartleggingsverktøy som et ledd i å styrke mistanke om fysisk vold .....</i>	34
5.2.2 <i>Retningslinjer og prosedyrer.....</i>	36
5.3 <i>Sykepleie i møte med omsorgspersoner ved mistenkt barnemishandling .....</i>	37
5.4 <i>Leders holdning, adferd og ansvar .....</i>	38
5.4.1 <i>Ledernes bevissthet og kunnskap gjør dem til et forbilde for sykepleierne .....</i>	38
5.4.2 <i>Ledernes beskyttende ansvar gjennom tilrettelegging .....</i>	39
5.4.3 <i>Kulissarbeid for å ivareta barnet, familien og personalet .....</i>	40
<b>6. Konklusjon .....</b>	<b>41</b>
<b>7. Litteraturliste .....</b>	<b>43</b>

# 1. Innledning

Barnemishandling er et globalt- og nasjonalt samfunns- og folkehelseproblem (Regjeringen, 2022a). I 2014 ble omtrent 1 milliard barn mishandlet på verdensbasis (Hillis, et al. 2016). UEVO-studien avdekket at om lag en av seks (14%) barn har opplevd omsorgssvikt i oppveksten (Hafstad & Augusti, 2019, s. 80). Barnemishandling og omsorgssvikt kan fremtre i ulike former, og ses ofte i kombinasjon med hverandre. Forholdene kan være vanskelig å avdekke, og det er betydelige mørketall (Markestad & Alsaker, 2020, s. 418). Derfor er det viktig at ansatte på arenaer hvor barn oppholder seg, slik som skole, barnehage og helse- og omsorgstjenester, er lært opp til å oppdage barn utsatt for fysisk vold (Helsedirektoratet, 2019). I 2020 bodde det 1 118 608 personer under 18 år i Norge (SSB, u.å). Samme året mottok barneverntjenesten 57 605 bekymringsmeldinger, hvorav 4455 (7,7%) av disse ble sendt fra lege/sykehus/tannlege (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet [Bufdir], u.å.a).

Omsorgspersoner er de som oftest utøver vold mot barn (Kvello, 2008, s. 41). Om lag en av fem barn har opplevd fysisk vold fra en omsorgsperson minst én gang, en av 10 har opplevd fysisk vold gjentatte ganger og en av 20 alvorlig fysisk vold i løpet av oppveksten (Hafstad & Augusti, 2019, s. 62). Ifølge Markestad & Alsaker (2020, s. 411) er mishandling den sjette største årsaken til dødsfall blant barn over ett år. Alle former for overgrep er skadelig for barn, og fysisk vold er den dødeligste (Caneira & Myrick, 2015, s. 6). Omsorgssvikt og mishandling tar barndommen fra barna (Thorkildsen, 2015, s. 12). Voldsutøvelse er en alvorlig kriminell handling, som norske myndigheter er forpliktet til å beskytte befolkningen mot (Justis- og beredskapsdepartementet, 2021). I menneskerettsloven vedlegg 2, del 1, art 5 fremkommer det at alle mennesker har rett på frihet og sikkerhet (Menneskerettsloven, 1999), og at dette er en forutsetning for vekst, livsutfoldelse og for muligheten til godt og trygt liv (Justis- og Beredskapsdepartementet, 2021).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi valgte å skrive om tematikken da vi har et ønske om å jobbe med barn. Dermed ser vi det viktig å anskaffe kompetanse og forståelse for hvordan møte situasjonen. I tillegg interesserer tematikken oss da vi selv har sett i hvilken grad fysisk vold kan påvirke et barn, og hvordan det uavdekket kan føre til enda større konsekvenser for barnet i voksenlivet. Vi har erfaring både innen jobbsammenheng og på personlig plan. Ved flere tilfeller har disse barna vært innom helseinstitusjoner, hvor det ikke ble identifisert eller rapportert. Dette synes vi er skremmende.

Tematikken er relevant for sykepleiefaget da sykepleiere jobber med å ivareta de grunnleggende behovene hos pasienter. Behovet for trygghet er fundamentalt for fysisk- og psykisk velvære, og er en forutsetning for et godt liv. Ved fysisk vold vil ikke trygghetsbehovet bli oppfylt, da volden hemmer sikkerhet og beskyttelse (McLeod, 2018).

## 1.2. Problemstilling

*Hvilke forutsetninger bør sykepleiere ha ved mistanke om barn utsatt for fysisk vold?*

## 1.3. Avgrensing av problemstilling

Sykepleiere møter barn utsatt for fysisk vold ved flere institusjoner. I besvarelsen vår ønsker vi å ta for oss sykehus; akuttmottak og barneavdeling. Vi har valgt å ta for oss barn <2 år, da denne aldersgruppen er mest utsatt. En aldersbegrensning vil kunne føre til mer dybdeforståelse innenfor hvordan faktorene påvirker hverandre. Besvarelsen vil ha fokus på forutsetninger sykepleiere bør ha på personlig-, kunnskaps- og systemnivå, da disse faktorene individuelt og i samspill med hverandre påvirker sykepleiers handlinger. Vi vil ta for oss hva som bør vekke mistanke om barnemishandling, og hvordan jobbe best mulig for å ivareta barnet og familien.



## 1.4. Avklaring av sentrale begreper

### 1.4.1 Forutsetninger

Forutsetning er å gå ut i fra noe som er gitt (NAOB, u.å.a). Når vi omtaler begrepet, viser vi til hva sykepleiere bør ha til grunne ved mistanke om fysisk vold mot barn.

### 1.4.2 Barnemishandling

I besvarelsen vår vil vi bruke NKVTS (2018) sin definisjon på barnemishandling. Den spesifiserer at det er foreldre eller andre foresatte som utøver vold mot et barn. Barnemishandling har fire hovedformer: neglekt, fysisk-, psykisk- og seksuell vold. Disse fremtrer alene eller i kombinasjon med hverandre. I besvarelsen vil vi ta utgangspunkt i denne definisjonen med fokus på fysisk vold. Vi kommer til å bruke ordene omsorgssvikt, fysisk vold og barnemishandling om hverandre. Dette for å ikke endre de empiriske funnene når fenomenet blir omtalt forskjellig i teori og forskning.

### 1.4.3 Fysisk vold

Ifølge NKVTS (2018) er fysisk avstraffelse brukt for å disiplinere og oppdra barn, også definert som mishandling. Vi har i tillegg valgt å bruke Øverlien (2012, s. 22) sin definisjon om fysisk vold mot barn;

Fysisk vold mot barn innebærer at en voksen person utsetter et barn for kroppslig skade, sykdom, smerte eller forårsaker maktesløshet eller lignende hos barnet. Den voksne kan for eksempel slå, sparke, klype, dytte, brenne og forgifte barnet. Dette kan skje med eller uten bruk av redskaper og våpen. (Øverlien, 2012, s. 22)

### 1.4.4 Omsorgspersoner

En omsorgsperson er en som har omsorg og ansvar for et barn (NAOB, u.å.b).

Omsorgspersoner kan innebære foreldre, foreldres partner, slektninger og foresatte.

### 1.4.5 Barn

I norsk juridisk forstand defineres mennesker under 18 år som barn (Regjeringen, 2016).

Grunnet oppgavens omfang har vi valgt å begrense definisjonen til barn <2 år.

## 1.5. Disposisjon av oppgaven

Besvarelsen vår følger IMRAD-struktur, på bakgrunn av dette valgte vi å dele inn i seks kapitler. I kapittel 1 introduserer vi tematikken, sentrale begreper, presenterer og avgrenser problemstillingen. I kapittel 2 gjør vi rede for litteratur sentralt for problemstillingen. Vi presenterer lovverk, sykepleieteori, samt pensum- og faglitteratur. Kapittel 3 tar for seg litteraturstudie som metode. Her legger vi frem søkeprosessen og inklusjons- og eksklusjonskriterier for valg av aktuelle forskningsartikler. I kapittel 4 vil vi presentere viktige funn fra de utvalgte artiklene, dette gjør vi ved å legge frem sammendrag av enkeltartikler. Deretter, i kapittel 5, vil vi drøfte problemstillingen i lys av valgt teori og artikler. I kapittel 6 vil vi til slutt legge frem en konklusjon basert på drøftingen.

## 2. Teori

Vi vil i dette kapittelet presentere teoretisk grunnlag for å besvare problemstillingen.

Dette gjennom å se på sykepleieteori, faglitteratur, pensum og lovverk.

### 2.1 Sykepleieteori

I besvarelsen vår vil vi ta i bruk Benner og Wrubel sin sykepleieteori. Denne formen for teori har til hensikt å gi føringer for hvordan en skal forstå og utøve sykepleie (Kirkevold, 2018, s. 38). Teorien bygger på at sykepleiere skal jobbe innenfor en hermeneutisk fenomenologi (Konsmo, 1995, s.27). Hermeneutikk går ut på å skape mening og forståelse gjennom å beskrive og fortolke fenomener innenfor de sammenhenger fenomenene formidles gjennom. Hovedtanken i teorien er at fundamentet for menneskeliv og for sykepleieutøvelse er omsorg (Kirkevold, 2018, s. 199). Videre legger de frem at hvilke bevisste og ubevisste tanker en har vil være styrende for mål, intensjoner og hvordan man handler i praksis (Konsmo, 1995, s. 26). De presenterer også at kunnskapen sykepleier tilegnes gjennom teori, vil være avgjørende for situasjonsforståelsen.

Vi forstår teorien slik at det ikke er en oppskrift på hvordan håndtere en situasjon, men heller bruke situasjonsforståelse og egne forutsetninger for å handle korrekt. Formålet med en slik teori er primært forståelse av viktighet, fremfor kontroll. På bakgrunn av dette ser vi sammenheng mellom teori og anvendelse av den for å kunne besvare problemstillingen vår.

### 2.2 Barnets utvikling

I tidlig levealder vil biologisk basert modning spille en viktig rolle i utviklingen (Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 30). Smith (2010) mener at barnets utvikling er avhengig av et omsorgsmiljø som tilpasser seg barnets modning og endrede behov (gjengitt fra Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 30). Utvikling er en prosess hvor barnet vil endre seg i samspill med omgivelsene, samtidig som barnet også vil endre omgivelsene. Dermed vil biologiske og miljøfaktorer kontinuerlig påvirke hverandre. Dette kan resultere i både gode og dårlige relasjoner mellom barnet og omsorgspersonen (Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 25).

Det er hovedsakelig tre overgangsperioder i spedbarnsalderen. Endringene skjer som følge av barnets erfaringer og hjernens modning. I den første overgangsperioden (2-3 mnd) er barnet immobil, har behov for støtte i reguleringsprosessen og søker kontakt og sosialisering (Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 42-43 & 47). Den andre overgangsperioden er rundt ni måneders alder. Det skjer en modning av frontallappen, motorisk utvikling skyter fart og barnet blir mer utforskende. Barnet har nå sosial interesse, og vil danne personspeisifikk tilknytning til en eller to personer (Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 42 & 48-49). Siste overgangsperiode skjer når barnet er rundt 18 måneder. De motoriske ferdighetene er opparbeidet og barnets kommunikasjon med omsorgspersoner er mer kompleks. Videre har det skjedd en endring i selvoppfatningen, og barnet har noe forståelse for at andre kan ha annen mental tilstand enn dem selv (Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 42-43 & 51).

Fra barnet er 12-24 måneder vil de fleste ha lært seg å både gå og løpe. De vil begynne å ha et ønske om å gjøre ting selv. Videre begynner de å forstå enkelt språk, sette få ord sammen og herme etter enkle oppgaver (Bufdir, u.å.b).

