

Bruk av meldeplikt i spesialisthelsetjenesten

Hvilke erfaringer har sykepleier og barnesykepleier med bruk av meldeplikt til barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt og mishandling av barn og unge innlagt i spesialisthelsetjenesten?

LINN UPPSTAD
VIKTORIA LUNDVALL
MADELEINE VALVIK

VEILEDER
Gudrun E. Rohde

Universitetet i Agder, 2022
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap

La meg være barn

La meg sitte på et fang
mens jeg er liten
så jeg kan stå oppreist
når jeg blir stor

La meg gråte ved et kinn
mens jeg er barn
så jeg kan tørke tårer
når jeg er voksen

La meg holde en hand
mens jeg er svak
så jeg kan holde hender
når jeg er sterkere

La meg ha en barndom
Jeg trenger trygg niste for å vokse!

Ragnhild B. Waale

Forord

Inspirasjonen til å dykke ned i temaet begynte å spire hos oss for lenge siden. Det var først etter at vi møttes gjennom studiet i master i barnesykepleie at vi forstod at våre tanker og erfaringer omkring bruken av meldeplikt til barnevernet bar preg av tilfeldighet og var lite standardisert og målrettet. Vi begynte å undre oss over hvilke erfaringer barnesykepleiere og sykepleiere som arbeider med barn og unge i spesialisthelsetjenesten har om temaet.

Arbeidet med masteroppgaven har gitt oss ny innsikt og har vært en lærerik prosess på mange plan. Vi ønsker å rette en spesiell takk til vår veileder Gudrun Elin Rohde, professor ved Institutt for Helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder for å ha loset oss gjennom løpet.

Takker også 12 barnesykepleiere/sykepleiere for at de sa seg villig til å være respondenter i studien vår.

Sammendrag

Bakgrunn: Sykepleiere og barnesykepleiere som arbeider med barn og unge i spesialisthelsetjenesten er i en unik posisjon til å identifisere omsorgssvikt og mishandling. Omsorgssvikt og mishandling trenger identifikasjon og tiltak fra fagpersoner som har kunnskaper om omsorgssvikt/mishandling, barnevernstjenesten og lovverket.

Formål og problemstilling: Formålet med studien var å kaste lys på et sensitivt og etisk utfordrende tema i spesialisthelsetjenesten, ved å se på sykepleieres og barnesykepleieres erfaringer med bruk av meldeplikt til barnevernet. Problemstilling:

Hvilke erfaringer har sykepleier og barnesykepleier med bruk av meldeplikt til barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt og mishandling av barn innlagt i spesialisthelsetjenesten?

Metode: Vi har valgt kvalitativt design. Datamateriale ble samlet inn gjennom 12 semistrukturert individualintervju av sykepleiere og barnesykepleiere som arbeider med barn i spesialisthelsetjenesten. Vi benyttet fenomenologisk hermeneutisk metode for analyse.

Resultater: Analysen resulterte i fire hovedtema og tolv subtemaer. 1. Helsepersonell og meldeplikt; Sykepleiere og barnesykepleiere trenger mer kunnskaper for å bli bedre til å identifisere omsorgssvikt og mishandling. 2. Er det nok å være bekymret; de trenger opplæring i lovverket som regulerer meldeplikten. 3. Barnevern til sorg og glede; bedret samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og barneverntjenesten. 4. Spesialisthelsetjenesten – skal ivareta barns rettigheter; det trengs verktøy, flytskjema og klare retningslinjer ved mistanke om omsorgssvikt og mishandling.

Konklusjon: Verktøy og flytskjema for å identifisere omsorgssvikt og mishandling tilpasset barn/unge som innlegges spesialisthelsetjenesten bør utarbeides. Det vil være behov for forskning på implikasjon og effekten av et slik hjelpemiddel i spesialisthelsetjenesten.

Nøkkelord: sykepleier, barnesykepleier, erfaring, opplevelse, omsorgssvikt, mishandling, neglekt, meldeplikt, barnevernet, spesialisthelsetjeneste

Summary

Abstract: Nurses and pediatric nurses who work with children and adolescents in the specialist health service are in a unique position to identify neglect and abuse. These issues need to be identified and acted upon by professionals who have adequate knowledge regarding neglect, the child welfare service and the appropriate laws.

Purpose and research question: The purpose of the study was to increase knowledges about a sensitive and ethically challenging topic in the specialist health service, by exploring nurses and pediatric nurse's experiences of their duty to report to the child welfare service.

Research Question:

What experiences do nurses and pediatric nurses have in regard to their duty to report to the child welfare service in the event of suspicion of neglect and abuse of children admitted to the specialist health service?

Method: We have chosen qualitative design. Data was collected through 12 semi-structured individual interviews of nurses and pediatric nurses who work with children in the specialist health service. We used phenomenological hermeneutic method for analysis.

Results: The analysis revealed four main themes and twelve subthemes. 1. Health professionals and duty to report; Nurses and pediatric nurses need to increase their knowledge to better identify neglect and abuse. 2. Is it enough to be concerned? They need training in the laws regarding duty to report. 3. Child welfare services - negatives and positives; there needs to be an improvement with interaction between specialist health services and child welfare services. 4. Specialist health services – must protect children and adolescent's rights; there needs to be tools, for example flowcharts and clear guidelines regarding suspicion of neglect and abuse.

Conclusion: Tools and flow charts for identifying neglect and abuse adapted to children and adolescents who are admitted to the specialist health service should be prepared and available. There will be a need for research on the implication and effect of such a tool in the specialist health service.

Keywords: nurse, pediatric nurse, experience, neglect, abuse, duty to report, child welfare, specialist health service

1.0	INNLEDNING	8
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	8
1.2	HENSIKT MED STUDIEN	9
1.3	PROBLEMSTILLING	9
1.4	BEGREPSAVKLARING OG AVGRENSNING	10
2.0	TEORETISK REFERANSERAMME	11
2.1	OMSORGSSVIKT OG MISHANDLING.....	11
2.2	FØRELDREFUNGERING SOM UTGJØR RISIKO FOR BARNET.....	13
2.4	SYKEPLEIERE OG BARNESYKEPLEIERE ARBEIDER I EN RETTSSTAT.....	14
2.5	LOVVERK	14
2.5.1	<i>Barnevernloven</i>	15
2.5.2	<i>Helsepersonelloven</i>	16
2.5.3	<i>Vilkårene for bruk av meldeplikt</i>	16
2.6	BARNEVERNETS FUNKSJON OG MANDAT.....	17
2.7	BARNESYKEPLEIERENS ROLLE	19
3.0	LITTERATURSØK OG TIDLIGERE FORSKNING	20
3.1	LITTERATURSØK	20
3.2	TIDLIGERE FORSKNING	21
4.0	METODE	24
4.1	VALG AV FORSKNINGSMETODE.....	24
4.2	SEMISTRUKTURERT INDIVIDUALINTERVJU	24
4.3	UTVALG.....	25
4.4	INTERVJUSITUASJON.....	26
4.4.1	<i>Gjennomføring av intervjuet</i>	27
4.4	ANALYSE.....	28
4.6.1	<i>Fenomenologisk hermeneutisk metode</i>	29
4.6.2	<i>Naiv lesing</i>	30
4.6.3	<i>Strukturell analyse</i>	30
4.6.4	<i>Omfattende forståelse – tolket helhet</i>	31
5.0	FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	34
5.1	TROVERDIGHET OG PÅLITELIGHET	34
5.2	INFORMERT SAMTYKKE	35
5.3	OPPBEVARING AV DATA.....	36
5.4	VÅR ROLLE SOM FORSKERE.....	36

6.0 PRESENTASJON AV FUNN	37
6.1 HELSEPERSONELL OG MELDEPLIKT.....	38
6.1.1 Alle kan melde.....	38
6.1.2 Grunner til at man ikke melder.....	39
6.1.3 Grunner til at man melder.....	40
6.1.4 Ønsker for fremtiden.....	42
6.2 ER DET NOK Å VÆRE BEKYMRET.....	43
6.2.1 Grunn til å tro.....	43
6.2.2 Krevende å engasjere seg.....	45
6.2.3 Om å være objektiv.....	46
6.3 BARNEVERNET – TIL SORG ELLER GLEDE.....	47
6.3.1 Samarbeid med barnevernet.....	47
6.3.2 Tanker om barnevernet.....	48
6.4 SPESIALISTHELSETJENESTEN – SKAL IVARETA BARN OG UNGES RETTSIKKERHET.....	49
6.4.1 I lovens navn.....	49
6.4.2 Kunsten å se.....	50
6.4.3 Organisatoriske utfordringer.....	52
6.5 OPPSUMMERING AV STUDIENS FUNN.....	53
7.0 DISKUSJON AV FUNN	54
7.1 UTVISES FORSIKTIGHET VED BRUK AV MELDEPLIKT?.....	54
7.2 ER DET NOK Å VÆRE BEKYMRET?.....	59
7.3 ORGANISATORISKE PREMISSER OG UTFORDRINGER.....	64
8.0 KONKLUSJON	68
8.1 KLINISKE IMPLIKASJONER.....	69
REFERANSER	70
VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING	74
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE	74
VEDLEGG 3: GODKJENNING FRA NSD	74
VEDLEGG 4: GODKJENNING FRA FEK	74
VEDLEGG 5: GODKJENNING FRA PERSONVERNOMBUDET VED AKTUELLE SYKEHUS	74

1.0 Innledning

Gjennom arbeid med barn og unge i barne- og ungdomsavdelinger i spesialisthelsetjenesten, har vi erfart den vonde klumpen i magen. Klumpen som er lite håndfast og uforklarlig om hvorvidt barnet eller den unge som kommer til behandling i spesialisthelsetjenesten har den trygge omsorgssituasjonen de har rett på. En plutselig fornemmelse av at det er noe som ikke stemmer. Det kunne være at vi observerte dysfunksjonelle samspill mellom barnet og foreldre, atferdsvansker hos barnet eller den unge som var vanskelig å regulere, merker på barnets hud, eller skitne klær og mangelfullt tannstell. I masterstudiet i barnesykepleie begynte vi å undre oss over om våre erfaringer var gjeldende for flere barnesykepleiere og sykepleiere som arbeider med barn og unge i spesialisthelsetjenesten? Og hvordan brukes meldeplikt til barnevernet når man får en fornemmelse av at noe ikke stemmer rundt omsorgssituasjonen barnet er i.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Barnesykepleiere er i en særegen posisjon til å identifisere og rapportere omsorgssvikt og mishandling. I sitt virke ser hun ofte barnet over tid og i samspill med sine foreldre dersom barnet eller den unge blir innlagt i spesialisthelsetjenesten. I Norge er det Helsedirektoratet, som er underlagt Helse- og omsorg departementet, som gir råd om hva som er anbefalt praksis for å forebygge omsorgssvikt og mishandling. Opplysningsplikten til barnevernet sier at helsepersonell, uten hinder av taushetsplikten, skal på eget initiativ melde ifra til barneverntjenesten umiddelbart, dersom det er grunn til å tro at et barn eller en ungdom blir utsatt for omsorgssvikt eller mishandling (Helsedirektoratet, 2017; Helsepersonelloven, 1999).

På verdensbasis dør hundrevis av barn hvert år som følge av barnemishandling og/ eller forsømmelse. Til tross for lovverket omkring opplysningsplikt til barnevernet, er det omtrent en femtedel av de som arbeider med barn og unge som unnlater å rapportere. Den globale virkningen av vold mot barn og unge har stadig blitt tydeligere gjennom dokumentert forskning. Barn og unge som opplever omsorgssvikt og mishandling i barndommen, kan senere i livet oppleve at det får konsekvenser for dem, ved at helseatferden deres er risikofylt

og mestringsen deres svekkes. Verdens helseorganisasjon (WHO) rapporterer at ett av to barn mellom 2-17 år har blitt utsatt for en eller annen form for vold årlig (Wilson & Lee, 2021). Vold mot barn og unge opptrer i forskjellige former, og inkluderer barnemishandling og/eller forsømmelse. Disse kan være handlinger av utnyttelse, fysisk, emosjonell eller seksuell mishandling som kan føre til skade eller død. De fleste land har lovverk som skal forhindre dette (Laurie Branstetter et al., 2020).

1.2 Hensikt med studien

Hensikten med å gjøre en studie av sykepleieres og barnesykepleieres erfaringer med bruk av meldeplikt til barnevernet, var for å tilføre nye kunnskaper omkring bruken av denne. Samtidig ønsket vi å belyse erfaringer hos sykepleiere og barnesykepleiere, når man mistenker omsorgssvikt eller mishandling av barn og unge som er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Vi ville se på erfaringer om bruk av meldeplikt og om vi kunne identifisere noen forbedringsområder ved å kartlegge dagens praksis (Stubberud, 2018). Helsedirektoratet har som anbefaling for alt helsepersonell å bruke opplysningsplikten til barnevernet, i tråd med lovverket. Dermed er sykepleiere og barnesykepleiere pålagt i henhold til lov å bruke meldeplikt til barnevernet. Vi ønsket å se på erfaringene deres, som kan bidra til å løfte kunnskapsgrunnlaget og skape en bevisstgjøring om et tema som angår ett av 20 barn ifølge FHI sin folkehelse rapport (Reneflot, 2019).

1.3 Problemstilling

Vår problemstilling er:

«Hvilke erfaringer har sykepleiere og barnesykepleiere med bruk av meldeplikt til barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt og mishandling av barn og unge innlagt i spesialisthelsetjenesten?»

1.4 Begrepsavklaring og avgrensning

I denne studien vil begrepet *foreldre* gjelde omsorgspersonene, mor og far og vil være den/de personene som har foreldreansvaret for barnet. Bruk av begrepet *meldeplikt* eller *melde* er plikten til å melde til barnevernet etter Norsk lovverk. Vi bruker begrepene *barnesykepleiere* og *sykepleiere* om helsepersonell som arbeider med nyfødte, barn og ungdom i spesialisthelsetjenesten. Disse vil bli omtalt som *respondentene* senere i oppgaven. Vi omtaler *barn og unge* til å gjelde nyfødt, barn og ungdom med et aldersspenn fra 0-18 år. Konteksten vi samlet inn data i, er på sykehus. Vi benytter begrepet *spesialisthelsetjenesten* om dette. Siden vi har intervjuet på barne- og ungdomsavdeling og nyfødtintensivavdeling vil vi i studien referere til *arbeid* og for eksempel bruke *arbeidserfaring*, for å ivareta konfidensialitetsprinsippene. Vi bruker begrepene *omsorgssvikt* og *mishandling*, som innebærer ulike former for omsorgssvikt og mishandling. Disse vil bli beskrevet senere i studien.

Vi avgrenser lovverk til å gjelde lover som vi fant relevante for studiens tema. Vi bruker primært lov om opplysningsplikt til barnevernet, da det i denne ligger de vilkår som innebærer hvordan lovverket skal brukes. Disse vilkårene er viktige for andre lover som for eksempel helsepersonelloven. Dette vil bli forklart og beskrevet senere i studien. Vi forklarer også vilkår for bruk av meldeplikt og at Norge er en rettsstat. Når vi bruker lovverk i tekst vil vi omtale dette som; *bruk av meldeplikt, melde og melding* (Barnevernloven, 1992; Helsepersonelloven, 1999; Ohnstad et al., 2019).

2.0 Teoretisk referanseramme

I denne delen vil vi presentere den teoretiske referanserammen som vi forankrer det videre arbeidet av studien til. Vi vil her avklare hvilken definisjon vi bruker til å forklare omsorgssvikt og mishandling. Videre vil vi si litt om risikofaktorer hos foreldrene som kan vanskeliggjøre og utføre omsorg overfor sitt barn eller ungdom. Vi presenterer også aktuelt lovverk som har relevans for temaet. Barneverntjenestens oppgaver og ansvar i meldesaker vil også bli beskrevet. I lys av sykepleierens og barnesykepleierens ansvar og funksjoner vil vi også trekke inn sykepleierens rolle.

2.1 Omsorgssvikt og mishandling

Barn har gjennom alle tider blitt utsatt for mishandling, overgrep og sviktende omsorg. Fenomenet virker til å være universelt, men kultur og tidsalder påvirker om dette oppfattes å være et problem. I Norge kjenner vi til utsetting av nyfødte i vikingtiden. Etter reformasjonen var det akseptert at barn måtte tuktes. Pryl økte læreevnen og fikk bukt med djevlen som rommet ethvert barn. Barn ble betraktet som foreldrenes eiendom og brukt som arbeidskraft til helsefarlig arbeid. Forening for dyrebeskyttelse kom før beskyttelse av barn kom på dagsorden. I 1896 kom vergerådsloven i Norge. Den sa at forsømte barn hadde behov for oppdragelse isteden for avstraffelse, og det ble opprettet skolehjem. Begrepet “the battered child syndrome” (det skamslåtte barnet) ble først brukt i 1860 av Tardieu i Frankrike, som beskrev 32 barn som var slått eller brent i hjel. Fenomenet fikk ikke «status» før det ble tatt opp av helse- og sosialvesenet. Incest og seksuelle overgrep har vært et tabubelagt tema. Modige enkeltmennesker, kunstnere og etter hvert fagfolk, helsemyndigheter og rettsapparat har satt dette på dagsorden de siste tiårene. Medier har fortalt barn og unges historier den senere tid og mange har fått innsyn i fenomener de fleste ikke kunne fantasere om. Man må tro for å kunne se (Sommerschild et al., 2015). I dagens samfunn har det blitt større åpenhet om omsorgssvikt og mishandling, men dette betyr ikke at vi åpent tar det inn over oss. Mye kan tyde på at vi selv i 2022 vegrer oss for å se omsorgssvikt og mishandling fordi det oppleves smertefullt og de fleste velger å ta høyest vare på seg selv (Killén, 2015).

Hva defineres som omsorgssvikt og hva defineres som mishandling? Det er ikke enkelt å finne klare og tydelige definisjoner på disse begrepene. Hva som defineres som omsorgssvikt i en familie, kan oppfattes ulikt i en annen familie. I denne studien har vi valgt å bruke Sommerschild et al. (2015), Ohnstad et al. (2019) og Sjøvold og Furuholmen (2020) sine definisjoner av begrepene. Omsorgssvikt defineres som en situasjon hvor det innebærer en risiko for barnet. Omsorgspersonene kan ha manglende evner til å ivareta barnets basale, fysiske, emosjonelle, psykiske og/eller medisinske behov. Dette kan være når barnet står i fare for eller skader seg, som følge av mangel på tilsyn av barnet. Omsorgssvikt kan føre til alvorlig svekkelse av helse og utvikling hos barnet, og det kan være bevisst eller ubevisst fra omsorgspersonenes side (Sommerschild et al., 2015).

I lovverket brukes begreper som, *barn blir eller vil bli mishandlet*, og dette er alle former for psykisk og fysisk vold, krenkelse, utnyttelse og det å undertrykke et barn, slik at skadeomfanget blir så stort at det er til hinder for normal utvikling. I begrepet, *alvorlige mangler ved den daglige omsorgen*, vises det i lovverket til den praktiske omsorgen, hvor omsorgspersonene ikke har evner eller ignorerer barnets behov. Her gjelder også manglende oppfølging innen helse og plikt til å gå på skolen. *Alvorlig mangel*, blir definert som en situasjon som er helt klar uholdbar og dermed kan føre til omsorgsovertakelse. Dermed er det slik at dersom helsepersonell sitter med opplysninger om at et barns omsorgssituasjon er klart uholdbar, vil meldeplikten inntre. Dersom bekymringene er av mindre alvorlig art, som én enkelt hendelse man observerer, vil taushetsplikten til helsepersonell gjelde, fremfor meldeplikten (Ohnstad et al., 2019).

Det finnes ulike former for mishandling og vold. Psykisk mishandling er en type mishandling som kan påvirke barnets utvikling og vekst. Følelsesmessig mishandling er når interaksjonene mellom barnet og foreldrene er ødeleggende, og kan formidles til barnet ved at det ikke er bra nok, ikke er elsket eller er uønsket. Fysisk mishandling av barn er når voksne påfører et barn smerte, sykdom eller kroppslig skade. Det kan være i form av slag, biting, klyping, spark, lugging, brenning, "filleristing" med mer. I de mest grove tilfellene kan det handle om forgiftning, drapsforsøk eller drap. Fysisk avstraffelse brukt for å disiplinere og oppdra barn og kjønnslemlestelse av piker defineres også som fysisk mishandling. Seksuelle overgrep mot barn defineres som all type seksuell kontakt mellom barn og voksne. Seksuell omgang,

seksuell handling og seksuell krenkende atferd defineres som seksuelle overgrep, og er når den voksne utnytter egen maktposisjon og barnets avhengighet (Sommerschild et al., 2015). Latent vold er perioden spedbarnets hjerne er hyperaktiv og er tiden mellom voldsepisodene som blir påført spedbarnet. Barnet lever i denne perioden med utrygghet og spenning og er i konstant beredskap (Sjøvold & Furuholmen, 2020).

