



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Innvirkninger på om helsepersonell melder fra ved  
barnemishandling eller omsorgssvikt /  
Impacts on medical staff´s reporting when suspected  
child abuse or neglect**

**Cecilie Sekkenes og Sitka Malene Gresdal**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 72**

**Molde, 08.04.16**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

| Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| 1.  | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.  | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3.  | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4.  | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5.  | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.  | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>   | <input checked="" type="checkbox"/> |

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hildegunn Sundal

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 20.03.16

**Antall ord: 12067**

## **Forord**

“The world is a dangerous place to live,  
not because of the people who are evil,  
but because of the people who don't do anything about it”

(Albert Einstein)

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Omfanget av omsorgssvikt/mishandling er lite forsket på i Norge, men statistikken viser at mellom 3-4% av alle barn er utsatt. Barn som opplever omsorgssvikt/mishandling har ofte vansker senere i livet og sannsynligheten øker med varighet og antall risikofaktorer. Vanskene kan være depresjon, angst, selvskading og somatoforme lidelser. Helsevesenet står i dag for rundt 13,4% av sakene som blir meldt fra til barnevernet.

**Hensikt:** Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hva som påvirker helsepersonells melderutine ved mistanke om barnemishandling/omsorgssvikt.

**Problemstilling:** Hva har innvirkning på om helsepersonell velger å melde fra eller ikke ved mistanke om omsorgssvikt eller mishandling av barn?

**Metode:** Oppgaven er en systematisk litteraturstudie som tar utgangspunkt i 13 artikler. De er fordelt på fem kvalitative, seks kvantitative og to som er begge deler.

**Resultat:** Det er en rekke momenter som har innvirkning på helsepersonells bestemmelse. Det er blant annet egne erfaringer, utdanning, behovet for støtte, bosted, arbeidsforhold, hvordan loven tolkes, og hva som legges i begrepene omsorgssvikt og mishandling.

**Konklusjon:** Helsepersonell bestemmer seg for om de skal melde fra på grunnlag av kunnskapsnivå, erfaring, geografi, kultur, støtte, observasjoner, retningslinjer, lovverket og etiske dilemma. Helsepersonell har behov for mer undervisning og rettleiding for å øke antall innmeldinger til barnevernstjenesten.

**Nøkkelord:** Barn, mishandling, omsorgssvikt, melde fra og helsepersonell.

## **Abstract**

**Background:** The extent of abuse/neglect is little researched in Norway, but statistics show that between 3-4% of all children are exposed. Children who experience abuse/neglect often have difficulties later in life and the likelihood increases the longer they are exposed. The difficulties may be depression, anxiety, self-harm and physical disorders. Medical staff currently accounts for around 13.4% of the cases that are reported to child welfare.

**Aim:** We wanted to study what influenced medical staff's reporting decision when suspected child abuse or neglect.

**Research question:** What is affecting medical staff's decision on reporting suspected child abuse or neglect?

**Method:** A systematic literature review with 13 articles included. They consisted of five qualitative, six quantitative and two qualitative/quantitative.

**Results:** There are a number of factors that affect medical staff's decision. For example experiences, education, residency, what's expected, how they interpret the law, and how they understand the terms neglect and abuse. They need to consider, discuss and get support from others.

**Conclusion:** Medical staff decide whether to report is affected by knowledge, experience, support, observation, guidelines, the law, ethical dilemmas, geography and culture. The medical staff need more training and guidance to increase the number of reports to child welfare.

**Keywords:** Child, abuse, neglect, report and medical staff.

# Innholdsfortegnelse

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1.0</b> | <b>INNLEDNING</b>  | <b>2</b>  |
| 1.1        | BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA  | 2         |
| 1.2        | HENSIKT  | 3         |
| 1.3        | PROBLEMSTILLING  | 3         |
| <b>2.0</b> | <b>TEORIBAKGRUNN</b>   | <b>4</b>  |
| 2.1        | HELSEPERSONELLOVEN   | 4         |
| 2.2        | OM NØDETATER OG BARNEVERN  | 5         |
| 2.3        | DEFINISJON PÅ OMSORGSSVIKT/MISHANDLING                                   | 5         |
| 2.4        | TEGN PÅ OMSORGSSVIKT/MISHANDLING   | 6         |
| 2.5        | OMFANG   | 6         |
| 2.6        | KONSEKVENSER AV OMSORGSSVIKT OG MISHANDLING                              | 7         |
| <b>3.0</b> | <b>METODEBESKRIVELSE</b>   | <b>8</b>  |
| 3.1        | DATASAMLING  | 8         |
| 3.1.1      | <i>Inklusjon og eksklusjonskriterier</i>                                 | 9         |
| 3.1.2      | <i>Databaser</i>   | 9         |
| 3.1.3      | <i>Søkestrategier</i>  | 9         |
| 3.2        | KVALITETSVURDERING OG ETISKE HENSYN                                      | 11        |
| 3.3        | ANALYSE  | 12        |
| <b>4.0</b> | <b>RESULTAT</b>  | <b>14</b> |
| 4.1        | HELSEPERSONELLS SELVTILLIT   | 14        |
| 4.1.1      | <i>Støtte fra kollegaer</i>  | 14        |
| 4.1.2      | <i>Støtte fra ledelse</i>  | 15        |
| 4.1.3      | <i>Tiltro til egen mistanke</i>  | 15        |
| 4.2        | KULTURELLE OG GEOGRAFISKE DILEMMA  | 16        |
| 4.2.1      | <i>Kulturelle dilemma</i>  | 16        |
| 4.2.2      | <i>Geografiske dilemma</i>   | 17        |
| 4.3        | KUNNSKAP OG TIDLIGERE ERFARINGER   | 18        |
| 4.3.1      | <i>Tidligere erfaringer</i>  | 18        |
| 4.3.2      | <i>Kunnskapsnivå</i>   | 19        |
| 4.3.3      | <i>Retningslinjer og lovverket</i>                                       | 20        |
| 4.3.4      | <i>Er allerede meldt inn/meldt fra til kollega</i>                       | 20        |
| 4.4        | ETISKE DILEMMA   | 21        |
| 4.4.1      | <i>Best for helsepersonell eller barnet</i>                              | 21        |
| 4.4.2      | <i>Ønske om å hjelpe selv</i>  | 22        |
| <b>5.0</b> | <b>DISKUSJON</b>   | <b>23</b> |
| 5.1        | METODEDISKUSJON  | 23        |
| 5.1.1      | <i>Hensikt, problemstilling og søkeord</i>                               | 23        |
| 5.1.2      | <i>Inklusjon-, og eksklusjonskriterier, databaser og søkestrategi</i>    | 23        |
| 5.1.3      | <i>Kvalitetsvurdering og analyse</i>                                     | 25        |
| 5.2        | RESULTATDISKUSJON  | 27        |
| 5.2.1      | <i>Spiller selvtillit og støtte en rolle for helsepersonells valg</i>    | 27        |
| 5.2.2      | <i>Utgjør geografiske og kulturelle forskjeller noe</i>                  | 29        |
| 5.2.3      | <i>Spiller helsepersonells kunnskap og erfaringer en rolle</i>           | 31        |
| 5.2.4      | <i>Hva er de etiske dilemmaene og i hvilken grad har de en betydning</i> | 35        |
| <b>6.0</b> | <b>KONKLUSJON</b>  | <b>37</b> |

**LITTERATURLISTE..... 39**

Vedlegg 1: PICO-skjemaene

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Vurderings-mal

Vedlegg 4: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 5: Fargekoder til hjelp ved systematisering av funn fra studiene

Vedlegg 6: Oversikt over resultat gjennom tema og subtema



## **1.0 Innledning**

I denne delen av oppgaven er bakgrunnen for tema, hensikten og problemstillingen presentert.

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

Killén (2004) skriver at i Norge har vi ingen landsomfattende undersøkelse av omfanget for omsorgssvikt. Med bakgrunn i den forskning som er gjort i Norge de siste årene ser det ut til at tallet på barn som er utsatt for omsorgssvikt/mishandling ligger på mellom tre til fire prosent. Forskningen rundt disse tallene støtter seg på saker som er meldt inn til barnevernet. Det vi vet er at det finnes mørketall og det gjør at vi ikke kan stole på tallene som forskningen viser. Grunnen til mørketallene er blant annet underreportering og at utøver/barn tildekker omsorgssvikten/mishandlingen. Ut i fra forskningen som er utført ser vi at antall barn som er utsatt stadig øker. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2015) undersøkte blant annet hvem som meldte fra om mishandling/omsorgssvikt. Det viser seg at helsevesenet står for 13,4% av meldte saker til barnevernet.

Barn som er utsatt for omsorgssvikt/mishandling opplever ofte vansker senere i livet. Det kan være psykiske lidelser blant annet i form av atferdsvansker, personlighetsforstyrrelser, seksuelle vansker, og somatoforme og medisinske lidelser. Det kan også føre til rusmisbruk, selvskading, selvmordsforsøk, partnervold og uønskede svangerskap (Killén 2004 og Kvello 2007). I tillegg til at det kan få alvorlige konsekvenser for den enkeltes helse både fysisk og psykisk, får det også økonomiske konsekvenser. En undersøkelse som ble gjort i 2012, viser at vold i nære relasjoner koster det norske samfunnet mellom 4,5 og 6 milliarder kroner årlig (Barne-Likestillings- og Inkluderingsdepartementet 2013).

Vi ønsker å undersøke hvilke faktorer som har innvirkning på om helsepersonell melder fra eller ikke ved mistanke om omsorgssvikt eller mishandling av barn. Vi håper at med denne studien kan vi gjøre andre mer observante og reflekterte, samt at vi som sykepleiere vil kunne stå sterkere om vi havner i en situasjon som tilsier at vi bør melde fra.

## ***1.2 Hensikt***

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hva som påvirker helsepersonells melderutine ved mistanke om barnemishandling/omsorgssvikt.

## ***1.3 Problemstilling***

Hva har innvirkning på om helsepersonell velger å melde fra eller ikke ved mistanke om omsorgssvikt eller mishandling av barn?

## 2.0 Teoribakgrunn

Denne delen inneholder presentasjon av relevant teori innenfor emnene omsorgssvikt, mishandling og lovverk.

### 2.1 Helsepersonelloven

*”Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten” (Norsk sykepleierforbund 2011, 7)*

Helsepersonelloven gjelder for alle som jobber i Norge innen yrkesgruppene som er nevnt i paragraf 48. Loven har flere paragrafer som er relevante for helsepersonell i forbindelse med barnemishandling og omsorgssvikt. I paragraf 31, opplysninger til nødetater, gis det uttrykk for at helsepersonell ved mistanke om at det kan oppstå alvorlig skade på barnet i nærliggende fremtid har rett til å avvike fra taushetsplikten for å informere politiet eller brannvesenet (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Det er en egen paragraf i helsepersonelloven som omhandler plikten til å melde fra til barnevernstjenesten. Det er paragraf 33 som heter opplysninger til barneverntjenesten. Denne innebærer at helsepersonellet skal være klar over og oppmerksomme på tegn og symptom på barnemishandling eller omsorgssvikt. De har plikt til å melde fra og rett til å avvike fra taushetsplikten ved mistanke om alvorlig omsorgssvikt eller mishandling og om barnet over lengre tid har vist alvorlig og langvarige atferdsvansker. Helsepersonell kan også avvike fra taushetsplikten om det fra relevante instanser blir etterspurt informasjon angående det som kan være alvorlige situasjoner. Det er også nevnt at det i helseinstitusjoner skal utpekes en person som skal ha ansvar for utlevering av slike opplysninger. Helsepersonelloven paragraf 33 henviser til lov om barneverntjenester paragraf 4-10, 4-11 og 4-12. Disse paragrafene inneholder vedtak om medisinsk undersøkelse og behandling, særlige behandlings- og opplæringsbehov og vedtak om omsorgsovertakelse (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

## **2.2 Om nødetater og barnevern**

Barnevernstjenesten har ansvar for å følge med på barns levede forhold og finne tiltak som forebygger omsorgssvikt og atferdsproblemer. Barnevernet skal ta hensyn til barnets beste, undersøke, sette inn hjelpetiltak, oppfølging av hjelpetiltak, vedtak ved akutsituasjoner, overta omsorgen for barnet ved behov, velge plasseringssted for barnet, ta ansvar for samværsretten til barnet og oppheving av vedtak (Det Juridiske fakultet 2014).

Nødetatene under paragraf 31 i Helsepersonelloven inkluderer politi og brannvesen. Politiets oppgave er blant annet å beskytte personer, opprettholde offentlig orden og sikkerheten, og verne mot alt som truer den alminnelige tryggheten i samfunnet.

Brannvesenet står blant annet for å verne liv, helse og miljø mot akutte ulykker, samt uønskede tilsiktede hendelser (Det Juridiske fakultet 2014).

## **2.3 Definisjon på omsorgssvikt/mishandling**

Det er ingen universelle definisjoner av omsorgssvikt eller mishandling. Vi har valgt å beskrive begrepene omsorgssvikt og mishandling under det samme. Dette fordi omsorgssvikt er en dekkende definisjon for mishandling, selv om mishandling også kan innebære at det ikke er omsorgspersonene som utøver det. Omsorgssvikt/mishandling må ses i forhold til dimensjoner som tid, kultur, etnisitet, barnets forutsetning og behov (Kvelling 2007).

Begrepene omsorgssvikt og barnemishandling kan inndeles i elleve ulike kategorier. Det er emosjonell mishandling, fysisk omsorgssvikt, medisinsk omsorgssvikt, seksuelle overgrep, seksuell utnyttelse, uetisk veiledning av barnet, utdanningsmessig omsorgssvikt, utviklingsmessig omsorgssvikt, mangelfullt tilsyn, fysisk mishandling og mangelfull sikring (Kvelling 2007). Alle kategorier av mishandling/omsorgssvikt kan være i forskjellig grad, det kan være mer eller mindre alvorlig, det kan være av lengre eller kortere varighet og det kan være situasjonsbetinget eller kronisk (Killén 2004).

