

Sofie Marie Solberg - 10014
Hanna Kristine Kviltén - 10212

Sykepleiers rolle i arbeid med omsorgssvikt

Hvilke barrierer møter sykepleiere ved rapportering av omsorgssvikt, og hvilken betydning har de for yrkesutøvelsen?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7590

Bacheloroppgave i Sykepleie
Mai 2024

Sofie Marie Solberg - 10014
Hanna Kristine Kvilten - 10212

Sykepleiers rolle i arbeid med omsorgssvikt

Hvilke barrierer møter sykepleiere ved rapportering av omsorgssvikt, og hvilken betydning har de for yrkesutøvelsen?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7590

Bacheloroppgave i Sykepleie
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Omsorgssvikt rammer et betydelig antall barn og unge både på lands- og verdensbasis, og utgjør et helseproblem både på kort og lang sikt. Det er likevel kjent at det er stor avstand mellom antall barn som utsettes for omsorgssvikt og antall tilfeller som avdekkes, og en ser stor underreportering fra blant annet sykepleiere, selv ved vesentlig mistanke. En overvekt av empiri viser at sykepleiere har tilstrekkelig med kunnskap, kompetanse og handlekraft i de aktuelle situasjonene for å oppfylle sin plikt til forsvarlig yrkesutøvelse.

Hensikt: Belyse barrierene sykepleiere møter i arbeid med å rapportere omsorgssvikt, og diskutere hvordan de aktuelle barrierene kan utfordre sykepleieres yrkesutøvelse.

Metode: En systematisk litteraturstudie gjennomført i perioden april 2024 til mai 2024 basert på ni forskningsartikler.

Resultater: De største barrierene sykepleiere møter er mangler i samarbeidet med barnevernet, uklare ansvarsområder på tvers av profesjoner, mangel på kunnskap og tid, samt store følelsesmessige påkjenninger i arbeid med omsorgssvikt. Disse barrierene fører til at sykepleiere vegrer seg for å konfrontere situasjonene, og dermed ikke rapporterer tilstrekkelig.

Konklusjon: Barrierene utfordrer sykepleieres yrkesutøvelse i betydelig grad, både i henhold til yrkesetiske retningslinjer, juridiske krav og grunnleggende verdier. Det er behov for relevante intervensjoner og tiltak for å sikre forsvarlig håndtering av tilfeller med omsorgssvikt.

Abstract

Background: Maltreatment affects a significant number of children both nationally and worldwide and constitutes a health problem in both short and long term. It is known that there is a large gap between the number of children who are exposed to neglect and the number of cases that are uncovered, and there is a large under-reporting by nurses, even in cases of significant suspicion. A preponderance of empirical evidence shows that nurses have insufficient knowledge, competence, and vigor to act in the situations to meet the requirements for proper professional practice.

Aim: To elucidate the barriers that nurses encounter when reporting neglect and discuss how the relevant barriers can challenge nurses' professional practice.

Method: A systematic literature study conducted in the period between April 2024 to May 2024 based on 9 research articles.

Results: The biggest barriers nurses face are shortcomings in collaboration with child protection, unclear areas of responsibility across professions, lack of knowledge and time, as well as great emotional stress in work with neglect. These barriers lead to nurses refusing to confront the situations, and thus not reporting sufficiently.

Conclusion: The barriers challenge nurses' professional practice to a significant extent, both in accordance with professional ethical guidelines, legal requirements, and fundamental values. There is a need for relevant interventions and measures to ensure proper handling of cases of neglect.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1. Introduksjon til tema og bakgrunnskunnskap	6
1.2. Teori	7
1.2.1. Omsorgssvikt	7
1.2.2. Konsekvenser av omsorgssvikt for samfunnet	7
1.2.3. Gjeldende lovverk	7
1.2.4. Yrkesetiske retningslinjer	8
1.2.5. Sykepleie som profesjon	8
1.2.6. Kari Martinsens omsorgsteori	9
1.2.7. Omsorgssvikt og etikk	10
1.3. Hensikt, problemstilling og avgrensning	10
2. Metode	12
2.1. Beskrivelse av metode	12
2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
2.3. Søkestrategi og søkehistorikk	12
2.3.1. Søketablell	14
2.4. Analyse	16
3. Resultater	17
3.1. Artikkelmatrikse	17
3.2. Sammenfatning av resultater	21
3.2.1. Barrierer ved rapportering av omsorgssvikt	21
3.2.2. Samarbeid mellom ulike profesjoner/nivåer i helsetjenesten	21
3.2.3. Opplevelser og erfaringer ved rapportering av omsorgssvikt	22
3.2.4. Forbedringsområder og forslag til intervensjoner	23
4. Diskusjon	24
4.1. Barrierer på systemnivå	24
4.1.1. utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet	24
4.1.2. utfordringer ved hierarkiet i helsevesenet	25
4.1.3. Konsekvenser av effektivisering i helsevesenet	26
4.1.4. Kunnskapsmangel som et institusjonsansvar	27
4.2. Barrierer på individnivå	28
4.2.1. Kunnskapsmangel som et individuelt ansvar	28
4.2.2. Holdninger og følelsesmessige faktorer knyttet til rapportering	29
4.3. Forbedringsområder og mulige intervensjoner	31
4.4. Metodediskusjon	32
4.5. Konklusjon	33
Referanseliste	35

Tabeller

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
Tabell 2: Konsepttabell.....	13
Tabell 3: Søketablell og inkluderte artikler	14
Tabell 3: Sammenligning av temaer.....	16
Tabell 4: Artikkelmatrise.....	17

1. Innledning

1.1. Introduksjon til tema og bakgrunnskunnskap

FNs barnekonvensjon, som en del av norsk lov, skal sørge for at barn opplever trygghet, får den beskyttelsen de har behov for, og vernes mot alle former for vold og overgrep (Barnekonvensjonen, 1989). Likevel ser en, både i Norge og internasjonalt, at en betydelig andel barn utsettes for omsorgssvikt, uten at dette i tilstrekkelig grad oppdages eller rapporteres videre. Omsorgssvikt innebærer et brudd på ivaretagelse av barnets fysiske og psykiske behov, og utgjør et vesentlig og underkommunisert helseproblem i dagens samfunn. (WHO, 2022). Ifølge Redd Barna har 1 av 5 barn under 18 år opplevd fysisk eller psykisk vold fra sin omsorgsperson, 1 av 20 barn har blitt utsatt for seksuelle overgrep, og 1 av 6 barn har opplevd å ikke få sine grunnleggende behov som mat, klær, hygiene og kjærlighet oppfylt (Redd Barna, u.å.). Omsorgssvikt kan medføre både fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser for det enkelte barnet, og kan gi ytterligere helseproblemer, samt konsekvenser på samfunnsnivå.

Ifølge SSB ble det i 2022 sendt inn 49 778 bekymringsmeldinger til barnevernet, hvorav kun omtrent 8% (4060) kom fra lege, sykehus eller tannlege (Statistisk sentralbyrå, 2022). Det er allikevel grunn til å tro at betydelig flere barn som har vært i kontakt med helsevesenet er utsatt for omsorgssvikt, og dermed burde vært en del av statistikken. Omfanget av omsorgssvikt ses å ha store mørketall, som kan skyldes både at barn og omsorgspersoner tildekker omsorgssvikten (Killén, 2015, s.17), men også at det underrapporteres fra blant annet helsepersonell ved mistanke. Som sykepleier har en gjennom helsepersonelloven §33 (Helsepersonelloven, 1999, §33), en plikt til å melde ifra ved omsorgssvikt. Manglende rapportering bryter med loven, og truer en forsvarlig yrkesutøvelse.

Sykepleiere har en unik mulighet til å avdekke omsorgssvikt ved at de jobber tett med barn i sårbare situasjoner, både i akuttmottak, ved sengeposter, på helsestasjoner og når barn er pårørende. Det er dermed rimelig å anta at en som sykepleier, på et eller annet tidspunkt, vil måtte forholde seg til barn og familier hvor omsorgssvikt er en realitet. Det er derfor essensielt å være bevisst sitt ansvar som sykepleier og ha kompetansen til å handle deretter. Forskning viser derimot at sykepleiere selv opplever å ikke ha tilstrekkelig kunnskap og handlekraft i de aktuelle situasjonene, og dermed velger å ikke melde ifra selv ved vesentlig

mistanke. En slik handlingsvegring utfordrer sykepleieres etiske og lovpålagte ansvar. Oppgaven vil derfor belyse hvilke barrierer som hindrer sykepleiere i å rapportere omsorgssvikt, og hvilken betydning disse har for plikten til forsvarlig yrkesutøvelse.

1.2. Teori

1.2.1. Omsorgssvikt

Begrepet omsorgssvikt brukes om tilfeller hvor barn ikke får dekket sine grunnleggende fysiske, psykiske, emosjonelle og/eller medisinske behov, eller ikke opplever den omsorgen, kjærligheten og beskyttelsen de trenger fra sine omsorgspersoner (Bufdir, u.å.-a).

Omsorgssvikt kan forekomme i mange alvorlighetsgrader, variasjoner og kombinasjoner, og over lang og kort tid (Kvello, 2007, s.44). Videre må definisjonen på omsorgssvikten også ses i sammenheng med faktorer som barnets forutsetninger og behov, samt tid, kultur og etnisitet (Kvello, 2007, s.36). Omsorgssvikt kan deles inn i fire underkategorier, bestående av fysiske overgrep, psykiske overgrep, vannskjøtsel og seksuelle overgrep (Killén, 2015, s.44).

1.2.2. Konsekvenser av omsorgssvikt for samfunnet

Barn utsatt for omsorgssvikt opplever ofte både langvarige og kortvarige konsekvenser og utfordringer innenfor fysisk, psykisk og seksuell helse (WHO, 2022). Dette inkluderer blant annet kroppslige skader, funksjonsnedsettelse, PTSD, angst, depresjoner og kjønns sykdommer, men kan også innebære nedsatt kognitiv og akademisk prestasjonsevne som følge av stress (WHO, 2022). En stor andel av barn utsatt for omsorgssvikt faller utenfor skole og arbeidsliv, og blir en belastning for samfunnet og helsevesenet. Som følge av de fysiske og psykiske konsekvensene ved omsorgssvikt blir staten også utsatt for en økt økonomisk påkjenning gjennom utgifter som må dekke hyppige sykehusinnleggelse, psykologbehandling, og andre relevante kostnader (WHO, 2022).