2.2 Foreldrefungering som utgjør risiko for barnet

Omsorgssvikt og mishandling kan som nevnt i forrige kapittel forekomme i ulike former og mange ganger i kombinasjoner av disse. For sykepleiere og barnesykepleiere kan det ofte være vanskelig å oppdage omsorgssvikt og mishandling, og det er store mørketall. Dermed må de som arbeider med barn og unge i spesialisthelsetjenesten se på omsorgssvikt og mishandling på lik linje som ved andre alvorlige tilstander, som kan svekke barn og unges helse. Omsorgssvikt og mishandling forekommer i alle sosiale lag og vi vet at det finnes ulike typer faktorer som påvirker dette (Markestad, 2016). Noen risikofaktorer kan være krig, fattigdom og arbeidsledighet. Disse faktorene kan påvirke barnet, fordi de kan ha negativ effekt på hvordan omsorgspersonene fungerer. Dette kan føre til mangelfullt og dårlig samspill mellom barnet og de voksne. Hos eldre barn kan fattigdom hindre dem i å delta sammen med jevnaldrende i for eksempel idrett og dette kan virke belastende på dem. Hos familier som har vært innblandet i krig, vil noen kunne streve med traumatiserende opplevelser og det å komme til et ukjent land.

Det finnes også en rekke andre faktorer hos omsorgspersonene, som kan utgjør risiko for omsorgssvikt. Dette kan være foreldre med psykiske plager og lidelser, rusavhengighet og nedsatt kognitiv fungering (Sjøvold & Furuholmen, 2020). Hos de miste barna er det noen psykososiale faktorer hos foreldrene som bør identifiseres før barnet er født, eller når barnet er innlagt i spesialisthelsetjenesten i neonatalperioden, slik at man kan tilstrebe tidlig innsats. Disse faktorene er graviditet i ungdomstid (11-18 år), aleneforsørgende foreldre, foreldre som selv har lidd under omsorgssvikt og mishandling, partnervold, historie med tap av annet barn ved krybbedød, fødselsavvik hos nyfødt, prematuritet, abort, foreldrerettsak eller annen tidligere barnedød. Fødselsdepresjon, angst og suicidale tanker er også faktorer som spiller

inn på evnen til å være gode og trygge foreldre, som sykepleiere og barnesykepleiere må vite om (Gardner et al., 2020).

2.4 Sykepleiere og barnesykepleiere arbeider i en rettsstat

Norge er en rettsstat og sykepleiere/barnesykepleiere som arbeider i spesialisthelsetjenesten er forpliktet til å følge Norsk lov. Dette innebærer at helsepersonell som arbeider med nyfødte, barn og unge, skal utføre sin myndighet og makt med hjemmel i lovverket. Det finnes en rekke juridiske prinsipper som er viktige for barnesykepleieren og sykepleieren å vite om. For å ivareta ansvar- og funksjonsområdene som er beskrevet for barnesykepleieren er det viktig å ha noen grunnleggende kunnskaper om juridiske prinsipper. De grunnleggende juridiske prinsippene er:

- **Informasjon** – for å kunne medvirke og delta i beslutninger.
- **Selvbestemmelse** – for å ivareta autonomi hos individet og friheten til å ta egne valg.
- **Samtykke** – har selvbestemmelse som prinsipp.
- **Personvern** – beskytter individet for innblanding i privatlivet. Hindre at tilgjengelige opplysninger om personen gjennom tjenesten ikke brukes til annet en formålet.
- **Taushetsplikt** – fungerer som et virkemiddel for å ivareta personvernet.
- **Begrensninger i bruk av tvang** – Tvang er i konflikt med selvbestemmelse, handle- og bevegelsesfrihet. Det er satt begrensninger i hvordan man kan bruke tvang

(Ohnstad et al., 2019).

Det finnes en rekke lovverk som er viktige ved omsorgssvikt og mishandling. Disse presenteres i de neste kapitlene.

2.5 Lovverk

Det finnes en rekke lovverk som regulerer og er forpliktende for sykepleiere og barnesykepleiere. Disse er Folkehelse-loven (2009), som skal legge til rette for gode oppvekstvilkår for barn og unge, gjennom forebyggende tiltak og foreldrestøtte. Alle barn og unge har rett på en trygg oppvekst. De har krav på gode omsorgspersoner og det er foreldrene

som har ansvaret for å gi dem omsorg, kjærlighet og trygghet. Det er gjennom gode samspill at barnet får utvikle seg til å leve et godt liv, kunne takle motgang og til sist klare seg selv. Barneloven (1981) omhandler barnets rettigheter og foreldrenes plikter. FNs barnekonvensjon (2003) er en del av norsk lov og skal sørge for barn kan ha et fullverdig liv og ikke bli utsatt for lidelser som er unødvendige. Den skal sikre at barnet kan utvikle seg normalt utifra sitt eget potensiale og få utfolde seg og skal gå foran andre lover og skal håndheves slik at barnets beste ivaretas. Andre lover som regulerer omsorgssvikt og mishandling er barnevernloven. Den har som mål å sikre barn og unge som lever med forhold som kan være skadelige for dem. Barnevernloven inngår blant annet i helsepersonelloven. Vi vil beskrive de viktigste lovene som sykepleiere og barnesykepleiere forplikter seg til å følge når det er grunn til å tro at et barn blir utsatt for omsorgssvikt eller mishandling i de neste kapitlene (Barnevernloven, 1992; Bufdir, 2020).

2.5.1 Barnevernloven

Sykepleiere og barnesykepleiere som arbeider med barn og unge i spesialisthelsetjenesten må kjenne til lov om opplysningsplikt til barnevernet. Denne legger vekt på barns behov for å knytte seg til andre mennesker. Formålet med loven er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid og bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Loven understreker at det skal legges vekt på en god og stabil voksenperson og kontinuitet i omsorgen. Offentlig ansatte er pålagt av barnevernet å melde fra til barneverntjenesten «av eget tiltak, uten hinder av taushetsplikten, når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet, eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker» (Barnevernloven, 1992).

Alvorlig omsorgssvikt omfatter flere situasjoner, som er beskrevet i lovens paragraf 4-10.

- a) Dersom det er alvorlige mangler ved den daglige omsorgen som barnet får, eller alvorlige mangler i forhold til den personlige kontakt og trygghet som det trenger etter sin alder og utvikling,
- b) dersom foreldrene ikke sørger for at et sykt, funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrequende barn får dekket sitt særlige behov for behandling og opplæring,

- c) dersom barnet blir mishandlet eller utsatt for andre alvorlige overgrep i hjemmet,
- d) dersom det er overveiende sannsynlig at barnets helse eller utvikling kan bli alvorlig skadd fordi foreldrene er ute av stand til å ta tilstrekkelig ansvar for barnet.

(Barnevernloven, 1992)

2.5.2 Helsepersonelloven

Alle som arbeider i en offentlig tjeneste, en offentlig instans eller som arbeider i yrke med profesjonsbestemt taushetsplikt har meldeplikt. Ifølge Helsepersonelloven (1999, §4) skal helsepersonell utføre arbeid i tråd med faglig og omsorgsfull forsvarlighet. Den som gir helsehjelp, skal være oppmerksom på forhold som kan være med på å føre til tiltak fra barneverntjenesten. I likhet med lov om opplysningsplikt til barnevern §6-4 er helsepersonell pliktig til å gi opplysninger til barnevernet dersom dette etterspørres fra dem i samsvar med barnevernloven §6-4. Helsepersonelloven §33 sier også at det i helseinstitusjoner skal utpekes en person som kan videreformidle opplysningene (Barnevernloven, 1992; Helsepersonelloven, 1999).

2.5.3. Vilkårene for bruk av meldeplikt

I Norge er det, etter barneloven, foreldrene som har foreldreansvaret for barnet sitt. Dette vil si at foreldre har full rett, men også plikt til å bestemme for barnet når det gjelder personlige forhold. Dette foreldreansvaret skal utføres etter barnets behov og interesse. Loven har som mål å balansere hensynet til foreldrenes rett til privat liv og barnets rett til en trygg og god oppvekst. Det var disse to hensynene som lå til grunn når bestemmelsene rundt bruk av meldeplikt ble utarbeidet. Siden man skal ta hensyn til rett om selvbestemmelse og privatliv, samt tilliten innbyggerne har til hjelpeapparatet, har loven gjort sitt til at det stilles strenge krav til bruken av meldeplikt til barnevernet (Ohnstad et al., 2019). Det vi må vite om meldeplikten er at den kun setter taushetsplikten til side når ett eller flere av vilkårene er oppfylt. De fire vilkårene er listet opp i kapittel 2.5.1 Barnevernloven (Barnevernloven, 1992).

Det er viktig å være klar over at det i lovverket ikke står skrevet «mistanke», «bekymring» eller «det er grunn til å være bekymret». I lovteksten står det *grunn til å tro*. Begreper som

«bekymret», «bekymringsmelding» og «melde en bekymring» har festet seg i praksis og kan ha fått helsepersonell til å tenke at dersom man er bekymret for et barn så er det ensbetydende med at man har meldeplikt til barnevernet. Dermed er det grunn til å tro at det finnes en rekke misforståelser rundt lovverket (Ohnstad et al., 2019).

2.6 Barnevernets funksjon og mandat

Barneverntjenestens funksjon og mandat må også få en plass i studiens rammeverk, da vi mener den er relevant for å se hele bildet, når vi senere presenterer og diskuterer funnene. Sykepleiere og barnesykepleiere har ulike oppfatninger om barnevernet og hva slags rolle de har i samarbeid med dem (Chan et al., 2020). Barneverntjenesten yter en del tjenester rettet mot familier og barn. Dette kan være praktisk hjelp til å ordne familiens økonomiske situasjon, bedre boforhold, bedre løsning på konkrete problemer og å gi rådgivning til foreldre om vanlige oppdragsproblemer. De kan hjelpe hele familien til å komme ut av sosial isolasjon, tilby støttekontakter, deltagelse i foreldregrupper og familierapi.

Barneverntjenesten kan gi stabilitet og være lett tilgjengelige støttespillere, som igjen kan gi positive resultater for familiene som mottar hjelpen (Sommerschild et al., 2015).

Barneverntjenesten har familiehjem, hvor de arbeider utifra Marte-Meo-metoden, som er en metode hvor man ser etter inntoning og initiativ fra foreldrene. De arbeider også med håndtering av atferdsvansker hos barn i ulike aldre og har veiledning for foreldre med Parent Management Training (PMT) og multisystemisk terapi (MST). Barneverntjenesten gir også hjelp til familier som har barn med spesielle behov. Dette kan være forebyggende hjelp utenfor hjemmet som opprettelse av barnehageplass, tilbud om avlastningshjelp og støttekontakt. Dette er for å gi barnet alternative voksenmodeller, som kan gi dem trening i vanlige sosiale ferdigheter. Når barn har uttalte problemer kan barneverntjenesten henvise til BUP (Barne- og ungdomspsykiatrien) og PPT (Pedagogisk-psykologisk tjeneste) (Sommerschild et al., 2015).

Når barneverntjenesten får meldt inn en sak, må de først danne seg et inntrykk av totalsituasjonen. Familiens problemer kan ofte være sammensatte. Dette krever samarbeid

med forskjellige etater, men det er barneverntjenesten som har det formelle ansvaret for totalvurderingen. Barnevernet samarbeider da med helsevesen og skolevesen for bistand. Videre fordeler de ulike instansene i kommunen oppgaver og utveksler informasjon slik at hjelpetiltakene supplerer hverandre. Deretter utarbeides en oversiktlig plan over de tiltak som barneverntjenesten har satt inn, utfra hva slags effekt man ønsker. Foreldre som er usikre på sin foreldrefunksjon, blir lett redde for at barnet eller ungdommen skal tas fra dem. Hjelpeinstanser skal ikke være redde for å sette ord på dette tidlig i prosessen, selv om omsorgsovertagelse ikke er aktuelt (Sommerschild et al., 2015).

Det kan oppleves som et overgrep for foreldre, når barnevernet fratrar dem omsorgen for barnet eller ungdommen ved tvangsflytting. Noen ganger kan denne fortvilelsen hos foreldrene, bli en lettelse på sikt, fordi de ikke lenger må ha ansvaret for barnet/ungdommen med alt det kan medføre. Andre foreldre kan falle tilbake i enda dårlige mønstre, som for eksempel rusmisbruk. Barneverntjenesten har oppfølgingsansvaret av foreldrene etter omsorgsovertakelse etter Barnevernloven (Barnevernloven, 1992; Sjøvold & Furuholmen, 2020).

I noen saker opprettes en ansvarsgruppe rundt barnet og familien. Det kan være nyttig for å organisere et tverrfagelig team rundt barnet. Instanser som er aktuelle deltakere her kan være PPT, BUP, barnehage/skole, helsesykepleier og barnevern. Disse møtes regelmessig for å vurdere barnets situasjon. I disse teamene skal det utpekes en koordinator. Det er en sterk anbefaling at foreldre bør være med på disse møtene. Alle med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett på idividuell plan (pasientrettighetsloven paragraf 2-5). Dette omfatter de fleste barn vi snakker om her (barn utsatt for omsorgssvikt eller mishandling). Individuell plan kan styrke samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten i ansvarsgruppen (Sommerschild et al., 2015).

2.7 Barnesykepleierens rolle

Vårt tema har relevans for barnesykepleierens ansvar- og funksjonsområder fordi sykepleie og observasjon av barn stiller spesielle kompetansekrav. Med dette fordres det at barnesykepleieren har et selvstendig ansvar for å ivareta disse funksjonene. Sett i lys av problemstillingen vår, er disse barnesykepleierens forebyggende funksjon, i form av at hun hindrer ytterligere helsebelastning på barnet. I den behandlende funksjonen skal barnesykepleieren utøve faglig forsvarlig helsehjelp, ha kunnskaper om og anvende faglige -, etiske - og juridiske retningslinjer. Med den lindrende funksjonen skal barnesykepleier begrense omfang av belastninger av fysisk, psykisk, sosial og åndelig karakter, som utrygghet, angst, vonde og vanskelige opplevelser hos barnet (Barnesykepleieforbundet, 2017).

Sykepleiere og barnesykepleiere bør ha kunnskaper om symptomer, som kan være til stede hos barn som har vært utsatt for omsorgssvikt. Som barnesykepleier gjør man systematiske observasjoner av atferd hos barnet og samspill med foreldre. Man vil også ha trening i å tolke barnets signaler, som for eksempel ved mangelfull språkutvikling. Barnesykepleiere kan også være barnets talerør, spesielt før de har sin egen stemme. Med disse kvalifikasjonene spiller sykepleiere og barnesykepleiere en viktig rolle i å identifisere omsorgssvikt og mishandling av barn, og til å bruke meldeplikten til barnevernet (Dolonen & Hærnes, 2021).

3.0 Litteratursøk og tidlige forskning

3.1 Litteratursøk

Før vi satt i gang med søkeprosessen, tok vi i bruk PICO som hjelpemiddel for at vi på best mulig måte skulle finne forskningsartikler som var relevant for vår studie. PICO er forkortelse av Population, Intervention, Context og Outcome (Polit & Beck, 2018). Vi tok utgangspunkt i problemstillingen og strukturerte søket i PICO slik;

Tabell 1. PICO-skjema med engelske og norske søketermer

P	I	C	O
Nurse	Duty to report	Special health service	Experience
Pediatric nurse	Neglect	Spesialisthelsetjenesten	Erfaring
Child/Youth	Abuse		
Sykepleier	Bruk av meldeplikt		
Barnesykepleier	Omsorgssvikt		
Barn/Unge	Mishandling		

Vi har brukt databaseverten EBSCOhost til å søke på tidligere forskning om temaet og sammenstilte søket via søkeverten til å søke i databasene MEDLINE og CHINAL. Disse er viktig elektroniske databaser for sykepleievitenskapelig og medisinsk forskning (Polit & Beck, 2018). Vi brukte søkeordene (Nurse* OR Nursing*) AND (child* OR pediatric*) AND (abuse* OR mistreatment* OR neglect* OR violence*). Videre avgrenset vi søket vårt til forskningsartikler som var fagfellevurdert, språkavgrensning til dansk, engelsk, norsk og svensk, samt tidsavgrenset søk fra 2012-2022.

Testsøket ga oss ikke de artiklene vi ønsket. Vi tok derfor kontakt med bibliotekar på UiA for videre veiledning med søk. Vi fortsatte med å gjøre søkene våre i EBSCOhost med databasene MEDLINE og CHINAL slik vi gjorde ved det første testsøket. Etter veiledning ble vi enige om å lage søkestreng 1-4, for så å koble søkestrengene sammen. Vi ble også enige

om andre kriterier som måtte inkluderes for å korte ned på antall treff og for å få relevant litteratur til studien. Første søkestreng ble slik: TI (nurse* OR nursing* OR staff* OR personell* OR carer* OR worker*) som ga oss 789 134 treff. Andre søkestreng ble: Qualitative OR phenomenolog* OR interview* OR experience* OR grounded* OR thematic OR themes OR ethnogra* OR metasyntes* OR meta-syntes* OR metaethno* OR meta-ethno* OR barrier* OR Facilitator* OR perception* OR attitude* OR view* OR opinion* OR adherence* OR awareness* OR belie* som ga oss 5 169 004 treff. Tredje søkestreng ble: Confidential* OR notificat* OR advocac* OR report OR reporting som ga oss 3 826 988 treff. Fjerde søk ble: (child* OR pediatric*) N2 (abuse* OR mistreatment* OR neglect* OR violence som ga oss 73 544 treff. Deretter koblet vi søkestreng 1-4 sammen, og dette ga oss 293 treff. For å begrense søket ytterligere, valgte vi å søke med bestemte kriterier som språk og publiseringsår, og dette ga oss 153 treff. Vi valgte å søke på forskning med publiseringsår etter år 2012 og med språk på engelsk, dansk, norsk eller svensk. Etter veiledning fra universitets bibliotekar valgte vi å ikke avgrense søket til artikler som var fagfelleverderte, da man kunne risikere å miste flere treff i databasen EBSCOhost.

For å finne ut hva slags artikler som var relevante for vår oppgave og som vi ønsket å inkludere, leste vi igjennom alle overskrifter og abstrakter. For å kunne vise til bredden av forskningsartikler som finnes om temaet vårt og gi studien høy informasjonsstyrke valgte vi ut 21 artikler som var relevante for vår problemstilling. Det ble ikke gjort flere søk i andre databaser, da vi fant at disse var bærekraftige til å gjenbruke. Siste søk ble utført 02.03.2022 (Malterud, 2017a). Vi har også valgt å inkludere artikler fra sykepleien.no og tidsskriftet.no.

3.2 Tidligere forskning

Før vi startet med å inkludere artikler til studien vår leste vi abstrakter for å se hvilke som var relevante. Artikkene vi anså som aktuelle for vår studie, ble lest grundigere. Det finnes mange forskningsartikler om temaet, en del av disse omhandler annet helsepersonell enn sykepleiere og barnesykepleiere sine erfaringer. Vi fant noen av disse til å ha stor overføringsverdi til studien. Derfor inkluderte vi studier om helsesykepleiere, da de har grunnutdanning i sykepleie. Av de relevante artikkelene er det gjort en studie i Sverige hvor man så på

hyppigheten av helsesykepleiers opplevelser av å mistenke, identifisere og rapportere mishandling. Funnene indikerer at opplevelse av mishandling er vanlig blant svenske helsesykepleiere. Helsesykepleiere må ha den nødvendige kompetansen for å identifisere og rapportere mishandling. Denne kompetansen vil bidra til å beskytte og forhindre barn og unge fra å bli skadet, støtte deres læring, utvikling og helse. Funnene i denne studien understreker den viktige rollen sykepleiere har for å beskytte barn mot mishandling (Sundler et al., 2021). Siden 2008 har antallet meldinger til barnevernet økt med 60 %. Likevel tror man det er en stor grad av underrapportering. I 2016 var 7 % av innrapporterte meldinger til barnevernet fra leger, tannleger og sykehus. Når man ser for seg antall barn helsepersonell er i kontakt med, er andelen på 7 % ganske liten. Det sendes også sjelden melding til barnevernet om barn under to år sammenliknet med eldre barn (Homlong et al., 2019).

Barnesykepleiere og sykepleiere som jobber med barn og unge har en viktig rolle i å forebygge og reagere på omsorgssvikt og mishandling (Lines et al., 2017). Forskning om temaet viser at sykepleiere opplever mange utfordringer med å bruke meldeplikt til barnevernet. Det kan være vanskelig å dele informasjon, de er redde for å gjøre feil og de organisatoriske systemene er lite fleksible. Organisasjonene de jobber i kan også være regelstyrte, og kultur og politikk på arbeidstedet følges fremfor å opprettholde fokus på barn og unges behov. Funnene i forskningen viser viktigheten av kreativ og fleksibel tenkning fra individuelle fagpersoner, slik at politikk blir vedtatt med et klart barnefokus (Lines et al., 2020b).