## **2.4 Tegn på omsorgssvikt/mishandling**

Tegn som kan tyde på at barn blir utsatt for omsorgssvikt kan være at barnet er skittent, dårlig stelt, sultent, viser aggressive reaksjoner eller kan ha forsinket utvikling. Symptomer på at et barn blir utsatt for fysisk overgrep kan være synlig påført traume, epilepsi eller lammelse ved større hodetraume, bruddskader, angst eller at barnet er avvisende/engstelig (Killén 2004). Barn som er utsatt for seksuelle overgrep kan vise symptomer som at barnet ”pleaser” voksne, er ”usynlige” i sosiale sammenhenger, uttrykker bekymringsfull seksualisert atferd, depresjon, angstlidelse, kroppslig uro, engstelse, mangel på energi, dårlig selvtillit eller selvmordstanker (Søftestad og Andersen 2014).

## **2.5 Omfang**

Forente Nasjoners (FN) barnekonvensjon ble vedtatt i 1989, trådte i kraft 1990 og ble innført i Norge 1991. Den blir med jevne mellomrom revidert. Barnekonvensjonen definerer alle mennesker under 18 år som barn, med mindre barnet er umyndiggjort. Den omfatter et vidt spekter av rettigheter til barn, blant annet sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (United Nations Human Rights: Office of the High Commissioner 2011). Paulo Sérgio Pinheiro utførte en studie for FNs høykommissær for menneskerettigheter, FNs hjelpeorganisasjon for barn og Verdens helseorganisasjon. Det var en verdensomspennende studie som undersøkte omfanget av vold mot barn. Forskningen viser at det fortsatt er mye som er underrapportert, hemmeligholdt og mangelfullt registrert om barns forhold. Den viser at det er mye som er sosialt akseptert og at det er mye som ikke blir fanget opp av lover og regler. Den viser at i løpet av 2002 var det 53 000 barn som ble drept som følge av vold. En slik type vold kommer ofte til syne i media, mens den vanligste og mest skjulte volden som rammer barn hver dag forblir ukjent. Pinheiros forskning hadde ikke fokus på hvor mange barn som var rammet, dette fordi tidligere forskning viser at det eksisterer mørketall som er vanskelig å identifisere (Pinheiro 2006).

## ***2.6 Konsekvenser av omsorgssvikt og mishandling***

Barn som opplever mishandling/omsorgssvikt kan klare seg bra senere i livet. Det er imidlertid viktig å være klar over at mange opplever senskader. Forskning viser at det å bli eksponert for omsorgssvikt/mishandling kan være en negativ helsefaktor for barn. Barn under utvikling er mer sårbare enn voksne. Det å bli utsatt for vold eller vold i nære relasjoner kan føre til at barn lever med stress, angst og at kroppens evne til å motarbeide sykdommer bli redusert. Barn som lever under alvorlig omsorgssvikt/mishandling har i 80% av tilfellene en utrygg eller desorganisert tilknytning. Dette er spesielt skadelig da den personen som påfører barnet redsel og skade også er den som skal gi trøst og trygghet. Omsorgssvikt og mishandling kan føre barnet til en rekke diagnoser, som blant annet posttraumatisk stress-syndrom, angstlidelser, depresjon, atferdsvansker, somatoforme lidelser, personlighetsforstyrrelser, immunologiske lidelser og seksuelle vansker. Det kan også føre til rusmisbruk, selvskading, selvmordsforsøk, partnervold og uønskede svangerskap. Det kan med andre ord føre til psykiske, kognitive og fysiske vansker for barn både på kort og lang sikt (Van der Kolk 2003, Cook et al. 2005 og Kirkengen og Næss 2015).

### **3.0 Metodebeskrivelse**

En systematisk litteraturstudie har flere viktige momenter, blant annet datasamling, søkestrategi og analyse. I denne delen er vår fremgangsmåte beskrevet.

#### **3.1 Datasamling**

Vi har fulgt Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie (Høgskolen i Molde: Avdeling for helse- og sosialfag 2015). Vi valgte temaet barnemishandling og omsorgssvikt våren 2015. Vi satte oss inn i relevant pensum/teori og utførte prøvesøk for å se om det var nok relevant forskning på temaet. En systematisk litteraturstudie bygger på en tydelig formulert problemstilling, som så besvares gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Evans 2002).

Ut fra hvordan problemstillingen vår er har vi valgt å bruke PIO delen av PICO skjemaet. ”P” står for pasient/problem og er i vårt tilfelle barn. ”I” står for tiltak og vi har valgt ordene helsepersonell, rapportere og bestemme. ”O” står for utfall og vi har valgt mishandling, omsorgssvikt, barriere og dilemma, der de to siste ordene er relatert til å avgrense søkene. I vedlegg 1 er det en tabell med vårt PICO-skjema og de engelske synonymene. Der er det også lagt inn trunkeringstegn.

Vi valgte å bruke trunkeringstegn bak for å få treff på flere endinger av ord, for eksempel abuse\*. Dette ville gi oss et bredere treff på ordene vi søkte med og kunne gi flere relevante treff. For å knytte ordene sammen brukte vi AND eller OR, for eksempel child AND abuse OR neglect, der AND avgrenser søket ved å kombinere ulike sentrale søkeord og OR utvider søket med å kombinere ulike synonymer (Nortvedt et al. 2013). Vi la også inn begrensninger som blant annet gikk på publiseringsdato, hvilket språk de var på og om de var fagfellevurdert. Dette varierte fra hvilke begrensninger vi hadde mulighet til å bruke i de ulike databasene (Vedlegg 2 og Nortvedt et al. 2013).

### **3.1.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier**

For bedre å utnytte søkene og enklere avklare om en artikkel var relevant laget vi noen utvelgelseskriterier (Nortvedt et al. 2013).

Inklusjonskriterier:

- Helsepersonells perspektiv
- Engelsk, norsk, dansk eller svensk
- I fagfelleurdert tidsskrift nivå 1 eller 2
- Knyttet til barn 0-18 år
- Mishandling
- Omsorgssvikt
- Alle arbeidsplasser for helsepersonell

Eksklusjonskriterier:

- Barns perspektiv
- Omsorgspersoners perspektiv
- Knyttet til svangerskap/foster
- Ungdom over 18 år.
- Review artikler

### **3.1.2 Databaser**

Vi utførte søkene via Høgskolen i Molde sitt bibliotek i databasene Ovid Medline(r), Proquest, og i søkemotorene Oria og Google Scholar.

### **3.1.3 Søkestrategier**

I denne delen presenterer vi søkene som har ført til inkludering av artikler. Tidligere har vi nevnt søkeord, trunkeringstegn, and/or og inklusjon/eksklusjonskriterier. Det som er nytt i denne delen er at vi har valgt å bruke ”Map Term to Subject Heading” (.mp.). Det er for å søke på relevante engelske begrep i tillegg til søkeordene. I ett av søkene har vi valgt å inkludere en del av disse begrepene, i tillegg til .mp. som fra før tar noe hensyn til andre begrep. Når vi utførte søkene leste vi først overskriftene på artiklene i treffene. Hvis overskriftene så ut til å handle om vårt tema leste vi abstrakter. De artiklene vi ville se



enda nærmere på lastet vi ned eller fikk tilsendt og leste hele artiklene (Nortvedt et al. 2013). Her er søkene av de inkluderte artiklene presentert:

**Søk 1:** Ble utført den 18.08.15 i databasen Ovid Medline(r). Vi brukte søkeordene/hjelpemidlene `nurs*.mp. and limit to (yr='2008-current and (danish or english or norwegian or swedish)) and child*.mp. or neglect*.mp. and report*.mp. and barriers*.mp.` Vi fikk 9 treff, leste 9 abstrakt og 3 av artiklene. Vi inkluderte 2 av artiklene i studiet (Anson et al. 2014 og Ruitter, Schols og Öry 2013).

**Søk 2:** Ble utført den 18.08.15 i databasene Ovid Medline(r). Vi brukte søkeordene/hjelpemidlene `child*.mp. and limit to (yr='2005-current and (danish or english or norwegian or swedish)) and nurs*.mp. or medical staff*.mp. or practitioner.mp. and report*.mp. or decision.mp. and factor*.mp. or barrier.mp. and abuse*.mp. or neglect*.mp.` Her fikk vi 178 treff i databasen, vi leste 30 abstrakt, 5 av artiklene og valgte å inkludere 2 (Boström, Talsma og Östberg 2015 og Chen et al. 2012).

**Søk 3:** Ble utført den 16.12.15 i databasen Proquest. Vi brukte her `child and (abuse or neglect) and medical staff and dilemma.` Vi brukte begrensningene 2011 til dags dato og norsk, svensk, dansk eller engelsk. Vi fikk 650 treff i databasen. Vi leste 25 abstrakt, 6 av artiklene og inkluderte til slutt 1 (Fârcas og Roth 2012).

**Søk 4:** Ble utført den 16.12.15 i databasen Ovid Medline(r). Vi brukte søkeordene `child*.mp. or (Child Abuse, Sexual/ or Child Behavior/ or Child Health/ or Child Abuse) and limit to (yr='2005-current" and (danish, english, norwegian or swedish)) and abuse*.mp. or (Child Abuse/ or Physical Abuse) or neglect*.mp. or (Child/) and reporting.mp. or (Mandatory Reporting/) and medical staff*.mp. or (Medical staff, Hospital/ )or professionals*.mp. (Physicians/ or Etichs, Medical/ or Health personnel/ or Decision Making/) or pediatricians*.mp. or ("Attitude of Health personnel/ or Pediatrics) and barriers*.mp. or (Health Knowledge, Attitudes, Practis/ or Communication Barriers/ or Nursing Staff, Hospital/ or Health Services Accessibility/) or dilemma.mp. or Factors*.mp.` Vi fikk 241 treff i databasen. Vi leste 28 abstrakt, 11 av artiklene og inkluderte 4 i vår studie (Chapman et al. 2012, Cooper, Gunn og Hickson 2005, Dubowitz og Lane 2007 og Baz og Ortega og Sánchez 2012).

**Søk 5:** Ble utført den 16.12.15 i søkemotoren Oria. Vi brukte søkeordene child + abuse + report + barriers og begrenset søket til tidsskrifter som var fagfellevurdert og artikler på engelsk, norsk, svensk eller dansk. Vi fikk 603 treff hvor vi leste 15 abstrakt, 7 artikler og inkluderte 2 i vår studie (Affourtit et al. 2012 og Chen et al. 2012).

**Søk 7:** Siste søket var et frisoek som ble utført den 20.12.15 i søkemotoren Google Scholar. Her brukte vi søkeordene fra PICO-skjemaet og søkte på både de engelske og norske ordene. Vi valgte her å inkludere 2 artikler (Jackson og Söderman 2011 og Armstrong, Dadds og Haeringen 1998).

### ***3.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn***

Vi startet med å sjekke om alle tidsskriftene som hadde gitt ut artiklene, var på nivå 1 eller 2 ut i Database for statistikk om høgre utdanning (2015), der artikler som er fagfellevurdert blir publisert. Vi utarbeidet også vårt eget system for å kvalitetssikre artiklene. Til dette benyttet vi sjekklister til Kunnskapssenteret (2015). Vi brukte forskjellige sjekklister ut i fra om artiklene var kvalitative eller kvantitative. Dette for å tilpasse kvalitetssikringen i forhold til artiklernes metode. Da kunnskapssenteret ikke hadde noe rangering av kvalitet innen sine sjekklister, laget vi ett eget system for dette. Det gikk ut på at sjekklister ble besvart ut fra artiklernes innhold. Alle svar som ble ja telte som ett poeng, nei og usikker telte ikke som poeng. Så ble alle poengene telt opp og delt på antall mulige poeng, dette ble så ganget med hundre og vi satt igjen med prosenten. Samtidig vurderte vi omfanget av spørsmålene, fordi noen av spørsmålene er mer omfattende enn andre. Vi valgte å dele kvaliteten inn i:

- 80-100% = Veldig god kvalitet
- 70-79% = God kvalitet
- Prosent under 70 = Dårlig kvalitet

Vi hadde 15 artikler som så ut til å dekke problemstillingen vår. Etter at vi hadde gått gjennom artiklene med vår kvalitetsvurdering, valgte vi å ekskludere to av artiklene da de ikke oppfylte veldig god kvalitet. Det var viktig for oss at alle artiklene vi inkluderte viste at studiene var etisk vurdert. De fleste studiene i artiklene er godkjent av en etisk komite og har gjort rede for etiske hensyn og mulige etiske konflikter. Fire av artiklene er uten

oppgitt godkjenning fra komiteen. Disse er likevel vurdert til å bli inkludert i studien, fordi det var gjort rede for økonomisk støtte og mulige konflikter. De hadde også innhentet samtykke fra sine deltagere eller at det gikk klart frem at all deltagelse var frivillig (Nortvedt et al. 2013). Vi satt igjen med 13 artikler som vi inkluderte i vår studie.

Når det gjelder etiske hensyn sett i forhold til egne erfaringer for å melde fra om mistenkt barnemishandling/omsorgssvikt, har vi prøvd å ha hensyn til at dette ikke skal påvirke oppgaven på andre måter enn som et bidrag inn i diskusjonen.

### **3.3 Analyse**

Vi fulgte retningslinjene for bachelorskriving ved Høgskolen i Molde (Høgskolen i Molde: avdeling for helse- og sosialfag 2015). Vi leste oss opp på temaet i boken ”*Jobb kunnskapsbasert*” (Nortvedt et al. 2013), og brukte Evans artikkel om analysering av resultat fra systematiske litteraturstudier (Evans 2002).