1.2.3. Gjeldende lovverk

FNs barnekonvensjon er «... en internasjonal avtale om barns rettigheter», og blir også omtalt som «barnas egen grunnlov» (Barne- og familiedepartementet, 2021). Konvensjonen er en del av norsk lovverk, og etter artikkel 19 presiseres det at «Partene skal treffe (...) tiltak for å beskytte barnet mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vannskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, herunder seksuelt misbruk ...» (Barnekonvensjonen, 1989, art. 19). FNs barnekonvensjon, særlig artikkelen nevnt over,

skaper en tydelig forventning om at partene som har sluttet seg til konvensjonen, som staten Norge, har et ansvar for å legge til rette for at barn ikke utsettes for omsorgssvikt av ulik grad. Dette kan blant annet ses ved at det er lovpålagt å rapportere mistenkt omsorgssvikt for alle som er underlagt Barnevernsloven §13-2. (Barnevernsloven, 2021, §13-2).

Helsepersonelloven §33 (1999) tydeliggjør helsepersonells ansvar og opplysningsplikt til barnevernet ved mistenkt omsorgssvikt av ulike grunner. Dette kan blant annet innebære mistanke om at et barn blir eller vil bli mishandlet, at et barn blir utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen, at barnets særegne behov i forhold til sykdom og helse ikke blir ivaretatt eller når et barn har svært store atferdsvansker (Helsepersonelloven, 1999, §33). Videre presiserer §33 at opplysningsplikten ikke skal hindres av taushetsplikten, og at det skal meldes ifra til barnevernstjenesten straks noen av forholdene nevnt i paragrafen er kjent. Helsepersonelloven regulerer i stor grad helsepersonells arbeid, og skal «... bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillitt til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten» (Helsepersonelloven, 1999, §1).

1.2.4. Yrkesetiske retningslinjer

Som sykepleier følger en i arbeidet sitt de yrkesetiske retningslinjene som er utarbeidet av NSF. Dette er en gjennomgang av holdninger, verdier, ansvar og faglige forpliktelser en har i yrkesutøvelsen sin, som fungerer som et rammeverk for å overholde faglige normer fastsatt av forskrifter, lover, veiledere og ulike tilsynsorganer (NSF, 2023). De yrkesetiske retningslinjene bygger på respekt for menneskerettighetene, og sier blant annet i punkt 1.2; «Sykepleiere bidrar til pasientsikkerhet, og forebygger uheldige hendelser og pasientskader. Sykepleieren rapporterer når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold ...» (NSF, 2023). Det sies også i punkt 2.1 at; «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom og lidelse.» (NSF, 2023).

1.2.5. Sykepleie som profesjon

Sykepleieprofesjonen bygger på de yrkesetiske retningslinjene, og de grunnleggende verdiene er respekt, autonomi, rettferdighet og omsorg. Som sykepleier jobber en med mennesker i alle aldre og faser av livet, og hjelper med å dekke grunnleggende behov og bidrar til diagnostisering og behandling (NSF, u.å.). En sykepleier skal også bidra til å fremme helse og mestring, samt forebygge sykdom og skade (NSF, u.å.). Arbeidet innebærer et ansvar om å

sikre kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene som ytes. Å etterfølge yrkesetiske retningslinjer og lovverk vil sikre en forsvarlig yrkesutøvelse. Dette, i kombinasjon med en omsorgsfull tilnærming, vil sikre at pasientens behov blir ivaretatt.

1.2.6. Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsens omsorgsteori er en filosofisk sykepleieteori (Kirkevold, 1998, s.181).

Martinsen fremhever særlig tre ulike perspektiver på omsorg; det relasjonelle, det moralske og det situasjonsbetingede og handlingsbaserte. Det relasjonelle perspektivet ser på omsorg som «... et nært og åpent forhold mellom to mennesker» (Kirkevold, 1998, s.171). Videre er det moralske perspektivet nært knyttet til en forståelse om at helsepersonell har et særlig ansvar overfor *de svake*. Ifølge Martinsen omfatter også omsorg «... utførelsen av konkrete, situasjonsbetingede handlinger basert på en «forståelse» av hva som er til den andres beste» (Kirkevold, 1998, s.171).

Omsorgsteorien til Martinsen argumenterer for at helsepersonell har et særlig ansvar overfor mennesker som grunnet sykdom, alder eller andre forhold, ikke selv kan tilegne seg nødvendig hjelp (Kirkevold, 1998, s.178). Martinsen begrunner også behovet for omsorg i menneskers avhengighet av hverandre. Denne avhengigheten er spesielt fremtredende ved blant annet sykdom og lidelse (Kirkevold, 1998, s.169).

Martinsen vektlegger også det relasjonelle som en sentral del av omsorg. «Omsorg er både måten sykepleieren møter pasienten på, og måten hun handler på.» (Kirkevold, 1998, s, 177) Ifølge teorien er «... forståelse for den andres situasjon en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt» (Kirkevold, 1998, s.171). Samtidig forklares omsorg som handlinger for den andres beste. Når vi handler godt mot den andre, vil fagkunnskapene arbeide sammen med barmhjertigheten, medfølelsen og tilliten (Martinsen, 1993, sitert i Kirkevold, 1998, s.174). Disse handlingene baseres på en forståelse av hva personen har behov for og ønsker. Forståelsen formes av sykepleierens egne erfaringer og kunnskap (Kirkevold, 1998, s.171), men kan også ses å formes gjennom det relasjonelle med pasienten.

Videre tar teorien et oppgjør med forståelsen om at forskningsbasert kunnskap er av størst betydning for sykepleiere (Kirkevold, 1998, s.180). Martinsens teori understreker nemlig viktigheten av den erfaringsbaserte kunnskapen, og hvor vesentlig denne er for

sykepleieutøvelsen. Martinsen forklarer at omsorg kan ses som en praktisk handling som bygger på faglig skjønn (Kirkevold, 1998, s.173). Faglig skjønn tilegnes ved praktisk erfaring og utøvelse av fagkunnskap, og legger grunnlag for sykepleierens intuitive forståelse av situasjoner (Kirkevold, 1998, s.175).

1.2.7. Omsorgssvikt og etikk

Når barn som er utsatt for omsorgssvikt kommer i kontakt med helsevesenet, kan det oppstå uenighet og usikkerhet om hvordan situasjonene skal håndteres (Hansen & Førde, 2020, s.135). Etikken understreker hvordan en *bør* handle i ulike situasjoner, og diskuterer hva som er rett og galt. Som helsepersonell kan en ta i bruk de fire helseetiske prinsippene som støtte i etiske dilemmaer for å vurdere hvordan en bør handle. Dette innebærer prinsippet om velgjørenhet, ikke skade-prinsippet, autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet (Magelssen & Pedersen, 2020, s.19). Som beskrevet av Hansen og Førde er det å mistenke omsorgspersoner for omsorgssvikt alvorlig, og det kan «... «sitte langt inne» å mistenke omsorgssvikt og enda lengre inne å melde fra.» (Hansen & Førde, 2020, s.135). Dette til tross for at etikken tilsier at vårt primære ansvar burde være overfor barnet i situasjonen (Hansen & Førde, 2020, s.135).

1.3. Hensikt, problemstilling og avgrensning

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere forholder seg til arbeid med avdekking og rapportering ved mistanke om omsorgssvikt hos barn, og vil ta for seg hvilke barrierer som kan hindre rapportering, sett i lys av sykepleiers yrkesetiske retningslinjer og lovpålagte plikt. Litteraturstudien vil belyse dagens utfordringer rundt tematikken, diskutere hvordan sykepleieres yrkesutøvelse blir utfordret på system- og individnivå, og forsøke å kartlegge områder for forbedring. Problemstillingen vår er derfor:

«Hvilke barrierer møter sykepleiere ved rapportering av omsorgssvikt, og hvilken betydning har de for yrkesutøvelsen?»

Videre er det relevant å gjøre noen presiseringer av problemstillingen. Med rapportering menes både avdekking av omsorgssvikt, og eventuelle videre intervensjoner. Helsepersonell har også en avvergingsplikt til politiet, men oppgaven vil ikke ta for seg tilfeller hvor denne er gjeldende. Pasientgruppen inkluderer barn i aldersgruppen 0-18 år. På bakgrunn av

problemstillingen ønsker vi ikke å avgrense oppgaven til en bestemt avdeling eller institusjon. Begrepet «helsepersonell» vil tidvis bli brukt i oppgavens sammenfatning av resultater og diskusjon, da deler av forskningen presenterer resultater som omhandler flere yrkesgrupper. Der resultatene er særegne for en bestemt yrkesgruppe vil dette presiseres.

m

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Oppgaven er en litteraturstudie basert på allerede eksisterende fagkunnskap, teori og forskning (Dalland, 2020, s.199). Gjennom en litteraturstudie vil man kunne anvende den allerede eksisterende fagkunnskapen og bruke den til å belyse sykepleierfaglige utfordringer sett i sammenheng med egne praksisrelevante erfaringer. Det er gjort systematiske litteratursøk i to ulike databaser – Medline og Cinahl. Søkene resulterte i ni kvalitative og kvantitative artikler. Fremgangsmåte vil bli beskrevet videre i kapittel 2.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier gir et avgrenset søk, med hensikt om å gjøre søket relevant, dagsaktuelt og tydelig. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er brukt konsekvent i søkeprosessen i begge databasene som er anvendt, samt ved analyse og utvelgelse av artikler. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene presenteres i tabellen under.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurderte artikler	Review-artikler
Artikler publisert i tidsperioden 2010-2024	Artikler publisert før 2010
Engelsk eller skandinavisk språk	Artikler som utelukkende omhandler seksuelle overgrep
Artikler hvor fulltekst er tilgjengelig	Artikler med kun «abstrakt» tilgjengelig
Barn mellom 0-18år	Artikler uten overføringsverdi til Norge
Artikler som har overføringsverdi til Norge, med hensyn til kultur, strukturer i helsevesenet m.m.	

2.3. Søkestrategi og søkehistorikk

Systematiske søk ble gjort i de to databasene Medline og Cinahl. Medline ble valgt ettersom databasen dekker et enormt spekter av helsefaglig forskning innenfor blant annet medisin og sykepleie (Helsebiblioteket, u.å.-a). Cinahl er en database som hovedsakelig inneholder litteratur om sykepleie, men også andre helsefag (Helsebiblioteket, u.å.-b), og ble brukt i tillegg til Medline for å få et godt grunnlag for utvelgelse av artikler. Det ble gjort identiske

søk i de to databasene. Det ble benyttet samme søkeord, samt lik avgrensning i de to søkene, som vist i søketabellen under (Se tabell 3: Søketabell).