Ifølge Elarousy (2019) kan mishandling av barn og unge regnes som et globalt problem, som kan føre til alvorlige konsekvenser for dem. Videre hevder artikkelen at uvitenhet kan hemme rapportering og at man i tillegg kan ha negative erfaringer med meldesaker. Studien til Khanjari et al. (2021) viste at sykepleiere hadde lite kunnskaper om hva som kjennetegner mishandling av barn, og hadde et ønske om å få opplæring, da de var redde for å melde på feil grunnlag. Herendeen et al. (2014) sin studie viste at utdanning og etterutdanning kunne støtte sykepleiere med å identifisere og rapportere mistanke om overgrep hos barn, og at det var mer sannsynlig at sykepleiere med etterutdanning kom til å melde til barnevernet.

Sykepleiere erfarte at de ikke ble tatt på alvor av barnevernet og ønsket et tettere samarbeid. Dette for å kunne dele samme forståelse og sikre effektiv handling for å fremme god helse hos barn som opplever omsorgssvikt og mishandling (Lines et al., 2021). Lavinge (2017) viser til at det er avgjørende at barnesykepleiere har nødvendig opplæring i å kunne identifisere mishandling og ha kunnskaper om lovverket som regulerer bruk av meldeplikt. Videre kommer det frem at de var i en unik posisjon til å identifisere og reagere på mulige tilfeller.

4.0 Metode

4.1 Valg av forskningsmetode

I denne studien har vi tatt i bruk den kvalitative forskningsmetoden som bygger på ulike hermeneutiske og fenomenologiske teorier og tar sikte på å beskrive, fortolke og analysere fenomener (Hovland et al., 2009). Sykepleiere og barnesykepleieres erfaringer og holdninger kan ikke tallfestes eller måles, og det var derfor ikke hensiktsmessig å ta i bruk den kvantitative metoden i denne studien. Den kvalitative metoden belyste teamet vårt ved å få frem sykepleiere/barnesykepleiere sine menneskelige egenskaper, slik som holdninger, erfaringer og opplevelser. I den kvalitative forskningsmetoden finnes det ulike strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av materiale fra skriftlig dokumentasjon, samtaler eller observasjoner. Målet vårt var å undersøke meningsinnholdet i et sosialt og kulturelt fenomen, slik det erfares for sykepleiere/barnesykepleiere selv. Subjektivitet er et betydningsfullt nøkkelord for denne typen kunnskap. Forskeren anses som en aktiv deltaker i den kvalitative forskningsmetoden og det handler mer om nye spørsmål enn om universelle sannheter eller gamle svar (Malterud, 2017b).

Ved å ha tatt i bruk den kvalitative metoden har vi fått vite mer om menneskelige egenskaper som holdninger, motiver, erfaringer, tanker, opplevelser og forventninger. Vi har styrket vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør ved at vi har undersøkt og spurt etter respondentenes mening, betydning og nyanser av hendelser og atferd (Malterud, 2017b). Til å analysere datamaterialet vårt har vi brukt Lindseth og Nordbergs fenomenologisk hermeneutiske metode. Vi har valgt denne analysemetoden da vi studerer et sensitivt tema. Metoden vi bli utdypet senere i studien (Lindseth & Norberg, 2004).

4.2 Semistrukturert individualintervju

Det finnes flere måter å samle inn data på i kvalitative studier. Vi valgte å ta i bruk semistrukturert individualintervju for å samle inn data til studien. Denne metoden ga intervjudeltakeren tid og rom til å komme med overveielser og egne erfaringer rundt temaet.

Vi utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2) i forkant av intervjuene, slik at intervjuene ikke skulle spore av i en uønsket retning (Malterud, 2017 b).

Når man skal intervjuer er det viktig å reflektere over hva som kjennetegner en god intervjusituasjon. Det var viktig for oss å tilstrebe at respondenten følte seg trygg nok til å kunne dele sine personlige erfaringer i form av hendelser og opplevde historier. Vi var klar over at det kunne være utfordrende å intervjuer da det krever mye tid og ro fra intervjuer og respondent. Under intervjuene var det viktig for oss å tillate stillhet og vente nysgjerrig på at respondenten selv fortalte fritt uten avledning. Intervjuene var på forhånd godt planlagt slik at vi ikke skulle intervjuer uten mål og mening. Gjennom intervjuene ble det delt informasjon, samtidig som det var en sosial samhandling. Intervjuene førte til at vi fikk vi samlet inn kvalitative data, og konteksten i disse intervjuene spilte en viktig rolle for kunnskapsutviklingen. Det er på bakgrunn av dette helt essensielt at vi som forskere har en god forståelse for hva som blir utvekslet av informasjon mellom respondent og intervjueren, da det vil ha en stor betydning for vår tolkning og våre funn (Malterud, 2017b).

Før vi startet med intervjuene, utarbeider vi en intervjuguide som var et godt hjelpemiddel for at samtalen ikke skulle spore for mye av i en uønsket retning. I denne kvalitative studien var ikke hensikten å standardisere intervjusituasjonen. Målet under intervjuet var å få deltakeren til å dele sine egne erfaringer, som vi håpte ville føre til at det ble fortalt en opplevd historie med en spesiell betydning. Under intervjuene var det viktig å finne en balanse mellom et åpent sinn og holde fast på problemstillingen vår. Dette var for å få frem viktig informasjon som kunne være med på å belyse problemstillingen vår. Som forskere var det viktig at vi var følsomme og sensitive for å skape trygghet og fortrolighet under intervjuene for at vi skulle lære noe nytt (Malterud, 2017b).

4.3 Utvalg

I denne studien valgte vi å ta i bruk strategisk utvalg. Hensikten ved å ta i bruk denne metoden var for å belyse problemstillingen på en god måte, slik at det ble tilført nye kunnskaper om temaet. Intern validitet og relevans stod sentralt. Vi stilte oss spørsmål om begrepene og metoden vi tok i bruk var relevante. Problemstillingen vår, forforståelsen og den teoretiske referanserammen var med på å bestemme hvilke forhold vi måtte ta hensyn til i studien. Vi

ble enige om hvilken retning vi ønsket å sette søkelyset mot, slik at vi ikke skulle samle inn data om noe som ikke var relevant for problemstillingen. Dette gjorde at utvalget ville få en god informasjonsstyrke. I forskerrollen hadde vi et skarpt blikk på utvalgets karakter og hvilken betydning det hadde for overførbarhet av den kunnskapen vi fikk. Vi har fått tilstrekkelig med rikt og variert materiale som sier mye om det vi ønsket å finne ut av i studien (Malterud, 2017b).

Da vi hadde bestemt oss for hvordan vi ville samle inn datamaterialet, var neste steg å sende søknad til sykehusene og ta kontakt med enhetsleder på de aktuelle avdelingene vi ønsket respondenter fra. Enhetsledere fra de valgte avdelingene sendte ut e-post til de ansatte som innfridde kravene vi hadde satt, med informasjon om studien og en forespørsel om å delta. Vi fikk også være med på et personalmøte på en av avdelingene for å snakke om studien. I tillegg ble det hengt opp informasjon om studiet med påmeldingsliste på samtlige avdelinger. De som ønsket å delta kunne skrive seg på listene og det var slik de meldte sin interesse. Videre startet vi øverst på listene med å ringe eller sende tekstmelding til respondentene. Dermed ble det til at vi intervjuet de 12 første som meldte sin interesse for å delta. Det ble et tilfeldig utvalg av deltakere hvor enhetslederne ikke hadde hatt muligheten til å plukke ut de som hadde den ene eller den andre meningen om temaet. Vi kom ikke i en situasjon hvor vi måtte endre utvalgskriteriene (Malterud, 2017a). Populasjonen bestod av 12 respondenter, hvor ni av dem hadde videreutdanning innen barn, kreft eller psykososialt arbeid. Aldersspennet var mellom 37-62 år og de hadde arbeidserfaring mellom 15 og 30 år med barn og unge i spesialisthelsetjenesten.

4.4 Intervjusituasjon

Vi gjorde et pilotintervju med lydopptaker og finjusterte intervjuguiden før vi avtalte intervjuene. Respondentene fikk lese infoskrivet i forkant ved at vi sendte dem dette på e-post. De som ikke hadde lest det på forhånd fikk god tid til dette før vi startet intervjuet. Samtlige respondentene skrev under på informert samtykke. Under intervjuene tok vi i bruk lydopptaker.

Det var flere utfordringer knyttet til det å utføre individualintervjuene. Disse utfordringene reflekterte vi over før vi satt i gang med intervjuene. Siden temaet var sensitivt, var vi klar

over at det kunne vekke mange følelsesmessige reaksjoner hos respondentene. Dette kunne føre til at forsvarsmekanismer ble utløst og kunne virke angstprovoserende. Det var derfor viktig at vi tok høyde for hvordan vi som intervjuere agerte overfor respondenten.

Respondentens personlige grenser med tanke på etiske krenkelser og den mellommenneskelige dynamikken under intervjuet ble tatt hensyn til (Kvale et al., 2015).

Respondentene og vi som intervjuet var svært engasjerte rundt temaet og de hadde mye informasjon og erfaringer å dele. Som intervjuere var vi derfor oppmerksomme på at det var for å legge ordene i munnen på respondentene, og at det ble viktig å gi dem god tid og rom for å svare på spørsmål. Målet vårt var å gjøre intervjusituasjonen så trygg som mulig ved å tilstrebe en god atmosfære og ufarliggjøre situasjonen. For å få til dette valgte vi å kun være to intervjuere til stede, slik at respondenten ikke skulle få følelsen av å bli overveldet og at det skulle bli lettere å fortelle fritt. Det ble kun servert drikke under intervjuene for å unngå forstyrrelser, og for å tilstrebe god kvalitet på lydopptakene. På slutten av hvert intervju fikk respondentene spørsmål om det var noe mer de ønsket å tilføye utenom det vi hadde snakket om. De fleste hadde ikke noe mer nytt de ønsket å dele, men presiserte at de syntes det var svært viktig at vi gjorde en studie på dette temaet.

4.4.1 Gjennomføring av intervjuet

Vi har i denne studien samlet inn personsensitive data. Før vi gikk i gang med de kvalitative forskningsintervjuene, måtte vi derfor søke FEK (fakultets etiske komite), NSD (Norsk senter for forskningsdata) og sykehusenes forskningsenhet om godkjenning av intervjuene. Godkjenningene var på plass før datainnsamlingen startet 11. januar 2022 (Malterud, 2012). Intervjuene ble gjennomført ved møterom på respondentenes arbeidsplass. Disse møterommene booket vi med hjelp av sekretær og fagsykepleier på de aktuelle arbeidsplassene. I starten av intervjuene informerte vi alle respondentene om at vi hadde en intervjuguide, som veiledning for å holde oss innenfor valgt tema, men at det var tid og rom for avsporinger fra deltagerne, slik at de kunne fortelle fritt rundt tema. Vi erfarte fra de første intervjuene at deltagerne kom med relevant informasjon som vi ikke selv hadde tenkt på å ta med i intervjuguiden. Dermed la vi til noen tilleggsspørsmål for de neste intervjuene. Vi

informerte om at intervjuet ville tas opp med lydopptaker og at lydfilene kun skulle brukes til studiens formål og ville bli slettet etter at intervjuet var ferdig transkribert og sensur forelå. Ved å bruke lydopptaker følte vi oss friere til å lytte og ta inn det de sa underveis og kunne stille oppfølgingsspørsmål.

Vi valgte å kun være to av tre som intervjuet for hvert intervju. Under intervjuene var det en som hadde hovedansvar for selve intervjuet og en som fulgte med i intervjuguide og skrev notater. Ved å gjøre det slik, opplevde vi at vi fikk stilt de samme oppfølgingsspørsmålene til alle respondentene i studien ved hvert intervju. Vi hadde på forhånd lest oss godt opp på teori og forskning om temaet før vi gikk i gang med intervjuene. Likevel var det viktig for oss å ikke fremstå som eksperter eller overlegne om temaet. Vi stilte undrende og åpne spørsmål og prøvde å skape en trygg og lett atmosfære. Vi la opp til at respondentene kunne reflektere rundt egen praksis og forsøkte å ikke «legge ordene i munnen på dem». Når de snakket og fortalte, ga vi respons med å nikke, undre oss med dem, smile, og si responsbekreftende ord som «ja» og «mm». De 12 intervjuene som ble gjennomført bar preg av ro og at deltagerne tok seg god tid. Vi hadde tenkt å utføre intervjuene en måned før de ble gjennomført, men grunnet svært travle dager på avdelingene samt høytid, valgte vi å utsette opplegget. Dette følte vi var et godt valg, da samtlige respondenter utførte det vi følte var et uttømmende intervju. Intervjuene varte mellom 25 og 70 minutter.

4.4 Analyse

Til å analysere datamaterialet i studien har vi brukt Lindseth og Nordbergs fenomenologisk hermeneutiske metode. Vi har valgt denne da vi studerer et sensitivt tema. Respondentene fortalte om etisk vanskelige situasjoner i sitt arbeid i spesialisthelsetjenesten. Å fortelle historier, som de selv hadde vært i eller vært vitne til, kunne de fritt snakke om, men å forklare den etiske tenkningen de gjorde i situasjonen kunne være vanskelig. Dermed var det historiene og erfaringene til respondentene, som dannet grunnlaget for studiens data (Lindseth & Norberg, 2004).

Nedenfor vil vi skissere veien fra intervjuene ble gjort og til vi kunne starte med analysen av dataene. Ettersom datamaterialet fra intervjuene var på lydopptak, ble veien videre å få materialet fra tale til tekst. Under transkriberingen hørte vi på lydbåndet fra intervjuet mens vi skrev ned det som ble fortalt. Vi var svært nøye på at alt man hørte ble skrevet ned. Teksten ble dermed lik det som opprinnelig ble sagt under intervjuene. Intervjuer transkriberte intervju man selv hadde gjennomført. Dette gjorde vi for å sikre at respondentenes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet på en korrekt måte. Dermed var den som transkriberte klar over nonverbale sider ved kommunikasjonen, som kunne forme meninger i samtalen som ikke uten videre kunne kjennes igjen på lydopptaket. Formålet med de transkriberte intervjuene var å fange opp samtalen slik at den på best mulig måte formidlet det som respondenten ville dele (Malterud, 2017b). Da respondentene åpent og villig fortalte historier og erfaringer om temaet, opplevde vi at vi fikk en god metning av data etter 12 intervju.

4.6.1 Fenomenologisk hermeneutisk metode

I denne studien har vi som nevnt valgt å bruke Lindseth og Nordbergs fenomenologisk hermeneutiske metode for prosessen fra narrative transkriberte intervju til analysert meningsinnhold. Siden temaet vårt kan være sensitivt og etisk vanskelig, egner metoden seg godt. Dette fordi den tar høyde for at mennesker er i stand til å prate om erfaringer som er vanskelige, men den etiske tenkningen rundt kan være vanskelig å få tak i og synliggjøre gjennom analyse. Metoden ble inspirert av Paul Ricoeur sin teori om tolkning og baserer seg på å bevege seg i en kontinuerlig sirkel mellom tre steg. Disse er; naiv lesing, strukturell analyse og omfattende forståelse (tolket helhet). (Lindseth & Norberg, 2004).

Siden studien omhandler erfaringer og historier fra praksisfeltet, synes vi det egner seg godt å bruke den humanistiske vitenskapstradisjonen. Narrativene respondentene fortalte oss var av såpass sensitiv art at de krevde at vi med stødighet hadde konfidensialitetsprinsippene klart fremfor oss gjennom hele prosessen. Samtidig er kunnskap man får av respondenters erfaringer gjennom fortalte narrativer, blitt løftet frem og mer verdsatt i nyere tid. «Narrative based medicine» er blitt et begrep i medisinsk faglitteratur og er motparten til «evidence based medicine» (Malterud, 2017b).

4.6.2 Naiv lesing

De ferdig transkriberte intervjuene ble lest igjennom flere ganger. Gjennom denne naive og åpne lesingen var vi ute etter å dra ut helheten av hva hvert enkelt intervju sa noe om. Altså de elementene som skilte seg ut, og som vi stoppet opp ved, fordi de skapte bevegelse i tanker og mening om temaet hos oss som lesere. Vi leste de ferdig transkriberte intervjuene flere ganger før vi startet med analysen av meningsinnholdet i dataene våre. Til hvert intervju skrev vi et lite sammendrag (Lindseth & Norberg, 2004). Gjennom den naive lesingen satt vi igjen med et bilde av hva som gikk igjen blant respondentenes erfaringer om temaet. Disse hadde vi sammenfattet før vi startet med analysen av datamaterialet.

Sammendrag fra naiv lesing:

Omsorgssvikt og mishandling kunne være et utfordrende og vanskelig tema. Respondentene var klar over at de hadde et selvstendig ansvar for å melde, men at de sjelden eller aldri hadde meldt i eget navn. Det var ofte en diskusjon før det ble meldt, dersom de var bekymret for barn og unge. Oftest var denne i tverrfaglig team (sykepleier, lege, annet helsepersonell som så barnet). De hadde erfaring med at det var legen som meldte. Mange erfarte at dersom de visste at det var meldt, så meldte de ikke på nytt. Respondentene beskrev at de ikke hadde nok kunnskaper om temaet og trakk frem manglende kunnskaper med bruken av meldeplikt og lovverk. De hadde erfaringer med at observasjon og dokumentasjon var utfordrende når de hadde en bekymring. Mange opplevde å ikke ha noe samarbeid med barneverntjenesten og de savnet tilbakemelding etter meldt sak. Noen av de som hadde samarbeidet tett med barneverntjenesten hadde hatt gode erfaringer.

4.6.3 Strukturell analyse

I arbeidet med de transkriberte intervjuene dannet vi oss et bilde av intervjuene enkeltvis og i sin helhet. Deretter eksporterte vi de ferdig transkriberte intervjuene inn i tekstanalyseringsprogrammet Nvivo 12, for å lage og sortere noder (meningsbærende enheter). Vi endte opp med om lag 700 noder av de 12 transkriberte intervjuene. Når disse nodene var kondensert, startet vi med å sortere dem, samtidig som vi gikk tilbake til å lese sammendrag fra den naive lesingen vi hadde gjort på forhånd. Denne parallelle måten å jobbe på gjorde at vi kunne skape et system for kondensert tekst, subtemaer og til sist

identifisere de fire temaene vi vil presentere og diskutere senere i studien. Under arbeidet med å identifisere hovedtema, måtte vi passe oss for å ikke bare sortere noder i predefinerte bokser med enkle overskrifter. Vi jobbet kontinuerlig med meningsinnholdet i tekstene og plasserte noder i kondensert beskrivelse av tema. Dette var en møysommelig jobb og temaene vokste frem etter hvert som det ble tydelig at enhetene sa noe om det samme. Dermed ble overskriftenes ordlyd formulert på en måte som avslørte meningen i hvert enkelt tema. Da vi hadde arbeidet oss igjennom setning for setning satt vi igjen med fire hovedtema, og 2-4 subtema for hvert av disse.

Vi har også sortert ut noder som ikke var relevante for oppgavens problemstilling. Disse ble sortert bort og lagt i egen mappe. Denne mappen kalte vi «ingen data». Vi har gjennomgått disse dataene underveis i analysen og tok dem til vurdering, men de ble ikke tatt med i selve analysen og har dermed ikke bidratt til å formulere hovedtema (Lindseth & Norberg, 2004).

4.6.4 Omfattende forståelse – tolket helhet

Det siste trinnet i den fenomenologisk hermeneutiske metoden vi har valgt, var å utarbeide en tolket helhet av datamaterialet vårt. Disse vil bli presentert i resultatdelen og videre diskutert i diskusjonsdelen av studien. Dette trinnet bestod i å abstrahere tema, subtemaer og reflektere i lys av studiens problemformulering og kontekst. Nodene med meningsinnhold som stod for seg selv, ble lest igjen som en helhet. Samtidig hadde vi med oss den naive lesingen og de fire hovedtemaene i tankene. Vi hadde fokus på å ha et åpent sinn under hele analyseprosessen. Siden vi tolket ut ifra vår egen forståelse, visste vi at denne ikke kunne settes helt til side. Derfor ble den kritiske refleksjonen viktig, slik at vi underveis kunne utvide og grave dypt i vår egen bevissthet. Vi leste også forskningsartikler i denne perioden, samt at vi oppsøkte diskusjon om temaet med jurist i fylkeskommunen og fagfolk ved egne arbeidsplasser. Dette var også med å danne en bevissthet rundt temaet og kunnskaper hos oss som forskere (Lindseth & Norberg, 2004).

Da vi så etter relevant litteratur som bidrag til analyse og diskusjon, lette vi etter litteratur som var hensiktsmessig for å belyse vårt problem. Her tok vi utgangspunkt i litteratur som kunne overføres til vårt problem og som ikke kom i noen konflikt med grunnleggende hensyn, som

for eksempel livssyn og lovverk. Når det oppstod forskjeller, vurderte vi hvordan vi skulle forholde oss til dem. Vi fant først og fremst forskning om levd erfaring med bruk av meldeplikt, med grunnlag i det respondentene fortalte oss av egne erfaringer. Dermed ble det tydeligere hvilke forskningsartikler som var relevante for å belyse dataene fra intervjuet på en god måte.