Evans artikkel om systematisk litteraturstudie beskriver fire trinn i arbeidet med denne typen studie. Trinn en går ut på å innhente artikler. Vi fulgte trinn en under datasamling, søkestrategi, og kvalitetsvurdering og etiske hensyn som er beskrevet tidligere i denne studien. I trinn to som omhandler å finne hovedfunnene valgte vi å skrive ut to kopier av hver artikkel. Vi valgte også å nummerere artiklene fra 1 til 13 for enklere finne tilbake til artikkelen. Deretter delte vi oss og gikk gjennom artiklene hver for oss. Vi møttes og gikk nøye igjennom likhetene og forskjellene på malen vår til hver artikkel. Vi dobbeltsjekkerte informasjonen som var ulik. Dette for å forsikre oss om at vi ikke gikk glipp av noe eller feiltolket noen av funnene (Evans 2002). I vedlegg 3 er det en oversikt over de inkluderte artiklene og hovedfunnene.

Trinn tre i Evans (2002) studie går ut på å relatere funnen på tvers av studiene, identifisere tema og subtema. Vi gikk altså på tvers av artiklene og samlet nøkkelfunnene som handler om det samme, for så å utvikle tema og subtema. Vi valgte å fargekode funnene ut fra subtemaene vi hadde funnet og senere også ut fra tema (Vedlegg 5). Fargekodene med hver sin nyans brukte vi til å tegne oss et bilde av hvor ofte subtemaene dukket opp i studiene, og for å forsikre oss om at hovedtema/funn faktisk var det. Trinn fire består i å

beskrive fenomenene ved hjelp av synteser og å underbygge disse med funnene fra artiklene (Evans 2002). Dette er presentert i resultatdelen av vår studie.

## **4.0 Resultat**

Hvorfor helsepersonell velger å melde fra eller ikke melde fra ved mistanke om omsorgssvikt eller mishandling av barn kommer blant annet an på deres selvtillit, kulturelle- og geografiske utfordringer, kunnskap, tidligere erfaringer og etiske dilemmaer (Vedlegg 6).

### **4.1 Helsepersonells selvtillit**

Funn fra ti av de inkluderte studiene viser at det å melde/ikke melde er avhengig av selvtilliten til helsepersonell relatert til støtte fra kollegaer og ledelse, og tiltro til egen mistanke (Chapman et al. 2012, Ruiters, Schols og Öry 2013, Jackson og Söderman 2011, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998, Anson et al. 2014, Affourtit et al. 2012, Cooper, Gunn og Hickson 2005, Fârcas og Roth 2012, Boström, Talsma og Östberg 2015 og Chen et al. 2012).

#### **4.1.1 Støtte fra kollegaer**

Seks av de inkluderte artiklene beskrev viktigheten av støtte fra kollegaer (Chapman et al. 2012, Boström, Talsma og Östberg 2015, Ruiters, Schols og Öry 2013, Jackson og Söderman 2011, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998 og Anson et al. 2014).

Noen synes det var viktig å kunne få en annens synspunkt på saken før de selv vurderte om de burde melde fra. Mange trodde det kunne være mulig å snakke med en kollega om sin mistanke om det var behov for det, blant annet med sykepleiere, leger, barneleger, psykologer og psykiatere (Boström, Talsma og Östberg 2015, Chapman et al. 2012, Ruiters, Schols og Öry 2013 og Jackson og Söderman 2011). En artikkel viser at tilgangen på barneleger ved arbeidsplassen ikke har noe innvirkning på om man melder fra eller ikke (Armstrong, Dadds og Haeringen 1998). Noen deltagere oppgir at de har snakket med ansvarlig lege som var uenig i mistanken om barnemishandling eller at den ansvarlige legen var enig, men ble sterkt frarådet å melde fra om det (Anson et al. 2014). Flere savnet nærmere samarbeid med barneverntjenesten da det ga dem støtte, trygghet og tilbakemelding på bekymringen (Jackson og Söderman 2011).

### **4.1.2 Støtte fra ledelse**

Både emosjonell og økonomisk støtte fra ledelsen ved arbeidsplassen kan ha innvirkning på valget om å melde fra viser funn fra fire studier (Affourtit et al. 2012, Ruiters, Schols og Öry 2013, Cooper, Gunn og Hickson 2005 og Chapman et al. 2012).

Flere av deltagerne så på støtte fra ledelsen ved arbeidsplassen som noe positivt, forholdet de hadde til sine sjefer kunne utgjøre om de meldte fra eller ikke (Ruiters, Schols og Öry 2013, Chapman et al. 2012 og Affourtit et al. 2012). Lederne i studien så hvordan møter mellom kollegaer, tverrprofesjonelt og tverretatlig samarbeid kunne støtte oppunder det å oppdage og melde fra om barnemishandling. De la derimot vekt på at de ikke har økonomiske midler til dette og ikke får økonomisk støtte til det (Affourtit et al. 2012). Helsepersonell på sin side legger vekt på at de har manglende ressurser, rom og tid for å bedre kunne følge opp barna (Ruiters, Schols og Öry 2013, Affourtit et al. 2012 og Cooper, Gunn og Hickson 2005).

### **4.1.3 Tiltro til egen mistanke**

Selvtillit, tiltro til egen vurdering, usikkerhet, stress, magesfølelse og intuisjon har innvirkning på om helsepersonell melder fra eller ikke ved mistanke om omsorgssvikt eller mishandling. Dette basert på ni av de inkluderte studiene (Cooper, Gunn og Hickson 2005, Fârcas og Roth 2012, Boström, Talsma og Östberg 2015, Affourtit et al. 2012, Jackson og Söderman 2011, Chen et al. 2012, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998, Chapman et al. 2012 og Ruiters, Schols og Öry 2013).

Deltagerne i seks studier har lagt vekt på redselen for ukvalifisert mistanke, flere tror at mistanken ikke ville blitt tatt på alvor. Det kan være manglende tillit til egen vurdering og redselen for å ta feil (Cooper, Gunn og Hickson 2005, Fârcas og Roth 2012, Boström, Talsma og Östberg 2015, Chen et al. 2012, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998 og Affourtit et al. 2012). Noen følte seg usikker og redd (Fârcas og Roth 2012, Jackson og Söderman 2011). Deltagerne var redd for å feilaktig anklage en familie (Cooper, Gunn og Hickson 2005). Mange synes det er vanskelig å koble inn barnevernstjenesten fordi de ikke er sikker på om barnet virkelig har det ille (Jackson og Söderman 2011). En del føler at de stresser i prosessen rundt det å velge om de bør rapportere, det kan føre til at de ikke rapporterer når de kanskje burde gjort det (Cooper, Gunn og Hickson 2005). Deltagerne

forteller at de er redd for at deres mistanke kan føre til større skade for barnet eller kanskje også barnets død (Chen et al. 2012).

En del helsepersonell snakker om magefølelse og intuisjon, dette i forbindelse med hvilke følelse de får ganske raskt i møtet med barnet og/eller familien. I forbindelse med magefølelse og intuisjon sier de at ofte ikke vet hva som kan utløse den. Som utløsende faktor blir det opplyst at det kan være tegn fra barnet selv, omgivelsene, foreldrene eller andre profesjoner (Jackson og Söderman 2011 og Ruiters, Schols og Öry 2013). En sykepleier forteller: ”It happens often to me that things happen in a flash and then I do not know what I have noticed specifically, but I do have this gut-feeling that something is wrong” (Ruiters, Schols og Öry 2013, 10). De viser til at denne følelsen gjør at de undersøker nærmere og er mer observante på hva som kan være galt. Det samme gjelder om de på forhånd har fått indikasjoner fra andre (Ruiters, Schols og Öry 2013 og Jackson og Söderman 2011). Studier viser til at de gir situasjonen tid, følger med og håper det bedrer seg. Flere uttrykker behov for bedre tid for å observere barnet, undersøke og bestemme seg for å melde i fra. Ved usikre tegn på mishandling eller omsorgssvikt blir de enda mer usikker på om de burde melde fra (Chen et al. 2012, Chapman et al. 2012 og Ruiters, Schols og Öry 2013).

## **4.2 Kulturelle og geografiske dilemma**

I prosessen hvor helsepersonell bestemmer seg for å melde fra eller ikke har blant annet kulturelle og geografiske forskjeller en betydning, dette kommer frem i syv av de inkluderte studiene (Ruiters, Schols og Öry 2013, Chen et al. 2012, Dubowitz og Lane 2007, Chapman et al. 2012, Chen et al. 2009, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998 og Boström, Talsma og Östberg 2015).

### **4.2.1 Kulturelle dilemma**

Funn fra tre studier tyder på at kulturelle forskjeller og sosiale klasser har innvirkning på om helsepersonell melder fra eller ikke (Ruiters, Schols og Öry 2013, Chen et al. 2012 og Dubowitz og Lane 2007)

Studien viser at det er usikkerhet rundt hva som er normalen i barneoppdragelse, hvilken kultur som er normalen og hva som kan tolereres. Mange vet heller ikke hva som er normalutvikling til et barn. En deltager forteller: "Is it bad when a child doesn't get a warm meal for three years? Maybe a sandwich is sufficient as well" (Ruiter, Schols og Öry 2013, 10). Studiene konkluderes med at de setter standarden for lavt for hva som er normalt og for høyt for hva som skal meldes. De følte at kulturforskjellene utgjorde at de ikke turte å undersøke, de var engstelig for å blande seg og de følte seg maktesløse (Chen et al. 2012 og Ruiter, Schols og Öry 2013).

Et forhold som ikke virker å ha betydning for om det blir meldt fra eller ikke er barnets rase, derimot ser en forskjell på barn av ulike klasser. En studie viser at et barn av en sykepleier har større sannsynlighet for å bli diagnostisert med barnemishandling enn barnet til en som jobber i butikk. Det er likevel mindre sannsynlighet for at de blir meldt fra om barnet til sykepleieren. Et annet eksempel er at det er større sannsynlighet for å oppdage barnemishandling om moren jobber i butikk i motsetning til om moren er lærer. Studien viser også at det var 2,2 ganger større sannsynlighet for at det ble rapportert om moren jobbet i fabrikk enn om moren var lærer (Dubowitz og Lane 2007).

#### **4.2.2 Geografiske dilemma**

Lite miljø, korte avstander og kjennskap til familien har innvirkning på helsepersonells bestemmelse i følge fem studier (Chapman et al. 2012, Ruiter, Schols og Öry 2013, Chen et al. 2009, Boström, Talsma og Östberg 2015 og Armstrong, Dadds og Haeringen 1998). Studiene viser at ved et lite miljø trenger de større sikkerhet for sin mistanke. Dette på grunn av personens synlighet i miljøet og redsel for hva det vil gjøre med dem som profesjonell. Funnene viser at om distansen fra foreldrene til personalets hjem er kort er det vanskeligere å handle på mistanken. Det viser seg at hvis de er kjent med omsorgspersonene kan de senke sin standard for hva som er god nok omsorg til barnet (Ruiter, Schols og Öry 2013 og Chapman et al. 2012). Studiene nevner at kunnskapen til familien har innvirkning på bestemmelsen og at det er større sannsynlighet for å melde fra om man bor i ett større samfunn (Chen et al. 2009 og Chapman et al. 2012).



### **4.3 Kunnskap og tidligere erfaringer**

Andre forhold som er med i bestemmelsesprosessen er tidligere erfaring, kunnskapsnivå, kommunikasjon, retningslinjer, lovverket og allerede meldt inn/meldt fra til kollega. Dette viser funn fra elleve studier (Anson et al. 2014, Fârcas og Roth 2012, Cooper, Gunn og Hickson 2005, Boström, Talsma og Östberg 2015, Ruiters, Schols og Öry 2013, Chapman et al. 2012, Jackson og Söderman 2011, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998, Chen et al. 2009, Chen et al. 2012 og Affourtit et al. 2012).

#### **4.3.1 Tidligere erfaringer**

Ni studier viser at tidligere erfaringer med barnevernet, politiet, samt positive og negative erfaringer med å melde fra har innvirkning på om en melder fra. Derimot er det noe uenighet i funnene om arbeidserfaring virker inn (Cooper, Gunn og Hickson 2005, Fârcas og Roth 2012, Anson et al. 2014, Ruiters, Schols og Öry 2013, Chen et al. 2009, Boström, Talsma og Östberg 2015, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998, Chen et al. 2012 og Affourtit et al. 2012).

Helsepersonell hadde erfart at barnet opplevde mer mishandling fordi barnevernet eller politiet ikke gjorde noe, eller ikke handlet raskt nok. De fleste som hadde meldt fra opplyste om positive og negative erfaringer, manglende tilbakemelding og holdningen til resultatet ved rapportering som innvirkning på å melde fra (Cooper, Gunn og Hickson 2005, Fârcas og Roth 2012 og Anson et al. 2014, Boström, Talsma og Östberg 2015, Chen et al. 2009 og Ruiters, Schols og Öry 2013). 87% mente at primærhelsehjelpen ville kunne hjelpe barnet og familien. Over halvparten av de som ble spurt mener barnet har godt av å få hjelp av barnevernet og nesten halvparten mener foreldrene har nytte av kontakt med barnevernet (Anson et al. 2014).

Når det gjelder helsepersonells egne erfaringer viser studiene blant annet at noen hadde tidligere blitt saksøkt eller truet med søksmål for å ha rapportert mishandling. De blir påvirket av at det kan være konsekvenser for den som melder fra (Armstrong, Dadds og Haeringen 1998 og Cooper, Gunn og Hickson 2005). Det har vist seg at de med lengst utdanning og arbeidserfaring er flinkest til å melde fra om bekymring (Boström, Talsma og Östberg 2015, Chen et al. 2012 og Affourtit et al. 2012). En annen studie viser at leger med lengre arbeidserfaring har noe mindre sannsynlighet for å melde i fra (Armstrong,

Dadds og Haeringen 1998). En studie viser at det er større sannsynlighet for å melde fra om man tidligere har fått opplæring (Chen et al. 2009).