Stimulering støtter opp om den biologiske modningen. Eksempler vil være ved økt lydproduksjon (6-12 mnd) hvor språkmiljø vil spille en viktig faktor i utviklingen. Vi ser det samme ved motorisk utvikling (Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 30). Ved lav stimulering vil modning likevel skje, men vil kunne være forsinket. Ved utvikling av psykopatologi eller skjevutvikling hos sped- og småbarn uten medfødte eller ervervede skader vil det være essensielt å samle informasjon om barnet, omsorgspersonen, relasjonen dem imellom og ulike miljøfaktorer. Dette er viktig for å kunne forstå og tilby rett hjelp (Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 30).

## 2.3 Sykepleiers kliniske blikk

Som sykepleier møter man mennesker i ulike livssituasjoner (Skaug, 2017, s. 338). En sentral del i utøvelse av sykepleie er å observere pasienten. Dette gjøres ved å bruke sansene til å samle data om pasienten og dens tilstand. Det er dette som kalles klinisk blikk. De viktigste sansene i observasjonene er syn, hørsel, lukt og berøring. For å utvikle et klinisk blikk, er det en rekke forutsetninger som må ligge til grunn. Disse er evne til å motta og registrere sanseinntrykk, årvåkenhet og varhet til å observere, deretter evne til å tolke og forstå observasjoner, og teoretisk kunnskap og erfaring som gir observasjonene betydning (Kristoffersen, 2017, s. 156-157). Et undrende, spørrende og åpent blikk i sykepleiesituasjoner er viktig. I et klinisk blikk vil variert erfaring være en viktig faktor og lengre erfaring vil kunne gi en bedre situasjonsforståelse (Kristoffersen, 2017, s. 158; Skaug, 2017, s. 339). Vi ser på klinisk blikk som viktig for å besvare problemstillingen, da det er grunnleggende for situasjonsforståelse.

## 2.4 Identifisering

Identifisering vil si å gjenkjenne (NAOB, u.å.c). Gjenkjenning av symptomer, risikofaktorer og kjennetegn er essensielt for å kunne mistenke fysisk mishandling. Ifølge Kvello (2008, s. 41) er kjennetegn ved omsorgspersonen en sterkere faktor enn at barnet er den utløsende faktoren. Dermed er det viktig at sykepleiere har kunnskap om hvordan oppdage risikofaktorer og kjennetegn hos både barn og omsorgspersoner.

### 2.4.1 Høy-risikofaktorer og kjennetegn hos barn

Alder under 2 år og funksjonsnedsettelse er begge spesielt høy-risikofaktorer for omsorgssvikt og mishandling. Grunnet oppgavens begrensning vil vi ikke ta for oss andre former for omsorgssvikt. Likevel vil vi understreke at det er viktig å ikke utelukke disse ved forekomst av høy-risikofaktorer og kjennetegn. Spedbarn er de som er mest utsatt for påførte livsfarlige og dødelige skader (NOU 2017:12, s. 30). Videre høy-risikofaktorer er utviklingsforstyrrelse, lære- og kommunikasjonsvansker, diagnoser og syndromer som går utover sosial kompetanse, atferdsvansker, vanskelig temperamentstil, kronisk syke og barn

som responderer dårlig på ytre stimuli (Kvello, 2008, s. 40 & 44; Markestad & Alsaker, 2020, s. 418).

En forutsetning for å kunne mistenke barn utsatt for fysisk vold er kompetanse om kjennetegn. Det å skille mellom mishandling og naturlig påførte skader kan være vanskelig, dog påføres barn sjelden naturlig skade på bløte kroppsdeler (Kvello, 2008, s. 271). Det er viktig å vurdere skaden i forhold til alder på barnet. Eksempler er skader hos barn under seks måneder, da de ikke forflytter seg selv, og brudd hos barn under to år, grunnet begrenset mobilisering (Markestad & Alsaker, 2020, s. 419).

Skader man bør se etter er blåmerker eller hudforandringer i gitte områder: hånd/håndledd, skuldre, over munn, kinn, øyne, rygg, hals, rumpe, kjønnsorganer, innsiden av lår og øreflipper (Kvello, 2008, s. 270- 271). Sjeldnere skader er kraniebrudd både med og uten subduralt hematom, brannskader og skader i mageregionen (Kvello, 2008, s. 272).

Symmetri og form på skadene er av stor relevans, her kan sykepleier se etter:

- Fingerlignende form - oftest på ører og munn
- Håndlignende form - oftest på kinn, armer, rygg og brystkasse
- Reim- eller stropplignende form - typisk over rygg og rumpe
- Bitemerker - ofte steder hvor voldsutøver kan gape over
- Brannskade fra varmt vann, sigarett, jern på ild o.l. - ses ofte på hender, underarm, lår, rumpe og nedre del av rygg

(Kvello, 2008, s. 270).

Andre kjennetegn å være oppmerksom:

- Skader: gjentatte (shaken baby-syndrome), påfallende mange (Battered child syndrome), mønstre eller grupper, uvanlig rift/sår/hudavskrapning skjulte steder
- Skadeomfang ikke samsvarende med oppgitt historie
- Forsinket psykomotorisk utvikling
- Atferdsforstyrrelser

(Markestad & Alsaker, 2020, s. 419).

## 2.4.2 Høy-risikofaktorer og kjennetegn hos omsorgspersoner

Å identifisere personer som utfører fysisk vold mot barn kan være utfordrende, de skiller seg lite ut fra andre mennesker og er å finne i alle sosiale lag (Ruud, 2021, s. 218). Gjengående faktorer er: dårlig emosjonsregulering (aggresjon, personlig stress), lav selvaksept og selvoppfatning, apatisk ovenfor- og mangelfull empati for barnet, ansvarsfraskrivelse, psykiske lidelser (depresjon, psykose, personlighetsforstyrrelse), rusmiddelbruk, kriminell atferd, ung og umoden, enslig forelder, utrygg tilknytningsstil og urealistiske forventninger til barnets utviklingsnivå (Kvello, 2008, s. 44; Markestad & Alsaker, 2020, s. 418). Videre risikofaktorer er omsorgspersoner som selv har vært utsatt for mishandling eller familiekonflikter. Andre er lav sosioøkonomisk status, arbeidsledighet og å tilhøre en minoritet (Kvello, 2008, s. 31 og 43; Markestad & Alsaker, 2020, s. 418). Grunnet oppgavens avgrensning til barnets alder anser vi det spesielt viktig å observere risikofaktorer og oppførsel hos omsorgspersoner. Om risikofaktorer er tilstede enten hos barnet eller omsorgspersonene vil det være hensiktsmessig å være oppmerksom på kjennetegn.

Mishandling kan være en indikasjon på mangelfull mestring og krise (Markestad & Alsaker, s. 418). Det er en rekke kjennetegn hos omsorgspersoner som utøver fysisk vold; disse kan kategoriseres innenfor tankestiler og oppfatninger (Kvello, 2008, s. 45). Risikofaktorene hos omsorgspersoner vil også kunne være aktuelle kjennetegn. Andre kjennetegn kan være:

- lite oppmerksom på barnets atferd, og er selvfokusert
- ser verden som svart-hvitt
- lav kunnskap om barneomsorg
- urealistiske og forvrengte oppfatninger
- dårlig foreldre-barn-relasjon
- skaper negative situasjoner, og skylder på barnet

(Kvello, 2008, s. 45 og 271).

Når en omsorgsperson kommer inn med et barn på sykehus bør følgende karakteristikk vekke mistanke om barnemishandling: omsorgspersoner er sene til å søke medisinsk hjelp og er overdrevent bekymret eller aggressive (Kvello, 2008, s. 270-271; Markestad & Alsaker, 2020, s. 419). Sykepleier bør lytte etter logiske brister og selvmotsigelser i fremstillingen.

Andre kjennetegn hos omsorgspersoner under medisinsk undersøkelse av barnet kan være rastløshet, lite samarbeidsvillig, kontrollerende og uttrykke et ønske om å forlate før den er fullført (Kvello, 2008, s. 270-271).

### 2.4.3 Utfordringer ved identifisering

Voksne er barn overlegne både fysisk og psykisk, dette vil gi en voldsutøver makt til å definere voldshendelsen. Dette gjennom å uvirkeliggjøre og normalisere situasjonen, samt true og legge skyld på barnet (Ruud, 2021, s. 223).

Det er en rekke ulike faktorer som påvirker barnets valg og mulighet til å si ifra eller la være (Ruud, 2021, s. 227-229). Blant disse ønsker vi å trekke frem:

- ikke vokabular eller språk
- redsel for reaksjoner, trusler og frykt for konsekvenser
- barnet tror det skal være sånn, og kan oppleve situasjonen som forvirrende

## 2.5 Tiltak

NKVTS (2018) har utarbeidet en elektronisk veileder rettet mot de som jobber i helse- og omsorgstjenester. Den er nyttig ved at den presenterer hvordan man går frem og hva en må være bevisst ved mistanke om vold i nære relasjoner. Forebygging og rask behandling er de beste tiltakene vi som helsepersonell kan iverksette for barna. Ved å intervensere, både før-, under- og etter en potensiell situasjon har oppstått, kan fysiske og psykiske senskader hos barnet og familien reduseres eller unngås.

Oslo Universitetssykehus [OUS] (2015) har også utarbeidet en veileder "Akuttveileder i pediatri". Den omhandler symptomer og funn, utredning og videre tiltak. Først må det gjennomføres grundig klinisk anamnese med hendelsesforløp, sykehistorie og klinisk undersøkelse (OUS, 2015). Det skal foretas en helkroppundersøkelse, denne skal inneholde høyde, vekt og hodeomkrets med persentiler. Funnene skal noteres med mål på en kroppsskisse (Helsebiblioteket, 2021). Et barn med mistenkelige blåmerker bør få utført blodprøver for å utelukke blodsykdommer. Blant disse er fullstendig blodtelling med



blodplater og koagulasjonsstudier. Ved mageskader bør en vurdere leverenzymmer, bukspytt-enzymmer, urinanalyse og CT abdomen. Alle barn <2 år med skjelettskader bør ta røntgen av det aktuelle skadeområdet, samt gjennomføre røntgen totalskjelett for å se etter nye og gamle skader fra ryggraden til ekstremiteter (Caneira & Myrick, 2015, s. 5-6). Ved mistanke om shaken baby syndrom gjennomføres undersøkelse av øyebunn for retinale blødninger, samt CT og eventuelt MR caput. Det er viktig å nøyaktig dokumentere funn, samt foto og video (OUS, 2015). Samtale og observasjon av omsorgspersoner vil også kunne være et hjelpemiddel i avdekkingen (Kvelling, 2008, s. 270-271). Det er viktig å ikke trekke en konklusjon før differensialdiagnoser er vurdert.

Ved mistanke om fysisk vold skal politi og barnevern varsles slik at de kan starte undersøkning parallelt med helsepersonell (OUS, 2015; Markestad & Alsaker, 2020, s. 419). Dermed vil det være viktig å bruke et språk i dokumentasjonen som kan forstås av ikke-helsepersonell (OUS, 2015). Som sykepleier har man avvergings- og opplysningsplikt overfor politiet, samt opplysningsplikt overfor barnevernet. Disse går foran taushetsplikten. Etter en bekymringsmelding er sendt, er det barnevernet som undersøker saken og eventuelt iverksetter tiltak videre (Markestad & Alsaker, 2020, s. 419). Videre skal en sikre at barnets medisinske behov er dekket (Helsebiblioteket, 2021).

## 2.6 Kommunikasjon med omsorgspersoner

Å avdekke vold er en dialogisk prosess som kan være tidkrevende og forutsetter at sykepleier tør å grave og tåler usikkerheten (Ruud, 2021, s. 229). Når sykepleier har mistanke om barnemishandling, vil det være hensiktsmessig å bruke en fremgangsmåte som er åpen, direkte og ikke fordømmende. Gjennom en behjelpelig holdning, og å stille spørsmål som viser empati og forståelse, vil det kunne åpne opp for et konstruktivt samarbeid (Markestad & Alsaker, 2020, s. 418). Et eksempel på et slikt spørsmål: "Dette er symptomer som vi ikke sjelden ser hos barn som er blitt utsatt for \_\_\_\_, er det mulig at noen kan ha skadet barnet?".