I prosessen med å skape en tolket helhet, kunne vi ikke følge strenge regler for metode, og i dette trinnet kom vi igjen nær teksten fra intervjuene og vi lot setningene stå for seg selv. Denne rekontekstualisering gjorde at vi med vår fantasi prøvde å forstå hva datamaterialet sa noe om i lys av det teoretiske rammeverket. Her forsøkte vi utelukkende å løfte meningsinnholdet i tekstene og se fremover. Vi vurderte også i denne prosessen om vi trengte flere intervjuer, men anså oss tilfreds med metningen i data på dette tidspunktet. Datamaterialet som vi hadde eksportert til NVivo 12, ble til meningsbærende enheter, kondensert tekst, subtemaer og til sist hovedtema. Eksempel på strukturell analyse presenteres i tabell 2 (Lindseth & Norberg, 2004).

Tabell 2. Eksempel på strukturell analyse i NVivo 12

Meningsbærende enhet	Kondensering	Sub-tema	Tema
Og foreldre som er i krise og, tenker det beste, nei det skal nok gå, tenker mer på foreldre enn på barnet, sånn som en har gjort opp igjennom. Barn har jo ikke blitt tatt alltid på alvor i forhold til smerte og mange andre type ting.	Barn har ikke blitt tatt på alvor	Ta barn på alvor	Ivareta barns sikkerhet
For barnets beste. For det er jo barnet som skal være det beste. Men noen ganger så er det beste for barnet å hjelpe foreldrene til å få det til og. Og andre ganger ta de vekk fra foreldrene, men det er jo ikke opp til oss da. Men like mye å hjelpe/støtte foreldrene til å få det til. For det vil og noen få til. Men det er jo i hvert fall bedre tverrfaglig samarbeid for barnets beste.	Barnets beste	Barnets beste	Ivareta barns sikkerhet
Så det er jo bare det vi må jobbe for, barnets stemme og få det opp og ut og igjen så er det jo sånne oppgaver, at dere på en måte kaster søkelyset på det og får det opp og ut og fram som må til.	Jobbe for å få frem barnets stemme	Barnets stemme	Ivareta barns sikkerhet

Metoden egnet seg for vår studie, fordi den har som mål å kunne påvirke menneskers perspektiv på realitet og hjelpe dem videre til å bli klar over mulighetene. Altså de alternative måtene til å drive praksisen på rundt bruk av meldeplikt i fremtiden. Vi mener denne metoden egnet seg godt for arbeidet vi har gjort med å analysere meningsinnholdet fra dataene våre. Til sist synes vi at metoden vil kunne forbedre kunnskaper om temaet, som kan gjøre sykepleiere og barnesykepleiere mer faglig robust på lovverk og klar over personlige egenskaper i vanskelige saker i fremtiden (Lindseth & Norberg, 2004).

5.0 Forskningsetiske overveielser

Studier skal ikke utføres uten mål og mening. I forkant av denne studien var det viktig at vi som forskere var reflektert over mulige konsekvenser som kunne oppstå underveis i prosessen. Vi tok hensyn til mulige belastninger respondentene kunne utsettes for, men også fordeler og gevinster ved å delta i studien. Det var viktig at vi som forskere var klar over at respondentene kunne gi oss opplysninger de i ettertid kunne angre på, da den kvalitative tilnærmingen kjennetegnes ved åpenhet og intimitet. Under intervjuene kunne det være en spenning mellom det å ha et ønske om å oppnå ny kunnskap, samtidig som vi skulle ta etiske hensyn. Vi hadde på forhånd et ønske om at intervjuene skulle gå så dypt som mulig, slik at vi ikke samlet inn overfladisk datamateriale. En intervjustudie kan bli påvirket av flere etiske problemstillinger underveis som man bør ta hensyn til gjennom hele forskningsprosessen (Kvale et al., 2015). Vi måtte også ta forholdsregler med hensyn til regelverk som regulerer forskningen. For å sikre deltakerens trygghet og sikkerhet, har personopplysningsloven, helseforskningsloven og forskningsetikkloven blitt fulgt. Vi har også forholdt oss til Helsinkideklarasjonen, da denne sammenfatter ulike etiske prinsipper innenfor medisinsk forskning (Malterud, 2017b).

5.1 Troverdighet og pålitelighet

I denne studien har vi hatt som mål å utarbeide et troverdig og pålitelig forskningsarbeid. For å oppnå dette måtte vi underveis i prosessen sørge for intern validitet. Vi stilte oss kontinuerlig spørsmål rundt om hva våre funn var sanne om og hvem dette var relevant for. Samtidig ønsket vi å tilstrebe ekstern validitet. Med dette som utgangspunkt så vi på om funnene fra datainnsamlingen var overførbare og om vi kunne si at funnene kunne overføres til andre i andre sammenhenger. Siden vi valgte et kvalitativt studieopplegg, ønsket vi å tilstrebe en metning av data. Informasjonsstyrken i intervjuene var med på å avgjøre hvor stort utvalget vårt ble til slutt. Vi endte opp med å inkludere 12 respondenter, som hadde ulik arbeidserfaring fra barne- og ungdomsavdeling, nyfødttintensivavdeling og annet arbeid med barn innen helsesektoren. Dette ga oss variasjonsbredde i respondentgruppen. Siden vi var tre

til å intervju ville vi vurdere om det var hensiktsmessig at vi ikke intervjuet på den arbeidsplassen vi selv jobbet. Dette valgte vi å gå bort ifra, da vi anså det som en trygg intervjusituasjon for respondentene å snakke om sensitive tema med noen de kjenner fra før. Det viste seg også at respondentene var villige til å fortelle om erfaringer og historier om temaet fra praksisfeltet (Malterud, 2017b). For å sikre robuste data brukte vi «critical incident technique». Eksempel på dette er; «fortell hvordan du erfarte å være bekymret for barnets omsorgssituasjon» eller «kan du gi et eksempel på det du fortalte nå?». Dette strukturerte samtalen, og ga samtidig respondentene muligheten til å komme med avsporinger. Vi tok dette valget fordi det kan ligge mye kunnskap i slike avsporinger (Malterud, 2012).

5.2 Informert samtykke

Respondentene fikk på forhånd et informasjonsskriv hvor de fikk forespørsel om å delta i studien (vedlegg 1). Dette skrevet inneholdt informasjon om bakgrunn og hensikt med studien. I informasjonsskrivet ble det også informert om konsekvensene ved å delta og at det var frivillig deltakelse. Her understreket vi at respondenten kunne være trygg på at anonymitet og fare for gjenkjenning ville bli ivaretatt. Målet var at våre respondenter skulle føle at de nakent og ærlig kunne fortelle om sine erfaringer om et sensitivt tema og at personvernet ble ivaretatt. Gjensidig tillit var en forutsetning. Respondentene måtte skrive under på et informert samtykke med forutsetning om at de var klar over at de deltok frivillig og kunne trekke seg når som helst. De ble også opplyst om at de kunne lese gjennom studien før den ble levert til sensur. Denne informasjonen ble gitt på forhånd både skriftlig og muntlig. Samtykket innebar at respondenten var godt informert om formålet og fordeler og ulemper ved å delta i studien. Vi kunne med dette trygge respondenten på at personvern, anonymitet og taushetsplikt ble ivaretatt (Malterud, 2017b).

5.3 Oppbevaring av data

Alle intervjuene ble tatt opp med lydopptaker, som ikke kunne kobles til internett. Dataene ble oppbevart slik at de kun var tilgjengelig for oss som forskere. Dette ble gjort for å sikre konfidensialitet. Persondata om respondentene gjennom informert samtykkeskriv og de transkriberte intervjuene, ble holdt adskilt fra hverandre. Dette ble gjort ved at vi kodet intervjuene med nummer. I transkripsjonsfasen fikk respondentene pseudonymer, som vi senere kunne koble opp mot persondata når analysedelens rekontekstualisering skred frem. De transkriberte intervjuene vil bli slettet etter sensur av studien (Malterud, 2017b).

5.4 Vår rolle som forskere

Vi ble raskt klar over at vår rolle som forskere var sammensatt. Vi måtte vise evne og ønske til å stille spørsmål ved fremgangsmåten og funnene våre, ved å være kritisk til disse. Vi måtte heller ikke være forutinntagende og styrt av våre egne hensikter med studien. Vi som forskere måtte ha et åpent sinn slik at ikke bare det vi på forhånd trodde om temaet skulle ta plass, men at vi heller hadde et åpent sinn hvor tvil, nye tanker og rom for uventede funn kom frem. Dette fikk stor betydning for vår rolle som forskere og førte til et gyldig og troverdig studieopplegg. Vi var fleksible og tok ikke ting for gitt, og samtidig var vi kritiske til våre egne syn. Vi ønsket å konfrontere egen praksis, for å kunne være med å endre fordommer og praksis i fremtiden. Vi tilstrebet at alle synspunkter i studien ble brakt frem i lyset og ble diskutert (Malterud, 2017b).

Vi har selv stilt oss spørsmålet hvorvidt det var reliabelt og valid å ha kjennskap til respondentene via felles arbeidssted. Vi opplevde at det var en fordel for oss som forskere å kjenne til respondentene. Kjennskapet til dem kunne føre til at respondentene følte seg trygge nok til å kunne ytre sine meninger, erfaringer og holdninger. Samtidig kunne det også føre til det motsatte, at respondentene holdt igjen informasjon eller endret på sannheten for at vi skulle få et visst inntrykk av respondenten (Malterud, 2017b).

6.0 Presentasjon av funn

I lys av studiens problemformulering førte analysen av datamaterialet oss frem til fire hovedtema med til sammen tolv subtemaer. Vi har laget en tabell (tabell 3), hvor disse er skjematisk fremstilt.

Tabell 3. Sammenfatning av funn med fire hovedtema og tolv subtemaer

Hovedtema	Subtema
Helsepersonell og meldeplikt	<ul style="list-style-type: none">• Alle kan melde• Grunner til at man ikke melder• Grunner til at man melder• Ønsker for fremtiden
Er det nok å være bekymret?	<ul style="list-style-type: none">• Grunn til å tro• Krevende å engasjere seg• Om å være objektiv
Barnevern – til sorg eller glede	<ul style="list-style-type: none">• Samarbeid med barnevern• Tanker om barnevern
Spesialisthelsetjenesten - skal ivareta barns rettsikkerhet	<ul style="list-style-type: none">• I lovens navn• Kunsten å se• Organisatoriske utfordringer

6.1 Helsepersonell og meldeplikt

Hovedtemaet består av fire subtemaer. Disse er; alle kan melde, grunner til at man melder, grunner til at man ikke melder og ønsker for fremtiden.

6.1.1 Alle kan melde

Samtlige respondenter uttrykte at bruk av meldeplikt til barnevernet var et vanskelig tema, men de var klar over at de hadde et selvstendig ansvar for å melde. Noen synes det var bedre å være samlet om å melde, på grunn av bekymring og redsel for konsekvensene ved å melde på feil grunnlag. Samtidig forstod de at det var viktig å melde ved mistanke om omsorgssvikt og mishandling.

«Vi får beskjed om at vi skal melde, vi skal ha lav terskel for å melde fordi det er så viktig å melde» (Respondent nr.10).

Det var legen som tok ansvar for å melde i de fleste tilfellene, men i forkant hadde de en tverrfaglig diskusjon før meldingen til barnevernet ble sendt. Dette innbar diskusjon, drøfting og samtale mellom ulike profesjoner i spesialisthelsetjenesten. Det tverrfaglige teamet bestod av sykepleiere, leger, psykologer, fysioterapeut, ergoterapeut og prest. Noen beskrev at det ble mer tyngde i meldingen når den kom fra hele teamet, og de synes også det var en styrke å diskutere spesielt bekymring rundt samspill mellom foreldre og barn med andre kollegaer. Andre opplevde at ansvarlig overlege på jobb tok mer ansvar for å melde enn leger i spesialisering. Til tross for at sykepleierne erfarte at det var en innarbeidet praksis at legen meldte til barnevernet, var de likevel noen ganger usikre på om det ble sendt melding.

«... melder vår bekymring videre til legen og så snakker vi om det med legen og så er det jo legen som melder» (Respondent nr. 4).

6.1.2 Grunner til at man ikke melder

Grunner til at sykepleierne og barnesykepleierne ikke meldte til barnevernet, kunne være at man da stod i fare for å svekke alliansen til foreldre og de var redde for at familien ville flytte hvis de møtte på motstand. De kunne også være redde for å gjøre situasjonen vondt verre for barnet.

«... da må vi tenke oss om, fordi her er det en familie som flytter i det de møter motstand. Så hvis de får nyss i at det er meldt fra sykehuset, så mister man alliansen og da risikerer vi at dette barnet ikke får oppfølging i en eller annen periode, som kan forverre og gjøre sykdommen kronisk» (Respondent nr. 6).

Når det allerede var meldt til barnevernet, så lente respondentene seg på at det var meldt og meldte ikke på nytt. Det kom også frem at det varierte om man meldte på nytt, eller om de unnlot å melde dersom de visste at det allerede var opprettet en sak. Noen oppga også at de kunne melde på nytt til barnevernet, dersom det dreide seg om en ny hendelse de visste de ikke var meldt om tidligere.

Blant respondentene var det flere som erfarte at barrieren for å melde til barnevernet ble høyere og mer belastende når man meldte i eget navn. Noen var redde for å melde i eget navn, fordi foreldrene da fikk vite navnet deres, og dermed hadde de noen ganger også et ansikt på den som meldte. De beskrev også at dersom det eventuelt skulle bli en rettsak, ville det blitt veldig mye fokus på melder sitt navn og at de da kviet seg for konsekvensene dette kunne medføre.

«Og da har de jo både navnet mitt og ansiktet og vet hvor jeg bor holdt jeg på å si. Facebook vet du» (Respondent nr. 9)

Det kom også frem at det ikke nødvendigvis var lett for en nyutdannet sykepleier å identifisere omsorgssvikt og mishandling, når man hadde lite praksiserfaring fra arbeid med barn og familier. Lite erfaring og kunnskap kunne føre til at meldeplikten ikke ble brukt.

«Det er jo erfaringskunnskap, som er så viktig å opparbeide seg og den får du jo med at du har tid til å ha med deg de nye på litt» (Respondent nr. 12).

6.1.3 Grunner til at man melder

Respondentene beskrev at arbeidserfaring med barn i spesialisthelsetjenesten kunne bidra til å identifisere omsorgssvikt og mishandling tidligere, og at det også var lettere å være tydelig i diskusjoner rundt meldesaker. Når man på forhånd visste at det allerede var meldt en sak til barnevernet på et søsken, fortalte noen at de hadde erfaring med at meldingen ble sendt raskere når man var bekymret for en pasient.

“Er det så farlig å melde noe som du ser du er bekymret over?” (Respondent nr. 7).

Samtlige respondenter oppga at det var lettere å melde til barnevernet ved tydelig og klar skade på barnet, eksempelvis bruddskader som var uforenelig med skademekanismen. De hadde også vært bekymret for barn som hadde vært innlagt flere ganger med brudd og brannskade. Ved bekymring for barn og unge kom det frem at ortopedene meldte på konkrete bevis og at de var mer observante og flinke til å følge opp pasienten.

«I dette tilfellet var jo ortopeden så klar selv. For det var det med dette bruddet og hvordan det så ut og barnet var jo under ett år. De sier barn under ett år da skal man mistenke barnemishandling automatisk. Til det motsatte er bevist» (Respondent nr.1).

Over halvparten av respondentene hadde erfaringer med at de aldri var i tvil om å melde ifra til barnevernet ved alvorlige saker. Flere trakk også frem at forklaringer som ikke stemte overens med skadens omfang gjorde dem mer årvåken for å identifisere omsorgssvikt og mishandling.

«De sakene jeg har vært borti har vært så alvorlige saker, at det ikke bare har vært mistanke om, men det har vært så alvorlig skade på barnet, at det har aldri ... vært tvil om at det var mishandling av barn» (Respondent nr. 12).

Flere hadde erfaringer med alvorlige barnevernsaker hvor utfallet endte med omsorgsovertakelse. I noen tilfeller fikk respondentene senere vite at foreldrene hadde fått tilbake omsorgen for barnet. Dette førte til at de satt igjen med en følelse av om det i det hele tatt var verdt å melde, når de så at barnet var tilbake hos foreldrene.

«Jeg glemmer det aldri. Den saken der. Aldri. Og jeg glemmer ikke det der lille desperate babyfjeset. Jeg glemmer det aldri» (Respondent nr. 12).

Respondentene opplevde det ikke nødvendigvis som negativt å melde i fra til barnevernet. Det var flere som hadde erfaringer med godt samarbeid med barnevernet, ved at de var tilgjengelige og hadde tett oppfølging av familiene når de kom hjem. I noen saker kunne det oppleves feigt å bare melde, fordi det foreldrene egentlig kunne hatt behov for var et opplegg som kunne støtte dem i foreldrerollen. Flere andre respondenter trakk frem at det å melde ikke alltid dreier seg om å et ønske om omsorgsovertakelse fra sykepleiernes side, men at foreldrene kunne få veiledning fra barnevernet. De erfarte at det ikke alltid handlet om at foreldrene manglet kjærlighet til barnet.

«Så da gikk jeg inn på rommet og lukket døra og sa at jeg liker så godt denne ungen din og jeg vil så gjerne at den skal ha det godt, og jeg ser at dere har nok av kjærlighet, men at du trenger egentlig noen vinger over deg som liksom kan se at dere klarer det og hvis det er en dårlig dag og dere ikke klarer det akkurat da, at en får den hjelpen dere trenger for å komme over kneiker og sånn. Da ble de jo ganske lite glad i meg akkurat da for så vidt. Men så snakket vi litt mer, og så ble de.. Fant de seg i det liksom» (Respondent nr. 9).

Noen respondenter fortalte at terskelen for å melde burde vært lavere ved diffuse bekymringer, som man kunne blitt mer observante på. De trakk frem erfaringer knyttet til manglende foreldreevner, og at de kunne få en dårlig følelse av at ting ikke var på stell. Dette kunne være knyttet til foreldre som ikke klarte å ta ansvar for medisinsk behandling til barnet, ikke klarte å holde avtaler og ikke møte opp til kontroller på sykehuset. De hadde erfaringer med foreldre som utførte mangelfullt barnestell og som hadde lite struktur i hverdagen som en

grunn for å melde til barnevernet. Samtidig var det også endel respondenter som ga uttrykk for at det var vanskelig å melde i slike saker.

6.1.4 Ønsker for fremtiden

I lys av erfaringene respondentene hadde om bruk av meldeplikt, kom det frem at de hadde ønsker om en endring av praksis i fremtiden. De ønsket seg klare retningslinjer og et flytskjema for barn og unge de var bekymret for, som kunne kartlegge når man skulle melde eller ikke. Samtlige ønsket seg verktøy som kunne gjøre dem mer observante, og savnet direkte spørsmål de kunne stille pasient og foreldre som rutine når de var bekymret for barn og unge.

«Så det reint... organisatoriske, det blir litt tilfeldig etter hvem som er på jobb. Det ligger ikke noen klare føringer» (Respondent nr. 11).

Flere respondenter sa at det hadde vært nyttig med et verktøy for å identifisere omsorgssvikt og mishandling, men det måtte være et godt verktøy. Skulle dette implementeres måtte det ikke bare være et nytt i rekken av andre verktøy som allerede anvendes i spesialisthelsetjenesten. Det ble trukket frem at til tross for verktøy, så måtte magesfølelsen være der.

«Altså noen er jo veldig flinke til å framtre vidunderlig, så de ville jo kanskje ha nettopp hoppet fra maske til maske i det nettverket der. Jeg tror magesfølelsen må være med altså» (Respondent nr. 9).

Mange ønsket seg økt kunnskap og kompetanse om temaet og hvordan barnevernet kunne hjelpe barnet og familien. Videreutdanning innen barnesykepleie og kurs førte til at respondenter fikk mer kompetanse på området. De trodde at mer kompetanse innenfor omsorgssvikt og mishandling førte til en bedre forståelse for at disse sakene var komplekse og at det kreves økt kunnskap for å håndtere dem. Videreutdanning kunne også bidra til at man

ble mer observant på å se mangelfulle samspill og gi dem et økt engasjement rundt de sårbare barna.

«Jeg tenker faktisk at etter at jeg tok barnesykepleier er en faktor som har bidratt til at jeg har blitt mer observant» (Respondent nr. 6).

6.2 Er det nok å være bekymret

Dette hovedtemaet består av tre subtemaer. Disse er; grunn til å tro, krevende å engasjere seg og om å være objektiv.

6.2.1 Grunn til å tro

Samtlige respondenter ga uttrykk for at de hadde vært bekymret for barn og unge innlagt i spesialisthelsetjenesten. De erfarte at det holdt å være bekymret og at helsepersonell seg imellom ikke alltid trengte å være enige i bekymringen. Barnets beste kom først, men respondentene var redde for om de hadde gjort riktige observasjoner, og om de observerte forskjellig i forhold til for eksempel foreldreevner.