### **4.3.2 Kunnskapsnivå**

Kunnskap om kommunikasjon, omsorgssvikt/mishandling og definisjonen av disse begrepene, vektlegging av alvorlighet, samt om hva barnevernets arbeid går ut på har innvirkning på om helsepersonell melder fra eller ikke. Dette fremkommer i funn fra åtte studier (Armstrong, Dadds og Haeringen 1998, Affourtit et al. 2012, Chen et al. 2012, Boström, Talsma og Östberg 2015, Ruiters, Schols og Öry 2013, Chapman et al. 2012, Chen et al. 2009 og Baz, Ortega og Sánchez 2012).

Legene synes det var vanskelig å skille ulykker og barnets behov for medisinsk behandling fra symptomer på mishandling (Armstrong, Dadds og Haeringen 1998 og Affourtit et al. 2012). En del viser til manglende kunnskaper om mishandling og omsorgssvikt, samt manglende kunnskap om hva barnevernet gjør (Chen et al. 2012, Boström, Talsma og Östberg 2015 og Ruiters, Schols og Öry 2013). Definisjonen på mishandling og omsorgssvikt varierer fra person til person. Helsepersonell definerer ut fra egne erfaringer og kunnskap, noe som gir et veldig vidt spekter av definisjoner (Ruiters, Schols og Öry 2013, Chapman et al. 2012 og Armstrong, Dadds og Haeringen 1998). Det viser seg at kunnskap om barnemishandling og omsorgssvikt, samt undervisning om rutiner, øker sannsynligheten for å melde fra (Chen et al. 2009 og Chen et al. 2012).

I en studie har de gått nøyere inn på hva som utgjør om det blir meldt fra eller ikke, når det gjelder seksuelt misbruk. Denne studien viser at 33% oppfattet misbruket når det var samtykket seksuell omgang med mindreårige, mens 29% ville rapportert det. Det er større sannsynlighet for at det blir rapportert om aldersforskjellen mellom overgriper og offer er over ti år (Baz, Ortega og Sánchez 2012). En studie viser at de fleste deltagerne så plikten til å melde fra ved fysisk misbruk, seksuelt misbruk og omsorgssvikt, mens bare to tredjedeler så plikten ved emosjonelt misbruk (Chen et al. 2009). Funnene viser også at hvis det seksuelle misbruket ikke var samtykket oppfattet 48% av deltagerne misbruket, mens 45% ville meldt fra om det (Baz, Ortega og Sánchez 2012).

En studie viser at forhold som har stor innvirkning på bestemmelsen for å melde fra er forklaringen på skaden, hvilken skade og barnets alder (Armstrong, Dadds og Haeringen 1998 og Chen et al. 2009). Det som har liten innvirkning på bestemmelsen for å melde fra var kjønn på barnet, forholdet omsorgspersonen hadde til barnet og den emosjonelle tilstanden til barnet (Armstrong, Dadds og Haeringen 1998). Deltagerne synes kommunikasjon var et problem i kontakten med familien til barnet. En del ønsker seg mer kunnskap om kommunikasjon for å kunne ha den vanskelige samtalen med foreldrene (Ruiter, Schols og Öry 2013 og Affourtit et al. 2012).

### **4.3.3 Retningslinjer og lovverket**

Funn fra syv studier forteller at retningslinjer ved arbeidsplassen eller via barnevernstjenesten var av betydning, samt lovverket og tolkningen av disse (Affourtit et al. 2012, Boström, Talsma og Östberg 2015, Jackson og Söderman 2011 og Schols og Öry 2013, Cooper, Gunn og Hickson 2005, Chen et al. 2012 og Chen et al. 2009).

Det var noen som opplevde at arbeidsplassens retningslinjer for rapportering var nyttige og ga støtte, men over halvparten av deltagerne visste ikke om det eksisterte retningslinjer på deres arbeidsplass (Affourtit et al. 2012 og Boström, Talsma og Östberg 2015 og Jackson og Söderman 2011 og Schols og Öry 2013). Lovverket gir klare regler på hva de skal gjøre og har lov til å fortelle, noe som gjør det tryggere og enklere for dem, mens manglende kunnskap kunne gi motsatt effekt (Chen et al. 2012 og Ruiter, Schols, Cooper, Gunn og Hickson 2005 og Öry 2013). I en studie fremkom det at 31,7% ikke hadde kunnskap om at de ved mistenkt omsorgssvikt kunne avvike fra taushetsplikten i følge loven, dette uten juridiske konsekvenser (Chen et al. 2009). En studie viser at kun 30% av legene brukte barnevernets retningslinjer for hvordan de håndterte mistanken (Boström, Talsma og Östberg 2015).

### **4.3.4 Er allerede meldt inn/meldt fra til kollega**

Tre studier viser til at hvis saken tidligere er meldt inn eller de selv har meldt fra til en kollega, har innvirkning på hvorvidt de melder fra til barneverntjenesten (Fârcas og Roth 2012, Anson et al. 2014 og Chapman et al. 2012).

Viktige grunner til å ikke melde fra var at saken allerede var meldt inn eller at de meldte i fra til en kollega, eller at den ansvarlige allerede visste om det (Fârcas og Roth 2012 og Anson et al. 2014). En del av deltagerne forteller at de la ansvaret om å melde fra over på noen med mer erfaring, og noen var ikke klar over at de selv kunne melde fra direkte (Chapman et al. 2012). Rundt halvparten som hadde mistanke hadde meldt det til sin overordnede, men ikke videre. Dette kan tyde på at de ikke følte det var deres ansvar å melde det til politi eller barnevern (Fârcas og Roth 2012). Om de selv hadde meldt fra til sin sjef, men han ikke meldte det videre følte de seg mindre sikker på egen mistanke, og det var mindre sannsynlighet for at de sa fra igjen (Chapman et al. 2012).

#### **4.4 Etiske dilemma**

Basert på funn fra ni inkluderte studier kommer det frem at etiske faktorer som best for helsepersonell eller barnet, og det å ville hjelpe selv har innvirkning på om de melder fra (Anson et al. 2014, Fârcas og Roth 2012, Cooper, Gunn og Hickson 2005, Chen et al. 2012, Ruiters, Schols og Öry 2013, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998, Chapman et al. 2012, Jackson og Söderman 2011 og Boström, Talsma og Östberg 2015).

##### **4.4.1 Best for helsepersonell eller barnet**

Funn fra ni studier viser at forhold til omsorgspersonene, egen sikkerhet, etiske prinsipper som ”ikke skade” og ”gjøre vel”, og ansvarsfølelse kan virke inn på bestemmelsesprosessen (Anson et al. 2014, Fârcas og Roth 2012, Cooper, Gunn og Hickson 2005, Chen et al. 2012, Ruiters, Schols og Öry 2013, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998, Boström, Talsma og Östberg 2015, Chapman et al. 2012 og Jackson og Söderman 2011).

Mange la vekt på at de ville miste familien som pasienter, og de ønsket ikke å lage problemer for familien. En del var redd for å skade familiens rykte, noen var redd for å frastøte seg familien eller starte en krise som kan skade barnet (Chen et al. 2012 og Cooper, Gunn og Hickson 2005, Fârcas og Roth 2012, Anson et al. 2014, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998 og Ruiters, Schols og Öry 2013). Noen var blitt fysisk truet av et familiemedlem og redd for egen eller egen families sikkerhet (Ruiters, Schols og Öry 2013, Cooper, Gunn og Hickson 2005 og Boström, Talsma og Östberg 2015).

Mange legger stor vekt på de etiske prinsippene ikke-skade og gjøre vel (Chapman et al. 2012). Autonomien til barnet, foreldrene og helsepersonell kom i konflikt og hadde innvirkning på om det ble meldt fra eller ikke (Chen et al. 2012). Det kom frem at de så på seg selv som barnets ”beskytter” og ønsket å gjøre det som var til barnets beste. De ville vite med seg selv at de gjorde det som var rett, at de senere kunne se barnet i øynene og si det. De ønsket ikke senere å få spørsmål som ”hvorfor gjorde du ingenting?” (Jackson og Söderman 2011). De som har større sannsynlighet for å melde fra viser ofte til ansvarsfølelsen sin, både som person og som helsepersonell (Chapman et al. 2012). Det samme gjelder om de føler trygghet i sin rolle som helsepersonell (Armstrong, Dadds og Haeringen 1998).

#### **4.4.2 Ønske om å hjelpe selv**

Basert på funn fra seks studier viser det seg at de selv prøvde å arbeide med familien, veilede, bygge nettverk og følge opp noe som hadde innvirkning på om de meldte fra eller ikke til barneverntjenesten (Anson et al. 2014, Jackson og Söderman 2011, Boström, Talsma og Östberg 2015, Ruiters, Schols og Öry 2013, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998 og Chen et al. 2012).

Mange jobbet selv med familien for å løse problemet (Anson et al. 2014 og Ruiters, Schols og Öry 2013). En del forteller at de selv støttet familiene for å bedre barnets tilværelse, for eksempel ved samspillsterapi eller å opprettet et større nettverk rundt omsorgspersonene. En del tror de kan gjøre bedre arbeid enn systemet (Jackson og Söderman 2011, Boström, Talsma og Östberg 2015, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998 og Chen et al. 2012). Det var ikke mange som klarerte med barnevernet før de selv gjorde noe med sin mistanke (Boström, Talsma og Östberg 2015).

## **5.0 Diskusjon**

Diskusjonen er todelt, det er først en metodediskusjon og så en resultatdiskusjon.

### **5.1 Metodediskusjon**

I fremgangsmåten for utformingen av litteraturstudien er det forskjellig vi kan se tilbake på som positivt og negativt, vi har valgt å ta for oss hele prosessen fra starten.

#### **5.1.1 Hensikt, problemstilling og søkeord**

I følge retningslinjen for bachelorskriving til Høgskolen i Molde skal hensikten være relevant til sykepleierfaget (Høgskolen i Molde: avdeling for helse- og sosialfag 2015). Vi ønsket å skrive om temaet barnemishandling og omsorgssvikt og ville velge et tema det ikke var skrevet om mange ganger tidligere. Derfor endte vi opp med hva som har innvirkning på melderutinene ved barnemishandling/omsorgssvikt. Vi føler selv at det er relevant i forhold til sykepleieryrket og relevant for mange ulike arbeidsplasser. Først valgte vi å spisse hensikten og problemstillingen til kun å omhandle sykepleiere. Dette viste seg å være vanskelig, da mange av artiklene som finnes også omhandler andre profesjoner. Derfor ble problemstillingen endret underveis til å omhandle helsepersonell. Dette utgjorde at vi først søkte på sykepleier og senere på helsepersonell. Det kan ha ført til at vi ikke har fått med alle relevante artikler, men det kan også ha ført til at vi fant noen som var mer relevante. Når PICO-skjema ble utfylt la vi vekt på at det ved systematisk litteraturstudie skal bygge på hensikt/problemstilling og at den skal være konkret i utførelsen. I retningslinjene for bachelorskriving til Høgskolen i Molde er det beskrevet at en skal vise god variasjon i bruk av søkeord, dette er noe vi har prøvd å gjøre. Vi har brukt litt ulike søkeord og definisjoner av ord gjennom de ulike søkene, derimot kan vi ha brukt litt for stor variasjon da det ene søket inkluderer mange ”map term” (Høgskolen i Molde: avdeling for helse- og sosialfag 2015, Vedlegg 1 og Vedlegg 2).

#### **5.1.2 Inklusjon-, og eksklusjonskriterier, databaser og søkestrategi**

I forbindelse med inkludering/ekskludering av artikler valgte vi å inkludere helsepersonells perspektiv og ekskludere alle andre perspektiv. Dette fordi vi mente det ville gi best svar på vår problemstilling, være mest relevant for sykepleiere og ikke skape forstyrrende

elementer. Vi valgte å begrense artiklene til norsk, svensk, engelsk eller dansk. Dette ga resultat som vi kunne lese og forstå, men det førte til at relevante artikler på andre språk ikke ble vurdert. Det er også viktig å merke seg at vi hadde inklusjonskriterier med alle barn fra 0-18 år som kunne være utsatt for omsorgssvikt/mishandling. Vi valgte å klassifisere alle mellom 0 og 18 år som barn, denne definisjonen går ut fra lovverket som omhandler helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet 2015) og at Barnekonvensjonen definerer alle mennesker under 18 år som barn, med mindre de er umyndiggjort (United Nations Human Rights: Office of the High Commissioner 2011). Dette ga et bredt spekter på når omsorgssvikt/mishandling ble oppdaget og vurdert for rapportering, noe som kan være både positivt og negativt for vår studie. Vi valgte å utelukke svangerskap/foster da vi tolker det som en annen prosess for helsepersonell og da det ikke havner under samme lovgivning.

Under denne studien har vi valgt å forholde oss til definisjonene av både omsorgssvikt og mishandling av barn. Dette for ikke å ekskludere noen av formene da vi mener alle er viktige. Vi har også valgt ikke å legge mishandling inn under omsorgssvikt, da omsorgssvikt betyr at utøver er den som har den daglige omsorgen for barnet og mishandling har en mye bredere inkludering av hvem som kan være utøver (Kvelling 2007 og Killén 2004). Vi har også inkludert alle arbeidsplassene som helsepersonell jobber på, så lenge de har vært i kontakt med barn. Da vi mener det er like viktig å tenke over hvorfor man skal melde fra eller ikke på tvers av hvor man jobber. Dette ser vi på som en styrke ved vår oppgave.