## 2.7 Konsekvenser av fysisk mishandling

Sammenhengen mellom fysisk mishandling fra omsorgspersoner og økt trass hos barn er unektelig. Dette kan resultere i større maktkamp som igjen kan føre til hyppigere bruk av fysisk vold. Kvello (2008, s. 269) forklarer videre at situasjonen over tid vil kunne forverre seg, samt komme ut av kontroll.

Vi vil nå presentere kortsiktige- og langsiktige konsekvenser sykepleiere bør være bevisst.

Fysisk mishandling går utover barns psykiske og fysiske helse:

- utviklingsmessig forsinkelse (fysisk og moralsk)
- vansker med emosjonsregulering
- aggressivitet og atferdsvansker (ulydighet, provoserende holdning, reaktiv aggresjon)
- sosial tilbaketrekning, sosiale mangler (skyhet og apati)
- avvikende sosial respons (utrygg tilknytningsstil, ukritisk i møte med ukjente, negativitet overfor andre, vansker med å opprettholde vennskap, lav sosial kompetanse og lav evne til empati)
- kognitiv svak funksjon (lærevansker)
- lav selvaktelse (lav selvfølelse og selvtillit, føler seg utenfor, mistillit til andre og følelse av å fortjene mishandling)
- selvdestruktiv atferd (selvskading, selvmordstanker, overspising)
- forstyrret identitetsutvikling
- tidlig død
- rusmiddelbruk
- seksuell risikoatferd (tidlig seksualdebut, ubeskyttet sex, mange seksualpartnere)
- uførhet

(Caneira & Myrick, 2015, s. 2; Kvello, 2008, s. 271-272; Ruud, 2021, s. 223).

## 2.8 Etikk

Norsk Sykepleierforbund [NSF] presenterer yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. De etiske retningslinjene legger grunnlaget for profesjonsutøvelse som skal være respekt for mennesket og dets iboende verdighet. Den er en veileder i hvordan sykepleie skal bygges på barmhjertighet og omsorg (NSF, 2019). Den fungerer som en god pekepinn for sykepleieutøvelse generelt og inn i etiske dilemmaer. Dette forutsetter at sykepleiere kjenner og anvender dem. Vi anser punkt en og to som spesielt relevant. I første punkt fremheves det at sykepleiere har faglig, etisk og juridisk ansvar for deres sykepleieutøvelse. I punkt to blir ivaretagelse av pasientens rettigheter, tilstrekkelig hjelp og verdighet omtalt. Herunder fremkommer sykepleiers ansvar for å gi omsorgsfull og forsvarlig hjelp, beskytte pasienten mot krenkende handlinger, fremme helse og å yte helhetlig omsorg (NSF, 2019).

## 2.9 Lovverk

Vi vil nå ta for oss aktuelt lovverk: lov om helsepersonell (1999), lov om styrking av menneskerettighetens stilling i norsk rett (1999) (barnekonvensjonen) og lov om straff (2005). Her vil vi ta for oss paragrafer vi anser som relevante.

### 2.9.1 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven (1999) §25 sier at taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, så lenge pasienten ikke motsier seg dette. Videre i §31 omtales varsling til nødetater dersom det er nødvendig i avverging av alvorlig skader på en person eller en eiendom.

Helsepersonelloven §33 omhandler opplysningsplikt til barneverntjenesten, hvor helsepersonell skal være bevisste på forhold som kan lede til tiltak fra barnevernet. Helsepersonellet skal anvende opplysningsplikten foruten hindring av taushetsplikten §21. §33a sier at helsepersonell må melde fra "når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt" (Helsepersonelloven, 1999, §33).

I §40 blir krav til journalens innhold stilt, her blir det nevnt at journalføringen skal ha god yrkesskikk, og at den må inneholde de nødvendige og relevante opplysningene om pasient, helsehjelp men også de opplysningene som er nødvendige for å oppfylle opplysnings- eller meldeplikt fastsatt i lov (Helsepersonelloven, 1999, §40).

### 2.9.2 Menneskerettsloven

Menneskerettsloven vedlegg 2, del 1, art 5 sier at alle mennesker har rett til frihet og sikkerhet (Menneskerettsloven, 1999).

Barnekonvensjonen er fra 2003 implementert i norsk lov, den er spesiell da den vil gå foran de andre norske lovene om det oppstår konflikt. Barnekonvensjonen er delt inn i fire hovedområder av rettigheter, vi ser to av disse direkte relevant for vår besvarelse; barnas rettighet til liv og helse, og rett til omsorg og beskyttelse (Regjeringen, 2022b).

### 2.9.3 Straffeloven

I straffeloven §196 blir plikten om å avverge straffbare forhold omtalt. Den omtaler straffen for å unnlate å anmelde og avverge lovbrudd innenfor et tidspunkt det fortsatt er mulig. Taushetsplikten gjelder ikke ved avvergingsplikt. Avvergingsplikten gjelder innenfor blant annet disse lovbruddene som vi anser relevant i oppgaven: grov kroppsskade og mishandling i nære relasjoner (Straffeloven, 2005, §196).

## 3. Metode

Metode er fremgangsmåten som benyttes for å samle informasjon og kunnskap for å belyse valgt problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). I dette kapitlet vil vi ta for oss litteraturstudie som metode, deretter søkeprosess, kildekritikk og etiske overveielser.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden brukt i besvarelsen er litteraturstudie. Det innebærer at man samler inn data fra skriftlige kilder og systematiserer dem (Thidemann, 2015, s. 79). Prosessen vil dermed gi relevant kunnskap om valgt tema, og belyse problemstillingen. I tillegg er metoden etterprøvbart (Dalland, 2017, s. 214).

For å finne aktuelle artikler har vi søkt i ulike databaser. Her møtte vi på ulike forskningsmetoder. Den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter, dette vil gi konkrete resultater. En slik studie vil ofte ha mange undersøkelsesobjekter, men mindre antall opplysninger. Dette for å finne forklaring fremfor forståelse. Den kvalitative metoden har færre undersøkelsesobjekter, men fanger opp opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste. Målet er å fremme forståelse overfor forklaring, samt gå i dybden på problemstillingen. Mens en metaanalyse har i hensikt å sammenligne resultater fra flere studier (Dalland, 2017, s. 53; Folkehelseinstituttet, 2022; Thidemann, 2015, s. 77-78).

### 3.2 Søkeprosess

Vi vil nå ta for oss hvordan vi har gått frem for å finne de utvalgte forskningsartiklene. Første steget var å velge aktuelle søkeord. Dette ved hjelp av PICO-modell. PICO-modell er et verktøy for å strukturere utvalgte søkeord, samt få en oversikt over hvilke ord som kan kombineres (AND) og hvilke som er synonymer (OR). Deretter fortsatte søkeprosessen i ulike databaser; vi brukte Cinahl, MedLine og Idunn. Her la vi inn inklusjons- og eksklusjonskriterier sammen med utvalgte søkeord. Etter ønsket oppnådd treff leste vi overskriftene for å eliminere irrelevante artikler. Dernest leste vi abstrakter til de vi anså relevant og luket ut de resterende. Blant de utvalgte artiklene leste vi hele forskningen, og

endte opp med seks artikler. Vi viser til søkeprosessen nedenfor. En av artiklene ble funnet via relevant fagartikkel som også anvendes, dermed ønsker vi å presentere den kort her.

Artikkel	Hentet fra
“ <i>Fascilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department</i> ” av Louwers et al. (2012).	“ <i>Diagnosing child abuse: the role of a nurse practitioner</i> ” av Caneira og Myrick (2015).

### 3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publikasjoner på nordisk og engelsk	Andre språk enn nordisk og engelsk
Tidsperiode 2008 - 2023	Eldre enn 2008
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Nasjonalt og internasjonalt*	*Asia, Afrika og Sør-Amerika
Barn <18 år, sped- og småbarn	Voksne
IMRaD-struktur	
Sykepleiefaglig	

### 3.2.2 Cinahl

Cinahl er en database med engelsk- og andrespråklige tidsskriftsartikler omhandlende blant annet sykepleie og helsevesenet. Vi brukte søkeordene *Child maltreatment, nurses role, pediatric nurse, nurse or nurses or nursing, physical abuse, children or kids or child, child abuse, identifying*. Vi gjennomførte flere søk hvorav vi kombinerte de ulike søkeordene, og endte opp med å bruke en artikkel; tabell 1.

Tabell 1: Søk i databasen Cinahl, 1 artikkel brukt

Dato	Database	Søkeord	Treff	Leste artikler	Utvalgte artikler
16/3-23	Cinahl	Child maltreatment AND nurses role	48	8	“Pediatric nurses’ identification of violence against children” av Pabis et al. (2011)

Dette søket endte med 48 treff; hvor vi leste abstract på 18 artikler og åtte hele artikler. Vi gjennomførte flere søk uten å inkludere noen av disse i besvarelsen; Tabell 2.

Tabell 2: Søk i databasen Cinahl, 0 artikler brukt

Dato	Database	Søkeord	Treff	Leste abstract
21/3-23	Cinahl	nurse or nurses or nursing AND physical abuse AND children or kids or child	72	
		nurse or nurses or nursing AND physical abuse AND pediatric nurse	7	1
		nurse or nurses or nursing AND child abuse AND identifying	58	11

### 3.2.3 MedLine

MedLine er i hovedsak en database som inneholder litteraturdata innen helsefag og biomedisinsk forskning. Vi tok i bruk både søkeord og emneord for å flere treff. Søkene resulterte i mange treff; tabell 3 og 4. Vi valgte ut en artikkel fra hvert av søkene.

Tabell 3: Søk i databasen MedLine, 1 artikkel brukt

Dato	Database	Søkeord	Treff	Leste artikler	Utvalgte artikler
17/3-23	MedLine	Physical abuse OR child abuse	38075		
		Maltreatment	10115		

		Physical abuse OR maltreatment	41655		
		Nurse OR nurses	228646		
		Identifying	329695		
		Nurse OR nurses AND identifying	3700		
		Physical abuse OR child abuse AND maltreatment AND nurse OR nurses AND identifying	33		
		Physical abuse OR child abuse AND maltreatment AND nurse OR nurses AND identifying; avgrenset søk til år 2008 til 2023	20	3	<i>“Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis” av Fraser et al. (2009)</i>

Tabell 4: Søk 2 i databasen Medline: 1 artikkel brukt

Dato	Database	Søkeord	Treff	Leste artikler	Utvalgte artikler
1/5-23	MedLine	Infants OR infant	1015726		
		Nurse OR nurses	227258		
		Physical abuse OR child abuse	29627		
		Identify	1312899		
		Infants OR infant AND nurse OR nurses AND physical abuse OR child abuse AND identify	10	2	<i>“Evaluation of an Emergency Department High-risk Bruising Screening protocol” av Crumm et al. (2021)</i>



### 3.2.4 Idunn

Idunn er Universitetsforlagets digitale plattform for fag- og forskningstidsskrifter.

Blant disse finnes artikler innenfor helse. Vi valgte å søke på norsk, med søkeordene barnemishandling og sykepleier, her fikk vi to treff hvorav vi brukte én; tabell 5.

Tabell 5: Søk i databasen Idunn, 1 artikkel brukt

Dato	Database	Søkeord	Treff	Leste artikler	Utvalgte artikler
17/4-23	Idunn	Barnemishandling AND sykepleier	2	1	“Sykepleieledelse ved mistanke om barnemishandling” av Skarsaune og Bondas (2021)  I forskningsartikkelen ble det henvist til en tidligere studie fra samme forskere, vi valgte å ta denne i bruk i besvarelsen vår. <i>“Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse”</i> av Skarsaune & Bondas (2015).