«Barnas beste kommer jo først. Men så er det det da hvis den der usikkerheten.. gjør vi det riktig?» (Respondent nr. 4).

Sykepleierne og barnesykepleierne som ble intervjuet opplevde at foreldre som var under observasjon på grunn av mistanke og bekymring om omsorgssvikt, hadde "piggen ute". Respondentene måtte ofte stille seg spørsmål om det de observerte var godt nok eller ikke. Samtlige respondenter oppga at samspillsamtaler kunne hjelpe til med å avdekke den intuitive foreldreomsorgen. Samspillsamtalene kunne vise om foreldrene tok til seg veiledningen de fikk og om dette førte til at samspillet ble bedre mellom foreldrene og barnet. Dersom foreldrene ikke var interessert i samspillsamtaler forsterket det mistanken om omsorgssvikt. Respondentene sine erfaringer var at velfungerende foreldre synes det var kjempestas å vise frem barnet under samspillsamtaler. De gangene respondentene observerte at samspillet ikke var godt, gjorde det dem bekymret.

“Jeg føler noe av den viktigste oppgaven vår i forhold til å avdekke omsorgssvikt er å observere samspillet mellom foreldre og barn” (Respondent nr. 10).

Det kom også frem at flere sykepleiere og barnesykepleiere ble bekymret for barnet når de så at foreldrene hadde dårlig mental helse. De fortalte at ved bekymring for barn og unge ble de ofte usikre på sine egne observasjoner og kunnskaper rundt omsorgssvikt og mishandling.

“Så tenker jeg ikke minst kunnskapen, og vi skjønner nok ikke hvor stort ansvar vi egentlig har” (Respondent nr. 7).

Ved bekymring for omsorgssvikt eller mishandling oppga respondentene at samtaler med barnet og foreldre enten styrket eller svekket graden av bekymringen deres. Dette beskrev de ved at de kunne spørre foreldre om hva som var vanlig oppførsel hos barnet hjemme og om sykehussituasjonen påvirket og gjorde denne annerledes. De måtte ha tid og anledning til å tørre å spørre barnet, for å kunne gå inn i bekymringen. Respondentene hadde erfaringer med situasjoner hvor det var flere momenter som utøste bekymring for barnet eller ungdommen. Det var ikke alltid det ble sendt melding til barnevernet når de var bekymret for barn og unge. De gangene det ikke ble sendt melding når respondentene beskrev at de hadde hatt bekymring, hadde de tenkt på noen av disse sakene i ettertid.

«Til du har de helt store tinga, hvor det handler om masse uoppdaget rusproblemer, som gjør at de mishandler barnet sitt, nesten i døden» (Respondent nr. 12)

Flere respondenter synes det var vanskelig å vurdere hva som er normale responser hos foreldre i krise. Det kan oppleves dramatisk og belastende for foreldre og barn å bli meldt til barnevernet. Barn med kronisk sykdom og familiene deres kunne være vanskelig å observere med tanke på bekymring for atferd, utenfor de normale reaksjonene på krise.

6.2.2 Krevende å engasjere seg

Samtlige respondenter fortalte at det var krevende, både personlig og faglig å engasjere seg i en sak der man var bekymret for barn eller ungdom. Barn og unge man var bekymret for kunne være krevende å ha, og det var sykepleiere og barnesykepleiere med visse personlige egenskaper som ofte hadde disse pasientene. Personlige egenskaper kunne ha betydning for om man velger å melde eller ikke. De personlige egenskapene beskrev de som personer som; “brant” for pasientene, hadde personlige interesse for pasientene, engasjement rundt pasientene og personlig hva man trekkes mot. Disse egenskapene gjorde at sykepleierne og barnesykepleierne ofte ble primærkontakter for barn og unge man var bekymret for.

«Også er det jo noen man vet er flinkere med disse barna, og de blir jo fort satt opp. Og det er jo gjerne de som brenner for dem» (Respondent nr. 10).

Flere fortalte at de prioriterte tid til de innlagte barna man var bekymret for, mens andre sa at akutte og medisinske pasienter alltid ble prioritert først. De måtte kjempe for at tid til barn og unge man var bekymret for ble prioritert i spesialisthelsetjenesten. Respondentene beskrev at de ikke hadde nok tid til å observere disse pasientene, for å kunne identifisere omsorgssvikt og mishandling. Det var vanskelig å nedprioritere dem, men det akutte kom alltid først. Noen vegret seg for å ha pasientansvar for barn/unge og familier med sosiale utfordringer.

«De som er.. kan du kalle.. litt krevende mer sosialt, de er ikke nødvendigvis så populære» (Respondent nr. 9)

Når man hadde bestemt at det var grunnlag for å melde til barnevernet, hadde man erfaringer med at legen informerte foreldrene før det ble meldt. Noen ganger informerte de foreldrene om at de var bekymret for barnet utfra det de observerte. Denne samtalen kunne tas av både lege og sykepleier. Andre erfarte at sykepleier og barnesykepleier som kjente familien best var med på disse samtalen, men at ikke dette alltid var praksis. Fordelen med at sykepleier og barnesykepleier var med på samtalen, var for å kunne samtale med foreldrene og snakke om de reaksjonene de fikk etter at beskjeden var gitt.

«Å snakke om ting som ikke er hyggelig. Det jo krevende da!» (Respondent nr. 9).

Pasienter som var innlagt for tverrfaglig utredning, var pasienter de ofte var bekymret for. Dette kunne være barn og unge som kom inn for utredning av langvarig utmattelse, smerter eller hodepine, eller andre langvarige plager. Dette var en pasientgruppe som ofte ble neglisjert av sykepleiere og barnesykepleiere, og var upopulære pasienter å ha. De fant sjelden en somatisk feil hos disse barna og ungdommene, men de så ofte et mangelfullt samspill mellom pasient og foreldre. Det kom frem at et tverrfaglig team rundt pasientgruppen kunne hjelpe, slik at man kunne se hele bildet av barnet eller ungdommen og familien.

6.2.3 Om å være objektiv

Samtlige respondenter erfarte at det var vanskelig å dokumentere i barnets journal når de var bekymret for omsorgssituasjonen til barn og unge. De måtte kunne stå for det de skrev i journalen og måtte tenke igjennom hvordan de ordla seg. Det ble vanskeligere og mer komplisert å dokumentere siden barnet hadde åpen journal og de visste at foreldrene kunne lese og be om utskrift av det som stod skrevet.

Det var vanskelig å skrive objektivt om det de hadde observert, og de var redde for å skrive feil og opptatt av at man ikke skulle mene og synse. Dette så de på som den største utfordringen ved dokumentasjon. Respondentene beskrev at i noen saker kunne det ende opp med at deres egne observasjoner og dokumentasjon, ble grunnlag for en rettsak senere.

“... man kan jo bli arrestert for det man har skrevet “(Respondent nr. 8).

Mange respondenter hadde erfaringer med at det var vanskelig å dokumentere bekymringer som omhandlet observasjoner av foreldre i barnets journal, og disse ble ofte ikke skrevet ned noe sted. Det kunne være utfordrende å skrive om foreldre som hadde psykiske helseplager, som for eksempel mødre med rusproblematikk, som kunne gjøre omsorgssituasjonen til barnet bekymringsfull. De verst tenkelige bekymringene kom når de observerte foreldre som ikke evnet å se barnet sitt, og utfordringer knyttet til foreldrenes omsorgsattferd og samspill. Grunnen til at de ikke dokumenterte disse observasjonene, var fordi de synes det var feil å

skrive om foreldre i barnets journal. Noen praktiserte også å snakke med foreldrene før de dokumenterte en bekymring. Det krevde mye av sykepleierne og barnesykepleierne når de ble bekymret og så et problem, og skulle dokumentere det.

“... har du løftet frem et problem, så må du dokumentere – du må, det krever mye mer av deg selv” (Respondent nr. 5).

De erfarte også at det var vanskelig å dokumentere at man hadde ringt og snakket med barnevernsvakten for å drøfte en sak. De savnet en plass å dokumentere dette i barnets journal.

«... det er jo noen ting man ikke kan skrive i barnets journal. Og da skriver vi det ingen steder» (Respondent nr.10).

Det var praksis å dele bekymringen muntlig mellom sykepleier og barnesykepleier i rapport. Dette kunne være utfordrende å få til på grunn av korte overlapp i vaktskiftet. Som følge av dette ble det for lite kommunikasjon mellom sykepleiere/barnesykepleiere, og for liten tid til å dele bekymringer muntlig. De trodde også at kontinuiteten i pasientoppfølgingen kunne glippe på grunn av dette.

6.3 Barnevernet – til sorg eller glede

Dette hovedtemaet består av to subtemaer. Disse er; samarbeid med barnevernet og tanker om barnevernet.

6.3.1 Samarbeid med barnevernet

Samtlige respondenter ønsket et tettere samarbeid med barnevernet, enn det som var praksis i dag. De hadde erfaring med å ringe og drøfte med barnevernet, men at de kunne gjort dette oftere. Når de hadde ringt barnevernet var det ulike grunner til dette. Det kunne være for å få tak i en omsorgsperson, drøfte en sak anonymt eller for å få råd og veiledning.

Når de vurderte å melde en sak, var det ikke nødvendigvis på grunn av omsorgssvikt, men for at foreldrene skulle få veiledning og hjelp fra barnevernet. De erfarte at barnevernet jobbet med å gjøre hverdagen enklere for familier ved å etablere støttetiltak.

«Tenk hvor mye dette betyr for en familie, som kanskje er i en krise, eller bare trenger litt veiledning. Kanskje det bare er helt enkle tiltak som skal til. Littegrann» (Respondent nr. 12).

Når sykepleierne og barnesykepleierne på forhånd visste at det var opprettet en sak hos barnevernet, fortalte de at observasjonen av foreldrene ble strengere enn hos andre foreldre. Dette gjaldt også når de fikk beskjed av barnevernet om å observere foreldrene.

«Jeg føler at de som er under barnevernet blir observert mye strengere enn andre foreldre» (Respondent nr. 10).

6.3.2 Tanker om barnevernet

Mange respondenter hadde erfaringer med at barnevernet ble omtalt negativt via media, men det var ikke alltid denne opplevelsen de selv hadde. Samtidig erfarte de at foreldre ofte tenkte at barnevernet dreide seg om omsorgsovertagelse av barnet. Andre sa at de følte det ikke nyttet å melde, da de erfarte at det ikke ble gjort noe. Sykepleiere og barnesykepleiere ga uttrykk for at de følte barnevernet ikke hadde nok ressurser og var overarbeidet.

«Jeg tror de er veldig slitne i barnevernet, og at det er mange som varer i kort tid» (Respondent nr. 9).

De trodde også at det skulle veldig mye til for å miste omsorgen for barnet sitt og at et tettere samarbeid med barnevernet og bruk av meldeplikt ville hjelpe for å ivareta barnets rettsikkerhet. Samtlige respondenter hadde ikke fått tilbakemelding fra barnevernet etter meldt sak, mens andre hadde hatt en åpen og fin dialog med barnevernet i spesielle saker.

«Den nydeligste barnevernsopplevelsen jeg har erfart, eller jeg har jo hatt flere. En ting som jeg synes er veldig nydelig, det var noen foreldre som ikke, ja, de klarte det jo ikke helt alene.

Men de hadde mye godt i seg, de manglet ikke kjærighet, men de manglet struktur og gode erfaringer som barn selv. Og så - så vi at det her gikk jo ikke noe greit egentlig. Og så, da ville jeg jo si det til de, jeg går jo ikke bak ryggen til folk og dolker dem i ryggen, gjør vi vel» (Respondent nr. 9).

Flere respondenter hadde et personlig behov for tilbakemelding som en bekreftelse på at det var riktig det de hadde sett og gjort. Det kom også frem at tilbakemelding fra barnevernet kunne bidra til at man turte å melde saker igjen.

«Jeg føler jeg får veldig lite tilbakemelding, for det er jo der det er litt enveis» (Respondent nr. 12).

I noen få tilfeller fikk legen tilbakemelding fra barnevernet etter meldt sak, og kommuniserte denne videre til sykepleier og barnesykepleier. Dette kunne føre til at de ble tryggere på at meldingen var riktig å sende.

«Jeg ble usikker på om de kom til å få god oppfølging. Jeg var helt sikker på at jeg gjorde det riktige» (Respondent nr. 9).

6.4 Spesialisthelsetjenesten – skal ivareta barn og unges rettsikkerhet

Dette hovedtemaet består av tre subtemaer. Disse er; i lovens navn, kunsten å se og organisatoriske utfordringer.

6.4.1 I lovens navn

Samtlige respondenter erfarte at de manglet kunnskaper om lovverk i forhold til bruk av meldeplikt. De ga uttrykk for at de trodde en jevnlig oppdatering rundt kunnskapene om lovverk ville hjulpet dem til å øke og holde kompetansen vedlike. Noen mente at det både var

avdelingen og sykepleierens/barnesykepleierens ansvar å holde seg oppdatert om bruk av meldeplikt. I forhold til opplysningsplikt til barnevernet var de klar over at de var pliktig til å bruke den, men de var usikre på om de kunne gi ut opplysninger, med tanke på taushetsplikten. Respondentene erfarte at historien med barn på sykehus fra tidligere hadde vært preget av at barn ikke var blitt tatt på alvor, og at barnets beste ofte kom etter foreldrenes beste i rettssystemet.

«Så har vel foreldrenes rettssikkerhet blitt mer enn barnets ... For det er jo barnet som skal være det beste!» (Respondent nr. 11).

Respondentene erfarte at man ofte var sent ute med å hjelpe barnet eller ungdommen når behandlingsnivået hadde kommet til spesialisthelsetjenesten. Det å kartlegge barn og unge man var bekymret for var et forebyggende helsearbeid. Sykepleierne og barnesykepleierne hadde et ønske om å bli bedre på å tale barnets sak og bedre tverrfaglighet rundt familiene i fremtiden. På den annen side erfarte de at barn til mødre med LAR- oppfølging (legemiddelassistert-rehabilitering) ikke gikk under radaren, og fikk god oppfølging i spesialisthelsetjenesten, fordi det var utarbeidet retningslinjer for dette.

6.4.2 Kunsten å se

Tidspress og det at det var mye å gjøre på avdelingen kunne føre til at de ikke fikk identifisert omsorgssvikt og mishandling, og var et av hovedfunnene i studien. Travelhet gjorde noe med muligheten til å observere, og dette førte til at respondentene kunne føle seg alene i bekymringen. Noen synes det kunne virke som om det var viktigere å måle og telle ting i spesialisthelsetjenesten, fremfor å se barnet.

«At jeg ikke ser det jeg skal, av de barna som kanskje ber meg om at jeg ser de.»
(Respondent nr. 12)

Samtlige respondenter synes det var vanskelig å observere barn, unge og foreldre når de var bekymret for om det kunne dreie seg om omsorgssvikt eller mishandling. Respondentene

hadde erfaringer med foreldre som satte seg selv foran barnet når de selv var i krise. Sykepleierne og barnesykepleierne erfarte at det var barnet som stod i krisen og at det var det som måtte ivaretas og ikke foreldrene.

Samspillsamtaler var et godt redskap når det gjaldt å observere foreldre. De kunne bruke dette til å se om foreldrene var interessert i barnet, og om de var delaktige og klarte å se barnets behov. Flere respondenter opplevde foreldre som skjerpet seg når de visste at de ble observert, og de fortalte at det å bli blottlagt i en sårbar situasjon kunne være utfordrende for foreldrene.

“... man trækker jo inn i noe av det mest sårbare som er, si noe om måten folk er foreldre på, at det ikke er godt nok. Det er sensitivt.” (Respondent nr. 6)

Samtlige respondenter trakk frem at kortere innleggelse, mer poliklinikk og dagbehandling gjorde at man ikke fikk et godt nok observasjonsgrunnlag til å bruke meldeplikten. Kort innleggelse kunne noen ganger være nok til å få en dårlig magefølelse, men at det likevel ikke ble gjort noe siden barnet og familien ble utskrevet dagen etter. Langtidsinnleggelse førte til at de fikk observert bedre over tid, og spesielt ved mangelfullt samspill. De erfarte at dette kunne bidra til at de meldte ved flere tilfeller.

Respondentene erfarte at det var lettere å observere barn de var bekymret for på nyfødtintensivavdeling, fordi de oftere var innlagt over lengre tid og sykepleieren/barnesykepleieren kom tettere på familien. For å kunne identifisere omsorgssvikt og mishandling måtte man ha viljen til å se og våge å stille spørsmål til det man observert. De fleste ville ikke tro det de observert, og mange ganger visste de ikke hvor ille ting egentlig kunne være. De subtile tingene ble trukket frem og disse var vanskelige å få med seg. Dersom de valgte å se, lagde de seg mer jobb. Respondentene beskrev at de rett og slett ikke så omsorgssvikt og mishandling, og at dette gjorde dem skremt.

“Det er litt viljen til å se da. At man vil jo helst ikke tro. Man vil helst tro at alle har det bra og godt. Hvis man ikke vil se det, så ser man det jo hvert fall ikke” (Respondent nr. 8).

Flere respondenter fortalte at travel avdeling førte til at man ikke fikk gjort nok observasjoner, og at bekymringer ikke ble tatt opp. Det kunne være lett å nedprioritere pasienter man var

bekymret for, spesielt hvis man hadde mange andre pasienter som krevde mye. Dersom de hadde fått beskjed om å observere, ble ikke dette nedprioritert.

Sykepleiere og barnesykepleiere erfarte at de var i en god posisjon til å danne seg en mening når de var bekymret, fordi det var de som var tette på barnet og ungdommen. De var også posisjonert til å samle seg flest observasjoner, sammenliknet med annet helsepersonell. De var klar over at de hadde som oppgave å observere og identifisere, men ikke å avdekke omsorgssvikt og mishandling.

“... vi er i en unik posisjon, men vi må også få tiden til å rekke å se”

- Respondent nr. 2

6.4.3 Organisatoriske utfordringer

Flere respondenter trakk frem at de hadde erfaring med at det var flere organisatoriske utfordringer som kunne føre til at man ikke meldte en sak. De nevnte at det var forskjellige sykepleiere/barnesykepleiere som gjorde observasjoner på hver vakt og at dette var begrensende for kontinuiteten. Dette kunne også føre til at det ikke ble meldt, siden man mistet tråden i bekymringen. Dermed kunne det å identifisere omsorgssvikt og mishandling ofte være preget av tilfeldighet over hvem som var på jobb og at det ikke var noen klare føringer for hvordan de skulle gå frem ved bekymring for barn og unge. De ønsket seg også tverrfaglighet i saker der de var bekymret for barn og unge og tenkte at dette kunne hindre at det ble personavhengig om saken ble meldt eller ikke.

«Så er det sånn at i en travel hverdag, så blir det bare sånn at man surfer på overflaten.»

(Respondent nr. 5).

Flere respondenter erfarte at de sjelden eller aldri hadde vært med på at det hadde blitt debrifet internt i avdelingen etter meldt sak. Dette kunne hjulpet dem med å bli tryggere på om de meldte på riktig grunnlag. Noen hadde erfaringer med samtale mellom kollegaer etter meldt sak, men da var det ved alvorlige saker som hadde blitt meldt.

Flere respondenter trakk frem pandemiens begrensninger med bruk av digitale møter, munnbind og det å måtte holde avstand til hverandre. Digitale møter kunne gjøre samarbeidet dårligere mellom instanser rundt barnet, ungdommen og familien. Kommunikasjon med foreldre kunne bli vanskelig og observasjonsgrunnlaget ble dårligere når man måtte bruke munnbind og holde avstand. Noen nevnte også at de ikke så familien samlet under pandemien, som følge av besøksrestriksjoner i spesialisthelsetjenesten. Respondentene lurte på hvordan samspeillet var med andre søsken og familien som helhet, og at de trengte disse observasjonene for å styrke eller dempe bekymringen, når den var til stede.

«I hvert fall nå i pandemien. For det at nå har vi jo enda færre møtepunkt. Sånn at det var enklere å drøfte saker tidligere» (Respondent nr.11).

6.5 Oppsummering av studiens funn

Vi har nå presentert respondentenes erfaringer om bruk av meldeplikt til barnevernet blant sykepleiere og barnesykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Funnene fra datainnsamlingen beskriver bruk av meldeplikt i spesialisthelsetjenesten til å være et vanskelig tema. De trengte mer kunnskaper om temaet, og ønsket seg mer tid til å observere barn og familier de var bekymret for. Dette kunne bidra til at barnets beste ble ivaretatt og var et viktig aspekt for respondentene som ikke alltid synes barnet ble sett i meldesaker.