Vi valgte ikke å spørre en bibliotekar om hjelp til søkestrategien vår, det av den grunn at vi tidlig fant de artiklene vi ønsket å bruke i vår studie og at vi har følt at søkeordene er gode ut i fra problemstilling og hensikt. Vi har senere gått over søkestrategien noen ganger og forbedret den med tanke på utforming, antall treff og systematisering. Vi startet allerede under prøvesøk med å søke etter artikler som var eldre enn fem år. Dette fordi vi ønsket å se på forskjeller og likheter mellom nyere og eldre forskning, men fant at det var lite forskjell. Det kan være en svakhet i vår oppgave at vi har tatt med noen artikler som er eldre enn fem år, da forskning ofte er ”ferskvare”. Vi har derimot valgt å se på det som en styrke og fordel at eldre funn bekrefter nyere funn (Armstrong, Dadds og Haeringen 1998 og Chen et al. 2011).

### 5.1.3 Kvalitetsvurdering og analyse

Kvalitetsvurderingen valgte vi å gjøre ut fra sjekklister til kunnskapssenteret (2015). Vi utarbeidet et system som skulle kvalitetssikre bruken av sjekklister. Dette fordi vi ønsket at denne studien skulle bygges på den mest solide forskningen tilgjengelig, noe Evans (2002) beskriver i trinn en av en systematisk litteraturstudie. Vi utarbeidet også en egen versjon av skolens mal for kvalitetsvurdering. Malen har vist oss at vi har tolket de fleste artiklene likt (Vedlegg 3). Den ga oss et klart blikk på hva som var hovedfunnene i de ulike studiene. En svakhet ved vår studie kan være at ikke alle artiklene er etisk godkjent av en komite, men vi valgte å bruke artiklene siden de kunne redegjøre for at deltagelse var frivillig og at det ikke var uetiske motiver bak studiene (Anson et al. 2014, Fârcas og Roth 2012, Baz, Ortega og Sánchez 2012 og Armstrong, Dadds og Haeringen 1998). I artiklene vi har inkludert varierer det hvilke yrkesgrupper som deltar. Dette kan være en styrke med tanke på at vi har helsepersonell som perspektiv og alle tilhørende arbeidsplasser, det kan ha inkludert flere relevante funn. I noen av artiklene er det også med studenter, lærere og andre yrker. Det har i de fleste artiklene vært mulig å skille ut resultatene, noe som da ikke har påvirket vår oppgave i stor grad. Derimot har det i to artikler vært samlede resultat og ikke mulig å avgjøre hvilken yrkesgruppe resultatene tilhører. Dette kan være en svakhet i vår oppgave, da noen av hovedfunnene kan være delvis basert på andre yrkesgrupper (Chapman et al. 2012 og Baz, Ortega og Sánchez 2012). I de aller fleste artiklene er det kun "front-arbeider" yrker, altså de som har daglig kontakt med pasientene, i en artikkel er det også med ledelse.

Vi har også valgt å inkludere en artikkel som omhandler screening av omsorgssvikt eller barnemishandling i akuttmottak, dette fordi resultatene viser at tankeprosessen er den samme (Affourtitt et al. 2012). Vi har med en artikkel fra Taiwan hvor det er relativt stor kulturforskjell fra resten av de inkluderte artiklene og det var ikke meldeplikt (Chen et al. 2012). En annen artikkel hadde heller ikke plikt til å melde fra om mistanke i sin lovgivning (Armstrong, Dadds og Haeringen 1998). Funnene i disse artiklene ser vi på som en styrke opp mot funnene fra de andre artiklene, da det har vist seg at de er relativt like. Det styrker vårt resultat og viser at det kan overføres til ulike kulturer og situasjoner.



Vi har selv erfaring fra det å melde fra til barnevernstjenesten og politiet ved mistanke om omsorgssvikt/mishandling av barn. Vi har gjennom denne studien vært opptatt av at vår forforståelse og egne erfaringer ikke skal prege studiens artikler og resultat.

Vi vurderer derimot at våre erfaringer er en styrke i resultatdiskusjonen, med tanke på å forene resultater og teori med erfaringsbasert kunnskap.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

I denne delen er funnene fra studiene diskutert opp mot studiens hensikt, relevant teori og egne erfaringer.

### **5.2.1 Spiller selvtillit og støtte en rolle for helsepersonells valg**

Seks av de inkluderte studiene beskriver viktigheten av støtte (Chapman et al. 2012, Boström, Talsma og Ôstberg 2015, Ruiten, Schols og Öry 2013, Jackson og Söderman 2011, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998 og Anson et al. 2014). Situasjoner som omhandler barnemishandling og omsorgssvikt kan være vanskelige, de inneholder både momenter som er diffuse, ulne og berører oss følelsesmessig. Det kan være en situasjon det er vanskelig å stå i alene eller det kan være redselen for å ta feil. Alt dette kan gjøre at helsepersonell føler seg på gyngende grunn og har behov for støtte, nettopp slik funn viser (Skarsaune og Bondas 2014). Vår egen erfaring tilsier at det kan være nok med støtte fra en kollega, men studier har vist at det generelt sett er behov for å forbedre det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet. Dette fordi helsepersonell har behov for muligheten til å ta opp mistanken, diskutere, vurdere og for å få støtte. Killén (2004) beskriver samarbeidsmøter, ansvarsgruppemøter, nettverksmøter eller drøfting av anonymiserte saker med barnevernet som gode alternativer å bygge videre på.

Fire studier viser at emosjonell og økonomisk støtte fra ledelsen ved arbeidsplassen kan ha innvirkning på hvorvidt helsepersonell melder fra om mistenkt omsorgssvikt/mishandling av barn (Affourtit et al. 2012, Ruiten, Schols og Öry 2013, Cooper, Gunn og Hickson 2005 og Chapman et al. 2012). Ledelsen ved en arbeidsplass er viktig med tanke på holdningsskapende arbeid, og for hvordan personellet er rustet til å takle de ulike situasjonene. Det har gjennom forskning vist seg at støtte er en viktig komponent for å redusere negative konsekvenser som stress (Skarsaune og Bondas 2014). Helsepersonell er forpliktet til å yte best mulig helsehjelp, men samtidig har de krav fra ledelsen om å overholde budsjetter, kutte kostnadene og at ventelistene ikke blir for lange. Dersom det er tidspress på arbeidsplassen må de prioritere hva de skal gjøre. Helsepersonell som over tid opplever stress i forbindelse med jobben kan føle på at en ikke får utført jobben på tilfredsstillende måte, noe som kan gå utover den enkeltes selvfølelse og den faglige forsvarligheten (Greeny og Karlsen 2014). På bakgrunn av vår erfaring mener vi at de i praksis bør kjempes for forebyggende økonomiske midler til nettopp det å gi

helsepersonell tid og mulighet til å vurdere mistanken både alene og sammen med ledelse, kollega, tverrfaglig og tverretatlig. Det bør fokuseres mer på både kortsiktige og langsiktige konsekvenser av omsorgssvikt/mishandling. Konsekvenser kan være posttraumatisk stress syndrom, angstlidelser, depresjon, atferdsvansker, personlighetsforstyrrelser og immunologiske lidelser. Disse konsekvensene kan få stor betydning for barnas fysiske og psykiske helse både under oppveksten og i voksen alder. I tillegg gir det store økonomiske konsekvenser for samfunnet, for eksempel barn som er utsatt for vold i nære relasjoner koster mellom 4,5 og 6 milliarder i året (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet 2013). Noe som tilsier at gode forebyggende tiltak vil være økonomisk lønnsomt på lengre sikt, dette fordi antall barn som vokser opp med senkomplikasjoner fra omsorgssvikt/mishandling blir redusert. Dette vil igjen ha en forebyggende effekt med tanke på de neste generasjonene (Van der Kolk 2003, Cook et al. 2005 og Kirkengen og Næss 2015).

Ni av de inkluderte studiene at selvtillit og tiltro til egen mistanke har betydning når helsepersonell skal bestemme seg for om de melder fra ved mistanke om barnemishandling/omsorgssvikt (Cooper, Gunn og Hickson 2005, Fârcas og Roth 2012, Boström, Talsma og Ôstberg 2015, Affourtit et al. 2012, Jackson og Söderman 2011, Chen et al. 2012, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998, Chapman et al. 2012 og Ruiten, Schols og Öry 2013). Selvtillit og tiltro til egen mistanke omhandler i hvilken grad en er trygg på seg selv som person og i sin rolle som helsepersonell. Dette vil kunne variere fra situasjon til situasjon, samt endre seg over tid. I enkelte situasjoner vil en være trygg og vite nøyaktig hva en skal gjøre, men i andre situasjoner vil en bli usikker. Dersom en er trygg på seg selv og det en har observert er det lettere å melde fra ved mistanke om omsorgssvikt/mishandling. På den andre siden kan utrygghet og usikkerhet føre til at en unnlater å melde fra om bekymring fordi en har lite tro på egne observasjoner (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2012). Vi har selv erfart at det er enklere å tro på egen vurdering om en har tid til å ta inn over seg all informasjon og har tiltro til egne observasjoner. Det gir langt større sannsynlighet for å melde fra og det gjør situasjonen mye bedre for den som melder fra. Vi erfarer at dagens samfunn bygger for mye på "janteloven". Det bør fokuseres mer på selvutvikling og hvordan en kan bidra til å gjøre andre godt. Det er sjeldent negativt å gi noen kompliment, vise at de blir satt pris på og at deres meninger teller. Videre bør alle ta til seg at det er lov å skryte av seg selv. For vi vet

spesielt fra det å være student at positive tilbakemeldinger gir mestringsfølelse, styrker selvtilliten og tiltroen til hva vi kan utrette.

Funn fra to studier beskriver intuisjon og magefølelsen som innvirkning på om en melder fra eller ikke ved mistanke om barnemishandling/omsorgssvikt (Jackson og Söderman 2011 og Ruiten, Schols og Öry 2013). Når det gjelder intuisjon er det intuitivt, en umiddelbar forståelse uten konkret eller bevisst holdepunkt. Det vi kaller magefølelse eller intuisjon stammer ofte fra ubevisste bestemmelsesprosesser. Når vi får en magefølelse er det sannsynlig at vi har fått signaler fra det ubevisste, og vi kan sjelden gi noen spesifikk grunn for hva vi føler (Notaker og Helmfrid 2002). Bukkøy (2009) utførte en kvalitativ undersøkelse hvor det fremkommer at mange kjente på en negativ magefølelse i møtet med barn eller omsorgspersonene. Det kommer også frem at de vektla denne følelse og observerte/undersøkte forholdene mer enn de ellers ville gjort. Det kan være vanskelig å presentere magefølelsen sin når den skal skrives ned, men meldingen til barnevernet bør være skriftlig og basert på systematisk dokumentasjon. Det er viktig at bekymringen fremkommer så nøyaktig og detaljert som mulig, og at barnevernet får all den informasjon de trenger for å vurdere meldingen (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet 2016).

### **5.2.2 Utgjør geografiske og kulturelle forskjeller noe**

Funn fra tre studier tyder på at kulturelle forskjeller og sosiale klasser har innvirkning på om helsepersonell melder fra eller ikke (Ruiten, Schols og Öry 2013, Chen et al. 2012 og Dubowitz og Lane 2007). Sykepleieforskeren og antropologen Leininger hevder at en sykepleier må forstå at de ikke kan avgjøre rett pleie før de har satt seg inn i personens og familiens kulturelle verdier og livsstil. Det betyr at en hele tiden må tenke helhetlig rundt pasientene og ikke bare fokusere på de enkelte symptomene. På den ene siden er det en fare for at man forsøker å overføre egen kultur og holdninger over på barnet eller familien, og tolker situasjonen ut fra dette ståstedet. På den andre siden er det fare for at terskelen for ”god nok” omsorg blir senket i et forsøk på å forstå den andres kultur (Slettebø 2013). Å forstå kulturelle forskjeller kan skje ved bruk av stereotypier, det innebærer at vi kategoriserer mennesker eller grupper av mennesker i samme kategori ut fra enkelte fellestrekk. Dette trenger i utgangspunktet ikke være negativt, men en måte å systematisere informasjon på. Problemet oppstår når en ikke revurderer tidligere tanker opp mot ny informasjon og ser individet i stedet for gruppen. Det er økende migrasjon og

helsepersonell vil bare møte flere og flere pasienter/familier med annen kultur enn de selv innehar (Ingstad 2014). Vår erfaring tilsier at det i dagens samfunn er mange stereotypier og fordommer som hindrer helsepersonell til å sette seg inn i andres kultur og å gi de en verdig sjanse. Dette kan forbedres ved mer undervisning og åpenhet rundt temaet. På den andre siden vil mye kanskje kunne løse seg selv ved hjelp av den økende globaliseringen i Norge og resten av verden. Dette fordi det vil kunne gi større mangfold, verden veves tettere sammen og helsepersonell utarbeider seg mer kulturell kompetanse (Ingstad 2014).

Sosiologen Pierre Bourdieu utviklet et flerdimensjonalt klassebegrep. Det besto i økonomisk kapital som omhandler økonomiske ressurser, kulturell kapital som innebærer at en har tilegnet seg og mestrer den dominerende kulturelle koden i samfunnet og sosial kapital som bygger på sosiale nettverket, makten og godene det kan bringe med seg. Disse tre kategoriene spiller en rolle for hvor en står på den sosiale klasse-stigen. Hva som blir vektlagt kan være ulikt fra miljø til miljø. For eksempel krever en dominerende plassering innen helsesektoren sjeldent økonomisk kapital, den krever oftere høy utdanning, faglig kunnskap og sosialt nettverk (Ingstad 2014). Ut i fra egne erfaringer ser vi at det å få mistanke om omsorgssvikt/mishandling ikke blir påvirket av klasseforskjeller. Derimot merker vi at det krever mer mot og vurdering for å melde fra om omsorgspersonene har høyere klassenivå. Dette fordi det virker mer sannsynlig at det kan komme negativt tilbake på melder.