### 3.3 Kildekritikk

Når vi valgte artikler var det viktig for oss å fastslå troverdigheten til kildene gjennom å undersøke forskerne og forlag. Vi har benyttet en kombinasjon av kvalitative, kvantitative og metaanalyse. Dette for å belyse problemstillingen ut fra omfangs- dybde- og breddeforståelse.

De utvalgte forskningsartiklene tar for seg ulike nivåer. På bakgrunn av dette har vi ikke begrenset alle søkene til barn <2 år. Vi fant lite forskning som konkret omhandlet problemstillingen vår de siste 10 årene. Vi valgte derfor å utvide tidsperioden til de siste 15 årene for å få mer relevant forskning. Nå vil vi begrunne artiklenes relevans for besvarelsen vår.

Pabis et al. (2011) er en kvantitativ studie fra Polen om barnesykepleiers erfaringer og meninger rundt identifisering av barnemishandling. Barnesykepleiere og sykepleiers forutsetninger for identifisering er gjerne noe ulik. Studien ble utført i Polen, og vil ikke være direkte overførbart til Norge. Men, siden studien tar for seg viktigheten av opplæring og kunnskap rundt tematikken ser vi den relevant for besvarelsen vår. Vi anser artikkelen som nyttig da den tar for seg statistikk på sykepleiers vurderinger, ferdigheter og tiltak knyttet til battered child syndrom.

Fraser et al. (2009) er en kvantitativ tverrsnittstudie fra Australia. Artikkelen tar for seg barnemishandling og neglekt, men vi har fokusert på funnene som omhandler fysisk vold. Vi vurderer forskningen som relevant da den tar for seg sykepleieres kunnskap rundt rapportering av mistenkt barnemishandling, sykepleieres holdninger og hva som kan gjøres for å forbedre dette.

Crumm et al. (2021) utførte en retrospektiv observasjonsstudie av barn i alderen 0 til 48 måneder. Grunnet avgrensingen i besvarelsen har vi valgt å fokusere på funnene omhandlende barn 0-24 måneder. Studien tar for seg et kartleggingsverktøy for å identifisere mishandling ved ulike aldersgrupper, dermed ser vi den nyttig. Studien er gjennomført på et amerikansk sykehus, og vil dermed ikke være fullstendig representativ. Likevel gir studien oss et bilde på hvordan, og til hvilken grad, kartleggingsverktøyet fungerer i praksis.

Louwers et al. (2012) utførte en kvalitativ studie basert på intervju av helsepersonell i Nederland. Intervjuobjektene var barneleger, kirurger, ledere og sykepleiere arbeidende i akuttmottak, medlemmer av sykehusstyret, eksperter innenfor barnemishandling og implementering. Den er relevant da den presenterer tematikken innenfor system og kunnskapsnivå. Studien tar for seg ulike hinder og faktorer som påvirker identifisering av barnemishandling. Vi mener disse kan ha relevans for norske sykepleiere, da hindrene kan være overførbare.

Studiene til Skarsaune og Bondas (2015; 2021) er kvalitative innholdsanalyser. Det er viktig å understreke at funnene kun presenterer deltakerne, og ikke resten av Norges helsevesen. Likevel presenterer Skarsaune og Bondas (2015) studiens fremgangsmåte som en måte å representere et strategisk utvalg av norske helseenheter. Studien tar for seg faktorer sykepleierne savnet for å kunne tilstrekkelig identifisere og rapportere barnemishandling. Mens studien fra 2021 viser hvilke tiltak lederne iverksatte for å tilrettelegge for godt samarbeid med sykepleierne ved mistenkt mishandling. Disse er to separate studier i et forskningsprosjekt. Studien fra 2015 er ikke fagfelleverdert. Dette strider mot kriteriene våre, men siden den er en del av et forskningsprosjekt med andre fagfelleverderte artikler, anser vi den likevel relevant. Studiene gir oss mulighet til å se på forutsetninger sykepleiere trenger samt hva ledelsen kan gjøre for å møte disse. Artiklene er relevante da de belyser to aspekter av problemstillingen vår i forhold til hvilke forutsetninger sykepleiere trenger for å identifisere og rapportere barnemishandling.

### 3.4 Ethiske overveielser

I besvarelsen vår har vi fulgt VIDs retningslinjer for oppgaveskriving på bachelornivå. Vi har gjennom hele søkeprosessen vært bevisst på å søke med nøytrale ord for at forskningsartiklene skulle belyse flere sider av problemstillingen. Artiklene har vi vurdert etter sjekklister og forlag er vurdert i kanalregisteret. Vi har tatt i bruk engelskspråklige funn, som vi etter beste evne har prøvd å gjengi ved å bruke tid på å forstå og oversette innholdet. Dermed må det tas i betraktning at fortolkninger eller misforståelser av innholdet kan forekomme. Videre har vi anonymisert egen erfaring. Vi har kreditert forfatterne av forskning- og annen litteratur brukt i besvarelsen ved hjelp av APA 7 kildehenvisning.

## 4. Resultat

I dette kapitlet skal vi presentere forskningen vi fant gjennom systematiske søk i databaser. Vi vil ta for oss artiklene systematisk for å gjøre kapitlet mer oversiktlig.

### 4.1 Pediatric nurses' identification of violence against children

Pabis et al. (2011) gjennomførte en kvantitativ studie. Det ble samlet inn data fra to store sykehus i Polen, hvor 160 sykepleiere deltok (s. 384). Forskningsmetoden anvendt er spørreundersøkelse, hvor spørsmålene omhandler sykepleiers kunnskap rundt battered child syndrom. Studien avdekket at det er et relativt vanlig fenomen da 86% av deltakerne hadde møtt dette på arbeidsplassen (s. 384).

Forskerne vektlegger viktigheten av at helsepersonell trenger opplæring til å ivareta og møte utsatte barn (s. 386). Ved spørsmål om ferdigheter til å identifisere barnemishandling svarte nesten alle (n=154) at de verdsetter og ser nødvendigheten av kunnskapen (s.390). Videre legges det frem at undervisning både i teori og praksis er avgjørende for å oppnå forbedring av kvalitet på omsorgen og effektivitet av identifisering (s. 385 & 391). Dermed vil lav kunnskap være en hindring i diagnostiseringen. Artikkelen er relevant for å belyse problemstillingen vår da vi anser opplæring og kunnskap som en forutsetning for å kunne mistenke barnemishandling.

## 4.2 Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis

Fraser et al. (2009, s. 148) gjennomførte en kvantitativ tverrsnittstudie i Australia. Metoden anvendt er spørreundersøkelse. Undersøkelsen ble sendt til 930 sykepleiere som jobber med barn og deres familier. Spørsmålene omhandlet barnemishandling.

På spørsmål om sykepleieres kunnskap om meldeplikt og situasjonsforståelse svarte de slik (s. 150):

(n= 930)

- ser alvorret med fysisk vold (n= 920)
- erkjenner fysisk vold som mishandling (n= 892)
- ville rapportert fysisk vold (n= 895)
- forstår at de har meldeplikt (n= 911)

Ved spørsmål angående rapportering svarte sykepleierne (s. 150):

- 88% visste hvor de skulle rapportere
- 90% visste hvordan rapportere
- 72% visste hvor tidlig rapportere

Studien konkluderte med at sykepleierne hadde høy forståelse for viktigheten, samt positive holdninger rundt rapportering. Deltakerne oppga at opplæringen gjorde dem mer forberedt i rollen som sykepleier, og økte sannsynligheten for å rapportere (s. 152). Studien fant også at opplæringen ikke endret syn på alvorlighet og skadeomfang, men at det er individuelle forskjeller i sjansen for at sykepleier rapporterer. Påvirkende faktorer er sakens omfang, type mishandling og sykepleiers egne holdninger (s. 152-153). Forskerne konkluderer med at dårlige holdninger gjenspeiles i lite rapportering, og at det trengs videre opplæring (s. 153). Vi tolker artikkelens funn om holdninger, kunnskap og sykepleiers egen forståelse som et viktig ledd for å belyse problemstillingen vår.

### 4.3 Evaluation of an Emergency Department High-risk Bruising Screening Protocol

Crumm et al. (2021) gjennomførte en retrospektiv observasjonsstudie av barn i alderen 0 til 48 måneder. Målet med studien var å implementere et kartleggingsverktøy (TEN4) sykepleiere kunne bruke for å oppdage høy-risiko blåmerker ved barnemottak. De valgte å definere høy-risiko blåmerke som ethvert blåmerke på barn <6 måneder, eller et blåmerke på overkropp, rumpe, kjønnsorgan, ørene eller nakken på et barn 6 til 48 måneder (s. 3). Ved tilfeller hvor et barn fikk positivt screeningresultat ble saken anonymt tatt videre til en gruppe av seks styresertifiserte barneleger, som videre vurderte sannsynligheten for mishandling.

I tidsperioden var 49 726 barn i den aktuelle alderen innom barnemottaket, av disse ble 43 771 (88%) screenet for blåmerker. Her hadde 783 (1,8%) positiv screeningresultat og 163 (0,4%) hadde høy-risiko blåmerker. 8635 spedbarn <6 mnd ble undersøkt i barnemottaket. Av disse hadde 48 (0,6%) høyrisiko blåmerker, hvorav 24 (50%) ble klassifisert som sannsynlig eller definitivt mishandling. Av de 48 spedbarna gjennomgikk 29 (60%) skjelettundersøkelse, hvorav 11 hadde okkult brudd. Det ble vurdert 35 136 barn i alderen 6 til <48 måneder. Av disse hadde 115 (0,3%) høy-risiko blåmerker, hvorav 32 av dem ble klassifisert som sannsynlig eller definitivt mishandlet (s. 4).

Studien konkluderer med at høy-risiko blåmerker sjeldent var til stede. De fant at 1/3 av spedbarna i alderen <6 måneder hadde okkult fraktur. Forskerne mener at kartleggingsverktøyet kan hjelpe med å identifisere mishandling og okkulte skader hos barnepasienter (s. 1 & 7). Forskingen er relevant for besvarelsen vår da den tar for seg et aktuelt kartleggingsverktøy og alderstilpasset tiltak etter positivt resultat.

## 4.4 Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department

Louwers et al. (2012, s. 1) utførte en kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervjuer med 27 helsepersonell fra syv nederlandske sykehus. Målet til studien var å finne ut av kvalitet og hindre ved identifisering av barnemishandling.

Studien fant at ingen av sykehusene hadde et strukturert opplæringsprogram for oppdagelse og omsorg til barn utsatt for mishandling. Dermed så de det essensielt å utvikle slike program da utdanning er grunnlaget for effektiv oppdagelse. I tillegg presenterer de at gode kommunikasjonsteknikker kan minske terskelen for å diskutere mistanke med omsorgspersoner (s. 5). Mer tid, økonomiske midler og innsats fra helsepersonell og ledelsen trengs for å bryte hindrene. Louwers et al. (s. 5) viser til at tidligere studier om anvendelse av kartleggingsverktøy i akuttmottak har økt oppdagelse av mistenkt barnemishandling, men at tilstrekkelig verktøy og protokoll mangler.

Videre konkluderer studien med at helsepersonell er motivert til å forbedre praksisen sin, men angir mangel på tid. Ved å implementere en nasjonal protokoll mener de det vil hjelpe å bryte hindrene (s. 5). Her vektlegges det at opplæring og utdanning er fundamentalt for å håndtere en situasjon hvor et barn blir mishandlet. Videre ønsker vi å fokusere på kartleggingsverktøyets identifiserende funksjon og hvorfor det likevel blir omtalt som utilstrekkelig. Vi anser studien som relevant for problemstillingen da den tar for seg verktøyets begrensning og hindre på systemnivå.

## 4.5 Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse

Skarsaune og Bondas (2015) gjennomførte en kvalitativ innholdsanalyse. Åtte sykepleiere, med ulik erfaring, ble individuelt intervjuet for å strategisk representere utvalgte helseenheter i Norge (s. 24 & 27). Intervjuobjektene jobbet på barneavdeling, barne akuttmottak og akuttmottak, ved to sykehus (s. 26).