I forkant av det systematiske søket ble det utarbeidet en konsepttabell som presenterte temaene vi ønsket å inkludere. I konsepttabellen ble det konkretisert relevante søkeord, som senere ble benyttet til søk i databasene (Se tabell 2: Konsepttabell). Da det engelske språket er vesentlig større enn det norske, valgte vi å inkludere et stort utvalg engelske ord som kan relateres til konsept fire, da de ulike ordene brukes om hverandre i forskningen. Dette for å få søk i databasene med en tilstrekkelig mengde artikler. Søkeordene under samme konsept ble kombinert med «OR», og konseptene hver for seg ble kombinert med «AND» i det endelige søket.

Tabell 2: Konsepttabell

Barn	Omsorgssvikt	Sykepleie	Kompetanse, avdekking og rapportering
child*, pediatric*	neglect*, abuse*, maltreatment	nurse*, nursing, hospital*, hospitalization, admitted	knowledge, competence, expose*, discover*, detect*, identification, identify*, recognize*, recognition, report, obligation to report

I forkant av det endelige søket gjorde vi flere forsøk med ulike kombinasjoner og utvalg av ord, samt ulik bruk av «OR» og «AND». Det resulterte i søk som enten ble for brede eller for smale. Det endelige søket ga en overkommelig mengde artikler med tilfredsstillende forskning, og er presentert i søketabellen under. Medline ga desidert flest treff med 646 potensielle artikler, mens Cinahl ga et treff på 147 artikler. I første omgang valgte vi å lese gjennom titlene på alle artiklene i de to treffene, og med utgangspunkt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene lagret vi de artiklene som virket relevante for problemstillingen. Etter gjennomgangen satt vi igjen med 51 potensielle artikler i Medline, og 22 i Cinahl. Av disse var noen av artiklene felles i begge databasene. Grunnet et relativt godt utvalg artikler hadde vi mulighet til å velge forskning av god kvalitet, som hovedsakelig omfatter nordiske land, eller land med overføringsverdi til Norge. Dette gjorde det også mulig å hovedsakelig inkludere nyere artikler med oppdatert forskning.

For å videre selektere relevante artikler leste vi artiklenes «abstrakt», og endte da opp med 22 artikler i Medline og 12 i Cinahl. For å velge ut våre 7-10 artikler, gikk vi nøyere igjennom artiklenes hensikt og resultatdel, i tillegg til å vurdere studienes metoder. Dette for å vurdere kvaliteten og relevans for oppgaven vår, og for å sikre at de ulike artiklene til sammen dekte temaet og problemstillingen vi ønsket å ta for oss. Vi endte opp med ni artikler; fem fra Medline, én fra Cinahl, og tre artikler som var felles i begge databasene.

2.3.1. Søketablell

Tabell 3: Søketablell og inkluderte artikler

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	10.04.24	S1	«child*» OR «pediatric*»		3,773,910	
		S2	«neglect*» OR «abuse*» OR «maltreatment»		325,141	
		S3	«nurse*» OR «nursing»		1,205,471	
		S4	«knowledge» OR «competence» OR «expose*» OR «discover*» OR «detect*» OR «identification» OR «identify*» OR «recognition» OR «recognize*» OR «report» OR «obligation to report»		9,187,682	
		S5	«hospital*» OR «hospitalization» OR «admitted»		7,349,521	
		S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	Peer reviewed År: 2010 - 2024	646	8 (A, B, C, D, E, F, G, H)
Cinahl	10.04.24	S1	«child*» OR «pediatric*»		1,000,457	
		S2	«neglect*» OR «abuse*» OR «maltreatment»		159,237	
		S3	«nurse*» OR «nursing»		1,004,670	
		S4	«knowledge» OR «competence» OR «expose*» OR «discover*» OR «detect*» OR «identification» OR «identify*» OR «recognition» OR «recognize*» OR «report» OR «obligation to report»		1,552,402	
		S5	«hospital*» OR «hospitalization» OR «admitted»		494,990	
		S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	Peer reviewed År: 2010 - 2024	147	4 (A, B, E, I)

Inkluderte artikler:

- A.** Midtsund et al. (2023). A qualitative study of public health nurses' experiences detecting and preventing child maltreatment in primary care settings. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 79(12), 4660–4671. <https://doi.org/10.1111/jan.15761>
- B.** Soh et al. (2023). Barriers to identification and reporting of child abuse and neglect experienced by medical officers and nursing staff in emergency departments of the Nepean Blue Mountains Local Health District. *Emergency Medicine Australasia*, 35(6), 921–926. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.14256>
- C.** Jordan et al. (2014). Children at risk of maltreatment: identification and intervention in the emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(1), 97–106. <https://doi.org/10.1097/TME.000000000000011>
- D.** Eija et al. (2014). How public health nurses identify and intervene in child maltreatment based on the national clinical guideline. *Nursing Research and Practice*, 2014, 425460. <https://doi.org/10.1155/2014/425460>
- E.** Merrild et al. (2023). Management of child maltreatment suspicions in general practice: a mixed methods study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 41(1), 81–90. <https://doi.org/10.1080/02813432.2023.2178851>
- F.** Berchtold et al. (2023). Nurses' and physicians' reported difficulties and enablers to recognising and reporting child abuse in Swiss paediatric emergency and paediatric surgery departments - an observational study. *Swiss Medical Weekly*, 153, 40017. <https://doi.org/10.57187/smw.2023.40017>
- G.** Lavigne et al. (2017). Pediatric Inpatient Nurses' Perceptions of Child Maltreatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.01.010>
- H.** Svärd. (2017). "Why Don't They Report?" Hospital Personnel Working with Children at Risk. *Child Care in Practice*, 23(4), 342–355. <https://doi.org/10.1080/13575279.2016.1188765>
- I.** Skarsaune et al. (2021). Nursing management in case of suspicion of child abuse - facilitation and care for the best interests of the child. *Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning*, 11(3), 1–3.

2.4. Analyse

Analysen av artiklene og fremstilling av data ble gjort ved bruk av en firestegs analysemodell (Evans, 2002).

Steg 1: *Innsamling av data*

Første steg innebærer å samle inn aktuell data (Evans, 2002). Dette ble gjort ved et systematisk søk i to ulike databaser. Se kapittel 2.3 for detaljert søkestrategi.

Steg 2: *Identifisere nøkkelfunn*

Andre steg omhandler å identifisere nøkkelfunn og skape en forståelse for artiklens innhold og helhet (Evans, 2002). Dette gjorde vi ved å lese artiklene og notere oss de viktigste funnene som er relevante for vår problemstilling.

Steg 3: *Sammenligne funn på tvers av studier*

Tredje steg innebærer å identifisere temaer i og på tvers av valgt data (Evans, 2002). Samtidig som vi identifiserte artiklens nøkkelfunn i steg to, gjorde vi oss også opp en mening om hvilken tematikk som var fremtredende i de ulike studiene. Fire temaer var gjennomgående, og er presentert i tabell 3.

Tabell 3: *Sammenligning av temaer*

Temaer som ble beskrevet	Artikler som inkluderer temaet
Opplevelser og erfaringer ved rapportering av omsorgssvikt	A, D, G
Samarbeid mellom ulike profesjoner/nivåer i helsetjenesten	A, E, H, I
Barrierer ved rapportering av omsorgssvikt	A, B, D, E, F, H
Forbedringsområder og forslag til intervensjoner	B, C, F

Steg 4: *Beskriv fenomenet*

Den fjerde fasen omhandler å beskrive fenomenene som er identifisert (Evans, 2002). Dette gjorde vi ved å se studienes likheter og ulikheter, og finne gjennomgående temaer. En syntese med sammenfatning av resultatene kan ses i kapittel 3.2. Her vil vi gå nærmere inn på temaer, og komme med eksempler fra artiklene.

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 4: Artikkelmatrise

<p>A. Midsund et al. (2023). A qualitative study of public health nurses' experiences detecting and preventing child maltreatment in primary care settings. <i>Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)</i>, 79(12), 4660–4671. https://doi.org/10.1111/jan.15761</p>			
<p>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål Å undersøke hvordan helsesykepleiere ved helsestasjoner opplever avdekking og forebygging av omsorgssvikt.</p>	<p>Metode En kvalitativ studie med 14 intervjuer av helsesykepleiere ved ulike helsestasjoner i Norge. Intervjuene ble analysert ved bruk av en tematisk analyse.</p>	<p>Resultat Det var tre gjennomgående temaer i intervjuene; sykepleierne anser arbeid med omsorgssvikt som en viktig del av jobben sin, det var utfordrende å integrere kunnskap om omsorgssvikt i sitt arbeid med barn og familier og flere opplevde rapportering som en kompleks og krevende oppgave. De savnet tydeligere retningslinjer i arbeidet, støtte i avgjørelsene sine og bedre samarbeid med andre profesjonsgrupper.</p>	<p>Kommentar og relevans for problemstillingen Kunnskap om helsesykepleieres opplevelse av arbeid i avdekking og rapportering av omsorgssvikt, og hva de finner utfordrende. Viser hvordan helsesykepleiere oppfatter samarbeidet med andre profesjoner, spesielt barnevernet.</p>
<p>B. Soh et al. (2023). Barriers to identification and reporting of child abuse and neglect experienced by medical officers and nursing staff in emergency departments of the Nepean Blue Mountains Local Health District. <i>Emergency Medicine Australasia</i>, 35(6), 921–926. https://doi.org/10.1111/1742-6723.14256</p>			
<p>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål Å identifisere barrierer hos leger og sykepleiere ved avdekking og rapportering av mistenkt omsorgssvikt hos barn i akuttmottak.</p>	<p>Metode Studien er både kvalitativ og kvantitativ. 121 deltakere ved tre akuttmottak i Australia mottok en spørreundersøkelse over en tidsperiode seks måneder. Dataen er analysert ved deskriptiv analyse.</p>	<p>Resultat Barrierene for rapportering av omsorgssvikt var mangel på tid og mangel på kunnskap, mangel på ressurser og et høyt press på effektivitet ved akuttmottakene. Deltakerne rapporterte manglende oversikt over tilgjengelige, relevante ressurser på sin avdeling i rapporteringsarbeidet.</p>	<p>Kommentar og relevans for problemstillingen Belyser barrierer ved rapportering ved akuttmottak. Presenterer forbedringsområder for helsepersonell ved rapportering av omsorgssvikt.</p>
<p>C. Jordan et al. (2014). Children at risk of maltreatment: identification and intervention in the emergency department. <i>Advanced Emergency Nursing Journal</i>, 36(1), 97–106. https://doi.org/10.1097/TME.000000000000011</p>			