Fem studier viser at lite miljø, korte avstander og kjennskap til familien har innvirkning på helsepersonells bestemmelse om å melde fra (Chapman et al. 2012, Ruiters, Schols og Öry 2013, Chen et al. 2009, Boström, Talsma og Östberg 2015 og Armstrong, Dadds og Haeringen 1998). Bukkøy (2009) sin undersøkelse viser at helsepersonell er preget av nærhetsetikken, altså hvordan en bygger opp forsvar mot egne prinsipper fordi det omhandler noen man kjenner. Hun viser også til lojalitetsdilemma, lojaliteten til barnet, foreldrene, faget og/eller lederen kommer i konflikt med hverandre. Da er det mange parter en ikke ønsker å "svikte" og det preger hverdagen i større grad ved et lite samfunn enn ved et større samfunn. I studiene vises det at helsepersonell er redd for konsekvensene som kommer ved å bo eller jobbe i et lite samfunn og være den som melder fra. Vi er selv etablert i et forholdsvis lite samfunn og har i den forbindelse fått kjenne på hvordan det påvirker tankegangen rundt det å skulle melde fra om mistenkt omsorgssvikt/mishandling. Vår erfaring er at et lite samfunn har innvirkninger på arbeidsplassen, lokale tilstelninger

og det sosiale nettverket. Det vil si at det meste rundt ble påvirket når en meldte fra om mistanken og det krevde mot å gjøre det. Vi erfaring viser viktigheten av at ledelsen rundt på arbeidsplasser tar stilling til, og opparbeider trygghet og gode forutsetninger for helsepersonell som skulle havne i en situasjon hvor de må melde fra om barnemishandling/omsorgssvikt. En tankevekker som forskning viser er at helsevesenet melder fra sjeldnere enn bekymrede naboer (Barne- ungdoms og familiedirektoratet 2015).

### **5.2.3 Spiller helsepersonells kunnskap og erfaringer en rolle**

Funn fra ni studier viser at tidligere erfaringer med barnevernet og politiet har innvirkning på om en melder fra, men det er noe uenighet i funnene om arbeidserfaring virker inn (Cooper, Gunn og Hickson 2005, Fârcas og Roth 2012, Anson et al. 2014, Ruiten, Schols og Öry 2013, Chen et al. 2009, Boström, Talsma og Östberg 2015, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998, Chen et al. 2012 og Affourtit et al. 2012). Mange har manglende tro på det lokale barnevernet fordi det har dårlig omdømme. Det er barnevernet sin oppgave å bygge opp sitt omdømme, slik at både privatpersoner og profesjonelle føler de kan ta kontakt. Det er likevel viktig at helsepersonell setter seg god inn i sitt lokale barnevern, så de kan videreformidle en korrekt forståelse av deres arbeid til kollegaer og familier (Hjermann 2009). Ut fra egne erfaringer i praksis føler vi det er større sannsynlighet for å melde fra igjen om en tidligere har blitt tatt på alvor, føler at en gjorde noe rett og har positive erfaringer med barnevern/politi. Selv har vi både positive og negative erfaringer med barnevernstjenesten/politi. Saksgangen var rask, mye ble utrettet og vi fikk tilbakemeldinger, mye var politiets fortjeneste. Vi har også opplevd at saken stopper opp i systemet, det ikke blir undersøkt og manglende tilbakemelding. I studiene som er inkludert kommer det frem usikkerhet rundt hva arbeidet til barnevernet og nødetatene går ut på. Vi har tidligere i studien, nærmere bestemt i bakgrunnsteorien beskrevet hva deres arbeid inneholder i henhold til lovgivningen. Det som er viktig å bemerke seg og videreformidle at de alltid skal ha barnets beste i fokus. Når det gjelder om arbeidserfaring har betydning kan en se på den faglige opparbeidelsen av erfaring. For når en opparbeider seg ny erfaring tar en den i betraktning av kunnskap og erfaring en allerede har, på den måten utvider man sin kompetanse. Det kalles innsiktsbasert profesjonell erfaring og baserer seg på klokskap og handlingsdyktighet som en har opparbeidet seg gjennom øving, erfaring og refleksjon. Med mer erfaring har en øvd opp sansene og det kliniske blikket til å bedre forstå og

oppdage barnemishandling/omsorgssvikt, men dette krever at en er tilstede i situasjonen og har åpne ører og øyne (Haraldsplass Diakonale Høgskole 2011).

Kunnskap om kommunikasjon, omsorgssvikt/mishandling og definisjonen av disse begrepene, samt vektlegging av alvorlighet har innvirkning på om helsepersonell melder fra eller ikke viser funn fra åtte studier (Armstrong, Dadds og Haeringen 1998, Affourtit et al. 2012, Chen et al. 2012, Boström, Talsma og Östberg 2015, Ruiten, Schols og Öry 2013, Chapman et al. 2012, Chen et al. 2009 og Baz, Ortega og Sánchez 2012).

Omsorgssvikt/mishandling kan deles inn i forskjellige kategorier ut fra alvorlighetsgrad. Det kan være alvorlige mangler ved den daglige omsorgen barnet får, alvorlige mangler i den personlige kontakten det trenger, at foreldrene ikke sørger for at et hjelpetrengende barn får sine behov dekket, at barn blir mishandlet eller utsatt for overgrep og fare for at barnets helse eller utvikling kan bli alvorlig skadet (Killén 2004 og Kvello 2007). Vi har selv erfart i utarbeidelsen av denne oppgaven hvor mange forskjellige definisjoner og klassifikasjoner det er på begrepene omsorgssvikt og mishandling av barn. Det er ikke nødvendigvis enkelt å ha en helhetlig oversikt over hva begrepene betyr, men det viktigste er å forstå at det eksisterer ulike former. Det har i den senere tid fremkommet flere saker i media, hvor konsekvensene for manglende melding og oppfølging har fått fatale følger. Vi vil i den forbindelse vise til Christoffer-saken kjent fra media. I denne situasjonen var det omsorgssvikt/mishandling som til slutt førte til at gutten døde. Fokuset til helsepersonellet var guttens atferd. Den ble forklart med ADHD og fokuset gikk til medisineringen, selv når gutten ble innlagt på sykehuset med større ytre skader. I ettertid viste det seg at flere hadde en dårlig magefølelse og var bekymret for omsorgssituasjonen, men det var ingen som gjorde noe med det. Helsepersonell hadde ikke en eneste plass skrevet ned mistanke om at ikke alt var som det skulle. Christoffer selv svarte ”jeg tenker nok du skjønner det sjøl” når spørsmålene ble for vanskelige (Gangdal 2011). Helsepersonellet var ikke i stand til å se, forstå og handle, eller de vegret seg for å undersøke situasjonen. Barnevernet hadde ingen mulighet til å gjøre noe, fordi ingen meldte fra (Halvorsen, Killén 2004 og Grøgaard 2013). Det er viktig at helsepersonell har kunnskap om omsorgssvikt/mishandling av barn. Dette med tanke på å oppdage eller forebygge omsorgssvikten/mishandlingen, men også å vise innsikt/forståelse for barnets situasjon (Søftestad og Andersen 2014).

Et annet viktig tema som kom frem fra artiklene var kommunikasjon. Da både med tanke på hvordan en formidler en bekymring til foreldrene, snakker med barnet og hva en presenterer til barneverntjenesten. Kommunikasjon er et av de områdene det blir klaget mest på til Pasient- og brukerombudet (Helse sør-øst 2013). I 1998 ble alle klagesakene gjennomgått, og det viste seg at 25% handlet om dårlig eller uteblitt informasjon. Mange av disse sakene kunne kanskje vært unngått med bedre kommunikasjon (Halvorsen 2000). Det kan være mange som vegrer seg for å ta den vanskelige samtalen med foreldrene, og som offentlig ansatt har man ikke mulighet for å være anonym når man melder fra til barnevernet. Det vil i mange tilfeller være nødvendig å snakke med barnet, noe som for mange kan være veldig vanskelig. Det er mange hensyn som må tas i samtale med barn. Kommunikasjonen må tilpasses barnas utviklingsnivå og eventuelle særskilte behov. En må starte med å bygge tillitt og få en god relasjon. Barn må observeres og det må tas hensyn til deres reaksjoner underveis (Eide og Eide 2013). Vår erfaring og vårt inntrykk tilsier at det er for lite obligatorisk undervisning i sykepleieutdanningen om omsorgssvikt/mishandling, lovverket og kommunikasjon i slike situasjoner. Det er av vesentlig betydning at alle utdanninger innen helsesektoren har obligatorisk undervisning vedrørende temaet og det i en slik grad at helsepersonell føler seg trygg på sitt ansvar. Forskning viser at høyere utdanning og større kunnskapsnivå rundt temaet øker sannsynligheten for å melde fra (Helsetilsynet 2014).

Funn fra syv studier forteller at retningslinjer ved arbeidsplassen eller via barneverntjenesten var av betydning, det samme var lovverket og tolkningen av disse (Affourtit et al. 2012, Boström, Talsma og Östberg 2015, Jackson og Söderman 2011 og Schols og Öry 2013, Cooper, Gunn og Hickson 2005, Chen et al. 2012 og Chen et al. 2009). De fleste arbeidsplasser som regelmessig jobber med barn skal ha retningslinjer for hvordan en skal gå frem ved mistanke om barnemishandling eller omsorgssvikt, men det har vist seg at mange mangler rutiner, har rutiner som er under utvikling eller rutiner som har mangler. Det går frem at mange ønsker seg rutiner og tror dette vil styrke deres muligheter til å melde fra (Skarsaune og Bondas 2014). Arbeidsplassen står fritt til selv å lage rutiner så lenge de sammenfaller med loven (Barne-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet 2013). Vår erfaring tilsier at det hadde vært en stor styrke for helsepersonell å ha gode rutiner og retningslinjer på sin arbeidsplass, og at dette absolutt er noe som burde prioriteres, gjerne i samarbeid med barneverntjenesten.



Når det gjelder lovverket kan helsepersonell være usikker på hva som er forskjellen på en ”skal” og ”kan” regel, men ”skal” regelen er tvungen og ”kan” gir muligheter for valg. Ofte er det slik at i ”skal” lovene er det visse kriterier som skal være oppfylt før den trer i kraft (Molven 2014). I helsepersonelloven paragraf 33, opplysninger til barnevernstjenesten, står det at helsepersonell skal gi opplysninger til barnevernstjenesten ved mistanke om alvorlig mishandling eller omsorgssvikt. ”Skal” regelen i helsepersonelloven her er en meldeplikt. Den er selvstendig og et personlig ansvar. Den kan ikke overlates til andre ansatte eller andre instanser. Derimot kan arbeidsplassen lage rutiner på at den skal gå via overordnet, fordi loven beskriver at det i helseinstitusjon skal utpekes en person som har ansvar for utlevering av slike opplysninger. Helsepersonelloven er noe uklar på om utpekelsen kun gjelder opplysninger etterspurt av barnevernet altså opplysningsplikten eller også meldeplikten, men det er den enkeltes ansvar at opplysningene når frem til barnevernet (Helse og omsorgsdepartementet 2016). Ved mildere former for omsorgssvikt eller mishandling er det ikke plikt til å opplyse og helsepersonell kan ikke avvike fra taushetsplikten, men en kan spørre omsorgspersonene om samtykke til at opplysningen deles (Barne-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet 2013). Det er også viktig å ha barnas egen lov, barnekonvensjonen, over deres rettigheter i bakhode. Den finnes blant annet for å sikre barnets beste, beskyttelse mot misbruk, retten på beskyttelse, retten på omsorg og for ikke å bli seksuelt misbrukt (United Nations Human Rights: Office of the High Commissioner 2011).

Tre studier viser til at hvis saken tidligere er meldt inn eller de selv har meldt i fra til en kollega der utfallet kan være ulikt, har innvirkning på hvorvidt de melder fra til barneverntjenesten (Fârcas og Roth 2012, Anson et al. 2014 og Chapman et al. 2012). Vår erfaring tilsier at det kan være enklere å distansere og rasjonalisere seg bort fra saken om en kan skyldes på at noen andre vet om det. Dersom en kun har formidlet til en kollega/overordnet og ikke følger opp saken, kan det være en ansvarsfraskrivelse. Det er derfor viktig å merke seg at meldeplikten til barnevernet er et personlig ansvar (Det Juridiske fakultet 2014). Dersom det tidligere har blitt meldt fra uten at noe har skjedd, kan det være at mange opplever det å melde fra som bortkastet, da de ikke har tiltro til at noe skjer. De fleste tilsynssakene omhandler spørsmål om helsepersonell har brutt taushetsplikten ved å melde fra om mistanken. Det er kun et fåtall saker som handler om det burde vært meldt fra ved mistenkt omsorgssvikt eller mishandling, og disse sakene er

av alvorlig karakter. Det vil si at i dag er sannsynligheten større for å få opprettet en tilsynssak mot seg om en melder fra (Helsetilsynet 2014). Dette tyder på at dagens straffeforfølgelse har feil fokus, vår erfaring er at dagens samfunn burde sett nærmere på de sakene som tyder på at noen burde ha meldt fra tidligere. Dette ville kunne føre til helsepersonell blir mer oppmerksom på deres plikt og på å opprettholde ansvaret.