Skarsaune og Bondas presenterer at sykepleiers egne holdninger påvirker håndteringen i møte med mistanke om fysisk vold mot barn (s. 25). Sykepleierne fortalte at de synes det var vanskelig å definere og kjenne igjen tegn på barnemishandling (s. 27). Dette skaper problemer i praksis da sykepleiere skal rapportere ved mistanke om dette. Et av sykepleieres ansvarsområder er å ivareta og være en talsperson for det sårbare barnet. Skarsaune og Bondas (s. 30) presenterer i studien at det ikke alltid er tilfellet, og at det forekommer forsømmelse av sykepleieransvaret. De deltagende sykepleierne ønsket håndfaste retningslinjer og prosedyrer i møte med mistenkt barnemishandling. Omhandlende hva en må tenke på ved mistanke og hvordan yte omsorg til barnet i en slik situasjon (s. 28).

Skarsaune og Bondas konkluderte med at tidlig identifisering er viktig for å sikre bevis. For å kunne oppnå dette trengs det kunnskap om hvordan avdekke, rapportere og håndtere den vanskelige situasjonen. Sykepleierne i studien legger ansvar over på ledelsen om å gi opplæring og skape et arbeidsmiljø for identifiseringen (s. 30). Vi ønsker i drøftingen å se nærmere på hva sykepleierne selv mener om å stå i situasjonen opp mot hva ledelsen mener. Dette fordi vi anser samarbeid mellom sykepleiere og lederen er en viktig forutsetning for å håndtere mistenkt barnemishandling på en helhetlig måte.



## 4.6 Sykepleieledelse ved mistanke om barnemishandling

Skarsaune og Bondas (2021, s. 183) hadde et ønske om å belyse sykepleielederens erfaringer rundt mistenkt barnemishandling på barneavdelingen. Dette gjennomførte de via en kvalitativ innholdsanalyse. De tok i bruk ustrukturert intervjuform og gjennomførte intervjuene individuelt. De intervjuet åtte sykepleieledere som jobbet på barneavdeling ved norske sykehus.

Hovedtema som fremkom i resultat var "tilretteleggelse av sykepleie og omsorg til barnets beste" (s. 187). De presenterer videre tre undertemaer som ble vektlagt under intervjuene. Første tema var at ledernes bevissthet og kunnskap gjorde dem til et forbilde for sykepleierne. Videre var et av hovedansvaret til lederne å beskytte og ivareta barnet og familien ved å tilrettelegge for sykepleierne. Siste tema var ledernes arbeid i kulissene for å best mulig ivareta barnet, familien og personalet (s. 188-190). Lederes holdninger og adferd vil ha stor påvirkning for om barnemishandling blir anmeldt til barnevernet.

Skarsaune og Bondas konkluderer med at egen erfaring, bevissthet og kunnskap er viktig hos en leder; det trengs i bunn for å kunne tilrettelegge for sykepleierne (s. 193-194). De skal ikke overta ansvaret for barnet og familien, men være en god medspiller og veiviser for sykepleierne. Lederne anerkjente at det er en etisk vanskelig situasjon å stå i for alle involverte, og har et ønske om å ha et utenfor- og helhetlig perspektiv på enkeltsaker for å kunne holde seg mest mulig nøytral. Videre i besvarelsen vil vi fokusere på studiens funn om hva god ledelse og tilrettelegging er da vi ser det som en forutsetning på systemnivå.

## 5. Drøfting

I dette kapitlet vil vi drøfte problemstillingen vår *“Hvilke forutsetninger bør sykepleiere ha ved mistanke om barn utsatt for fysisk vold?”*. Dette ved å sammenligne og sette teori og forskning opp mot hverandre.

### 5.1 Viktigheten av kunnskap og opplæring

I de yrkesetiske retningslinjene fra NSF (2019) legges det frem sykepleiers juridiske, etiske og faglige ansvar for å gi omsorgsfull og forsvarlig hjelp, samt ivareta pasientens rettigheter.

Menneskerettsloven (1999) vedlegg 2, del 1, art 5 og barnekonvensjonen (Regjeringen, 2022b) sier at alle mennesker og barn har rett til frihet og sikkerhet. For å utøve forsvarlig helsehjelp og beskytte pasienten mot krenkende handlinger er en forutsetning tilstrekkelig kunnskap og gode holdninger. Caneira og Myrick (2015, s. 2) legger frem viktigheten av å vite hvordan ivareta og gi omsorg til mennesker utsatt for mishandling ved å sørge for at pasientens fysiske, emosjonelle og sosiale behov blir ivaretatt. Optimal måte å jobbe med mishandlede barn er gjennom en kombinasjon av arbeid på individuell basis og tverrfaglig samarbeid med spesialister (Pabis et al., 2011, s. 391). Basert på litteraturgjennomgangen fremkommer det at de vanligste hindrene er følelse av manglende kunnskap og utilstrekkelig opplæring, mangel på selvtillit og sikkerhet (Caneira & Myrick, 2015, s. 2). I dette underkapitlet vil vi se på nettopp dette. Hva er det sykepleiere trenger mer kunnskap om?

#### 5.1.1. Mangel på kunnskap

Basert på artiklene og teorien ser vi at det foreligger flere utfordringer som kan være årsak til at barnemishandling ikke blir fanget opp. I studien til Fraser et al. (2009, s. 148 & 150) ser vi at sykepleierne ikke visste at de var beskyttet mot å bli holdt ansvarlig for ærekrenkelse. En fjerdedel visste ikke at identiteten deres ville bli holdt beskyttet ved rapportering. Andre hindre vil kunne være mangel på retningslinjer, tidligere negativ erfaring med barnevern, kunnskap om ulike fagområder og rettsbehandling (Caneira & Myrick, 2015, s. 3). Ved å fokusere på både hvordan handle ved mistanke og sykepleiers juridiske rett i kursingen kan det bidra til økt rapportering.

Mangel på kunnskap er et hinder for rapportering av mishandling (Caneira & Myrick, 2015, s. 2; Pabis et al., 2011, s. 385). Fraser et al. (2009, s. 147) presenterer at sykepleiere mangler tilstrekkelige ferdigheter og opplæring til å kunne mistenke og rapportere barnemishandling. Ifølge Benner og Wrubel er kunnskapen som tilegnes gjennom teori avgjørende for hvordan en situasjon blir forstått (Konsmo, 1995, s. 26). Pabis et al. (2011, s. 386) og Louwers et al. (2012, s. 5) legger frem like funn. De mener at kursing og opplæring er fundamentalt for sykepleiere for å ivareta og møte utsatte barn.

### 5.1.2 Kursing og opplæring skaper kunnskap

Ifølge Benner og Wrubel bør kunnskap tilegnes gjennom teoretisk og praktisk kursing og opplæring (Konsmo, 1995, s. 45-46). Pabis et al. (2011, s. 385 & 391) legger frem at dette er avgjørende for å oppnå forbedret kvalitet på omsorgen og øke identifiseringen. I forskningsartiklene presenteres det ulike temaer som bør inkluderes i kursingen. Først vil vi se på hva Caneira og Myrick (2015, s. 6) presenterer. De angir at alvorlighetsgraden av barnemishandling, sykepleiers holdninger og meldeplikten bør vektlegges. Fraser et al. (2009, s. 148 & 153) presenterer at kursingen bør inneholde hvilke konsekvenser barnemishandling kan ha på barnet og familien, samt sykepleiers ansvar for å rapportere og ivareta barnets sikkerhet. Hvordan avdekke, rapportere og håndtere mistenkt barnemishandling er det Skarsaune og Bondas (2015, s. 30) trekker frem. Pabis et al. (2011, s. 386 & 390) sier at helsepersonell trenger opplæring i å ivareta og møte utsatte barn. Til slutt legger Louwers et al. (2012, s. 4) frem fokus på oppdagelse gjennom kursing, og sammenheng mellom historie og hvor barnet er i utviklingen. Vi mener at opplæring og kursing bør inneholde alle disse elementene. Likevel ser vi at dette kan være utfordrende da det er såpass omfattende. Skarsaune og Bondas (2015, s. 30) mener at undervisning om barnemishandling burde bli en del av bachelorstudiet, fordi det vil heve kunnskapsnivå og bevissthet. Dette har vi selv savnet under utdanningen.

I studien til Pabis et al. (2011, s. 390) ser vi at de fleste sykepleiere (96%) så viktigheten av å kunne identifisere Battered Child syndrom, likevel var det bare 12% som følte seg sikker på egne evner. Fraser et al. (2009, s. 150 & 153) fant at 88% av sykepleierne visste hvor de skulle rapportere, 90% visste hvordan og 72% visste hvor tidlig. Disse tallene forteller oss at sykepleiere stort sett rapporterte med unntak av visse forhold, noe forskerne mente ville

kunne forbedres gjennom opplæring. Likevel ser vi at norske sykepleiere synes det var uklart hvordan og hvem som skulle rapportere (Skarsaune & Bondas, 2015, s. 27-28). Alle visste at de kunne rapportere på eget initiativ. Likevel hadde ingen sykepleierne rapportert uten samtykke fra lege eller leder. Sykepleierne sa at de foretrakk å rapportere gjennom en ansvarlig leder. Dette viser oss at holdninger og kunnskap spiller en stor rolle i om sykepleiere rapporterer. Slike funn kan tyde på at opplæring vil kunne sette sykepleiere i stand til å yte en mer profesjonell tjeneste, og dermed hjelpe det mishandlede barnet på en mer kompetent måte.

Ved et sykehus hadde alle ansatte nylig fått intensivkurs i hvordan identifisere barnemishandling. Et argument mot effektiviteten var stor turnover ved akuttmottak (Louwers et al., 2012, s. 4). Til tross for stor turnover, anser vi kursing som nyttig da det bidrar til bedre praksis og kultur innad i avdelingen. I tillegg vil sykepleierne som slutter kunne bringe kunnskapen videre. Caneira og Myrick (2015, s. 7) legger fram at de som deltok på kursing oftere brukte riktige screeningstiltak, ressurser og etablerte terapeutiske og respektfulle forhold til pasientene. Dette samsvarer med studien til Pabis et al. (2011, s. 390) hvor nesten alle (n=156) av de 160 sykepleiere svarte at de verdsatte og så nødvendigheten av kunnskap tilegnet gjennom kursing. Fraser et al. (2009, s. 152) konkluderte med at kursing ga sykepleierne mer trygghet i rollen, og økte sannsynligheten og forståelsen for rapportering. Til tross for dette viste studien at kursing ikke endret synet rundt skadeomfang og alvorlighetsgrad, men at de individuelle sjansene for å rapportere stod sterkt. På den andre siden viser funnene oss at kursing bygger et bedre grunnlag for sykepleiere og gjør dem mer rustet for situasjonen.

### 5.1.3 Klinisk blikk

Sykepleiere er i en særstilling for å oppdage barnemishandling. Når familier med småbarn oppsøker helsehjelp må en se på forholdene og faktorene rundt besøket (Pabis et al., 2011, s. 385-386). Når barn oppsøker helsehjelp ved flere tilfeller bør sykepleiere være oppmerksom og stille spørsmål ved hvorfor familien er storforbruker (Caneira & Myrick, 2015, s. 3; Markestad & Alsaker, 2020, s. 149).

En sentral del i utøvelse av sykepleie er å observere pasienten. Som nevnt tidligere gjøres dette ved å bruke sansene for å samle inn data. Sykepleiere bruker personlig kunnskap, erfaring og forståelse til å tolke situasjoner. Benner og Wrubel mener at dette er naturlig fordi mennesket må sees i sammenheng med deres historie og sosiale kontekst, og disse situasjonene former mennesket og deres forståelse (Konsmo, 1995, s. 26). Vi tolker dette som at mennesker utvikler seg og påvirkes av ytre- og indre faktorer, noe som vil påvirke det kliniske blikket. Sykepleiere trenger bred generell kunnskap om barns utvikling, kommunikasjon, symptomer og kjennetegn ved barnemishandling (Skarsaune & Bondas, 2015, s. 29). Tidligere eller manglende erfaring vil påvirke hvordan sykepleiere oppfatter og ser på ulike situasjoner (Caneira & Myrick, 2015, s. 2). En vil dermed over tid opparbeide seg et klinisk blikk. Benner og Wrubel sin sykepleieteori bygger på nettopp dette. De legger vekt på at kunnskap som sykepleiere opparbeider seg gjennom teori vil være avgjørende for hvordan de forstår situasjonen (Konsmo, 1995, s. 26).

Det er også viktig å se på skadene i forhold til barnets utvikling. Videre er det hensiktsmessig å betrakte høy-risikofaktorer og kjennetegn hos omsorgspersoner som et hjelpemiddel i mistanke. Det er viktig å vurdere om skaden kan være påført av andre. Dette er noe en bør være særlig oppmerksom på barn <2 år fordi brudd og blåmerker hos lite mobile barn ikke forekommer naturlig. I tillegg til de fysiske kjennetegnene må man være oppmerksom på skjev- eller forsinket utvikling. Skader man bør være ekstra oppmerksomme på er på bløte deler, og spesielt utsatte områder (Kvello, 2008, s. 270- 271). For å mistenke mishandling ved forekomst av blåmerker eller brudd bør en se på skadens lokasjon og mekanisme. Videre presenteres blåmerker som det vanligste kjennetegnet på fysisk vold. Symptomer kan være objektive, generelle og uspesifikke. Eksempler på dette er irritabilitet, oppkast, sløvhhet, abdominal oppblåsthet, anemi og sjokk (Caneira & Myrick, 2015, s. 3). Sykepleierne i studien til Pabis et al. (2011, s. 388) fortalte at de fysiske symptomene var lettere å oppdage enn de sosiale og psykiske.

For å kunne gi best mulig omsorg og hjelp til barnet, er det viktig at sykepleier kjenner til kliniske indikasjoner, differensialdiagnoser og epidemiologi (Caneira & Myrick, 2015, s. 1). Det er viktig at sykepleiere vet hvilke skademekanismer som gir spesifikke skademønstre for

å kunne mistenke mishandling. Vi vil nå presentere symptomer og mulige differensialdiagnoser en bør undersøke grundigere før rapportering.

Brudd kan være en indikator på fysisk mishandling, men man må utelukke diagnoser som rakitt, osteopeni, osteogenesis imperfecta, kobbermangel og skjelettdysplasi (Caneira & Myrick, 2015, s. 3). Med mindre det foreligger høyenergitraume eller barnet har en av de nevnte tilstandene, er multiple frakturer et rødt flagg. Alle barn <2 år med skjelettskader bør ta røntgen av det aktuelle skadeområdet, samt gjennomføre helkroppsrøntgen. Man bør sjekke hele kroppen for blåmerker og andre skader, og ta blodprøver for å utelukke blodsykdommer som primær immun trombocytopeni, von Willebrands sykdom og leukemi. Deretter blodprøver for å utelukke andre lidelser. Ved oppkast, feber eller irritabilitet, må man utelukke gastroenteritt eller annen abdominal sykdom og vurdere om symptomene kan skyldes hodeskade eller shaken baby syndrome. Et annet fysisk tegn kan være netthinneblødning, dette forekommer hos omtrent 85% av sped- og småbarn som er ofre for gjentatt risting. Ved nevrologiske symptomer som endret mental status eller oppkast bør en sjekke for subduralt hematom. Sykepleier trenger kunnskap om hudtilstander som mongolske flekker, erythema multiforme, Henoch-Schonlein purpura, bulløs impetigo, skåldet hud syndrom og fotodermatitt, for å skille mellom en normalvariant eller hudlidelse og fysisk mishandling (Caneira & Myrick, 2015, s. 3-6; Crumm et al., 2021, s. 2).

#### 5.1.4 Hvordan påvirker holdninger sjansen for å rapportere?

Benner og Wrubel sin teori sier at hvilke bevisste og ubevisste tanker sykepleier har vil være avgjørende for intensjoner, mål og valg man tar i praksis (Konsmo, 1995, s. 26). Den hermeneutiske fenomenologien som teorien bygger på har spesielt tre særtrekk; mennesker er selvfortolkende, mennesket tar standpunkt i hvilken type person man er, og at meningen til mennesker blir oppfattet gjennom språket, historien og kulturen man tilhører og lever i (Konsmo, 1995, s. 27). Skarsaune og Bondas (2021, s. 188) presenterer tilsvarende funn om at bevisstheten rundt barnemishandling ble formet av personlig livssituasjon og oppvekst. Sykepleiers egne holdninger påvirket hvordan de møtte mistanke om barnemishandling og hvorvidt det ble rapportert (Fraser et al., 2009, s. 153; Skarsaune & Bondas, 2015, s. 25).

Videre legger Fraser et al. (2009, s. 153) frem at dårlige holdninger og lite rapportering har tydelig sammenheng.

Voksne har tendens til å sammenligne seg med hverandre. Dette kan være uheldig da det kan resultere i at sykepleier unnskylder omsorgspersonen med at de prøver sitt beste, og at barnet blir stemplet som krevende (Kvelling 2008, s. 41). Ifølge Thorkildsen (2015, s. 64) har flere av barna som har ropt om hjelp, kjærlighet og forståelse i stedet blitt møtt med straff, konsekvenser, atferdsveiledning og diagnoser. Ruud (2021, s. 226) sier at fagfolk kan ha tendens til å bagatellisere eller fortie vold, da det ikke er å kjenne igjen fra egen opplevelsesverden. For å ta imot barns fortellinger på best mulig måte vil bevisstgjøring av egne holdninger og følelser være første skritt (Ruud, 2021, s. 226).

En viktig forutsetning for at sykepleiere skal vise omsorg er at man bryr seg om pasienten og involverer seg i forhold til dens situasjon (Konsmo, 1995, s. 182). Skarsaune og Bondas (2015, s. 30) legger frem at det kan være utfordrende å stille spørsmål og ha et åpent sinn. Risikoen for å bli involvert krever at sykepleieren er sterk. Sykepleierne følte de hadde en stor makt i en slik situasjon og var redde for konsekvensene det kunne få for barnet, familien og dem selv. Maktfølelsen var et hinder i rapporteringen (Skarsaune & Bondas, 2015, s. 29). Ut fra funnene viser det at sykepleiere synes det er en krevende situasjon å stå i, dette påvirket hvorvidt de rapporterte. En bevisstgjøring av egne holdninger vil være et skritt i riktig retning.

### 5.1.5 Tverrfaglig samarbeid

Vi anser samarbeid mellom ulike instanser, avdelinger og fagpersoner som en viktig forutsetning ved mistenkt barnemishandling. Skarsaune og Bondas (2021, s. 184) trekker frem viktigheten av et godt tverrfaglig samarbeid med tydelig ansvarsfordeling. I studien deres fra 2015 presenteres sykepleiers egne tanker rundt tverrfaglig samarbeid (Skarsaune & Bondas, s. 28). De mente at en ressursgruppe på tvers av avdelinger som tilbyr støtte og bistand kunne hjelpe. Mens Fraser et al. (2009, s. 147) trekker frem samarbeid mellom sykepleierne og ledelsen. Videre omtales det å varsle politi og barnevern når det foreligger mistanke om barnemishandling, dette omtales også i §31 i helsepersonelloven (1999). Samarbeid basert på respekt og profesjonalitet er viktig for å kunne mistenke

barnemishandling (Caneira & Myrick, 2015, s. 3; Skarsaune & Bondas, 2015, s. 30). Dette anser vi som viktig da dette bygger grunnlag for å kunne støtte opp om hverandre, og danner grunnlag for godt samarbeid. God utnyttelse av ressurser vil gjøre prosessen lettere, og potensielt forbedre fremtidig samarbeid (Caneira & Myrick, 2015, s. 6).

## 5.2 Hvordan fremme tidlig identifisering

Fysisk vold mot barn kan være utfordrende å oppdage, men med gode rutiner og kunnskap hos de ansatte skaper det bedre forutsetninger for tidlig oppdagelse (Bræin, u.å). Tidlig identifisering er viktig, både for barnets beste, men også for å sikre bevis. Rask og nøyaktig diagnostisering av barnemishandling vil kunne legge til rette for barnet i den akutte fasen og bidra til å minimere konsekvensene senere i livet. Det å ikke identifisere mistenksomme skader, og ikke iverksette tiltak kan føre til ødeleggende konsekvenser for både barnet og familien (Caneira & Myrick, 2015, s. 1). Sykepleieres ulike forståelse av situasjonen kan være en årsak til dette. Den hermeneutisk-fenomenologiske tenkemåten går ut på å tolke og forstå fenomenet slik det fremtrer i gitte situasjoner (Konsmo, 1995, s. 27). Det er avgjørende for betydningen av fenomenet. Dette tolker vi som at erfaringen og kunnskapen til sykepleiere vil legge grunnlag for videre forståelse av situasjon og fenomen. Som igjen vil påvirke hvordan man tar i bruk ulike verktøy, prosedyrer og definerer eget ansvar.

Ifølge Caneira og Myrick (2015, s. 6) bør screening for mishandling skje ved første møte og ved alle skadebesøk. Ved å tidlig betrakte risikofaktorene kan det føre til rask implementering av tiltak. Å mistenke barnemishandling er en komplisert prosess som kan ha en rekke ulike konsekvenser for barnet og familien (Caneira & Myrick, 2015, s. 1-2; Skarsaune & Bondas, 2021, s. 184). Dermed vil vi se på hvordan kartleggingsverktøy og retningslinjer påvirker sykepleiers møte med mistenkt mishandling.

### 5.2.1 Kartleggingsverktøy som et ledd i å styrke mistanke om fysisk vold

En viktig forutsetning i identifiseringsprosessen er gode kartleggingsverktøy. Adekvat screening kan redusere antallet som ikke får stilt diagnose (Caneira & Myrick, 2015, s. 7). Flere av studiene poengterer at sykepleiere ikke har kunnskap om tilgjengelige



kartleggingsverktøy. Tidligere i besvarelsen har vi tatt for oss verktøyene SPUTOVAMO og TEN4. Disse vil vi ta utgangspunkt i videre.

Inkorporering av kartleggingsverktøy gjør det mulig for sykepleiere å gi bedre og mer omfattende omsorg. Ved å tidlig dyrke en relasjon til høyrisikofamilier kan en tidligere intervensere og identifisere risikofaktorer. Med utdanning, opplæring og forståelse av kartleggingsverktøy følger økt sikkerhet til å stille diagnose (Caneira & Myrick, 2015, s. 6). Louwers et al. (2012 s. 5) viser til at tidligere studier om anvendelse av kartleggingsverktøy i akuttmottak har økt oppdagelse av barnemishandling.

SPUTOVAMOs struktur er lagt opp som en sjekklister, dette for å kunne systematisk fastslå mistanke om barnemishandling. Spørsmålene omhandler historiens omfang samt foreldrenes gjenfortelling av den (McTavish et al., 2020, s. 7). Louwers et al. (2012, s. 3-4) tar for seg bruken av SPUTOVAMO ved et mottak. Alle lederne var enig i at verktøyet tilhørte mottaket, men at det i travle perioder ble nedprioritert. McTavish et al. (2020, s. 10-11) viser at kartleggingsverktøyet ikke skal erstatte kliniske vurderinger. I studien deres evaluerte de SPUTOVAMOs nøyaktighet. Her fremkom det at en utfordring ved verktøyet var deltakernes ulike forståelse og holdning til hva barnemishandling omfatter. Verktøyet førte til at opptil 9 barn (per 100) ikke ble identifisert og et sprang mellom 2-69 barn ble falskt identifisert (McTavish et al., 2020, s. 8-9).

TEN4 har i hensikt å oppdage høy-risiko blåmerker hos barn under 4 år. Studien til Crumm et al. (2021, s. 7) viser til at kartleggingsverktøyet økte sjansen for å oppdage høy-risiko blåmerker. Flere okkulte skader hos barn ble oppdaget med dette verktøyet, enn det hadde blitt uten. Studien hadde høye falsk-positive resultater, men i lys av at 88% av screeningene var vellykket ser vi at konsekvent bruk av verktøyet vil føre til økt oppdagelser av mishandling. Selv om risikoen for feildiagnostisering er til stede.

Louwers et al. (2012 s. 5) mener at kartleggingsverktøy fører til økt oppdagelse av barnemishandling, men at tilstrekkelig verktøy og protokoll mangler. Studiene omhandlende SPUTOVAMO og TEN4 viser at feildiagnostisering forekommer. McTavish et al. (2020) legger

frem at konsekvensene av dette vil veie tyngre enn fordelene. Da falsk identifisering kan føre til en unødig stressituasjon for barnet. TEN4 hadde færre feildiagnostiseringer. Dermed mener Crumm et al. (2021, s. 7) at statistikken går i favør med nyttigheten av verktøyet. På bakgrunn av studienes funn angående høy falsk-positive resultater tolker vi at verktøyene ikke er gode nok. Feildiagnostisering er en negativ konsekvens av kartleggingsverktøy. Vi ser kartleggingsverktøy som et viktig hjelpemiddel for å fange opp flere mishandlede barn. Likevel ser vi utfordringen ved å utarbeide feilfritt verktøy, hvor en av disse er ulike tolkninger av fenomenet.

### 5.2.2 Retningslinjer og prosedyrer

I studien til Louwers et al. (2012, s. 3) fremkom det at flere av intervjuobjektene ikke visste at sykehusene hadde en protokoll. De visste heller ikke hvor de kunne finne den. Videre legges det frem at ingen av sykehusene hadde et strukturert opplæringsprogram for å oppdage og gi omsorg til barn utsatt for mishandling. Dette ser vi også i studien til Skarsaune og Bondas (2015, s. 28). I studien deres anga sykepleierne et ønske om håndfaste retningslinjer og prosedyrer om hvordan mistenke og møte voldsutsatte barn.

Som sykepleier har man avvergings- og opplysningsplikt; omtalt i helsepersonelloven §33 (1999) og straffeloven §196 (2005). Disse skal anvendes foruten hindring av taushetsplikten. Ved å melde fra mens barnet fortsatt er innlagt på sykehus vil det gi mulighet for andre instanser å igangsette undersøkelser samtidig som helsepersonell. For å øke og lette sjansen for rettmessig undersøkelse vil dokumentasjon med et språk som kan forstås av ikke-helsepersonell være viktig. Videre vil nøyaktig dokumentasjon av funn, som bilder og video, direkte sitater og nøyaktig gjenfortelling være viktig (OUS, 2015).

Louwers et al. (2012, s. 5) ser implementering av en nasjonal screeningprotokoll, inkludert kartleggingsverktøy og prosedyrer som nødvendig. Dette for å skape lik forståelse over hva som skal gjøres når mistanke oppstår. I Norge har vi ulike prosedyrer for hvordan gå frem ved mistenkt fysisk vold og omsorgssvikt. Vi har i besvarelsen tatt utgangspunkt i veilederen til NKVTS (2018) og OUS (2015). Disse tror vi vil komme til nytte i arbeidslivet. Begge gir råd om hva man bør se etter og hvordan man bør gå frem, og har vært til god hjelp i arbeidet

med oppgaven vår. Likevel ser vi behov for utvikling av nasjonale retningslinjer for å sikre lik behandling over hele landet.

### 5.3 Sykepleie i møte med omsorgspersoner ved mistenkt barnemishandling

Å møte barnets omsorgspersoner ved mistenkt mishandling er utfordrende. Når et barn er <2 år er det omsorgspersonen som står for snakkingen. Kvello (2008, s. 43) sier at omsorgspersoners karakteristika vil ha forklaringsstyrke for mishandlingen. Derfor vil vi stille spørsmålet: hva bør sykepleiere være ekstra oppmerksomme på i møte med dem?

Vi ser viktigheten av at sykepleiere vet hvordan forholde seg, tolke og observere omsorgspersonene. Sykepleiere er en ressurs da de er knyttet til omsorg og ikke virker skremmende ved å representere myndigheter. Grunnet dette har sykepleiere en unik mulighet til å komme nær barnet, stille spørsmål og observere (Skarsaune & Bondas, 2015, s. 30). Frykten for å ha misforstått og ta feil gjør at mange er redde for å stille de vanskelige spørsmålene. Likevel må man våge å stille dem. I møte med omsorgspersonen er en fremgangsmåte som er åpen, direkte og ikke dømmende hensiktsmessig (Ruud, 2021, s. 229).

Ifølge Benner og Wrubel er omsorg det mest grunnleggende i sykepleie. Imidlertid kan det være utfordrende når en ikke får gitt barnet omsorgen det trenger, eller når omsorgen som ytes blir nedvurdert. Hvis omsorgspersonen ikke samarbeider vil dette påvirke kvaliteten på omsorgen (Konsmo, 1995, s. 22 & 181). Omsorgspersoner prøver ofte å skjule barnemishandling gjennom å dikte opp dekkhistorier (Pabis et al., 2011, s. 385-386).

Sykepleierne i studien rapporterte at det var gjengangere i forklaringen fra omsorgspersonene om hvordan barnet påførte seg skaden. Disse var at barnet falt, barnet fortjente straffen, søsken påførte barnet skaden, barnet var under noen andres omsorg eller manglende forklaring (Pabis et al. 2011, s. 388). I møte med omsorgspersoner bør sykepleiere være oppmerksomme på gjenfortellingen av sykehistorien, oppførsel og samhandlingen i relasjon med barnet (Caneira & Myrick, 2015, s. 5). Pabis et al. (2011, s.

388) spurte sykepleierne (n= 160) om mønster i oppførselen til omsorgspersoner ved sykehusbesøk til barna, her fremkom det likegyldighet, aggresjon, fravær, og overbeskyttende atferd. 54 sykepleiere anga at omsorgspersoner viste omtenkksomhet ovenfor barnet. I tillegg til kliniske funn bør også disse observasjonene dokumenteres nøyaktig. Direkte sitat og gjengivelse av skadehistorie er viktig da det kan være de eneste indikatorene for mishandling (Caneira & Myrick, 2015, s. 5). Her vil vi henvise til §40 i helsepersonelloven (1999). På bakgrunn av dette anser vi kunnskap om omsorgspersoners karakteristika og oppførsel som en forutsetning for å mistenke barnemishandling hos barn <2 år.

## 5.4 Leders holdning, adferd og ansvar

I dette underkapittelet vil vi se på hva sykepleiere trenger fra ledelsen for å best mulig håndtere mistenkt barnemishandling. Vi vil legge fokuset over på systemnivå, samt se på hva sykepleiere selv mener kan gjøre situasjonen lettere. Dermed vil det overordnede spørsmålet være: Hva trenger sykepleiere fra ledelsen for å best mulig ivareta barnet og familien?

Når en mistenker mishandling er det viktig at sykepleiere har beslutningstøtte fra leder og annet helsepersonell (Caneira & Myrick, 2015, s. 3). Pabis et al. (2011, s. 390) legger frem at 86% av sykepleierne diskuterte problemet med kollegaer når de sto overfor mistenkt barnemishandling. Benner og Wrubel presenterer at sosial støtte fra kollegaer er den mest effektive måten å forebygge stress på (Steinicke, 2013, s. 404). Dette ved å dele gjensidig innsikt og perspektiver. Tilsvarende Benner og Wrubel ser vi det hensiktsmessig å utnytte kollegaer og ledere for felles refleksjon. Videre ser vi utveksling av forslag, tanker og følelser rundt den vanskelige situasjonen som en fin måte å få støtte og opparbeide kunnskap.

### 5.4.1 Ledernes bevissthet og kunnskap gjør dem til et forbilde for sykepleierne

Om sykepleielederne skal være gode ledere er en forutsetning at de selv har et bevisst syn på problemet og erfaring innenfor problemstillingen (Skarsaune & Bondas, 2021, s. 191). Da Skarsaune og Bondas (2015, s. 26) sendte ut invitasjon til studien var det flere avdelinger

som var uinteressert, de mente tematikken ikke var relevant for dem. Andre responderte positivt. Dette kan indikere at flere ledere ikke er på et tilstrekkelig nivå av omfangsforståelse. Louwers et al. (2012, s. 3) legger frem at sykehusledelsen så viktigheten av identifisering. Likevel mente noen at det viktigste var å behandle det de formulerte som “ekte patologi”, da det er vanskelig å finansiere (Louwers, 2012, s. 3). Noen mente også at tematikken lå hos sosialarbeiderne. Dette tyder på at sykehusledelsen ikke ser på barnemishandling som det folkehelseproblemet det er.

Flere sykepleiere synes det var uklart hvordan og hvem som skulle rapportere. Som nevnt, visste alle at de kunne rapportere på eget initiativ, men ingen hadde rapportert uten samtykke fra lege eller leder (Skarsaune & Bondas, 2015, s. 27-28). Dog, presenteres det i Skarsaune og Bondas (2021, s. 191) at en løsning kunne være å skrive under på bekymringsmeldingen sammen. Dette for å senke terskelen for å rapportere videre, samt gi lederne følelse av personlig ansvar. Dette viser oss at lederes holdninger vil ha stor påvirkning for om barnemishandling blir rapportert. Lederne i studien hadde en bevisst holdning, likevel kjente de på følelsen av å ikke få gjort nok grunnet travel hverdag (Skarsaune & Bondas, 2021, s. 189). Mer tid, økonomiske midler og innsats fra helsepersonell og ledelsen trengs for å bryte hindrene (Louwers et al. 2012, s. 5).

#### 5.4.2 Ledernes beskyttende ansvar gjennom tilrettelegging

Å ivareta og beskytte barnet og familien gjennom tilrettelegging for sykepleierne er et av hovedansvaret til lederne. Sykepleieren kjenner barnet best, på bakgrunn av dette overtok ikke lederne ansvaret, men sørget for å tilrettelegge. Videre belyses det at lederne er bindeleddet mellom ulike instanser. Ved mistanke om barnemishandling kan sykepleiere ha ulik oppfatning om situasjonen. Dermed er det viktig at lederen har et utenfor- og helhetlig perspektiv for å holde seg mest mulig nøytral (Skarsaune & Bondas, 2021, s. 189-190).

Lederne jobbet konsist og praktisk for å tilrettelegge for sykepleierne. De passet på kontinuitet for sykepleierne slik at de kunne yte god omsorg til barnet og familien. Eksempler de trakk frem var turnusendring, høyere bemanning og bruk av erfarne sykepleiere med og uten spisskompetanse. Videre tilrettela de ved å gi sykepleiere arbeidsro og mer tid med familien (Skarsaune & Bondas, 2021, s. 190). Det kommer frem av

intervjuene til Skarsaune og Bondas (2015, s. 28) at flere sykepleiere følte et sterkt behov for å diskutere problemet med andre da de fant det vanskelig å stå i situasjonen alene. Noen ønsket støtte og veiledning fra lederen sin, noen støtte fra kollegaene, og andre nevnte tverrfaglig samarbeid med andre instanser.