7.0 Diskusjon av funn

Hensikten med studien var å finne ut hvilke erfaringer sykepleiere og barnesykepleiere har med bruk av meldeplikt til barnevernet i spesialisthelsetjenesten. Praksis for hvordan de brukte meldeplikt i de ulike avdelingene vi intervjuet i var tilnærmet lik. Respondentene var enige om at det var et viktig tema å belyse og at de var i en unik posisjon til å kunne identifisere omsorgssvikt og mishandling. De hadde et ønske om at barn og unges beste ble sett og ivaretatt i fremtiden. Samtidig opplevde respondentene at bruk av meldeplikt kunne være vanskelig og utfordrende, både personlig og faglig.

Vi vil diskutere de fire viktigste funnene i studien i lys av forskning og teori. Diskusjonen vil bli fremstilt i tre kapitler; 1. Sykepleiers og barnesykepleiers forsiktige bruk av meldeplikt. 2. Er nok å være bekymret – erfaringer, forståelse og kunnskap om lovverk. 3. Organisatoriske utfordringer og premisser knyttet til temaet i spesialisthelsetjenesten. Våre egne refleksjoner og betraktninger vil også få en plass i diskusjonen.

7.1 Utvises forsiktighet ved bruk av meldeplikt?

Å skulle bruke meldeplikten til barnevernet erfarte samtlige respondenter at var vanskelig og utfordrende, selv om de var klar over at de hadde et selvstendig ansvar. I følge Helsepersonelloven og som anbefaling fra helsedirektoratet, skal sykepleieren og barnesykepleieren uten hinder av taushetsplikten melde til barnevernet dersom det er grunn til å tro at et barn eller en ungdom blir utsatt for omsorgssvikt eller mishandling (Helsedirektoratet, 2017; Helsepersonelloven, 1999). Til tross for at det er lovverk som regulerer bruk av meldeplikt, erfarte respondentene at de hadde lite kunnskaper om lovverk og at dette kunne føre til at de ble usikre på om de skulle melde eller ikke. Ifølge forskningen til Elarousy (2019) finnes det en rekke barrierer som kan være med på å hemme bruk av meldeplikt ved mistanke om omsorgssvikt og mishandling. Det handlet også ofte om uvitenhet rundt hvordan man melder en sak, og om man tidligere hadde negative erfaringer med å melde til barnevernet. Studien til Lavinge (2017) understøtter også at sykepleiere ikke

hadde kjennskap til lovverket som regulerer bruk av meldeplikt til barnevernet. Dette gjaldt så mange som 40 % av sykepleiere som var med i studien. Det var behov opplæring om lovverket og hvordan sykepleiere skulle gå frem når det skulle meldes.

Et viktig funn i studien var at respondentene var klar over sitt selvstendige ansvar med bruk av meldeplikt. Likevel ga de uttrykk for at å identifisere omsorgssvikt og mishandling var viktig å kartlegge tidlig og ved et lavere behandlingsnivå enn spesialisthelsetjenesten. Studien til Bullock et al. (2019) sier at støtte og ressurser som gis tidlig kan forhindre alvorlig og langvarig skade hos barn og unge som har vært utsatt for omsorgssvikt og mishandling. Sykepleiere og barnesykepleiere som arbeider med barn og unge i spesialisthelsetjenesten må være klar over meldeplikten og ta ansvar for dette når det er nødvendig. Lovverket skal regulere at alle barn og unge får den støtten de har rett på, men dessverre er det mange barn og unge i Norge som får denne for sent (Sommerschild et al., 2015). Dette kan forstås som at bruk av meldeplikt er sammensatt og at det er flere momenter som kan virke inn på om respondentene skulle melde eller ikke.

Når sykepleierne/barnesykepleierne var bekymret for et barn eller en ungdom erfarte de at når det var meldt til barnevernet fra før, så kunne dette føre til at de lot være å melde på nytt. Samtidig var det en variasjon i utvalget på om de praktiserte å melde på nytt eller ikke. Dette kan gi grunn til tro at praksis for å melde blant sykepleiere og barnesykepleiere er en skjønnsmessig vurdering. Å melde avhenger av hvor mye grunnlag de hadde i form av observasjoner og undersøkelse, samt hvor mye informasjon som ble delt mellom barnevernet og spesialisthelsetjenesten. Stortinget vedtok i 2012 å sikre at de ulike leddene i helsetjenesten skulle tilstrebe tidlig innsats og bedret samarbeid. Denne reformen ble kalt Samhandlingsreformen, og hadde som mål å forplikte spesialisthelsetjenesten og kommunen til å samarbeide om å gi rett hjelp til riktig tid (St.meld.nr: 47 (2008-2009)). I studien til Lines et al. (2021) kommer det frem at flere sykepleiere ikke følte de ble tatt på alvor av barnevernet og satt igjen med en følelse av maktesløshet og at meldingen til barnevernet ikke førte til noen endring for barnet. De ønsket seg et tettere samarbeid med barnevernet, slik at det ble en gjensidig forståelse av bekymringen og en mer effektiv behandling av barn som var utsatt for omsorgssvikt eller mishandling.

Ifølge Barnevernloven (1992) er meldeplikten til barnevernet klar, men det er mye som kan tyde på at det ikke går klare grenser for hva som skal meldes og hva som faller utenfor lovverket for sykepleiere og barnesykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Så når er det da grunn til å tro? Det stilles krav til når det er «grunn til å tro», som innebærer at det må være noen holdepunkter for å kunne tro at barnet eller den unge blir utsatt for omsorgssvikt eller mishandling. Man kan også si at disse holdepunktene er avhengig av den enkelte sykepleiers/barnesykepleiers ståsted og skjønn rundt bruk av meldeplikt. Videre kan man ha ulike kunnskaper og oppfatning av hva omsorgssvikt og mishandling innebærer (Ohnstad et al., 2019).

Respondentene var usikre på lovverket og om de kunne stole på sine egne kunnskaper om omsorgssvikt og mishandling. De var også redde for å melde på feil grunnlag og var klar over at de ikke skulle mene eller synse i meldesaker. Likevel sa de at de trodde de meldte for lite og at de ikke så alle barn og unge som var utsatt for omsorgssvikt og mishandling. Det kan diskuteres om sykepleiere og barnesykepleiere ikke velger å bruke meldeplikten ved bekymring, for å verne seg selv. Vi stiller spørsmål om dette bunner i en feighet hos sykepleiere og barnesykepleiere? Ifølge Killén (2015) kommer det tydelig frem at sykepleiere vegrer seg for å ta omsorgssvikt og mishandling inn over seg, fordi de prioriterer å ta vare på seg selv fremfor barna. På en annen side trekker flere studier frem viktigheten av å ha kunnskaper om lovverk som regulerer meldeplikten. Studien til Lee og Kim (2018) hadde som mål å identifisere kunnskap om barnemishandling og skape en bevissthet om meldeplikt til barnevernet. Den så på faktorer som kunne påvirke holdninger til rutinemessig melding og profesjonalitet blant barnesykepleiere. De fant at kunnskaper om barnemishandling, bruk av meldeplikt ved mistanke om overgrep, og holdninger til rutinemessig melding til barnevernet var lave (Lee & Kim, 2018). Det var utfordrende for respondentene å dokumentere sin bekymring, da den ofte var basert på en vond magefølelse. Åpen journal og det at dokumentasjonen kunne bli gjeldende i en eventuell rettsak senere var også grunner til at respondentene erfarte at det var vanskelig å dokumentere omsorgssvikt og mishandling. Det kunne gå direkte tilbake på dem selv.

Respondentene erfarte at grunner til å la være å melde ved bekymring var redsel for å svekke allianse med foreldrene, gjøre situasjonen vondt verre eller at familien flyttet når de møtte

motstand dersom det ble meldt til barnevernet. Det kan oppleves smertefullt å fortelle direkte til foreldrene at man er bekymret for at omsorgen de gir til barnet eller den unge ikke er god nok. Det kan sette den terapeutiske alliansen med foreldrene på prøve. Risikoen for å krenke vanskeligstilte familier, og laste dem med enda et problem og dermed bryte tillit er også tilstede i meldesaker (Sommerschild et al., 2015). Det ble presisert av flere respondenter at en grunn for å ikke melde, var at de var redde for konsekvensene ved å melde i eget navn eller dersom det skulle ende med rettsak. Markestad (2016) sier at ved mistanke om omsorgssvikt eller mishandling er det viktig å være klar over hvilken tilnærming man har til situasjonen. Man bør møte foreldrene med et åpent sinn, være direkte og ikke forhåndsdommende. Et konstruktivt samarbeid oppnås ved god kommunikasjon og ved at det stilles spørsmål som bærer preg av både empati og forståelse. Dette kan fremme signaler om at man ønsker å hjelpe foreldrene. Et optimalt samarbeid bærer preg av respekt, tillit, gjensidighet og omtanke, noe som kan være vanskelig å oppnå dersom foreldrene står i fare for å miste omsorgen for barnet sitt (Sommerschild et al., 2015). Selv om det var et mål hos respondentene å hjelpe familien, var det ikke alltid de fikk den alliansen med foreldrene som skulle til for å utføre de tiltakene de anså som nødvendige.

Respondentene hadde flere erfaringer med forhold som måtte ligge til grunn, for at det skulle være tydelig at meldeplikten inntraff. Disse forholdene sa de at kunne være når det var klar og alvorlig skade eller hos ortopediske pasienter med bruddskader som ikke var forenelig med skademekanismen. Over halvparten av respondentene oppga at de aldri var i tvil om å melde når skaden var alvorlig. Så hva oppleves som en alvorlig skade? I studien til Chan et al. (2020) så man at hvordan sykepleierne opplevde alvorlighetsgraden av skaden og deres holdninger til mishandling, kunne utløste om de brukte meldeplikten. Funnene i den overnevnte studien peker også på viktigheten av å utvikle et støttende opplæringsprogram for å hjelpe sykepleiere å endre deres oppfatninger om barneverntjenesten og forbedre tendensen til å melde. På den andre siden sier studien til Barrenechea et al. (2020) at sykepleiere kjenner igjen former for vold, men vektlegger fysisk vold som mer alvorlig. De meldte saker der de hadde observert vanskelig temperament hos barn, vold mellom to generasjoner i familien og vold som førte til innleggelse i sykehus. Sett i sammenheng med studien til Lavinge (2017) som viser at ved å se på langtidseffektene av alvorlig mishandling av barn og unge, er det avgjørende at sykepleiere har tilstrekkelig opplæring i å kunne identifisere omsorgssvikt og

mishandling. Samtidig var det viktig at de kunne de juridiske prinsippene ved bruk av meldeplikt, siden de var posisjonert i en unik setting. Er det da slik at sykepleiere og barnesykepleiere i spesialisthelsetjenesten er i en unik posisjon til å identifisere omsorgssvikt og mishandling? Respondentene hadde erfaringer med at settingen deres var unik, men at det var utfordringer som manglende kunnskaper og organisatoriske premisser som hindret dem i å se barn og unge som kunne være utsatt for omsorgssvikt og mishandling.

Arbeidserfaring, videreutdanning og personlige egenskaper erfarte respondentene at kunne ha betydning for om det ble meldt eller ikke. Ifølge studien til Arruda Rolim et al. (2014), så man at sykepleierne som hadde minimum fem års arbeidserfaring meldte oftere til barnevernet. De måtte ha meldeskjema lett tilgjengelig i avdelingen og å ha troen på at rapportering var til det beste for barnet. Disse resultatene kunne få sykepleiere til å reagere på omsorgssvikt og støtte ledere i spesialisthelsetjenesten til å lage rutiner for bruk av meldeplikt som et juridisk verktøy, som ville sikre barns rettigheter (Arruda Rolim et al., 2014). Noen av respondentene erfarte de hadde et personlig ansvar for å holde seg oppdatert, andre sa at opplæringsansvaret lå hos arbeidsgiver. Studien til Lavinge (2017) sier at under halvparten av sykepleierne som deltok ikke hadde fått tilstrekkelig eller ingen opplæring i å identifisere omsorgssvikt og mishandling. Videreutdanning kunne støtte sykepleiere i å anerkjenne, identifisere og melde til barnevernet ved mistanke (Khanjari et al., 2021). Sett i sammenheng med studien til Herendeen et al. (2014) viste det seg at barnesykepleiere som nylig hadde hatt etterutdanning eller kurs om mishandling, ga uttrykk for at de hadde større tillit til egne ferdigheter, og det var større sannsynlighet for at de ville melde flere tilfeller ved mistanke om mishandling. Killén (2015) presiserer at det er en økende avstand mellom den kunnskapen som allerede er tilgjengelig og den som praktiseres blant helsepersonell i dag. Man kan stille seg undrende til hvorfor det er slik? Respondentene var enige om at de hadde for lite tid til å holde seg oppdatert på kunnskaper om temaet. De erfarte også at det var en svikt i forventningene mellom arbeidsgiver og medarbeider, i forhold til hvem som hadde ansvaret for å sikre at de fikk denne kunnskapen og at den ble implementert i praksis.

7.2 Er det nok å være bekymret?

Et sentralt funn fra intervjuene var at samtlige respondenter hadde vært bekymret for barn og unge i sitt arbeid i spesialisthelsetjenesten. Når de var bekymret for barn og unge, erfarte de å av og til være usikre på når lovverket påla dem å melde fra. De sa at de var i en unik posisjon, men at de ikke fikk tid til å observere godt nok. Ifølge studien til Homlong et al. (2019) kan helsepersonell i endel tilfeller være de eneste som kommer i posisjon til å indentifisere omsorgssvikt og mishandling hos barn og unge. Likeledes er det helt avgjørende at de er klar over sitt ansvar ved bruk av meldeplikt. Flere studier trekker frem den unike posisjonen til sykepleiere og barnesykepleiere som arbeider med barn og ungdom i spesialisthelsetjenesten. Sykepleiere er i kontakt med barn og familiene deres og kan observere relasjonene dem imellom. Barnesykepleiere har en avgjørende rolle i å bidra til å holde barn og unge trygge og forhindre at de ble utsatt for omsorgssvikt og mishandling (Lavinge, 2017; Lines et al., 2020a; Lines et al., 2017).

Respondentene hadde erfaringer med at de diskuterte i fellesskap når de var bekymret for et barn eller en ungdom. Denne diskusjonen var viktig for dem, spesielt når de hadde en dårlig magefølelse. Ifølge Stubberud (2018) kan tverrprofesjonelt samarbeid og diskusjon forbedre kvalitet og kontinuitet i den helsehjelpen som skal gis. Denne samhandlingen kan for eksempel være mellom sykepleier, lege, fysioterapeut, radiograf og ernæringsfysiolog. Respondentene i studien erfarte også at de ikke alltid var enige med sine kollegaer, men at diskusjonen kunne hjelpe dem med å svekke eller styrke bekymringen de hadde for barnet eller ungdommen. Studien til Barrett et al. (2017) konkluderer med at barnesykepleiere stolte på og støttet hverandre, og at den enkeltes sykepleiererfaring ble sett på som en verdifull ressurs når man skulle håndtere uklare saker. Når respondentene var bekymret for barn og unge uten å ha klare holdepunkter, var den tverrfaglige diskusjonen spesielt viktig. Ifølge Killén (2015) kan et tverrfaglig samarbeid hjelpe helsepersonell med å få svar på de vanskelige spørsmålene de undrer oss over, men dette kan også kreve at de har en felles teoretisk forståelse. Mange respondenter erfarte også at det ofte var vanskelig med kommunikasjon med foreldre til barn og unge de var bekymret for. Studien til Bullock et al. (2019) bygger opp under dette, og sier at ved å gi opplæring i hvordan sykepleiere kan

diskutere med foreldrene på en sensitiv måte, kan dette bidra til å styrke helsepersonells tillit til å si ifra og iverksette tiltak ved bekymring.

Videreutdanning i barnesykepleie og kurs om temaet kunne bidra til at respondentene ble mer årvåken for omsorgssvikt og mishandling. De ønsket seg økt kunnskap og kompetanse om temaet. De beskrev at dette kunne føre til at sykepleiere og barnesykepleiere sannsynligvis ville få en bedre forståelse for de vanskelige sakene og bli mer observante i vurderingen av mangelfulle samspill. Samtidig kunne det fremme et økt engasjement rundt barn og unge. Studien til Herendeen et al. (2014) påpeker også at etterutdanning blant sykepleiere førte til økte kunnskaper og ferdigheter om barn som utsettes for mishandling og overgrep, og at det var større sannsynlighet for at de rapporterte mistanken sin videre. Det var flere respondenter som kommenterte at de ønsket seg mer kompetanse om temaet og hvordan barnevernet kunne hjelpe barnet, ungdommen og familien. De ble ofte usikre på sine egne observasjoner og kunnskaper når de var bekymret for barn og unge. Khanjari et al. (2021) støtter også opp under dette og sier at sykepleiere ofte kan møte på utfordringer med å identifisere og rapportere sin mistanke om overgrep og mishandling av barn og ungdom. Det kom også frem at videreutdanning kan bidra til at sykepleieren får økt kompetanse, som kan føre til at det blir lettere å identifisere og rapportere mistanke om overgrep eller mishandling.

Respondentene erfarte at arbeidserfaring med barn og unge i spesialisthelsetjenesten kunne bidra til å identifisere omsorgssvikt og mishandling tidligere, og at det var lettere å være tydelig i diskusjoner rundt meldesaker. De følte også at de manglet kunnskaper om lovverk i forhold til bruk av meldeplikt. Samtidig ga de uttrykk for at en jevnlig oppdatering rundt kunnskapene om lovverk ville vært til hjelp for å holde kompetansen ved like. I studien til Lines et al. (2017) kommer det frem at målet om å forebygge, identifisere og reagere på omsorgssvikt og mishandling beveger seg i en mer tverrfaglig retning, der det er forventninger om at alle fagpersoner skal bidra til å holde barn trygge. I samme studie kom det frem at sykepleierne har mange roller og erfaringer med å holde barn trygge, men at de følte at de ikke hadde nok kunnskaper, ferdigheter eller støtte til å iverksette tiltak på området. Ifølge studien til Barrett et al. (2017) anbefales det for fremtidig praksis at utdanning og opplæring praktiseres. Dermed er det rimelig å konkludere med at relevant videreutdanning for

sykepleiere som arbeider med barn og unge i spesialisthelsetjenesten er med å bidra til å identifisere omsorgssvikt og mishandling.

Respondentene hadde erfaringer med at de brukte flere ulike verktøy for å identifisere alvorlige medisinske sykdommer og tilstander, men ingen hadde erfaringer med å bruke verktøy eller flytskjema til å identifisere omsorgssvikt og mishandling. Dette var noe de savnet og ønsket seg for fremtiden. Elarousy (2019) sin studie viser at mishandling av barn regnes som et globalt samfunnsproblem og det anbefales at man arbeider tydelig og strukturert ved å gjøre det mulig for sykepleiere å melde når meldeplikten inntreffer. Målet må være at alle sykepleiere skal kunne identifisere barn som står i fare for skade eller mishandling og handle deretter. Markestad (2016) understreker at omsorgssvikt og mishandling må ses på like alvorlige som ved andre trusler mot barnets helse. De beste forebyggende tiltakene er rask igangsettelse av behandling. Målet med tidlig igangsettelse er at man kan redusere eller unngå psykiske og fysiske senskader hos barnet, ungdommen og familien.

Et sentralt og viktig funn i studien var at respondentene ønsket at barnets beste skulle komme først, men erfaringen var at det ofte var foreldrenes behov og foreldreretten som stod sterkest. Ifølge FNs barnekonvensjon (2003) skal barnets beste være et grunnleggende hensyn som alltid skal ivaretas. Dette gjelder ved alle handlinger hvor barn og unge blir berørt. Ser man dette i sammenheng med studien til Lines et al. (2020a) er det også sykepleiernes oppgave å bygge relasjoner med foreldrene, for å fremme barnets sikkerhet. Dermed kan det oppstå spenninger mellom å bevare barnets beste og samtidig bevare relasjonen til foreldrene. Denne delingen av sykepleierens rolle er kompleks, og må anerkjennes og støttes. Flere respondenter beskrev at de hadde et målrettet barnefokus, men at det ofte var foreldrene som trengte veiledning og som de fokuserte på å hjelpe. Ifølge Sommerschild et al. (2015) skal man veilede og hjelpe foreldre til å være trygge omsorgspersoner for sine barn, men det er hensynet til barnet som skal være det overordnede. Barns beste og barn og unges behov skal alltid være i fokus.

Barnesykepleieren skal utføre sitt virke ved å handle forsvarlig, anvende og kjenne til etiske-, faglige- og juridiske retningslinjer (Barnesykepleieforbundet, 2017). Til tross for at

respondentene visste at de hadde et selvstendig ansvar for å melde til barnevernet ved bekymring, erfarte de at de måtte ha flere kunnskaper om lovverket. Ifølge studien til Zusman og Saporta-Sorozon (2021) kan en grunn for å la være å melde være sykepleiers holdninger til rapportering, som kan føre til at de blir forsiktige med å melde. Dette kan begrense at loven blir overholdt. Dette støtter også studien til Flemington og Fraser (2017) som viser at kunnskaper og holdninger må settes på agendaen, og en tilnærming på systemnivå vil være nødvendig for at helsepersonellens holdninger til rapportering av omsorgssvikt og mishandling skal forbedres. Holdningene rundt bruk av meldeplikt blant respondentene bar preg av at de kunne ha meldt mer, samtidig beskrev de forskjellige grunner som var gjeldende for at de ikke meldte.