#### **5.2.4 Hva er de etiske dilemmaene og i hvilken grad har de en betydning**

Funn fra ni studier viser at forhold som egen sikkerhet, de etiske prinsipper ”ikke skade” og ”gjøre vel”, samt ansvarsfølelse kan virker inn på bestemmelsesprosessen (Anson et al. 2014, Fârcas og Roth 2012, Cooper, Gunn og Hickson 2005, Chen et al. 2012, Ruitter, Schols og Öry 2013, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998, Chapman et al. 2012, Jackson og Söderman 2011 og Boström, Talsma og Östberg 2015). Når det gjelder egen og egen families sikkerhet kan helsepersonell føle en utrygghet, spesielt i situasjoner som omhandler omsorgspersoner med rusproblemer eller psykiske lidelser. Det kan for eksempel være psykisk syke foreldre eller foreldre med alvorlig rusproblematikk, som har paranoide forestillinger, bisarr atferd, dårlig emosjonsregulering og som opptrer skremmende eller truende (Killèn 2004 og Kvello 2009). Dette kan virke inn på tryggheten til melder, men vi kan av egen erfaring si at det er viktig å merke seg at Norge har gode rutiner for beskyttelse av blant annet politi ved behov. I følge prinsippet ”ikke skade” har helsepersonell plikt til at pasienten ikke blir skadet og prinsippet ”gjøre vel” krever at helsepersonell gjør det som er til det beste for pasienten. Disse to prinsippene blir ofte slått sammen, da begge handler om at helsepersonellet skal gjøre det som er best for pasienten. Derimot kan ”ikke skade” være passivt, mens ”gjøre vel” krever aktivt tiltak. Egen erfaring tilser at både ”ikke skade” og ”gjøre vel” prinsippene, samt ansvarsfølelsen hos helsepersonell er sterk. Å vite at en har gjort det en kan gjøre for å bedre tilværelsen til et barn er viktig. Det er følelser og prinsipper som bygger opp en person og veileder en til å gjøre det en må, det bringer frem mot og styrke. Dorthea Orem sier at sykepleiere skal være ansvarsbevisste, at en skal se på seg selv som ansvarlig med kunnskaper og ferdigheter som kreves for å utføre oppgaven. Dette er et godt utgangspunkt for å handle ved mistanke om barnemishandling/omsorgssvikt. Det er verdt å nevne at i funnene kom det frem at ”ikke skade” og ”gjøre vel” også omhandler omsorgspersonene. Dette kan føre til at det oppstår en konflikt mellom barnets interesse og det omsorgspersonene ønsker,

men det er barnets situasjon som utløser meldeplikten i lovverket, og den vi skal ta utgangspunkt i (Slettebø 2013) .

Basert på funn fra seks studier viser det seg at helsepersonell selv prøvde å arbeide med familien, veilede, bygge nettverk og følge opp noe som hadde innvirkning på om de meldte fra eller ikke til barneverntjenesten (Anson et al. 2014, Jackson og Söderman 2011, Boström, Talsma og Östberg 2015, Ruiters, Schols og Öry 2013, Armstrong, Dadds og Haeringen 1998 og Chen et al. 2012). I følge helsepersonelloven skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med faglig forsvarlighet. De skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og når situasjonen tilsier det skal de innhente hjelp fra andre yrkesgrupper og samarbeide med annet kvalifisert personell (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Vi har selv erfart at det kan være vanskelig å stå i situasjoner hvor en føler på ansvaret og ikke vet helt hvordan en skal oppfylle det. I slike situasjoner er det viktig å være klar over at det ikke nødvendigvis er det å klare det selv, men heller det å innse at en har behov for hjelp, som gjør at en utfyller ansvarsrollen. Helsepersonell kan jobbe aktivt med forebygging av omsorgssvikt og mishandling. De vanligste instansene her er helsestasjon, skolehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten som barn og unges psykiatriske poliklinikk (BUP). Det finnes en rekke tiltak som kan brukes, for eksempel veiledning ved hjelp av Marte Meo eller Circle of Security (COS). De fleste kommuner i Norge har startet med Nurse-Family Partnership som blant annet følger opp førstegangsfødende kort tid etter fødsel (Powell et al. 2015, Slettebø 2013 og Killén 2004).

## 6.0 Konklusjon

Vår problemstilling er ”Hva har innvirkning på om helsepersonell velger å melde fra eller ikke ved mistanke om omsorgssvikt eller mishandling av barn?” Det som kommer tydeligst frem i vår studie er at helsepersonells kunnskap om og definisjon av omsorgssvikt/mishandling har innvirkning på om det blir meldt fra eller ikke. Det blir også vektlagt mulighet til å ta opp mistanke, diskutere og å få støtte fra kollegaer, ledelse eller andre instanser. Videre fremkommer det at kommunikasjonsferdigheter, erfaring, innsikt i hva barnevern/nødetater gjør og økonomiske forhold har innvirkning på helsepersonell bestemmelse. Andre forhold er kulturelle forskjeller, størrelsen på samfunnet, sikkerheten for seg selv/egen familie, retningslinjer, lovverket, samt forståelsen av lovverket. Det er også mange som vektlegger begrepene ”ikke skade”, ”gjøre vel” og ansvarsfølelsen. Noen velger å hjelpe familien selv i stede for å melde fra. Dette kan være positivt som forebyggende arbeid, eller i saker som omhandler mildere former for omsorgssvikt/mishandling av barn.

Vi håper at denne oppgaven kan hjelpe oss som helsepersonell og andre, til å bli mer oppmerksom på egne begrensninger og vårt ansvar. I praksis mener vi det er viktig å utnytte ressurser på arbeidsplassen/skolen for å øke helsepersonells kunnskap om omsorgssvikt/mishandling og kommunikasjon. At helsepersonell i samarbeid med arbeidsplassen får utarbeidet rutiner og retningslinjer, og at disse ligger lett tilgjengelig. Det bør være obligatorisk for alle nyansatte å få opplæring i aktuelle retningslinjer. Et annet fokus er å bli flinkere til å utnytte tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, spesielt et tettere samarbeid med barnevernet. Det er viktig å sette mer fokus på forebyggende arbeid, som i fremtiden skal føre til økt livskvalitet og et større utbytte av de økonomiske ressursene. Ledelse på arbeidsplasser har en viktig oppgave med tanke på holdningsskapende arbeid og å gi tilstrekkelig støtte til helsepersonell som er bekymret. Til slutt, men ikke minst bør alle bli flinkere til å skryte av seg selv og andre, så selvtilliten blir forsterket.

Vi anbefaler at det forskes mer på hvilke positive faktorer som har innvirkning på om helsepersonell melder fra ved mistanke om barnemishandling/omsorgssvikt. samt hvilken kunnskap helsepersonell mangler rundt temaet. Et annet felt å forske på er omfanget av omsorgssvikt/mishandling i Norge.

## Etterord

”Arbeid med å styrke et barns omsorgssituasjon krever mot  
Til å tørre å se – det man ikke ønsker å se  
Til å ta tak i noe – som er vanskelig  
Til å gå inn i ubehaget – og til å være der  
Til å hjelpe andre – selv de som ikke vil ha hjelp  
Til å være ydmyk – og vise respekt  
For alle mennesker – men ikke alle handlinger  
Til å tro på egen kompetanse – og andres  
Til å handle sammen – både fort og langsomt  
Til å tro på at det nytter – å bry seg om – og med  
Til alltid å se – barnets beste”

(Bratterud og Emilsen 2013)

## Litteraturliste

Affourtit, Marjo J, Harry J. De Konning, Ida J. Korfage, Eveline CFM Louwers og Henriëtte A.Moll. 2012. "Faciliators and barriers to screening for child abuse in the emergency department" i *BMC Pediatrics* 12(167).

Anson, Elizabeth, Roger Blevins, Pamela A. Herendeen og Joyce Smith. 2014. "Barriers to and Consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse Practitioners" i *Journal of Pediatric Health Care* 28(1).

Armstrong, Kenneth L, Mark Dadds og Alison R. Van Haeringen. 1998. "THE CHILD ABUSE LOTTERY-WILL THE DOCTOR SUSPECT AND REPORT? PHYSICIAN ATTITUDES TOWARDS AND REPORTING OF SUSPECTED CHILD ABUSE AND NEGLECT" i *Child Abuse & Neglect* 22(3): 159-169.

Barne- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet. 2013. *Barndommen kommer ikke i reprise: Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)* Oslo: Barne- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. 2015. "Bekymringsmeldinger". Lest 15.11.15.

[http://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/](http://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/)

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. 2016. "Melde fra til barnevernet – offentlig ansatt" Lest 11.03.16.

[http://www.bufdir.no/Barnevern/Melde\\_fra\\_til\\_barnevernet/Melde\\_fra\\_til\\_barnevernet\\_offentlig\\_ansatt/](http://www.bufdir.no/Barnevern/Melde_fra_til_barnevernet/Melde_fra_til_barnevernet_offentlig_ansatt/)

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. 2016. "Meldinger til barnevernet". Lest 05.03.16.

[http://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/](http://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/)

Baz, Begona Orgaz, Eva González Ortega og Felix López Sánchez. 2012. "Professionals' Criteria for Detecting and Reporting Child Sexual Abuse" i *The Spanish Journal Of psychology* 15(3): 1325-1338.

Bratterud, Åse og Kari Emilsen. 2013. *Dørstokkmila: Barnehagens vei fra magesfølelse til melding*. Oslo: Fagbokforlaget

Boström, Kristina Bengtsson, Markije Talsma og Anna-Lena Östberg. 2015. "Facing suspected child abuse- what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services?" i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 15(33): 21-26.

Bukkøy, Else Karin. 2009. *Magesfølelse utløser bekymring til barnevernet*. Bergen: Senter for barnevernstudier/Universitetet i Bergen/Det psykologiske fakultet/Institutt for Utdanning og helse

Chapman, Ysanne, Karen Francis, Julie Grant, Ainsley James, Janet Johnes, Maureen Miles og Kenneth Sellick. 2012. "The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected" i *Contemporary Nurs* 41(1): 58-69.

Chen, Linping, Michael Dunno, Jennifer A. Fraser, Ben Mathews og Kerryann Walsh. 2009. "Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis" i *International Journal of Nursing Studies* 47(10): 146-153.

Chen, Yi-Wen, Jui-Ying Feng, Ming-Chu Feng, Susan Fetzer og Chiao-Li Lin. 2012. "Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters" i *Children and Youth Services Review* 12(34): 276-280.

Cook, Alexandra, Joseph Spinazzola, Julian Ford, Cheryl Lanktree, Margaret Blaustein, Marylene Cloitre, Ruth DeRosa, Rebecca Hubbard, Richard Kagan, Joan Liautaud, Karen Mallah, Erna Olafson og Bessel van der Kolk. 2005. "Complex trauma in children and adolescents" i *Psychiatric Annals* 35(5) 390-398.

Cooper, William O, Veronica L. Gunn og Gerald B. Hickson. 2005. "Factors Affecting Pediatricians' Reporting of Suspected Child Maltreatment" i *Ambulatory Pediatrics* 5(2).

Database for statistikk om høgre utdanning. 2015. *Publiseringskanaler* Lest 15.08.15-05.12.15.

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Det Juridiske fakultet. 2014. *Norges lover: Studentutgave*. Red. Inger Lorange Backer og Henrik Bull. Bergen: Fagbokforlaget

Dubowitz, Howard og Wendy G. Lane. 2007. "What Factors Affect the Identification and Reporting of Child Abuse-related Fractures?" i *Clinical orthopaedics and related research* 461: 219-225.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2013. *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data" i *Australian Journal of Advances Nursing* (20)2: 22-26.

Fârcas, Adriana og Maria Roth. 2012. "Detecting and Reporting Child Abuse and Neglect. Dilemma and Difficulties for the Medical Staff" i *Revista de Asistentia Sociala* 12(2): 113-124.

Gangdal, Jon. 2011. *Jeg tenker nok du skjønner det sjøl*. Oslo: Kagge Forlag AS

Greeny, Helene Hovbøl og Nancy-Ann Karlsen. 2014. *Aktivitetsbasert finansiering: En studie av hvordan innsatsstyrt finansiering har påvirket spesialisthelsetjenesten i Norge*. Trondheim: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet/Samfunnsvitenskapelig fakultet/Handelshøyskolen

Halvorsen, Per. 2000. "Er leger kløner i kommunikasjon?" *Tidsskrift for den norske legeforening* 120:2334 nr.19.

Halvorsen, Sverre, Kari Killén og Jens Grøgaard. 2013. "Hvorfor overser vi barnemishandling?" *Tidsskrift for den norske legeforening* 133:16 nr.1.



Haraldsplass Diakonale Høgskole. 2011. "Barnemishandling, kunnskap til å sjå – kompetanse til å handle". Lest 17.06.03.

<http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/95906/Amundsen%20%282013%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. Lov av 01. januar 2001 nr. 64 om helsepersonell m.v.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>

Helsetilsynet. 2014. "Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet". Lest 26.07.16.

[https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport2\\_2014.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport2_2014.pdf)

Helse sør-øst. 2013. "Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell er fortsatt ett problem". Lest 28.02.16.

[http://www.helse-sorost.no/aktuelt/\\_nyheter/\\_Sider/kommunikasjon-mellom-pasient-og-helsepersonell-er-fortsatt-et-problem.aspx](http://www.helse-sorost.no/aktuelt/_nyheter/_Sider/kommunikasjon-mellom-pasient-og-helsepersonell-er-fortsatt-et-problem.aspx)

Hjermann, Reidar. 2009. "Opplysningsplikt til barnevernstjenesten" *Tidsskrift for den norske legeförening* 129:392 nr.4.

Høgskolen i Molde: avdeling for helse- og sosialfag. 2015. *SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie 15 sp.* Molde: Høgskolen i Molde.

Ingstad, Kari. 2013. *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

Jackson, Karin og Annika Söderman. 2011. "Barn som far illa i sin hemmiljø- BVC-sjukskötterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen" i *Vård I Norden* 102(31): 38-42.

Killén, Kari. 2004. *Sveket: Omsorgssvikt er alles ansvar*. 3 utg. Oslo: Kommuneforlaget

Kirkengen, Anne Luise og Ane brandtzæg Næss. 2015. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (red.). 2012. *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*, 2utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

Kunnskapssenteret. 2015. *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Lest 15.08-15-10.12.15.