<p>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål Implementere ulike strategier for å identifisere barn som er i risiko for omsorgssvikt, og igangsette forebyggende intervensjoner.</p>	<p>Metode Innført ulike tiltak på et akuttmottak for barn i USA for å måle effekten. Strategiene tok for seg: økt kunnskap og ferdigheter hos sykepleiere, implementering av screeningprogram og forebyggende intervensjoner, igangsette et tverrfaglig team.</p>	<p>Resultat Artikkelen kom frem til at å øke kunnskap og ferdigheter hos sykepleierne har en betydelig effekt i avdekking og rapportering av omsorgssvikt. Den konkluderte også med at det var god effekt av screeningverktøy i akuttmottaket, både grunnet avdekkingsraten, men også grunnet økt bevissthet rundt problemet.</p>	<p>Kommentar og relevans for problemstillingen Studien tar for seg ulike intervensjoner som kan øke oppdagelses- og rapporteringsraten av omsorgssvikt, som nytten av å øke sykepleieres kunnskap.</p>
<p>D. Eija et al. (2014). How public health nurses identify and intervene in child maltreatment based on the national clinical guideline. <i>Nursing Research and Practice</i>, 2014, 425460. https://doi.org/10.1155/2014/425460</p>			
<p>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål Studien beskriver hvordan finske helse- og sykepleiere oppdager og intervensjoner ved omsorgssvikt, og hvordan de nasjonale kliniske retningslinjene blir implementert i det daglige arbeidet.</p>	<p>Metode En kvantitativ studie. Det ble gjennomført en tverrsnittsundersøkelse ved hjelp av et digitalt spørreskjema som ble svart ut av 367 helse- og sykepleiere i Finland. Resultatene ble studert ved hjelp av ulike analysemodeller.</p>	<p>Resultat Respondentene rapporterte at de er moderate til å identifisere omsorgssvikt, men bedre til å handle i aktuelle situasjoner. Helse- og sykepleierne med erfaring fra tilfeller med omsorgssvikt er bedre til å identifisere, intervensjoner og implementere retningslinjer i arbeidet sitt, enn de uten. Studien fremmer også aktuelle barrierer ved tverrprofesjonelt samarbeid, mangel på kunnskap, og støtte/samarbeid fra ledere og barnevern.</p>	<p>Kommentar og relevans for problemstillingen Studien belyser helse- og sykepleieres opplevelser i arbeid med omsorgssvikt, og aktuelle barrierer.</p>
<p>E. Merrild et al. (2023). Management of child maltreatment suspicions in general practice: a mixed methods study. <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i>, 41(1), 81–90. https://doi.org/10.1080/02813432.2023.2178851</p>			
<p>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål Studien undersøker hvordan leger og sykepleiere i allmennpraksis forholder seg til mistanke om omsorgssvikt hos barn under 18 år, og hvilke faktorer som påvirker rapportering til barnevernet.</p>	<p>Metode Studien er både kvalitativ og kvantitativ, og kombinerer data fra en nasjonal spørreundersøkelse med observasjoner fra fem klinikker og 20 intervjuer med leger og sykepleiere i Danmark. Dataene ble utforsket ved å bruke <i>konseptet om usikkerhet</i> som</p>	<p>Resultat Belyser problematikken i samarbeidet med barnevernet; mangel på respons ved rapportering og helsepersonells forståelse av barnevernets ansvar og muligheter til å hjelpe. Dette kommer til uttrykk ved at de fleste leger og sykepleiere velger å forhøre seg med kollegaer istedenfor barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt. Studien</p>	<p>Kommentar og relevans for problemstillingen Gir et innblikk i allmennlegers tanker rundt rapporteringsprosessen, og deres samarbeid med barnevernet. Dette gir grunnlag for sammenligning og diskusjon. Studien problematiserer</p>

	grunnlag for handling og beslutningstaking i praksis.	konkluderer med at økt samarbeid mellom helsepersonell og barnevernet er sentralt for å øke rapportering. Andre barrierer som diskuteres er: frykt for mulige negative konsekvenser for barnet, usikkerhet rundt diagnose, opplevelse av å stå alene og mulig svekket samarbeid med familiene.	samarbeidet med barnevernet, og setter lys på manglene, samt at den tar for seg flere andre barrierer relevant for problemstillingen.
<p>F. Berchtold et al. (2023). Nurses' and physicians' reported difficulties and enablers to recognising and reporting child abuse in Swiss paediatric emergency and paediatric surgery departments - an observational study. <i>Swiss Medical Weekly</i>, 153, 40017. https://doi.org/10.57187/smw.2023.40017</p>			
<p>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål Artikkelen undersøker nåtids hindringer og motivasjoner i avdekking og rapportering av omsorgssvikt.</p>	<p>Metode Dette er en kvantitativ studie. En observerende tverrsnittstudie hvor det ble sendt ut en digital spørreundersøkelse svart ut av 261 leger og sykepleiere ved seks ulike barnemottak og barnekirurgisk avdelinger i Sveits.</p>	<p>Resultat Belyser flere barrierer for rapportering av omsorgssvikt; lite kompetanse på området, mangel på tid, lav selvtilitt, ansvarsfraskrivelse, hierarki innad på sykehuset, frykt for feiltolket diagnose, konsekvenser for barnet og familien og dårlig samarbeid med barnevernet. Trekker frem faktorer som gir økt rapportering; mulighet til diskusjon med ledelse/kolleger, lovverk som krever rapportering, og lengre arbeidserfaring. Viser at de eksisterende barrierene er de samme en har sett over de siste tiårene.</p>	<p>Kommentar og relevans for problemstillingen Studien trekker frem eksisterende barrierer ved rapportering, og sammenligner de med tidligere funn på området. Belyser også faktorer som virker positivt på helsepersonell i rapporteringsprosessen.</p>
<p>G. Lavigne et al. (2017). Pediatric Inpatient Nurses' Perceptions of Child Maltreatment. <i>Journal of Pediatric Nursing</i>, 34, 17–22. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.01.010</p>			
<p>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål Studiens hensikt er å undersøke sykepleieres oppfatning av omsorgssvikt hos barn.</p>	<p>Metode En kvantitativ studie, hvor det er tatt i bruk et digitalt, anonymt spørreskjema for å innhente informasjon fra sykepleiere ved et barnesykehus i USA. 80 sykepleiere deltok i undersøkelsen. Informasjonen ble analysert ved hjelp av deskriptiv analyse.</p>	<p>Resultat Presenterer en mengde data som viser at sykepleiere anser seg å være ansvarlige for å oppdage og rapportere omsorgssvikt. Allikevel hadde en stor andel av respondentene valgt å ikke rapportere tross stor mistanke. Det fremkommer også at en del sykepleiere ikke har fått tilstrekkelig opplæring på feltet, og mangler kunnskap om gjeldende lovverk.</p>	<p>Kommentar og relevans for problemstillingen Studien trekker frem faktorer som er av betydning for rapporteringsprosessen, og kommer også med aktuell data på området.</p>

		Studien viser at sykepleiere med tidligere erfaring med omsorgssvikt angir høyere identifiserings- og rapporteringsrate.	
<p>H. Svärd. (2017). "Why Don't They Report?" Hospital Personnel Working with Children at Risk. <i>Child Care in Practice</i>, 23(4), 342–355. https://doi.org/10.1080/13575279.2016.1188765</p>			
<p>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</p> <p>Studiens hensikt er todelt. Først undersøkes det i hvilken grad helsepersonell rapporterer/ikke-rapporterer ved mistanke om omsorgssvikt. Videre undersøker studien hvilke faktorer som påvirker rapporteringsraten.</p>	<p>Metode</p> <p>En kvantitativ studie utført ved de fire største barnesykehusene i Sverige. Profesjonene som tok del i studien var leger, sosionomer, sykepleiere og assistenter. Det ble sendt ut spørreskjema med 22 spørsmål som ble besvart anonymt av 295 helsepersonell. Dataen ble analysert ved bruk av bivariat analyse, rangeringsanalyse og binær regresjonsanalyse.</p>	<p>Resultat</p> <p>Det er store variasjoner i rapporteringsraten mellom ulike profesjoner, hvor sykepleiere og assistenter scorer lavest. Studien trekker frem at faktorer som stress, emosjonell påvirkning, mangel på relevant opplæring og kjennskap til lovverk/retningslinjer var barrierer for rapportering. Til tross for det juridiske perspektivet, trumfer organisasjonskulturen på sykehusene, noe som kommer tydelig frem ved at assistenter ikke anser rapportering som deres ansvarsoppgave.</p>	<p>Kommentar og relevans for problemstillingen</p> <p>Denne studiens relevans kommer frem gjennom at den gir god informasjon og forskning rundt barrierene som kan oppstå ved rapportering. Studien sammenligner også ulike yrkesgrupper, og tar for seg ulikhetene innenfor tanker, følelser og rapporteringsrate.</p>
<p>I. Skarsaune et al. (2021). Nursing management in case of suspicion of child abuse - facilitation and care for the best interests of the child. <i>Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning</i>, 11(3), 1–3.</p>			
<p>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</p> <p>Studien belyser sykepleierledernes erfaringer ved mistanke om barnemishandling/ omsorgssvikt. Denne studien er en del av et større forskningsprosjekt som tar for seg sykepleiere og sykepleielederes erfaringer med å stå i situasjoner med omsorgssvikt.</p>	<p>Metode</p> <p>En kvalitativ studie bestående av åtte individuelle intervjuer med sykepleieledere fra ulike sykehus i Norge. Det er brukt en ustrukturert intervjuform.</p>	<p>Resultat</p> <p>Sykepleielederne anså at sitt hovedansvar var å tilrettelegge for sykepleierne på avdelingen, være en støttespiller og veiviser, samt sikre ivaretagelse av personalet, barnet og familien. Lederne anså at sin bevissthet og kunnskap om teamet kunne bidra til en god kultur på avdelingen. De ønsket å være et bindeledd mellom ulike instanser. Samtidig viser en studie fra samme forskningsprosjekt at sykepleiere savnet støtte fra sin leder, som kan tyde på en distanse mellom hva lederne ønsker å utrette og praksis.</p>	<p>Kommentar og relevans for problemstillingen</p> <p>Belyser forholdet mellom sykepleieledelsen og sykepleiere, som er en viktig faktor i håndteringen av situasjoner med omsorgssvikt. Viser også at det er ulik oppfattelse hos sykepleiere og sykepleieledere når det kommer til hverandres ansvar i disse situasjonene, noe som gir grunnlag for diskusjon.</p>

3.2. Sammenfatning av resultater

Etter å ha gjennomgått og analysert hver enkelt forskningsartikkel, kan resultatene sammenfattes i temaene nedenfor.

3.2.1. Barrierer ved rapportering av omsorgssvikt

Store deler av forskningen som er gjort på dette feltet presenterer barrierer ved rapportering av omsorgssvikt. Det er kjent at de samme barrierene har vært synlige de siste tiårene, noe som også gjenspeiles i forskningen vi har valgt. En av de største barrierene som er gjennomgående i forskningen er mangel på kunnskap hos helsepersonell. Det fremkommer at mange sykepleiere opplever utfordringer i å gjenkjenne symptomer og tegn på omsorgssvikt, noe som skaper usikkerhet i videre håndtering av situasjonen (Berchtold et al., 2023; Merrild et al., 2023; Midtsund et al., 2023; Svärd, 2017). En ser også i studien til Svärd (2017) at mangel på kjennskap til gjeldene lovverk og retningslinjer er en utfordring.

Dessuten viser forskning også at ulike personlige faktorer har en innvirkning når en skal handle i de aktuelle situasjonene. Lav selvtillit, følelsen av å stå alene med mye ansvar, skyldfølelse, frykt for å ta feil, og frykt for konsekvenser, er alle faktorer som kan være av betydning (Berchtold et al., 2023; Merrild et al., 2023; Midtsund et al., 2023; Soh et al., 2023; Svärd, 2017). I studien til Soh et al. (2023) trekkes det i tillegg frem at mangel på tid, et stadig høyere press på helsevesenet og forventinger om økt effektivitet, gir stress og lavere moral hos helsepersonell. Dette gir også mindre tid per pasient, som kan skape utfordringer med å oppdage omsorgssvikt (Soh et al., 2023). Helsepersonell opplever også utfordringer i samarbeid med barnevernet, i tillegg til at den hierarkiske strukturen på sykehus kan føre til usikkerhet rundt ansvarsområder. Begge anses å være barrierer for rapportering av omsorgssvikt (Berchtold et al., 2023; Midtsund et al., 2023; Svärd et al., 2017, Eija et al., 2014). Til slutt uttrykker helsepersonell at mangel på screeningverktøy, rutiner og tydelige retningslinjer også gjør rapporteringsprosessen mer krevende (Berchtold et al., 2023; Midtsund et al., 2023, Svärd et al., 2017).

3.2.2. Samarbeid mellom ulike profesjoner/nivåer i helsetjenesten

En gjenganger i flere av studiene er at samarbeidet mellom ulike profesjoner, og mellom ulike nivåer i helsetjenesten, har innvirkning på rapporteringen av omsorgssvikt. Det fremkommer blant annet at samarbeidet og kommunikasjonen med barnevernet blir sett på som mangelfull,

og en utfordring for flere yrkesgrupper (Merrild et al., 2023; Midtsund et al., 2023; Skarsaune et al., 2021; Svärd, 2017). Det trekkes frem av Midtsund et al. (2023) at flere av helsesykepleierne har dårlige erfaringer med barnevernet fra tidligere hendelser, blant annet grunnet mangel på respons, oppfølging og informasjon om videre tiltak. Studien viser også at enkelte opplevde at saken ble henlagt av barnevernet, tross deres egen sterke mistanke (Midtsund et al., 2023). Dette ser man også i den danske studien til Merrild et al. (2023), hvor allmennleger uttrykker frustrasjon over de samme utfordringene. Studien viser videre at flere av legene derfor velger å diskutere mistanke med kolleger til fordel for å involvere barnevernet i den tidlige fasen (Merrild et al., 2023).

Samtidig viser studien til Svärd (2017) at en god dialog med barnevernet kan ses i sammenheng med økt selvtillit hos sykepleierne og høyere rapporteringsrate. Studien belyser også at en hierarkisk struktur innenfor sykehusene kan skape usikkerhet rundt ansvaret for å rapportere. Dette ses blant annet ved at leger og sosionomer er de som klart rapporterer mest, samtidig som assistenter nesten aldri rapporterer og heller ikke føler at de burde i etterkant (Svärd, 2017). Et annet aspekt som er relevant å diskutere er samarbeidet mellom ledere og sykepleierne. Skarsaune et al. sin studie (2021) belyser at sykepleieledere ser på sin rolle i arbeidet med omsorgssvikt som å være en støttespiller som kan legge til rette og vise vei for sykepleierne. Allikevel viser flere studier at sykepleiere ofte føler at de står alene i arbeidet, og savner nettopp denne støtten fra ledelsen (Merrild et al., 2023; Midtsund et al., 2023).

3.2.3. Opplevelser og erfaringer ved rapportering av omsorgssvikt

Flere av forskningsartiklene belyser sykepleieres erfaringer og opplevelser i arbeid med avdekking og rapportering av omsorgssvikt. Det er tydelige likheter i flere av studiene, og en kan se de samme erfaringene på tvers av ulike profesjonsgrupper. I to av studiene er det gjort intervjuer av helsesykepleiere, som forteller at til tross for langvarig kontakt med barnet og barnefamilien, er det ofte vanskelig å oppdage og ta tak i mistanke om omsorgssvikt (Eija et al., 2014; Midtsund et al., 2023). I begge studiene fremkommer det at helsesykepleierne anerkjenner at rapportering av omsorgssvikt er en viktig del av deres arbeid, men at de opplever mangler i det tverrfaglige samarbeidet, og savner tydeligere retningslinjer for arbeidet sitt (Eija et al., 2014; Midtsund et al., 2023).

Dette ser man også i studien gjort på leger og sykepleiere i allmennpraksis i Danmark, som i tillegg belyser hvordan usikkerhet preger arbeidet deres i stor grad (Merrild et al., 2023). I en studie fra USA er det også tydelig at sykepleierne anser rapportering som sitt ansvar (Lavigne et al., 2017). Allikevel viser studien at 19,6% av deltakerne ikke har rapportert mistanke om omsorgssvikt til tross for opplysningsplikt, og at hele 40% av deltakerne i studien ikke er kjent med gjeldende lovverk (Lavigne et al., 2017). En svensk studie viser at 60% av respondenter i undersøkelsen har hatt en mistanke om omsorgssvikt som de har valgt å ikke rapportere, men i senere tid følt at de burde ha rapportert (Svärd, 2017).

3.2.4. Forbedringsområder og forslag til intervensjoner

Et utvalg av artiklene presentert over, har forsket på intervensjoner for å bryte ned barrierene for rapportering av omsorgssvikt. I forskningsarbeidet til Jordan et al. (2014) har de innført ulike intervensjoner for sykepleiere, og målt effekten av disse. Resultatene viser at å øke sykepleiernes kunnskap og ferdigheter gjennom et undervisningsprogram, hadde en betydelig effekt i deres arbeid med avdekking og videre rapportering av omsorgssvikt (Jordan et al., 2014). 100% av deltakerne i denne studien rapporterte at de opplevde økt kunnskap, ferdigheter og selvtillit rundt arbeidet med omsorgssvikt etter å ha fullført undervisningsprogrammet (Jordan et al., 2014). Studien til Soh et al. (2023) presiserer også at det er anbefalt å innføre tilpasset og kontinuerlig undervisning, samt bedre tilgang til nødvendig informasjon.

Videre undersøkte Jordan et al. (2014) effekten av å innføre et screeningsverktøy for å avdekke omsorgssvikt. Resultatene viser at implementeringen både bidro til en høyere avdekkingsrate, i tillegg til økt bevissthet rundt omsorgssvikt på sykehusene (Jordan et al., 2014). Dette ses også i studien til Berchtold et al. (2023). Videre har en mengde studier avdekket ulike forbedringsområder i samarbeidet med barnevernet. Det ses derfor som sentralt å forbedre kommunikasjon og informasjonsdeling i det tverrfaglige samarbeidet (Merrild et al., 2023). I tillegg viser både studien til Soh et al. (2023) og studien til Berchtold et al. (2023) at manglende støtte og samarbeid fra ledelse og erfarne kolleger anses som et forbedringsområde.

4. Diskusjon

Med utgangspunkt i oppgavens tidligere presenterte teori, litteraturfunn og resultatsammenfatning, vil vi videre diskutere dette i lys av følgende problemstilling:

«Hvilke barrierer møter sykepleiere ved rapportering av omsorgssvikt, og hvilken betydning har de for yrkesutøvelsen?»

4.1. Barrierer på systemnivå

4.1.1. Utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet

God ivaretagelse av sårbare barn forutsetter gode samarbeid på tvers av profesjoner, og de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.11 presiserer at «sykepleiere skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten» (NSF, 2023). Et tverrfaglig samarbeid er derimot avhengig av gjensidige bidrag fra begge parter, noe som synes å være en utfordring i arbeid med omsorgssvikt. Som beskrevet i litteraturstudiens sammenfatning av resultater, har nemlig et flertall av sykepleiere og annet helsepersonell opplevd mangler i samarbeidet med barnevernet (Merrild et al., 2023; Midtsund et al., 2023; Skarsaune et al., 2021; Svård, 2017). Det rapporteres om mistillit til barnevernets arbeid etter uheldige hendelser med henlagte saker, og manglende respons på bekymringsmeldinger (Merrild et al., 2023; Midtsund et al., 2023). Ved mistanke om omsorgssvikt skal helsepersonell kunne rådføre seg med barnevernet og bruke disse som støtte og veiledning (Bufdir, u.å.-b). En ser allikevel at dette ikke alltid er tilfellet i praksis, noe som er bekymringsverdig. Det fremkommer nemlig at blant annet leger og sykepleiere i allmennpraksis ikke har en god nok forståelse av barnevernets arbeidsoppgaver og muligheter for å hjelpe de utsatte barna, og at de derfor i mange tilfeller heller velger å rådføre seg med en kollega, enn å søke hjelp hos barnevernet (Merrild et al., 2023).

En kan videre argumentere for at denne problematikken også utfordrer sykepleiers opplysningsplikt etter Helsepersonelloven §33 (1999). Dersom en istedenfor å rapportere mistanke om omsorgssvikt til barnevernet, velger å rådføre seg med en kollega eller lignende, kan en diskutere at dette er en slags gråsonerområde for å ikke overholde opplysningsplikten. Når sykepleiere ikke rådfører seg med barnevernet, eller melder ifra ved betydelig mistanke om omsorgssvikt, forhindrer dette også barnevernet i å gjøre sitt vurderingsarbeid, og videre svekkes muligheten for et tverrfaglig samarbeid. Dette truer pasientsikkerheten til det utsatte

barnet, og svekker kvaliteten på helsetjenestene som ytes. Ved å unnlate å rapportere flere tilfeller av omsorgssvikt kan en i lengden også oppleve at tilliten til sykepleiere reduseres, ved at problematikken ikke tas på alvor. Gode tverrfaglige samarbeid vil derfor kunne argumenteres å styrke kvaliteten på og tilliten til helsetjenestene. Dette ved at en gjennom et godt samarbeid vil sikre bedre håndtering av situasjonene, da alle partene får bidratt med sin kompetanse.

4.1.2. utfordringer ved hierarkiet i helsevesenet

Det er også kjent at hierarkiske strukturer og organisasjonskulturer i helsevesenet har innvirkning på rapporteringen av omsorgssvikt. I en studie fra ulike barnesykehus i Sverige, fremkommer det at leger og sosionomer er de yrkesgruppene som klart rapporterer omsorgssvikt i størst grad, mens det i den samme studien belyses hvordan pleieassistenter ikke anser rapporteringen som sitt ansvar (Svärd, 2017). Dette tydeliggjør hvordan de hierarkiske strukturene utfordrer helsepersonells oppfatning av ansvarsområdene til sin profesjon. Det fremkommer videre at til tross for kjennskap til gjeldende lovverk og ansvarsområder i sin profesjonsutøvelse, ser en at grunnet frykt for å ha gjort feil vurderinger, mangel på selvtillit og høy terskel for å ta mistanke videre, rapporterer sykepleiere i mindre grad en kolleger som er *høyere* i hierarkiet (Berchtold et al., 2023).

En ser allikevel at sykepleiere anser rapportering som en del av sitt ansvar, men at ansvarsfordelingen innad i organisasjonen kan være utfordrende. Å ta ansvar innebærer å verken overskride sin kompetanse, men heller ikke å unnlate den plikten arbeidet medfører (Killén, 2015, s.377). En kan diskutere at uklare roller skaper utfordringer for helsepersonell i å handle ved mistanke om omsorgssvikt, fordi ansvarsfordelingen ikke er tydelig nok.

Usikkerhet rundt hvordan og hvem som skal håndtere situasjonene, skaper også grunnlag for etiske dilemmaer (Hansen & Førde, 2020, s.135), og kan resultere i handlingsvegring. Dette kan igjen utfordre pasientsikkerheten og kvaliteten på helsehjelpen som ytes.

Lederes holdninger og atferd er av stor betydning for om omsorgssvikt meldes til barnevernet (Skarsaune et al., 2023). De yrkesetiske retningslinjene punkt 2.5 sier at «sykepleierledere har et særlig ansvar for å legge til rette for etisk refleksjon, faglig oppdatering, fagutvikling og forskning». Samtidig presiserer punkt 2.13 at «sykepleieren som melder fra om kritikkverdige forhold skal ha respekt og støtte fra kolleger og arbeidsgiver» (NSF, 2023). Det ses på som

motstridende at ledere selv rapporterer om å være støttespillere og tilretteleggere i arbeidet med omsorgssvikt, samtidig som mange sykepleiere føler de mangler støtte og veiledning fra ledelse, og at oppfølgingen i etterkant er mangelfull (Skarsaune et al., 2023). At ledere oppleves som fraværende i rapporteringsarbeidet, kan tenkes å skape en organisasjonskultur hvor arbeidet med omsorgssvikt ikke blir prioritert i tilstrekkelig grad.

4.1.3. Konsekvenser av effektivisering i helsevesenet

Soh et al. (2023) belyser flere utfordringer i arbeidet med omsorgssvikt knyttet til et høyt press på helsevesenet og forventninger om økt effektivitet ved sykehusene. Høyt press på helsevesenet er et faktum, og god utnyttelse av ressurser er essensielt for å kunne møte dette presset. Sykepleiere forventes etter yrkesetiske retningslinjer punkt 3.3 å arbeide «... for ressursmessige rammer som muliggjør god praksis» (NSF, 2023). Økt effektivisering kan tenkes å gi bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser, men kan allikevel ikke gå på bekostning av pasientsikkerheten. I dagens samfunn ses en økning i antall pasienter og en forventning om kortere liggetid ved sykehusene. Dette, i kombinasjon med mangel på helsepersonell, gir et økt press på sykepleierne, og ses å gi utfordringer når det kommer til avdekking av omsorgssvikt (Soh et al., 2023). En kan videre diskutere at dette kan resultere i økt stress, noe som kan gi høyere sannsynlighet for feil. Konsekvensene av dette er blant annet at flere barn blir oversett, fokuset på avdekking blir nedprioritert og terskelen for å rapportere blir høyere.

Å oppdage omsorgssvikt er mer tidkrevende enn forventninger om effektivisering gir rom for. Manglende rutiner, retningslinjer og verktøy for å oppdage og håndtere omsorgssvikt, gjør avdekking og rapportering av omsorgssvikt utfordrende i en allerede travel sykepleiehverdag. Studien til Midtsund et al. (2023) støtter dette, og belyser sykepleieres oppfatning av at rapportering av omsorgssvikt er en krevende og kompleks oppgave. Forventningene om effektivisering på den ene siden, og en forståelse av at arbeid med omsorgssvikt er svært krevende på den andre, er motstridende, og kan argumenteres å hindre sykepleiere i å arbeide på en måte som ivaretar kvalitet i helsetjenesten.

Et annet viktig aspekt å belyse er hvordan de langsiktige konsekvensene av omsorgssvikt påvirker helsevesenet. En ser at mange unge som blir, eller har blitt, utsatt for omsorgssvikt ofte vil returnere til helsetjenesten i senere år grunnet ulike fysiske og/eller psykiske plager (WHO, 2022). Å ikke ta omsorgssvikt på alvor kan derfor ses på som en utsettelse av et

problem som senere vil gi konsekvenser for både barnet og helsevesenet. Derimot vil et økt fokus på avdekking og rapportering av omsorgssvikt kunne virke helsefremmende og forebyggende for det utsatte barnet, men også forebyggende for fremtidig belastning på helsetjenesten.

4.1.4. Kunnskapsmangel som et institusjonsansvar

Helsepersonell rapporterer om mangel på kunnskap rundt både diagnose, lovverk og gjeldende retningslinjer (Eija et al., 2014; Midtsund et al., 2023; Soh et al., 2023;), og flere mangler også kjennskap til selve rapporteringsprosessen. Denne kunnskapsmangelen er en av de mest sentrale barrierene i rapporteringen av omsorgssvikt. I forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning står det at en etter endt utdanning skal ha «... innsikt i sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt ... og kan identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer, samt kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ...» (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §6). Dette tydeliggjør utdanningsinstitusjonenes ansvar for å sørge for at sykepleierne har et godt nok grunnlag for å håndtere situasjoner med omsorgssvikt. I tillegg kan en argumentere for at arbeidsplassen også har et ansvar for å senere følge opp med ytterligere opplæring og kurs for å sikre tilstrekkelig med kunnskap hos helsepersonell. Skarsaune et al. (2023) påpeker at internopplæring om omsorgssvikt er viktig og nødvendig, men at det ofte kommer i konflikt med annen opplæring. Det blir derfor et spørsmål om prioritering.

Killén (2015, s.96) beskriver hvordan arbeid med omsorgssvikt må forankres i relevante kunnskaper. Det er kjent at det finnes betydelig mer kunnskap tilgjengelig enn hva som anvendes i praksis i dag (Killén, 2015, s.96), og utfordringene i arbeidet oppstår når helsepersonells kunnskap ikke er tilstrekkelig. En kan derfor argumentere for at det er et organisasjons- og lederansvar å sørge for at ansatte har mulighet til å tilegne seg aktuell kunnskap, og benytte seg av denne i sitt arbeid. Soh et al. (2023) viser hvordan sykepleiere ikke har oversikt over tilgjengelige ressurser og verktøy i arbeid med omsorgssvikt, noe som er problematisk. Videre påpeker Killén (2015, s.96) at en mer kunnskapsforankret tilnærming gir mindre distansering og handlingsvegring, og økt selvtillit. Funnene til Jordan et al. (2014) støtter dette, og viser hvordan implementering av relevant undervisning for sykepleiere gir økt kunnskap, og videre betydelig mer selvtillit og handlekraft hos sykepleiere. Dette bekrefter at

en prioritering av internopplæring om denne tematikken vil kunne ha en positiv effekt på sykepleieres arbeid med omsorgssvikt.

4.2. Barrierer på individnivå

4.2.1. Kunnskapsmangel som et individuelt ansvar

Sykepleiere anerkjenner at det er deres ansvar å handle ved mistanke om omsorgssvikt (Midtsund et al., 2023). Samtidig ser en gjennom en rekke forskning at helsepersonell opplever handlingslammelse grunnet mangel på relevant kunnskap om arbeidet (Berchtold et al., 2023; Merrild et al., 2023; Midtsund et al., 2023; Svärd, 2017). Dette er problematisk sett i lys av Helsepersonelloven §33 (1999). En kan argumentere for at ansvaret for å sikre tilstrekkelig kunnskap ligger hos utdanningsinstitusjonene. Imidlertid kan kunnskapsmangelen ikke kun sies å skyldes mangler i utdanningsprosessen, men også mangler i den enkelte sykepleiers evne til å tilegne seg nødvendig kunnskap og informasjon for å dekke sine ansvarsområder. Punkt 2.4 i de yrkesetiske retningslinjene sier at «Sykepleieren har ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig ...» (NSF, 2023). Manglende kunnskap om omsorgssvikt, rapportering og gjeldende lovverk kan diskuteres å verken være faglig eller juridisk forsvarlig. Samtidig kan det utfordre det etiske perspektivet ved at sykepleiere med minimal kunnskap ikke har gode nok holdepunkter for å vurdere situasjonene tilstrekkelig. Dette kan igjen påvirke yrkesutøvelsen negativt.