Et sentralt funn var at respondenten i de fleste tilfeller meldte for sjeldent og at det dermed ble høy terskel for å bruke meldeplikten blant respondentene. Sett i lys av Ohnstad et al. (2019) sin teori om bruk av meldeplikt, er det terskelen for hjelpetiltak til familier som skal være lav. Terskelen for å bruke meldeplikten er forankret i lovverkets fire vilkår, og skal være høy. Når meldeplikten inntreffer er det reelt at barnevernet kan iverksette inngrep. Et fåtall av respondentene hadde erfaring med å melde i eget navn. De sa at det var praksis at det var legen som meldte. Når respondentene erfarte at foreldrene ikke evnet å ta vare på barnet eller ungdommen, synes samtlige at det var vanskelig å vite når meldeplikten inntraff. Det kunne også være ulike synspunkter på hva som var akseptabel foreldreatferd og omsorg. Ifølge studien til Ho og Gross (2015) var det enighet blant sykepleiere om hva som er akseptabel og uakseptabel foreldreatferd, men det varierte hvordan de så på barneoppdragelse, som kunne føre til at de hadde delte meninger om når de skulle rapportere.

De fire vilkårene i lovverket, sier at det skal være «grunn til å tro», utfra fire beskrivelser, hvor minst en av dem må være til stede før meldeplikten inntreffer (Barnevernloven, 1992). Dermed omfatter meldeplikten kun saker som gir grunnlag som kan føre til inngrep, som for eksempel omsorgsovertakelse. Det kom frem at respondentene av og til kun ønsket at familiene skulle få litt veiledning og støtte til å mestre hverdagen. De beskrev også at taushetsplikten hos helsepersonell stod strekt for dem i vurdering rundt omsorgssituasjoner de var bekymret for. Ohnstad et al. (2019) presiserer at dersom målet med meldingen er at familien skal få tiltak for å avhjelpe dem i å bedre omsorgssituasjonen, må foreldrene

samtykke til hjelpen. Det vil si at når grunnlaget for melding ikke er alvorlig nok, vil heller ikke meldeplikten utløses, men det hviler da et ansvar hos instansen som kartlegger bekymringen for barnet, ungdommen eller familien, om å tilby hjelp. I lys av dette står dermed taushetsplikten sterkt, fordi den gir familier som har utfordringer rett til å oppsøke hjelp, uten at de risikerer at de opplysningene de gir fra seg blir overført til andre. Våre respondenter beskrev imidlertid at det er bedre å melde en gang for mye, enn engang for lite. Ifølge Barnevernloven (1992§ 4-12) er det strenge krav til når meldeplikten til barnevernet inntreffer. Utfra vilkårene i lovverket kan respondentenes erfaring med å melde en gang for mye, legges på at de følte de hadde for lite kunnskaper om lovverket. Homlong et al. (2019) presiserer at normen for helsepersonell skal være at dersom de mener det er «grunn til å tro» at et barn som er innlagt er utsatt for omsorgssvikt eller mishandling, så skal man melde!

Våre respondenter hadde lite erfaringer med å dele bekymringen deres med foreldrene, og beskrev at praksis var at legen informerte foreldrene om at saken ville bli meldt. Dette var en samtale de gjerne ville være med på, da det var sykepleiere og barnesykepleierne som kjente familiene best. Dermed kunne de være med foreldrene i etterkant for å støtte deres reaksjoner etter at beskjednen var formidlet. Sommerschild et al. (2015) poengterer at dersom forhold i bekymringen fører med seg at sykepleier må gjøre observasjoner, som kan bli grunnlag for en eventuell omsorgsovertakelse eller rettsak i fremtiden, er det viktig at foreldrene blir informert om dette. De skal også være klar over hvordan taushetsplikten spiller inn.

Respondentene var delte i sine erfaringer om de kommuniserte bekymringen de hadde for barnet eller ungdommen til foreldrene. Dette gjaldt også når de vurderte om de skulle melde saken til barnevernet. Ifølge Killén (2015) kan barn, unge og foreldre berøre helsepersonell følelsesmessig på en måte som kan være til hinder for at de blir møtt med respekt og åpenhet. I en «drømmeverden» kunne man ønske at kommunikasjonsflyten mellom familiene og helsepersonellet var åpen og ærlig. Gjør man dette, kan man gi dem den beste hjelpen og ha som mål å sørge for å være til det beste for barnet (Sommerschild et al., 2015).

Som sykepleier og barnesykepleier i spesialisthelsetjenesten er man hjelperen i personforholdet. Hjelperen skal være direkte og ærlig ved bekymring, og foreldrene må til enhver tid vite hvilken rolle sykepleieren eller barnesykepleieren har i saken (Sommerschild

et al., 2015). Respondentene var enige om at det var barnefokuset som var det viktigste, men hadde opplevelser med omsorgsovertagelse ved alvorlige saker, hvor barnet kom tilbake til foreldrene. Ifølge Killén (2015) finnes det saker der omsorgsovertakelsen av barnet har blitt utsatt, og det er foreldrenes perspektiv som har blitt tatt mer hensyn til enn barnets. Dette hadde også respondentene erfaringer med og det kunne føre til at de ikke stolte på rettssystemet.

7.3 Organisatoriske premisser og utfordringer

Den største frykten respondentene hadde var at de ikke så det de *skulle* se, og at barn som ba om å bli sett, ikke ble sett. Killén (2015) undrer seg over hva det er ved oss, som gjør det så lett å lukke øynene for omsorgssvikt og mishandling. Videre hevder hun at reaksjonene våre i debatter og ved private samtaler er adekvate, mens det i den faglige praksis er utrolig lett å lukke øynene, fordi virkeligheten er for vond å ta inn over seg. Samtidig skal barnesykepleieren forebygge potensiell helsesvikt som kan oppstå på grunn av livsvilkår, akutt eller kronisk sykdom hos barnet eller ungdommen (Barnesykepleieforbundet, 2017). Respondentene erfarte at grunner til at omsorgssvikt og mishandling ikke ble identifisert, kunne være fordi de hadde liten tid til å observere ved korte innleggelser og travelhet i avdelingene. Lines et al. (2017) understreker at sykepleiere har mange roller i å holde barn og ungdom trygge, men samtidig følte ikke sykepleierne at de hadde nok kunnskaper, støtte eller ferdigheter til å alltid kunne utføre tiltak for familiene.

Respondentene erfarte også at foreldre kunne fremstå som gode omsorgspersoner, men det var korte observasjonstider å danne seg et grunnlag på. Ifølge Markestad (2016) forekommer omsorgssvikt og mishandling i ulike sosiale lag, men det er noen fremtreende risikofaktorer man skal være spesielt oppmerksom på. Disse kan være knyttet til barnets, ungdommens eller foreldrenes atferd, relasjonen dem imellom eller problematiske forhold i familien. I studien til Hjelmseth og Aune (2018) ble det identifisert utfordringer i det daglige arbeidet i spesialisthelsetjenesten, knyttet til å kunne motivere foreldre med psykiske plager til å forstå hvordan de kunne påvirke barnet sitt. Videre understreker de at identifikasjon og bruk av meldeplikt til barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt og mishandling er tidkrevende og

sykepleiere trenger mer tid til å utføre dette arbeidet. Respondentene i studien vår erfarte at dersom man engasjerte seg i barn og unge man var bekymret for, krevde det mye av dem, både faglig og personlig. Ifølge Killén (2015) kreves det et trygt arbeidsmiljø, før man kan slippe barn og foreldres håpløshet inn over seg.

Respondentene beskrev et ønske om å hjelpe, men opplevde at det akutte i spesialisthelsetjenesten ble prioritert først, og at de ikke hadde nok tid til å observere ved mistanke om omsorgssvikt og mishandling enkelte ganger. Henriksen og Vetlesen (2006) beskriver nærhetsetisk tilnærming som er mellommenneskelige møter hvor man har noe av hans eller hennes liv i våre hender. Den andre har utlevert seg på en slik måte at vi ikke helt uten videre kan frata oss ansvaret. Kanskje det også er slik når man som sykepleier eller barnesykepleier i spesialisthelsetjenesten møter barn og unge man er bekymret for.

Respondentene erfarte at dersom de så et problem og kommuniserte dette høyt, så lagde man mer jobb for seg selv. Henriksen og Vetlesen (2006) sin etikk beskriver samvittigheten som sykepleierens moralske kompass, som er der for å vise retning for valgene man tar. Videre kan samvittigheten ta over for normer i samfunnet, gjør oss rustet til å utføre selvstendige valg og er viktig for å ta moralske valg. Respondentene fortalte også om situasjoner der de hadde vært bekymret, men ikke hadde gjort noe. Dette beskrev de at kunne være saker og omstendigheter som de hadde tenkt på i ettertid. Studien til O'Malley et al. (2013) viste at en rutinemessig vurdering av familievold kunne sørge for at man kunne gi en mer komplett helsehjelp til barnet. I vår studie ytret respondentene at de ønsket seg klare retningslinjer, sammen med tid, fordi det tok tid å observere.

Sykepleierne og barnesykepleierne som ble intervjuet hadde sjelden samarbeidet med eller fått tilbakemelding fra barnevernet, men enkelte respondenter hadde hatt gode opplevelser der samarbeidet hadde vært godt. I studien til Lines et al. (2021) kommer det frem at sykepleierne ikke følte de ble tatt på alvor når de meldte sin bekymring til barnevernet. De følte seg også maktesløse i situasjonen og følte de ikke klarte å gjøre en endring for barnet.

Respondentene ønsket seg et mye tettere samarbeid med barnevernet enn det som var praksis i dag. Lines et al. (2021) understøtter at et bedre og tettere samarbeid mellom barnevernet og sykepleierne er ønskelig, slik at barnets beste ble satt i sentrum og at det ble en felles forståelse og en mer effektiv behandling for barn og ungdom som opplever overgrep eller

omsorgssvikt. Ifølge Killén (2015) kan man noen ganger oppleve at barnevernet ikke alltid handler om barnet, og at det heller ikke fokuseres på barnets opplevelser.

Funksjonsbeskrivelsen for barnesykepleiere viser til at barn og ungdom er avhengige av omsorgspersonene sine, og det er derfor nødvendig å inkludere og betrakte foreldrene i sykepleie til barn. Foreldrene kan være gode ressurser for barnesykepleieren ved å hjelpe dem med å tolke barnets uttrykksform, samtidig som de er barnets nærmeste til å trøste dem og ivareta barnet og ungdommen i ubehagelige og følelsesmessige situasjoner (Barnesykepleieforbundet, 2017). Killén (2015) understreker at barnet ofte kan være lojale overfor foreldrene sine og at de i flere tilfeller kan skjule hvordan de egentlig har det. Flere respondenter erfarte at de måtte ha tid før de gikk inn i en bekymring. Lite tid kunne føre til at man ikke fikk etablert tillit og kontakt med barnet.

Flere respondenter ga uttrykk for at det ikke nyttet å melde til barnevernet, fordi de satt igjen med en følelse av at det ikke ble satt i gang noe tiltak for barnet. I studien til Elarousy (2019) kommer det frem at sykepleiere som tidligere har flere negative erfaringer med å melde til barnevernet, kunne føre til at sykepleierne var tilbakeholdne med å melde en sak. Samtlige respondenter oppga at de hadde et personlig behov for å få en tilbakemelding som en bekreftelse på at det de hadde sett og gjort var riktig, og kunne bidra til at sykepleierne turte å melde saker igjen. Studien til Thorvaldsen og Kirchhoff (2017) poengterer at sykepleiere kan unnlate å melde ved mistanke om omsorgssvikt, dersom de har negative holdninger til barnevernet.

Da studien er gjort under en pandemi var det flere respondenter som trakk frem dette perspektivet som et problem. Pandemiens begrensninger med bruk av munnbind, digitale møter og det å måtte holde avstand gjorde samarbeid med andre instanser dårligere. Det ble mer utfordrende å observere grunnet avstand og munnbind som kamuflerte kommunikasjonen. De synes heller ikke de fikk observert samspillet mellom barn/unge og foreldre godt nok. I Helsetilsynet (2020) sin rapport viser en undersøkelse at det var bred enighet blant instanser som arbeider med å hjelpe barn, om at barnets rett til å kunne ha samvær med foreldrene hadde vært skadelidende under pandemien. Folkehelseinstituttets rapport om barn og unges konsekvenser som følge av covid-19 pandemien bygger opp under

dette med at flere tjenester ga uttrykk for bekymring for at forekomsten av overgrep og vold kunne øke. Dette var på grunn av covid-19-restriksjoner som sosial og fysisk distansering, mer tid hjemme og økt belastning for foreldre i sårbare familier (Nøkleby et al., 2021).

8.0 Konklusjon

Sykepleiere og barnesykepleiere som arbeider med barn og unge i spesialisthelsetjenesten ønsket seg et verktøy som kunne bidra til at omsorgssvikt og mishandling ble identifisert. Ingen av sykepleierne eller barnesykepleierne var kjent med å bruke slike verktøy i barne- og ungdomsavdeling og nyfødttintensivavdeling. Barn og unge som var utsatt for omsorgssvikt og mishandling kunne være vanskelig å identifisere, og de var prisgitt sykepleierens og barnesykepleierens faglige skjønn, samvittighet og kompetanse. Dersom de brukte meldeplikten til barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt og mishandling, var det basert på graden av bekymring utfra de observasjonene som ble gjort. Slik spesialisthelsetjenesten er organisert vil barn, unge og familiene deres møte mye forskjellige helsepersonell gjennom et sykehusopphold. Bruk av meldeplikt til barnevernet i spesialisthelsetjenesten er sammensatt. Travle avdelinger og tidspress skapte utfordringer slik at de ikke fikk gjort gode observasjoner når de var bekymret for barn og unge. Opplæring av helsepersonell rundt ulike former for omsorgssvikt og mishandling, kunnskaper om lovverk og barnevernets funksjon og mandat, kunne bidra til at omsorgssvikt og mishandling ble identifisert og meldt.

Sykepleiere og barnesykepleiere gjorde flere observasjoner av barn og unge, fordi de var tett på dem og familiene deres. Deres bekymringer kunne bli diskutert tverrfaglig og kunne føre til at det ble meldt til barnevernet. Det var en innarbeidet praksis at det var legen som meldte. Meldingen var basert på en samlet vurdering fra flere fagpersoner innen ulike profesjoner. Basert på sykepleierens og barnesykepleierens erfaringer om dette sensitive temaet, som både berørte dem faglig og personlig, var det ønske om et verktøy til å identifisere omsorgssvikt og mishandling. Det vil være behov for mer forskning for å se på effekten av et slikt verktøy eller flytskjema i spesialisthelsetjenesten. Studien betydning for praksis er at funnene indikerer at selv om terskelen til respondentene for å bruke meldeplikten til barnevernet var høy, kan den antakelig anses som riktig brukt i henhold til vilkårene i lovverket. At de beskrev å være usikre på lovverket som regulerer når meldeplikten utløses, kan vitne om at det er behov for opplæring om hvordan sykepleiere og barnesykepleiere går frem når de har mistanke om omsorgssvikt og mishandling av barn og unge i spesialisthelsetjenesten.

8.1 Kliniske implikasjoner

Barn og unge bør ikke påføres unødig og langvarig skade som følge av omsorgssvikt og mishandling. Funnene i denne studien kan bidra til en bevisstgjøring rundt temaet og danne en vei videre for utarbeidelse av verktøy eller flytskjema for identifikasjon av omsorgssvikt og mishandling blant barn og unge som innlegges og observeres i spesialisthelsetjenesten. Det vil være hensiktsmessig at verktøyet er tilpasset bruk for og av sykepleiere og barnesykepleiere, og bør inngå som en rutinemessig implikasjon i praksisfeltet. Det vil også være nødvendig med mer forskning på effekten av et slik verktøy eller flytskjema.

I fremtiden vil det være behov for en bedret samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og barneverntjenesten. Funnene i studien viser at bruk av meldeplikt i noen grad var preget av tilfeldigheter og en skjønsmessig utvisning av forsiktighet. På den annen side var det rimelig god grunn til å tro at sykepleiere og barnesykepleiere som arbeider i spesialisthelsetjenesten trenger opplæring i å identifisere omsorgssvikt og mishandling. Etter arbeidet med studien vil det være behov for opplæring og økt fokus på temaet i spesialisthelsetjenesten. Dette for at sykepleiere og barnesykepleiere skal kunne identifisere handlingsalternativer for rett tiltak til rett tid rundt barnet, ungdommen og familien.

Referanser

- Arruda Rolim, A. C., Remigio Moreira, G. A., Mendes Gondim, S. M., Paz, S. d. S. & Eyre de Souza Vieira, L. J. (2014). Factors associated with reporting of abuse against children and adolescents by nurses within Primary Health Care. *Rev Lat Am Enfermagem*, 22(6), 1048-1055. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0050.2515>
- Barneloven. (1981). *Lov om foreldre og barn* (LOV-2021-06-11-60). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Barnesykepleieforbundet. (2017, 30.11.20). *Barnesykepleier- funksjons- og ansvarsområder*. Barnesykepleieforbundet Norsk sykepleieforbund. <https://www.nsf.no/Content/3687638/cache=20180201185526/Barnesykepleier%2B-%2Bfunksjons-%2Bog%2Bansvarsomr%C3%A5der%2B2017.pdf>
- Barnevernloven. (1992). *Opplysningsplikt* (LOV-1992-07-17-100). LOVDATA. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Barrenechea, L. I., Ribeiro, C. C., Cava, A. M. L. & Azevedo, O. P. (2020). Nurses' perception on violence against children and adolescents by their companion in pediatric ward. *Revista brasileira de enfermagem*, 73, e20190495. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0495>
- Barrett, E., Denieffe, S., Bergin, M. & Gooney, M. (2017). An exploration of paediatric nurses' views of caring for infants who have suffered nonaccidental injury. *J Clin Nurs*, 26(15-16), 2274-2285. <https://doi.org/10.1111/jocn.13439>
- Bufdir. (2020, 15.06.21). *Lovverk som forplikter kommunene*. Barne-, ungdoms- og familiediretoratet. https://bufdir.no/Familie/foreldrestotte/satse_pa_foreldrestotte/kommunens_forpliktelser/
- Bullock, L., Stanyon, M., Glaser, D. & Chou, S. (2019). Identifying and Responding to Child Neglect: Exploring the Professional Experiences of Primary School Teachers and Family Support Workers. *Child abuse review (Chichester, England : 1992)*, 28(3), 209-224. <https://doi.org/10.1002/car.2558>
- Chan, A. C. Y., Cheng, W. L., Lin, Y. N., Ma, K. W., Mark, C. Y., Yan, L. C., Yim, K. W., Yim, P. Y. & Ho, G. W. K. (2020). Knowledge and Perceptions of Child Protection and Mandatory Reporting: A Survey of Nurses in Hong Kong. *Compr Child Adolesc Nurs*, 43(1), 48-64. <https://doi.org/10.1080/24694193.2018.1561763>
- Dolonen, K. A. & Hærnes, N. (2021, 19.09.2021). Mangel på barnesykepleiere: Hvorfor trenger barn egne sykepleiere? *Sykepleien*.
- Elarousy, W. (2019). Barriers that inhibit reporting suspected cases of child abuse and neglect among nurses in a public hospital, Jeddah, Saudi Arabia. 413. <https://doi.org/10.26719/emhj.18.055>
- Flemington, T. & Fraser, J. (2017). Building workforce capacity to detect and respond to child abuse and neglect cases: A training intervention for staff working in emergency settings in Vietnam. *International emergency nursing*, 34, 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.03.004>