#### 5.4.3 Kulissarbeid for å ivareta barnet, familien og personalet

Lederne mente selv de gjorde viktig kulissarbeid for å lette på den enkelte sykepleiers stress (Skarsaune & Bondas, 2021, s. 190). Eksempler de trakk frem var å samle de ansatte, dette for å kunne jobbe sammen om barnets beste. Her vil §25 i helsepersonelloven (1999) gjelde. I studien til Louwers et al. (2012, s. 4) så ekspertene viktigheten av å investere og utpeke en leder som har spesielt fokus på barnemishandling. Den utvalgte lederen skulle sørge for kvalitetskontroll, hurtig oppdagelse og behandling, samt oppfølging. Lederne mener at intern opplæring både er viktig og nødvendig. Dilemmaer de møtte på var at opplæring ville komme i konkurranse med annen opplæring, og at det var vanskelig å finne tid (Skarsaune & Bondas, 2021, s. 189). En måte de tilrettela for diskusjon og utvikling av kompetanse var gjennom diskusjon og samtale med sykepleierne. Gjennom dette fikk de også vist egen kunnskap og erfaringer, og ble dermed en trygg leder (Skarsaune & Bondas, 2021, s. 189).

Sykepleierne i studien til Skarsaune og Bondas (2015, s. 30) oppga et behov for en støtteperson som er ikke-dømmende, erfaren, pålitelig, oppmerksom, tilgjengelig og kunnskapsrik. Det var også viktig at støttespilleren kunne hjelpe med opplæring, veiledning og støtte. I Skarsaune og Bondas (2021, s. 193-194) forteller lederne selv at de var medspillere og veiviser for sykepleierne. Lederne i studien mente at støtte var deres viktigste oppgave. Dog viser Skarsaune og Bondas (2015, s. 28) at sykepleierne savnet støtte og veiledning fra avdelingsleder. Disse motstridende funnene kan indikere at situasjonen er så krevende for sykepleierne at støtten fra lederne likevel ikke er tilstrekkelig, eller at lederne ikke har realistisk syn på egen lederutøvelse (Skarsaune & Bondas, 2021, s. 192).

## 6. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien har vært å belyse forutsetninger sykepleiere trenger ved mistanke om barn utsatt for fysisk vold. Vi har sett på nødvendige forutsetninger på personlig-, kunnskaps- og systemnivå. Barnemishandling er et omfattende problem og forutsetningene sykepleiere trenger i møte med dette er mange.

Studiene fant at sykepleierne ikke hadde tilstrekkelig kunnskap rundt barnemishandling, rapportering og deres juridiske plikt. Det fremkommer også at individuelle holdninger påvirket hvorvidt sykepleiere rapporterte. Flere hadde lav selvtillit og følte seg usikker rundt situasjonen. Sykepleierne anga at å møte omsorgspersonene var utfordrende, videre savnet de støtte fra ledelsen, møter hvor tematikken ble diskutert og mer tverrfaglig samarbeid. Sykepleierne ønsket klare retningslinjer og prosedyrer. Det fremkommer også at kartleggingsverktøyene ikke er tilfredsstillende nok. Et godt opparbeidet klinisk blikk er nødvendig.

Helhetlig kursing og opplæring vil kunne legge til rette for å oppfylle flere av de nevnte forutsetningene. Teorien og praksisen bygger på hverandre, derfor bør kursing inneholde begge aspekter. Opplæring vil kunne bidra til en hermeneutisk fenomenologisk kunnskap om fysisk vold mot barn, ved at ens egne erfaringer og historikk vil påvirke forståelsen av elementene. Sykepleiere har i oppgave å gi omsorg til barn og familier til tross for vanskeligheten, følsomheten og kontroversen rundt barnemishandling. En bevisstgjøring av egne holdninger vil være et skritt i riktig retning. Selv om møte med omsorgspersoner kan være krevende, må sykepleiere tørre å spørre. Vi ser en fremgangsmåte som balanserer å være undersøkende og å bevare omsorgspersonens tillit som viktig. Dette for å ikke skremme dem vekk fra helsehjelp. Videre er avdelingens kultur og leders fokus på barnemishandling en viktig forutsetning ved mistanke. Gjennom støtte og tilrettelegging fra ledere vil disse forutsetningene trolig møtes. Deretter mener vi at tverrfaglig samarbeid med kollegaer og andre instanser vil gjøre det lettere å håndtere mistanke. Ved å opprette nasjonale retningslinjer og prosedyrer tror vi det kan bidra til økt oppdagelse og lik praksis. Manglende bruk av kartleggingsverktøy bidrar til at færre blir korrekt identifisert. Basert på

dette ser vi behov av at det utarbeides og anvendes et kartleggingsverktøy sykepleiere kan forholde seg til.

Sykepleiere er i en særstilling for å oppdage barnemishandling, da de er tett på barnet og omsorgspersonene. Dette gir mulighet til å kunne observere begge parter og samspillet dem imellom. De vil også kunne fange opp om det oppgis ulike årsaker til skaden ved forskjellige anledninger. Det vil være hensiktsmessig å vurdere skaden opp mot barnets utvikling. Små barn kan ikke gi beskjed og er avhengig av sykepleiers observasjon, kunnskap og tolkning av funn. Man må ha kunnskap om skader som ikke forekommer naturlig hos barn <2 år. For å kunne være stemmen til dem som ikke har en, må man være bevissthet muligheten og tørre å tenke tanken om fysisk vold. Omsorgssvikt tar barndommen fra barna. Sykepleiere må ha disse forutsetningene i bunn for å kunne møte det globale- og nasjonale samfunns- og folkehelseproblemet.



## 7. Litteraturliste

- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (u.å.a). *Hvor kommer bekymringsmeldingene fra?* [https://www2.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/meldere/](https://www2.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/meldere/)
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (u.å.b). *Barnets utvikling 0-5 år.* <https://www.bufdir.no/foreldrehverdag/smabarn/utvikling-selvstendighet-og-selvfolelse/barnets-utvikling-0-5-ar/>
- Benner, P. & Wrubel, J. (2013). *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress mestring ved sundhed og sygdom.* (H. Steinicke, Overs.). Munksgaard Danmark. (Opprinnelig utgitt 1988).
- Bræin, M. (u.å) Utviklende omsorg – når barn har det vanskelig. *Fosterhjemsforeningen.* <https://www.fosterhjemsforening.no/wp-content/uploads/2020/08/smerteuttrykk-fagtekst.pdf>
- Caneira, L. & Myrick, K. M. (2015). Diagnosing child abuse: the role of a nurse practitioner. *The Journal for nurse practitioner*, (2015, Vol. 11, No. 6), 640-646. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.03.017>
- Crumm, C. E., Brown, E. C.B., Thomas-Smith, S., Yu, D. T.Y., Metz, J. B. & Feldman, K. W. (2021) Evaluation of an Emergency Department High-risk Bruising Screening Protocol. *Pediatrics*, (2021, vol. 147, Issue 4), DOI:<https://doi.org/10.1542/peds.2020-002444>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving.* (6. utg.). Gyldendal.
- Den Norske Akademis ordbok. (u.å.a). *Forutsetning.* NOAB. <https://naob.no/ordbok/forutsetning>
- Den Norske Akademis ordbok. (u.å.b). *Omsorgsperson.* NOAB. <https://naob.no/ordbok/omsorgsperson>
- Den Norske Akademis ordbok. (u.å.c). *Identifisere.* NOAB. <https://naob.no/ordbok/identifisere>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 22. april). *Hente ut data, sammenfatte og gradere.* Hentet 26. april. 2023. <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/framgangsmate/hente-ut-data-sammenfatte-og-gradere/>
- Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L. & Dunne, M. (2009). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, (2010, Vol. 47, No. 2), 146–153. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015>

- Hafstad, G. S. & Augusti, E. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten*. (NKVTS Rapport nr. 4/2019). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.  
[https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport\\_4\\_19\\_UEVO.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf)
- Helsebiblioteket. (2021, 23 desember). *Akuttveileder i pediatri: Barnemishandling*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatri/akuttveileder-i-pediatri/12.barnemishandling/12.1-rutiner-ved-mottak-av-barn-med-mistanke-om-vold-seksuelle-overgrep-eller-omsorgssvikt>
- Helsedirektoratet. (2019, 3. desember). *Fra kunnskap til handling hos ansatte som arbeider med barn og unge*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge/fra-kunnskap-til-handling-hos-ansatte-som-arbeider-med-barn-og-unge#ansatte-som-arbeider-med-barn-og-unge-bor-vaere-oppmerksomme-pa-tegn-og-signaler-som-gir-grunn-til-bekymring-for-barn-eller-unge-og-dokumentere-disse>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999- 07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helse>
- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A. & Kress, H. (2016). *Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates*.  
doi:10.1542/peds.2015-4079.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2021). *Frihet fra vold: Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021–2024*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/9c4fb648c66c4c1eb2e58f645eb870b8/209755-jd-frihetfravold-web.pdf>
- Kirkevold, M. (2018). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1. sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 156-158). Gyldendal akademisk
- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør-: om omsorgens forhold til sykepleie: en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. TANO.
- Kvello, Ø. (2008). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Louwers, E. CFM., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., De Koning, H. J. & Moll, H. A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics* (2012, 12:167), 1-6. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-167>
- Markestad, T., & Alsaker, T. (2020). *Klinisk Pediatri: Miljøbetingede skader og sykdommer* (3.

utg). Fagbokforlaget.

McLeod, S. (2018) *Maslow's Hierarchy of Needs*. SimplyPsychology.

<https://canadacollege.edu/dreamers/docs/Maslows-Hierarchy-of-Needs.pdf>

McTavish, J. R., Gonzales, A., Santesso, N., MacGregor, J. C. D., McKee, C. & MacMillian, H. L. (2020). Identifying children exposed to maltreatment: A systematic review update. *BMC Pediatrics* (2020, 20:113) 1-14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-2015-4>

Menneskerettsloven. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett* (LOV-1999-05-21-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30>

NKVTS. (2018). *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner; hva er vold og overgrep mot barn?*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/hva-er-vold-mot-barn/>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

NOU 2017:12. (2017). Svikt og svik. Barne- og likestillingsdepartementet.

Oslo Universitetssykehus. (2015). *Mishandling av barn - fysisk*. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/41645>

Pabis, M., Wróńska, I., Slurska, B., & Cuber, T. (2011) Pediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of advanced nursing*, (2011. Vol 67, No .2, 384-393. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x>

Regjeringen. (2016). *Barnets rettigheter i Norge*. Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/0ada3bee46b54f498707f51bbc7d4b2c/barnekonvensjonen-norsk-versjon-uu.pdf>

Regjeringen. (2022a, 24. august). *Vold og overgrep*. Hentet 22. mars 2023. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/vold-og-overgrep/id2876037/>

Regjeringen. (2022b, 21. november). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Hentet 23. april 2023. <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/fns-konvensjon-om-barnets-rettigheter/id2511390/>

Ruud, A. K. (2021). *Hvorfor spurte ingen meg?: Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Gyldendal Akademiske.

Sjøvold, M. S. & Furuholmen, K. G. (2020). *De minste barnas stemme. Sped- og småbarn utsatt for vold og omsorgssvikt*. (utg. 2). Universitetsforlaget.

Skarsaune, K. & Bondas, T. (2015). Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse. *Clinical nursing studies*, (2016, Vol. 4, No. 1), 24-32. DOI: <https://doi.org/10.5430/cns.v4n1p24>

Skarsaune, K. & Bondas, T. (2021). Sykepleieledelse ved mistanke om barnemishandling. *Nordisk sygeplejeforskning*, (2021, Vol. 11, utg. 3), 183–196. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2021-03-02>

Skaug, E.-A. (2017). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1. sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 338-339). Gyldendal akademisk

Statistisk sentralbyrå (u.å). Barn og unge i befolkningen. Stadig færre barn og unge i Norge. SSB. Hentet 28. mars 2023. <https://www.ssb.no/a/barnogunge/2020/bef/>

Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=lov%20om%20straff>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Universitetsforlaget.

Thorkildsen, I. M. (2015). *Du ser det ikke før du tror det: Et kampskrift for barns rettigheter* (utg.4). Vigmostad & Bjørke AS.

Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet – barns strategier*. Universitetsforlaget.