Kari Martinsens omsorgsteori vektlegger at omsorg avhenger av sykepleiers evne til å handle for den andres beste (Kirkevold, 1998, s.171). Forståelsen av hva som er til den andres beste vil blant annet avhenge av sykepleiers kompetanse, og formes av egne erfaringer og kunnskap (Kirkevold, 1998, s.171). En kan derfor diskutere at sykepleiere selv har et ansvar for å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap for å kunne handle omsorgsfullt, noe som kan tenkes å være en av de mest grunnleggende verdiene i sykepleieutøvelsen. På et personlig plan vil en høyere kompetanse og større forståelse av den andres situasjon, i tillegg gi økt selvfølelse (Killén, 2015, s.96).

Videre belyser Kari Martinsen viktigheten av erfaringsbasert kunnskap (Kirkevold, 1998, s.180). Flere studier belyser hvordan sykepleiere og annet helsepersonell med tidligere erfaring med omsorgssvikt, har en fordel i arbeidet med avdekking og rapportering (Eija et al., 2014; Lavigne et al., 2017). Ifølge Killén (2015, s.96) gir kompetanse overskudd og mot,

noe som blant annet er synlig ved høyere identifisering- og rapporteringsrate blant helsepersonell med erfaring (Lavigne et al., 2017). Dette viser hvordan den erfaringsbaserte kunnskapen er av større betydning enn den teoretiske i det praktiske arbeidet med omsorgssvikt. Midtsund et al. (2023) underbygger denne påstanden ved å fremme sykepleieres utfordringer med å integrere teori i det daglige arbeidet. Selv om en kan teorien, er det ikke gitt at en anvender den riktig i praksis. Praktisk erfaring legger grunnlag for sykepleierens intuitive forståelse av situasjoner (Kirkevold, 1998, s.175), og ses derfor på som essensielt for å handle riktig.

4.2.2. Holdninger og følelsesmessige faktorer knyttet til rapportering

Sykepleiere skal etter yrkesetiske retningslinjer punkt 2.6 være «... bevisst sin profesjonelle rolle.» (NSF, 2023). Dette kan særlig utfordres gjennom at arbeid med omsorgssvikt kan oppleves som en følelsesmessig påkjenning. Sykepleiere, og annet helsepersonell, rapporterer om usikkerhet, redsel, mangel på selvtillit og skyldfølelse når det kommer til erfaringer med omsorgssvikt (Berchtold et al., 2023; Merrild et al., 2023; Soh et al., 2023; Svärd, 2017). Disse følelsesmessige faktorene kan påvirke hvilke holdninger en har til arbeidet, og igjen hvordan en handler i de aktuelle situasjonene. I tillegg påvirkes følelsene og holdningene i stor grad av barrierer sett på systemnivå. Dette innebærer blant annet uklare ansvarsområder, mangel på støtte fra kollegaer og/eller ledelse, og mangel på tydelige retningslinjer. Dessuten ser en at et ønske om økt effektivitet, skaper et enormt press og dermed stress for sykepleiere. Dette, kombinert med mangel på erfaring, kan føre til at flere sykepleiere velger å «se bort», til tross for mistanke om omsorgssvikt.

Videre trekker Killén (2015, s.80) frem distansering, overidentifisering med foreldre, og bagatellisering av barnets situasjon, som beskyttelsesmekanismer helsepersonell hyppig anvender i møte med omsorgssvikt. Beskyttelsesmekanismene kan potensielt forklare funnene i forskningen vår, som viser hvordan sykepleiere, til tross for innledende mistanke, unnlater å rapportere (Berchtold et al., 2023; Lavigne et al., 2017). Ofte benyttes disse mekanismene ubevisst, men det kan allikevel ses som en trussel mot sykepleiers yrkesutøvelse. Dette fordi det faglige verdigrunnlaget blir erstattet med tro og håp om at situasjonen er annerledes enn den tilsier (Killén, 2015, s.81). Tilstrekkelig innsikt i de ulike beskyttelsesmekanismene, vil kunne medføre at en ikke benytter seg av disse like ubevisst som i dag (Killén, 2015, s.93). Det kan tenkes at helsepersonell, med utgangspunkt i beskyttelsesmekanismene, rettfærdiggjør

en ansvarsfraskrivelse overfor seg selv og sin samvittighet. På den andre siden, viser forskning hvordan mange sykepleiere ofte kan kjenne på anger etter å ha valgt å ikke rapportere mistanke om omsorgssvikt (Svärd, 2017). Dette tydeliggjør hvordan sykepleieres holdninger og ønske om å ta ansvar kommer i konflikt med de store følelsesmessige påkjenningene i arbeidet.

Som tidligere nevnt, ser et flertall av sykepleiere på rapportering av omsorgssvikt som sitt ansvar. Allikevel er det å faktisk ta ansvar kanskje den største utfordringen på dette området, hvilket innebærer «... å ta konsekvensene av sine faglige vurderinger selv om det kan oppleves ubehagelig.» (Killén, 2015, s.377). Det kan tenkes at ved avdekking av omsorgssvikt vil det kunne oppleves som belastende for sykepleiere å måtte konfrontere omsorgspersonene med sin mistanke, og videre se seg nødt til å rapportere mistanken til barnevernet. Allikevel er dette sykepleierens lovpålagte ansvar, og det kan ses som en trussel mot pasientsikkerheten at de ubehagelige opplevelsene ved rapportering av omsorgssvikt forhindrer sykepleiere i å gjøre sin plikt (Helsepersonelloven, 1999, §33).

Flere sykepleiere og annet helsepersonell er også redd for hvilke konsekvenser det vil ha for barnet dersom en rapporterer til barnevernet. Blant annet nevnes det at flere frykter en forverring i barnets situasjon, enten ved at barnet skal bli utsatt for ytterligere skade av omsorgspersoner, eller at det under barnevernets ansvar vil få en verre livssituasjon enn det allerede har (Berchtold et al., 2023). Det kan diskuteres om dette er enda en beskyttelsesmekanisme sykepleiere tar i bruk for å lette på egen samvittighet når en velger å ikke rapportere. Videre kan det også ses som et ønske om å beskytte omsorgspersonene fra ubehagelige anklager. Dette til tross for at etikken, særlig ikke-skade-prinsippet og velgjørhetsprinsippet, tydeliggjør at en i hovedsak burde ta hensyn til barnet i slike situasjoner (Magelssen & Pedersen, 2020, s.19). Martinsen understøtter dette ved å belyse hvordan sykepleiere har et særlig ansvar overfor *de svake* (Kirkevold, 1998, s.178). Dette kan ses i sammenheng med sårbare barn som er utsatt for omsorgssvikt, og er uten evne til å skaffe seg nødvendig hjelp på egen hånd. Å ikke ta ansvaret sitt som sykepleier på alvor kan ha store konsekvenser for de utsatte barna.

For å være i stand til å handle godt overfor andre er en avhengig av evnen til forståelse og innlevelse i den andres situasjon, noe Martinsen omtaler som den relasjonelle delen av omsorg (Kirkevold, 1998, s.171). Dette krever kontroll over egne følelser og behov (Killén,

2015, s.94). En ser i forskningen at faktorer som usikkerhet og skyldfølelse er av stor betydning for rapporteringsraten (Svård, 2017). En økt aksept og forståelse for disse, vil imidlertid kunne bidra til en holdningsendring, hvor helsepersonell kan se arbeidet som mer rettet mot en anerkjennelse av at den utsatte familien behøver hjelp, framfor at en skal anklage omsorgspersonene. Denne endringen av fokus kan tenkes å gjøre situasjonene mindre ubehagelige. Ved å være mer bevisst på egne følelser og strategier for å takle de følelsesmessige påkjenningene som arbeid med omsorgssvikt medfører, vil en i større grad også kunne opprettholde profesjonaliteten i arbeidet sitt som sykepleier.

4.3. Forbedringsområder og mulige intervensjoner

FNs barnekonvensjon (1989) presiserer ansvaret staten har for å iverksette nødvendige tiltak for å forhindre at barn utsettes for blant annet omsorgssvikt. Til tross for barnekonvensjonens krav, og at barrierene beskrevet over har vært synlige de siste tiårene, er det fortsatt stor mangel på relevant forskning, samt tiltak og intervensjoner som kan dekke behovet for endringer i dagens praksis. Allikevel ser en noen relevante tiltak som kan gjøre at sykepleiere blir tryggere i rapporteringsprosessen.

Økt kompetanse hos sykepleiere i arbeidet med omsorgssvikt ses å ha god effekt. Funnene til Jordan et al. (2014) viser hvordan relevant undervisning om omsorgssvikt førte til mer kunnskap og bedre ferdigheter hos sykepleiere, som videre resulterte i økte rapporteringsrater og mer bevissthet rundt problematikken. Undervisningen innebar en oversikt over forekomst, utbredelse, risikofaktorer, vanlige tegn og skader, og sentrale intervensjoner ved omsorgssvikt (Jordan et al., 2014). Killén (2015, s.96) hevder at en kunnskapsforankret tilnærming til arbeidet gir mindre distansering og handlingsvegring hos helsepersonell. Med utgangspunkt i forskningen diskutert tidligere ses dette sant, og det kan tenkes at økt kunnskap rundt blant annet symptomer og diagnose kan gi mer handlingsmot hos helsepersonell. På den andre siden, belyser Martinsen viktigheten av erfaring og det å kunne lære av andre (Kirkevold, 1998, s.171). På bakgrunn av dette kan en diskutere at å innføre undervisning for å øke sykepleieres kompetanse ikke alene vil løse rapporteringsproblematikken. Å ha erfaring med omsorgssvikt er også av stor betydning. Dette understøttes av flere studier, blant annet Eija et al. (2014) som belyser hvordan helsepersonell med erfaring med omsorgssvikt identifiserer og rapporterer bedre enn de uten erfaring. En kan derfor argumentere for at den erfaringsbaserte kunnskapen gir best handlingskompetanse, til tross for viktigheten av begge.

Det er vist en tydelig sammenheng mellom en god dialog med barnevernet og økt selvtillit og rapporteringsrate blant sykepleiere (Svärd, 2017). Med utgangspunkt i utfordringene i det tverrfaglige samarbeidet diskutert over, kan en argumentere for at økt forståelse for barnevernets arbeid og muligheter for å hjelpe, vil bidra til bedre samhandling. Dette støttes av Merrild et al. (2023) som konkluderer med at økt kommunikasjon og åpenhet med barnevernet er essensielt for å kunne forbedre arbeidet mellom de to. Ansvar for å bedre samarbeidet ligger dermed hos begge parter, og er avhengig av at sykepleiere og annet helsepersonell arbeider for en holdningsendring overfor barnevernets arbeid, og ser arbeidets nytte. Samtidig bør barnevernet jobbe for økt informasjonsflyt og tilbakemeldinger til helsepersonell for å ivareta barna på best vis.

Sentralt ses også en arbeidskultur hvor ledere og ansatte jobber sammen om problematikken, hvor det finnes rom for diskusjon og etisk refleksjon. Det belyses i forskning at helsepersonell ønsker en ledelse som gir støtte og anerkjennelse (Skarsaune et al., 2023). Sykepleiere har behov for et miljø hvor det blant annet gis rom for diskusjon av observasjoner, refleksjon over faglige og etiske konsekvenser, og mulighet for å ventilere og bearbeide tanker og følelser (Killén, 2015, s.95). Berchtold et al. (2023) understøtter dette ved å belyse at situasjonsdiskusjon med ledere ga en høyere rapporteringsrate. Det ses derfor som nødvendig med et økt fokus på dette området. Videre trekkes også viktigheten av felles retningslinjer for håndtering og rapportering frem i flere av studiene, hvor også et ønske om relevante screeningverktøy står sentralt. Det er bevist blant annet i studien til Jordan et al. (2014) at innføring av screeningverktøy øker både rapporteringsraten og bevisstheten rundt omsorgssvikt, noe som ses positivt i det forebyggende og avdekkende arbeidet.

De holdnings- og følelsesmessige barrierene i rapporteringsproblematikken vil kunne ses å endres dersom rammene rundt forbedres. Det er rimelig å anta at dersom intervensjonene ovenfor blir implementert i arbeidet, vil nevnte personlige holdninger og følelser ikke lenger ha en like stor påvirkning på sykepleiers yrkesutøvelse.

4.4. Metodediskusjon

Som en del av søkeprosessen, valgte vi i første omgang å ta utgangspunkt i artiklenes titler ved utvelgelse, og videre gjøre en subjektiv seleksjon av artikler basert på abstraktene. Dette kan ha medført at enkelte relevante artikler har blitt valgt bort, noe som kan ses som en

svakhet. Til tross for dette, mener vi at de ni utvalgte artiklene er av stor relevans for problemstillingen og passet med inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Den utvalgte forskningen består hovedsakelig av resultater som kritiserer ulike forhold i rapporteringsarbeidet, dette grunnet relevans for problemstillingen, men kan ha medført at andre synspunkter ikke blir belyst. Resultatene er ikke representative for alle sykepleiere, og kan dermed ikke ses som en fasit for hvordan alle opplever arbeidet med omsorgssvikt.

Deler av forskningen er fra andre land enn Norge, som kan medføre at forskningens resultater er påvirket av kulturelle ulikheter. Vi har allikevel forsøkt å velge forskning fra land med overføringsverdi til Norge for å øke relevansen. Dette innebærer blant annet fem artikler fra Norden, samt to artikler fra USA, én fra Australia og én fra Sveits, som alle er land som kan argumenteres å ha gode sammenligningsgrunnlag med Norge.

Oppgaven har tatt utgangspunkt i utelukkende fagfelleverdert forskning, noe som ses på som en styrke. En kombinasjon av kvalitative og kvantitative studier har bidratt til at oppgaven både inneholder statistikk relevant for problemstillingen, samt resultater som belyser sykepleieres tanker og følelser. Denne oppgaven har i all hovedsak basert seg på en mengde nyere forskning, hvor blant annet fem av artiklene er fra 2021 eller nyere tid. Dette gjør at forskningen anses å være oppdatert og tidsaktuell, noe som øker resultatenes relevans og ses som en styrke. To av artiklene er fra 2014, noe som gjør at aktualiteten på disse kan diskuteres. Etter å ha lest artiklene konkluderte vi allikevel med at forskningen var relevant og kunne bidra til å besvare problemstillingen.

4.5. Konklusjon

Litteraturstudiets hensikt var å belyse barrierene sykepleiere møter ved rapportering av omsorgssvikt, samt undersøke hvordan disse kan påvirke yrkesutøvelsen. Etter å ha diskutert utvalgt forskning i lys av relevant teori, samt etiske og juridiske perspektiver, er det tydelig at barrierene for å rapportere omsorgssvikt kan utfordre sykepleieres yrkesutøvelse i henhold til forsvarlighet og kvalitet.

På systemnivå ser en at mangler i det tverrfaglige samarbeidet med barnevernet, uklare ansvarsområder med hensyn til hierarkiske strukturer i helsevesenet, og et misforhold mellom kunnskaper, ferdigheter og et økende press på helsevesenet, alle påvirker sykepleieres arbeid

med rapportering. Videre er det tydelig at disse barrierene igjen har stor påvirkning på sykepleieres holdninger og følelser knyttet til arbeidet med omsorgssvikt. Omfanget av disse barrierene påvirker yrkesutøvelsen i stor grad ved at de utfordrer både sykepleieres yrkesetiske retningslinjer, gjeldende lovverk og grunnleggende verdier. En ser derfor et stort behov for et større fokus på intervensjoner og implementering av tiltak, som innføring av screeningverktøy, relevant undervisning for helsepersonell og et bedret samarbeid i arbeidet med omsorgssvikt. Dette for å styrke pasientsikkerheten og kvaliteten på helsetjenestene, samtidig som en sikrer at sykepleiere kan utøve sin profesjon på forsvarlig vis.

Referanseliste

- Barnekonvensjonen. (1989). *Konvensjon om barnets rettigheter* (20-11-1989). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8
- Barne- og familiedepartementet. (2021). *FNs barnekonvensjon*. [Brosjyre].
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fns-barnekonvensjon/id88078/>
- Barnevernsloven. (2021). *Lov om barnevern* (LOV-2021-06-18-97). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-97?q=barnevernsloven>
- Berchtold, M. B., Wüthrich, C., Garcia, D., Berger, S., & Löllgen, R. M. (2023). Nurses' and physicians' reported difficulties and enablers to recognising and reporting child abuse in Swiss paediatric emergency and paediatric surgery departments - an observational study. *Swiss Medical Weekly*, 153, 40017. <https://doi.org/10.57187/smw.2023.40017>
- Bufdir. (u.å.-a). *Hva er omsorgssvikt?* Bufdir. <https://www.bufdir.no/barnevern/omsorgssvikt/>
- Bufdir. (u.å.-b). *Melde frå til barnevernet som offentlig tilsett eller fagperson med meldeplikt*. Bufdir. <https://www.bufdir.no/barnevern/melde-fra-offentlig-melder/>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Eija, P., Mika, H., Aune, F., & Leila, L. (2014). How public health nurses identify and intervene in child maltreatment based on the national clinical guideline. *Nursing Research and Practice*, 2014, 425460. <https://doi.org/10.1155/2014/425460>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2).
<https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Hansen, T., W., R. & Førde, R. (2020). Etikk og helsehjelp til barn. I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (s. 129-138). Gyldendal.

- Helsebiblioteket. (u.å.-a). *Medline (Ebscohost)*. helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/medline-ebsohost>
- Helsebiblioteket. (u.å.-b). *Cinahl*. helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
- Jordan, K. S., & Moore-Nadler, M. (2014). Children at risk of maltreatment: identification and intervention in the emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(1), 97–106. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000011>
- Killén, K. (2015). *Sveket I* (5. utg.). Kommuneforlaget AS.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier; analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal.
- Kvello, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Universitetsforlaget.
- Lavigne, J. L., Portwood, S. G., Warren-Findlow, J., & Brunner Huber, L. R. (2017). Pediatric Inpatient Nurses' Perceptions of Child Maltreatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.01.010>
- Magelssen, M. & Pedersen, R. (2020). Hva er «etikk» i helsetjenesten? I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (s. 15-27). Gyldendal.
- Merrild, C., H., Kjeldsen, H. C., & Milidou, I. (2023). Management of child maltreatment suspicions in general practice: a mixed methods study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 41(1), 81–90. <https://doi.org/10.1080/02813432.2023.2178851>
- Midtsund, A. D., Garnweidner-Holme, L., Valla, L., Lukasse, M., & Henriksen, L. (2023). A qualitative study of public health nurses' experiences detecting and preventing child

- maltreatment in primary care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 79(12), 4660–4671. <https://doi.org/10.1111/jan.15761>
- NSF. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. NSF. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- NSF. (u.å.). *Hva gjør en sykepleier?* NSF. <https://www.nsf.no/nsf-student/hva-gjor-en-sykepleier>
- Redd Barna. (u.å.). *Fakta om vold mot barn*. Redd Barna. <https://www.reddbarna.no/vart-arbeid/barn-i-norge/vold-og-overgrep/vold-mot-barn/vold-fakta-om-vold-mot-barn/>
- Skarsaune, K., & Bondas, T. (2021). Nursing management in case of suspicion of child abuse - facilitation and care for the best interests of the child. *Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning*, 11(3), 1–3.
- Soh, H. T., Bhurawala, H., Poulton, A., Liu, A., Cush, K., Griffiths, G., & Gandham, S. (2023). Barriers to identification and reporting of child abuse and neglect experienced by medical officers and nursing staff in emergency departments of the Nepean Blue Mountains Local Health District. *Emergency Medicine Australasia: EMA*, 35(6), 921–926. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.14256>
- Statistisk sentralbyrå. (2022). *Statistikkbanken—Barnevern*. SSB.no. <https://www.ssb.no/statbank/table/10675/tableViewLayout1/>
- Svärd, V. (2017). “Why Don’t They Report?” Hospital Personnel Working with Children at Risk. *Child Care in Practice*, 23(4), 342–355. <https://doi.org/10.1080/13575279.2016.1188765>
- WHO. (2022). *Child maltreatment*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