- FNs barnekonvensjon. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter* Barne- og familiedepartementet.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdf/v/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Folkehelseloven. (2009). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2021-05-07-34). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>
- Gardner, S. L., Carter, B. S., Hines, M. E. & Niermeyer, S. (2020). *Merenstein & Gardner's handbook of neonatal intensive care* (9 utgave. utg.). Elsevier.
- Hesledirektoratet. (2017, 11.november 2019). *Helsepersonell skal melde fra til barnevernet når vilkårene for opplysningsplikten er oppfylt*. Oslo: Hesledirektoratet. Hentet 29. mars 2022 fra <https://www.hesledirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-opplysningsplikt/opplysningsplikt-helsepersonell-skal-melde-fra-til-barnevernet-nar-vilkarene-for-opplysningsplikten-er-oppfylt#f8503d44-83e9-479e-94ff-87ae5f2cdac3-begrunnelse>
- Helsepersonelloven. (1999). *Opplysningsplikt til barnevern* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2020). *Hvordan er tilbudet til barn og unge i somatisk spesialisthelsetjenesten påvirket av koronapandemien?* (9/2020).
https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/kartlegging_tilbud_barn_unge_spesialisthelse_internserien9_2020.pdf
- Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse : grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Herendeen, P. A. D. N. P. P. N. P. B. C., Blevins, R. C., Anson, E. M. S. & Smith, J. M. S. P. (2014). Barriers to and Consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse Practitioners. *J Pediatr Health Care*, 28(1), e1-e7.
<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.06.004>
- Hjelmseth, M. & Aune, T. (2018). Lack of clear framework impedes work with children of sick parents. *Sykepleien Forskning 2018;13(65521):e-65521*.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.65521en>
- Ho, G. W. K. P. R. N. & Gross, D. A. D. R. N. F. (2015). Pediatric Nurses' Differentiations Between Acceptable and Unacceptable Parent Discipline Behaviors: A Q-Study. *J Pediatr Health Care*, 29(3), 255-264. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.12.004>
- Homlong, L., Fredheim, G. & Knudsen, H. (2019). Helsepersonell har plikt til å melde til barnevernet. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0276>
- Hovland, B. I., Bakken, K., Dale, O., Johnsen, W., Lunde, T., Melsom, P. A., Skolbekken, J.-A., Møller, V. S., Staff, A., Ulrichsen, C. P. & Wifstad, Å. (2009). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. *Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM)*.
- Khanjari, S., Salahi, E., Zarei, K., Ranjbar, F., Haghani, H. & Ebrahimi Ghassemi, A. (2021). Identification and Reporting of Child Abuse: The Effect of an Educational Programme on the Attitude, Knowledge and Behaviours of a Sample of Iranian Nurses. *Child abuse review (Chichester, England : 1992)*, 30(5), 473-484.
<https://doi.org/10.1002/car.2721>

- Killén, K. (2015). *Sveket : I : Risiko og omsorgssvikt - et helseproblem og tverrfaglig ansvar* (5. rev. utg. [i.e. 2. utg. av 2-bindsutg.]. utg., Bd. I). Kommuneforl.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Laurie Branstetter, M., Garrett-Wright, D. & Padgett, B. (2020). Adverse childhood experiences: Missed opportunities by nurse practitioners to screen adult clients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 58(3), 20-27. <https://doi.org/10.3928/02793695-20191118-01>
- Lavinge, J. L. (2017). Pediatric Inpatient Nurses' Perceptions of Child Maltreatment. 17. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.01.010>
- Lee, I. S. & Kim, K. J. (2018). Factors That Influence Mandatory Child Abuse Reporting Attitudes of Pediatric Nurses in Korea. *J Forensic Nurs*, 14(1), 31-41. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000186>
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*, 18(2), 145-153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Lines, L. E., Grant, J. M. & Hutton, A. (2020a). 'How can we work together?' Nurses using relational skills to address child maltreatment in Australia: A qualitative study. *J Pediatr Nurs*, 54, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.05.008>
- Lines, L. E., Grant, J. M. & Hutton, A. (2020b). Nurses' perceptions of systems and hierarchies shaping their responses to child abuse and neglect. *Nurs Inq*, 27(2), e12342-n/a. <https://doi.org/10.1111/nin.12342>
- Lines, L. E., Hutton, A. & Grant, J. M. (2021). Constructing a Compelling Case: Nurses' Experiences of Communicating Abuse and Neglect. *Child abuse review (Chichester, England : 1992)*, 30(4), 332-346. <https://doi.org/10.1002/car.2697>
- Lines, L. E., Hutton, A. E. & Grant, J. (2017). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *J Adv Nurs*, 73(2), 302-322. <https://doi.org/10.1111/jan.13101>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Nøkleby, H., Borge, T. C. & Johansen, T. B. (2021). *Konsekvenser av covid-19-pandemien for barn og unges liv og psykiske helse - oppdatering av hurtigoversikt*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2021/konsekvenser-av-covid-19-pandemien-for-barn-og-unges-liv-og-psykiske-helse/>
- O'Malley, D. M., Kelly, P. J. & Cheng, A.-L. (2013). Family Violence Assessment Practices of Pediatric ED Nurses and Physicians. *J Emerg Nurs*, 39(3), 273-279. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.05.028>
- Ohnstad, B., Gudheim, Y. & Björk, B. (2019). *Meldeplikt til barnevernet : er det nok å være bekymret?* Ordskifte forlag.

- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Wolters Kluwer.
- Reneflot, A. (2019). *Vold og seksuelle overgrep* (Folkehelse rapporten, Issue. C. S. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/>
- Sjøvold, M. S. & Furuholmen, K. G. (2020). *De minste barnas stemme : sped- og småbarn utsatt for vold og omsorgssvikt* (2. utgave. utg.). Universitetsforlaget.
- Sommerschild, H., Garløv, I., Grøholt, B. & Weidle, B. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri* (5. utg. utg.). Universitetsforl.
- St.meld.nr: 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen- Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet : sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal.
- Sundler, A. J., Whilson, M., Darcy, L. & Larsson, M. (2021). Swedish School Nurses' Experiences of Child Abuse. *Journal of School Nursing*, 37(3), 176-184. <https://doi.org/10.1177/1059840519863843>
- Thorvaldsen, I. R. & Kirchhoff, J. (2017). Se tegnene på omsorgssvikt. *Tidsskriftet Sykepleien*.
- Wilson, I. A. & Lee, J. (2021). Barriers and Facilitators Associated With Child Abuse and Neglect Reporting Among Child Care Professionals: A Systematic Review. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 59(6), 14-22. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210324-01>
- Zusman, N. & Saporta-Sorozon, K. (2021). Organizational factors affecting nurses' tendency to report child abuse and neglect. *Public health nursing (Boston, Mass.)*. <https://doi.org/10.1111/phn.13030>

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 4: Godkjenning fra FEK

Vedlegg 5: Godkjenning fra Personvernombudet ved aktuelle sykehus

VEDLEGG 1

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET:

«Hvilke erfaringer har sykepleier/barnesykepleier med bruk av meldeplikt til barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt og mishandling av barn og unge innlagt i spesialisthelsetjenesten?»

Bakgrunn og hensikt

Med dette infoskrivet får du spørsmål om å delta i en forskningsstudie for å kartlegge barnesykepleieres og sykepleieres erfaringer om bruk av meldeplikt til barnevern ved mistanke om omsorgssvikt hos barn innlagt i Barne- og ungdomsavdeling. Du får denne muligheten fordi du jobber ved Barne- og ungdomsavdeling/nyfødtintensivavdeling, og har minst ett års arbeidserfaring med barn og unge på sykehus. Dette forskningsprosjektet gjøres i forbindelse med Masteroppgave ved Universitetet i Agder og er ikke i sykehusets regi.

Hensikten med å gjøre en undersøkelse av barnesykepleierens/sykepleierens erfaringer om bruk av meldeplikt til barnevern er for å tilføre nye kunnskaper omkring bruken av denne. Samtidig ønsker vi å kaste lys på erfaringer som finnes der man mistenker omsorgssvikt og/eller barnemishandling av barn i barne- og ungdomsavdeling i spesialisthelsetjenesten.

Hva innebærer studien for deg?

Studien innebærer at du blir stilt spørsmål om forskningstemaet i om lag 30-45 min. Spørsmålene vil være knyttet til dine erfaringer til bruk av meldeplikt til barnevern ved mistanke om omsorgssvikt/mishandling av barn innlagt i Barne- og ungdomsavdeling. I all hovedsak er det dine egne erfaringer som er viktig for forskningen. Vi vil trekke frem noen tema i samtalen, men du står svært fritt til å dele dine erfaringer utover disse temaene. Vi vil ta lydopptak og notater i intervjuene.

Mulige fordeler og ulemper

Dette forskningsprosjektet vil ikke verken ha negative eller positive direkte effekt på deg som person. Du vil få muligheten til å være med å kaste lys på et viktig tema i Barne- og ungdomsavdelinger. Samtidig vil deltagelse for noen gi muligheten til å få snakket om vanskelige erfaringer innenfor trygge og habile rammer.

Ditt personvern- hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Da du som deltaker har taushetsplikt er det viktig at intervjuene gjennomføres slik at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og deltaker har sammen ansvar for dette, og vi vil drøfte innledningsvis i intervjuene hvordan dette skal håndteres.

Alle personopplysning og opplysningene du deler vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre opplysninger som kan gjenkjennes. Alle opplysningene du gir fra deg som deltaker vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre gjenkjenninger som kan spores direkte til deg (=kodete opplysninger). Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det er kun den som intervjuer deg og vår veileder ved Universitetet i Agder som vil få tilgang til de nedskrevne intervjuene.

Ansvarlig for personvernet i prosjektet er veileder ved Universitetet i Agder, Institutt for helse- og sykepleievitenskap er prosjektleder professor Gudrun E. Rohde.

Du har som deltaker rett til innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert, å få rettet og slettet personopplysninger, samt å få utlevert en kopi av personopplysninger. Du kan sende klage til Personvernombudet ved din institusjon eller Datatilsynet om behandlingen av personopplysninger.

Hva skjer med opplysningene du deler og personopplysningene dine?

Resultatene av intervjustudien skal presenteres i en masteroppgave. Når denne er ferdigskrevet og sensuren har falt vil alle lydbandopptak og det skrevne intervjuet slettes i sin helhet når sensuren for oppgaven faller sommeren 2022. Dersom eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid er aktuelt, vil dette kun skje etter godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Godkjenninger

Dette forskningsprosjektet er meldt og godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (NSD), samt godkjent i Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder sin Ethiske komité (FEK).

Frivillig deltakelse og mulighet til å trekke ditt samtykke

I dette forskningsprosjektet er det frivillig å delta. Det vil si at du også når som helst og uten begrunnelse for dette, kan trekke ditt samtykke om å delta i studien. Dette skal ikke få konsekvenser for ditt videre virke. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du med dette takker ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Madeleine Valvik (masterstudent)	Telefon: 90962043	Mail: maritmv@student.uia.no
Viktoria Lundvall (masterstudent)	Telefon: 45430716	Mail: viktol13@student.uia.no
Linn Uppstad (masterstudent)	Telefon: 91877971	Mail: linnju13@student.uia.no
Gudrun Elin Rohde (Veileder)	Telefon: 38141846	Mail: gudrun.e.rohde@uia.no

Jeg samtykker til å delta i forskningsprosjektet og til at mine opplysninger kan brukes slik det er beskrevet:

Sted og dato Deltakers signatur

Jeg bekrefter at det er gitt informasjon om forskningsprosjektet.

Sted og dato Signatur

VEDLEGG 2

Intervjuguide til masteroppgaven

Et godt intervju bærer preg av at vi som forskere forstår hva som foregår mellom deltakeren og intervjueren, samt hva slags betydning dette vil ha for tolkning og funn i sin tur. Vi må i forkant strukturere et intervju som har mål og mening. En intervjuguide er et godt redskap. Dette har vi skissert nedenfor i stikkordsform, slik at vi som forskere blir minnet på de viktige tema som vi ønsker data om, underveis i intervjuet.

Intervjuguiden kan revideres etter hvert datainnsamlingen trer frem fordi vi underveis vil finne ut hvor fokuset bør ligge.

Vi vil benytte «critical incident technique». Eksempel på dette er: «*Fortell hvordan du erfarte å være bekymret for barnets omsorgssituasjon.*» «*Kan du gi et eksempel på det du fortalte nå?*»

Vi vil derfor strukturere samtalen, men samtidig ha et åpent sinn for avsporinger fra deltaker. Det kan ligge mye kunnskap i slike avsporinger. Vi vil være åpne for flertydighet, som vil gi en god intervjusituasjon og et godt kvalitativt intervju. Målet er at deltager opplever intervjuet som positivt og at deltager har følelsen av at hun/han har bidratt til å frembringe ny kunnskap.

FORMÅL:

HVILKE ERFARINGER HAR DU OM BRUK AV MELDEPLIKT TIL BARNEVERN VED MISTANKE OM OMSORGSSVIKT OG/ELLER BARNEMISHANDLING?

BAKGRUNN:

Bakgrunnen for valg av tema var at vi hadde egne erfaringer om tema og ble nysgjerrig på hvordan må bruker meldeplikt og om dette er likt for alle sykepleiere som jobber med barn.

Tema til intervju:

Del 1: Erfaringer utfra definisjon på omsorgssvikt

- *Har du erfaringer om bruk av meldeplikt fra ditt arbeid i barne- og ungdomsavdeling/nyfødtintensivavdeling omkring omsorgssvikt og barnemishandling?*
 - Fysisk mishandling/vold
 - Psykisk mishandling/vold
 - Seksuelle overgrep
 - Latent vold
 - Bekymring for barnets omsorgssituasjon
 - Filleristing

Oppfølgingsspørsmål del 1:

- *Hva tenker du er grunnen til at man velger å ikke melde i fra til barnevern ved bekymring for barn?*
- *Kan du fortelle litt om det du nettopp sa? Har du noen eksempler?*

Del 2: Erfaringer rundt bruk av meldeplikt med ulike perspektiver

- Organisatoriske utfordringer eller kultur for bruk av meldeplikt i din avdeling.
- Lovverk
- Din rolle
- Ledelsens rolle

Oppfølgingsspørsmål del 2:

- *Hvilke erfaringer har du med bruk av meldeplikt til barnevern?*
- *Kan du si noe om hvordan man går frem ved din avdeling ved mistanke om omsorgssvikt?*
- *Ved bruk av meldeplikt: Er det noen spesielle årsaker til dette sånn du ser det/at det er sånn?*
 - Overtid/Ansvarsfordeling
 - Travel avdeling
 - Primærsykepleie
- *Hva tenker du om at man som helsepersonell melder med eget navn til barnevern?*

Del 3: Oppfølging og debrifing etter meldt sak

Oppfølgingsspørsmål del 3:

- *Kan du fortelle hvordan din avdeling følger opp en meldt sak?*
 - Debrifing i avdeling
 - Tilbakemelding fra barnevernet etter meldt sak

- Oppfølging av leder
- *Hvilke erfaringer har du med oppfølging etter meldt sak til barnevern?*

TIL SLUTT:

Hvordan opplevde du intervjuet?

VEDLEGG 3

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Barnesykepleierens bruk av meldeplikt til barnevern

Referansenummer

413425

Registrert

08.09.2021 av Marit Madeleine Valvik - maritm@student.uia.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gudrun Elin Rodhe, gudrun.e.rodhe@uia.no, tlf: 99164094

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Madeleine Valvik, maritm@student.uia.no, tlf: 90962043

Prosjektperiode

01.10.2021 - 20.06.2022

Status

13.10.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

13.10.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 13.10.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

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

TAUSHETSPLIKT

Utvalget har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres slik at det ikke fremkommer opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon. Vær spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates. Slike opplysninger kan være kombinasjon av for eksempel stedsnavn, alder, kjønn, tidspunkt, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Dere må derfor være forsiktig ved bruk av eksempler under intervjuene. Vi anbefaler at du minner deltagerne på deres taushetsplikt i forkant av intervjuet.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

VEDLEGG 4



Marit Madeleine Valvik

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 11/11/2021

Besøksadresse: Universitetsveien 25 Kristiansand

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Barnesykepleierens bruk av meldeplikt til barnevern

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent. Kommentar fra godkjenner:

Hilsen

Forskningsetisk komite

Fakultet for helse - og idrettsvitenskap Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND TELEFON 38 14 10 00
ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no - www.uia.no

FAKTURAADRESSE:
UNIVERSITETET I AGDER, FAKTURAMOTTAK
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

VEDLEGG 5



Foretaksnivå

Skjema

Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning, masterstudenter eller annet Side 1 av 3

Dokument ID:

I.1.6.3-6

11.11.2019

11.11.2021

Gyldig til:

Revisjon:



Til Saksbehandler Utvikling og utdanning	De* e er søknadsskjema for datainnsamling ved ALLE enheter ved [redacted] Søknaden skal først godkjennes av universitets veileder og dere* er sendes på e-post til [redacted]
---	---

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED ETTERUTDANNING, VIDEREUTDANNING, MASTEROPPGAVER ELLER ANNET.

Det forutsettes at gjeldene lover, forsknings- og etiske retningslinjer og metoder for datainnsamling følges!

I forbindelse med oppgaveskriving eller arbeidskriving kan det være ønskelig å innhente opplysninger direkte fra ansatte, pasienter eller pårørende. I den anledning søker undertegnede om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling.

FYLLES UT AV SØKER

Navn på student/søker	Viktoria Lundvall, Linn Espstad og Madeleine Valvik
Arbeidssted/studie	[redacted]
Datainnsamling i forbindelse med:	Etterutdanning <input type="checkbox"/> Videreutdanning <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> (Fyll ut annet)

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven min er

Tema	Barnesykepleiers bruk av meldeplikt til barnevern.
Problemformulering	Hvilke erfaringer har barnesykepleiere om bruk av meldeplikt til barnevern ved mistanke om omsorgssvikt/mishandling av barn innlagt i barne- og ungdomsavdeling?
Veileder ved universitetet	Gudrun Elin Rohde
E-post	gudrun.e.rohde@uia.no
Telefon	99164094

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Hensikt med datainnsamling	Samle data via intervju til analyse, for å belyse tema om omsorgssvikt og bruk av meldeplikt blant barnesykepleiere i spesialisthelsetjenesten.
Metode for datainnsamling (intervju, spørreskjema, observasjon, video- eller lydopptak)	Kvalitativ forskningsmetode i intervju med lydopptak.
Populasjon/utvalg	[redacted] Pasienter (legg ved nødvendige godkjenninger) Pårørende (legg ved nødvendige godkjenninger)

Utarbeidet av:



Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning, masterstudenter

Side: 2

Utarbeidet av:

Fagansvarlig:

Godkjent dato:

Godkjent av:

Revisjon:

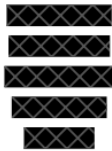
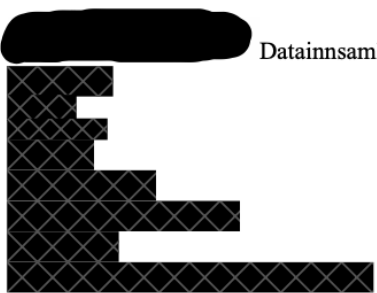
5.01

Foretaksnivå\Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon\Forskning og fagutvikling\Kompetanseheving

Forskning på	Friske mennesker Syke mennesker Humant biologisk materiale Helseopplysninger
Hvor oppbevares innsamlede data?	Alle personopplysninger og opplysningene vi henter inn vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre opplysninger som kan gjenkjennes. Alle opplysningene vi får fra deltaker vil bli behandlet og oppbevart uten navn og fødselsnummer eller andre gjenkjenninger som kan spores direkte til personen (=kodete opplysninger). Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og kan finne tilbake til deltaker. Det er kun den som intervjuer og vår veileder ved Universitetet i Agder som vil få tilgang til de nedskrevne intervjuene. <i>Merk at alle personopplysninger forutsettes aidentifisert (kodet). Data og kodelister skal oppbevares separat. Utrekksdata for videre analyse (SPSS, Excel el) skal være aidentifisert/pseudonymisert.</i>
På hvilke format skal innsamlede data lagres?	Elektronisk Papir
Ved elektronisk lagring skal kun godkjent løsning benyttes:	Medinsight (kan inneholde kodeliste) eReg (kan inneholde kodeliste) Filområde tildelt av saksbehandler Annet sted, oppgis:
Skal data sendes ut av landet?	Nei Ja Til hvem/hvor/hvordan:
Hvor/hvordan skal koblingsnøkler/kodelister oppbevares?	Medinsight eller eReg (kan inneholde kodeliste) Annet sted. Hvor og hvordan beskyttet: <i>(merk: sikret, adskilt fra innsamlede data)</i>
Ønsket antall respondenter ved	10-14
Tidspunkt/varighet ved	oktober 2021- april 2022
Enhet/Avdeling (datainnsamling)	

Vedlegg (Sett kryss)

Vedlagt	Ikke aktuelt	
		Kopi av søknad til REK
		Kopi av godkjenning/uttalelse fra REK (både opprinnelig uttalelse og evt senere uttalelser om endringer)
		Kopi av godkjenning fra FEK
		Kopi av godkjenning fra NSD
		Kopi av informasjonsskriv til pasient/ansatt, inkl samtykkeskjema godkjent av veileder
		Prosjektskisse



5.01

Foretaksnivå|Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon|Forskning og fagutvikling|Kompetanseheving

[REDACTED]
[REDACTED]

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med	Navn Madeleine Valvik	E-post maritmv@student.uia.no	Telefon 90962043
--	--------------------------	----------------------------------	---------------------

Med hilsen

Dato 14.10.21

Signatur

Navn student E-post maritmv@student.uia.no Telefon 90962043

Innhenting av data må skje etter retningslinje "Datainnsamling. Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter" i EKWeb.

Godkjenning av innsamling av pasient- og pårørende data

Informasjonssikkerhetsleder og Personvernombud gjennomgår søknaden med tanke på ivaretagelse av informasjonssikkerhet og personvern, og gir sin tilrådning til Forskningsjef.

Dato:	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]

Kryssreferanser

[1.1.6.3-7](#)

Datainnsamling - Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter