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

Kvellido, Øyvind. 2007. *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget

Molven, Olav. 2014. *Sykepleie og jus*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

Norsk sykepleieforbund. 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleieforbund

Notaker, Henry og Helmfrid Staffan. 2002. *Studia: Moderne kunnskap for alle*. Red. Jan Fredrik Nystad og Hans Solerød. Vestby: Bertmark Norge

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena V. Nordheim og Lov Merete Reinart. 2013. *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe

Pinheiro, Paulo Sérgio. 2006. *World report on violence against children*. Geneva: United Nations Publishing Services

Powell, Bert, Glen Cooper, Kent Hoffman og Bob Marvin. 2015. *Trygghetssirkelen- en tilknytningsbasert intervensjon*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

Ruiter, Corine de, Manuela WA Schols og Ferko G. Öry. 2013. "How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study" i *BMC Public Health* 13(807).

Skarsaune, Kari og Terese Bondas. 2014. "Må vite mer om barnemishandling" i *Sykepleien*. Oslo: Norsk sykepleierforbund

Søftestad, Siri og Inger Lise Andersen (Red.). 2014. *Seksuelle overgrep mot barn: traumebevisst tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget

Slettebø, Åshild. 2013. *Sykepleie og etikk*. 6 utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

United Nations Human Rights: Office of the High Commissioner. 2011. *Convention on the Rights of the Child*. Secretary-General of the United Nations

Van der Kolk, Bessel A. 2003. "The neurobiology of childhood trauma and abuse" i *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 12(2) 293-217.

## Vedlegg 1

| P      | I  | C | O  |
|--------|--|---|--|
| barn*  | helsepersonell<br>rapportere<br>bestemme         |   | omsorgssvikt<br>mishandling<br>barriere<br>dilemma |
| child* | medical staff<br>report*<br>decision*<br>factor* |   | neglect*<br>abus*<br>barrier*<br>dilemma*          |

## Vedlegg 2

| Søkeord  | Dato     | Database        | Antall treff | Leste abstrakts | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|--|----------|-----------------|--------------|-----------------|----------------|---------------------|
| <b>Søk 1:</b>  |          |                 |              |                 |                |                     |
| nurs*.mp. and limit 1 to (yr='2008-current and (danish or english or norwegian or swedish)) and child*.mp. and abuse*.mp. or neglect*.mp. and report*.mp. and barriers*.mp.  | 18.08.15 | Ovid Medline(r) | 9            | 9               | 3              | 2                   |
| <b>Søk 2:</b>  |          |                 |              |                 |                |                     |
| Child*.mp. and limit 1 to (yr='2005-current and (danish or english or norwegian or swedish)) and nurs*.mp. or medical staff*.mp. or practitioner*.mp. and report*.mp. or decision*.mp. and factor*.mp. or barrier.mp. or dilemma*.mp. and abuse*.mp. or neglect*.mp. | 18.08.15 | Ovid Medline(r) | 178          | 30              | 5              | 2                   |
| <b>Søk 3:</b>  |          |                 |              |                 |                |                     |
| child and (abuse or neglect) and medical staff and dilemma and limit to scholarly journal and additional limits: Date after 2011; Language: Danish, English, Norwegian or Swedis   | 16.12.15 | ProQuest        | 650          | 25              | 6              | 1                   |
|  |          |                 |              |                 |                |                     |

|  |          |                 |     |    |    |   |
|--|----------|-----------------|-----|----|----|---|
| <b>Søk 4:</b>  |          |                 |     |    |    |   |
| Child Abuse, Sexual/ or Child Behavior/ or Child Care/ or Child Health/ or Child Abuse or <u>child*.mp.</u> and limit 1 to (yr='2005-current" and (danish or english or norwegian or swedish)) and Physical Abuse/ or <u>abuse*.mp.</u> or Child/ or <u>neglect*.mp.</u> and <u>reporting.mp.</u> or Mandatory Reporting/ and Medical staff, Hospital/ or <u>medical staff*.mp.</u> or Physicians/ or Ethics, Medical/ or Health Personnel/ or Decision Making/ or <u>professionals*.mp.</u> or "Attitude of Health Personnel/ or Pediatrics/ or <u>pediatricians*.mp.</u> and <u>barriers*.mp.</u> or Health Knowledge, Attitudes, Practis/ or Communication Barriers/ or Nursing staff, Hospital/ or Health Services Accessibility/ or <u>dilemma.mp.</u> or <u>factors*.mp.</u> | 16.12.15 | Ovid Medline(r) | 241 | 28 | 11 | 4 |
| <b>Søk 5:</b>  |          |                 |     |    |    |   |
| child + abuse + report + barriers  | 16.12.15 | Oria            | 603 | 15 | 7  | 2 |

|   |          |                |  |  |  |   |
|---|----------|----------------|--|--|--|---|
| and limit to english, danish, norwegian or swedish and limit to fagfelleverderte artikler |          |                |  |  |  |   |
| <b>Søk 6:</b>   |          |                |  |  |  |   |
| Frisøk på norske og engelske ord fra PICO-skjemaet  | 20.12.15 | Google Scholar |  |  |  | 2 |

### Vedlegg 3

ARTIKKEL NUMMER:

|  |  |
|--|--|
| Forfattere<br>År<br>Land<br>Tidsskrift |  |
| Tittel                                 |  |
| Hensikt                                |  |
| Metode/<br>Instrument                  |  |
| Deltagere/<br>Frafall                  |  |
| Hovedfunn                              |  |
| Etisk<br>Vurdering                     |  |
| Vurdering av<br>kvalitet               | Fagfelle vurdering:<br>Egen vurdering: |

Vurdering av kvalitet(hvilket skjema og regnestykke):

Svake sider:

Sterke sider:

Hovedfunn:



## Vedlegg 4

ARTIKKEL NUMMER: 1

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Forfattere               | Affourtit, Marjo J., Harry J. De Koning, Ida J. Korfage, Eveline CFM Louwers og Henriëtte A. Moll.  |
| År                       | 2012  |
| Land                     | Nederland   |
| Tidsskrift               | BMC Pediatrics  |
| Tittel                   | "Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department"  |
| Hensikt                  | Å utforske faktorer og barrierer mot nærmere undersøkelser av barn mistenkt for mishandling i akuttavdeling.  |
| Metode/<br>Instrument    | Kvalitativ. Semi-strukturerte intervju. Intervjuene varte i gjennomsnitt 38 minutter. Etterpå ble resultatet fra intervjuene drøftet med eksperter innen feltet.  |
| Deltagere/<br>Frafall    | 27 deltagere. Syv barneleger, to kirurger, seks sykepleiere, seks akuttmottaksledere og seks styremedlemmer. I den andre delen av studien ble det presentert for 5 barnemishandlingseksperter og 1 ekspert som kunne gi råd for hvordan de skulle takle barrierene. Og disse ekspertene var 1 barnelege med ekspertise innen forebygging av overgrep mot barn, 1 rettsmedisinsk barnelege, 1 barnemishandlingsassistent, 1 rettsmedisinsk sykepleierspesialist i barnemishandling, og en forsker som er spesialist i barnemishandling og forebygging av dette. Totalt blir dette 33 intervjuer. Det var ingen frafall.  |
| Hovedfunn                | Deltagerne synes det var vanskelig å snakke med foreldrene om mulig mishandling på grunn av tidsmangel, mangel på egnet rom og personlige barrierer som redsel for ukvalifisert mistanke. De (legene) synes også det var vanskelig å skille barnets medisinske behandling fra det å undersøke for mishandling. De mente medisinsk behandling var deres hovedfokus og ville overlate det andre til kvalifisert personell som barnelege eller barnevern. De synes også kommunikasjon var et problem når foreldrene spurte i forbindelse med full kroppsundersøkelse og barnet hadde en lokalisert skade. De så på støtte av styret som en positiv ting, mens mangelen på støtte kunne være en årsak til å unngå å melde fra. Styremedlemmene så hvordan møter, tverrprofesjonelt og tverretatlig arbeid kunne støtte opp under det å oppdage og melde fra om barnemishandling, men de gjenrar at de ikke har økonomiske midler til det og ikke får støtte til det. Protokollene på arbeidsplassen hjalp noen, men mange visste ikke at de eksisterte. De som hadde økt kunnskap om barnemishandling, omsorgssvikt og utviklingsfasen til barnet hadde større sannsynlighet for å melde i fra. |
| Etisk<br>Vurdering       | Godkjent av The Medical Ethical Committee of the Erasmus MC, University Medical Centre Rotterdam. Økonomisk støtte fra Nederlands Institute of Health Research and Development. Forfattere gir uttrykk for at de sto fritt til å skrive det de ville. Det var innhentet samtykke fra deltagerne.  |
| Vurdering av<br>kvalitet | Fagfellevurdering: Nivå 1<br>Egen vurdering: Meget god kvalitet 90%   |

## ARTIKKEL NUMMER: 2

|  |   |
|--|---|
| Forfattere<br>År<br>Land<br>Tidsskrift | Anson, Elizabeth, Roger Blevins, Pamela A. Herendeen og Joyce Smith.<br>2014<br>USA<br>Journal of Pediatric Health Care   |
| Tittel                                 | ”Barriers to and Consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse Practitioner”   |
| Hensikt                                | Å undersøke erfaringen til barnesykepleiere innen identifisering og rapportering av barnemishandling. Samt hyppigheten, effekten og forholdet til rapportering.   |
| Metode/<br>Instrument                  | Kvantitativ. Internettbasert spørreundersøkelse. Undersøkelsen var basert på spørsmål og caser med svaralternativer. Svarene ble kjørt igjennom dataprogram.  |
| Deltagere/<br>Frafall                  | Sykepleier medlemmer innen The National Association of Pediatric Nurs Practitioners. Undersøkelsen ble sendt til 5,764 deltagere. 11% fullførte skjema. 604 deltagere ble tatt med i studien. Frafallet skuldes blant annet at de ikke arbeidet med barn og rapporterte fra spesifikke klinikker eller sykehus.   |
| Hovedfunn                              | 89% sa de hadde sett minst en sak med barnemishandling i sin karriere. 20% svarte at de ikke hadde meldt inn alle barna de hadde sett mistenkelige skader på. Hovedgrunnene til dette var at saken alt var meldt inn, meldte fra til en kollega, jobbet med familien for å løse problemet, legen var uenig med mistanken eller legen var enig med mistanken, men frarådet fra å melde det inn. Av negative konsekvenser i forbindelse med å melde fra ble det gitt at de mistet familien som pasienter, barnet opplevde mer mishandling fordi barnevernet ikke gjorde noe eller ikke handlet raskt nok. 51% av alle deltagerne mente barnet hadde positivt av barnevernet. 69% mente de oppdaget barnemishandling, 87% mente primærhelse hjelpen ville kunne hjelpe barnet og familien og 93% mente at det burde screenes for barnemishandling og omsorgssvikt. De som tidligere har hatt erfaring med barnevernet baserer denne opplevelsen på om de skal melde i fra ved neste tilfelle. 51% av deltagerne mente barnet hadde godt av et samarbeid med barnevernet og 45% mente foreldrene hadde nytte av et samarbeid med barnevernet. Nesten alle deltagerne mente helsevesenet burde screene barn ved inntak for barnemishandling. |
| Etisk<br>Vurdering                     | Oppgir at det ikke er etiske konflikter. Deltagerne var invitert til studien.   |
| Vurdering av<br>kvalitet               | Fagfellevurdering: Nivå 1<br>Egen vurdering: Meget god kvalitet 81,8%   |

## ARTIKKEL NUMMER: 3

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Forfattere               | Chapman, Ysanne, Karen Francis, Julie Grant, Ainsley James, Janet Jones, Maureen Miles og Kenneth Sellick.   |
| År                       | 2012   |
| Land                     | Australia  |
| Tidsskrift               | Contemporary Nurse   |
| Tittel                   | "The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected"   |
| Hensikt                  | Undersøke hvordan profesjonen oppdager og handler ved mistanke om barnemishandling.  |
| Metode/<br>Instrument    | Kvalitativ. Ansikt til ansikt eller telefon intervju. Det ble tatt opp på tape eller film. Resultatet ble så analysert, tematisert, sammenlignet og satt sammen.   |
| Deltagere/<br>Frafall    | Annonisert i avis. 17 deltagere. Det var en lege, syv sykepleiere, 3 politi og 6 lærere.   |
| Hovedfunn                | <p>Tre faser i prosessen som er relevant.</p> <p>Få en mistanke om mishandling/omsorgssvikt av barn:<br/>Fysiske og psykiske symptomer og tegn.</p> <p>Observere og samle informasjon: Mange sier de forventet situasjonen for å se om det var en engangs hendelse eller ikke. Selv om det er en risiko med å vente ville de fleste heller gjøre det og bli sikker på at det var omsorgssvikt eller mishandling. Det at de føler de må være sikker i sine antagelser gjør at de samler mer informasjon og observasjoner. Når det er et lite miljø trenger de større sikkerhet på grunn av synligheten av personellet i miljøet og redsel for hva det vil gjøre med dem som profesjonell i miljøet.</p> <p>Bestemme seg for å melde fra eller ikke: De nevner faktorer som ansvar, profesjon, sosial og moralske aspekter, forholdet til sjefene sine, kunnskapen om familien og hva deres definisjon på mishandling/omsorgssvikt er. Mange la ansvaret om å melde fra over på noen med mer erfaring og noen var ikke klar over at de selv kunne melde fra direkte. Noen synes det var viktig med en annens synspunkt på saken først. De synes støtte var viktig for å kunne melde fra. De legger stor vekt på det etiske prinsippet ikke-skade og gjøre-godt.</p> <p>Når sjefen ikke meldte inn saken følte de seg mindre sikker på egen antakelse og det var mindre sannsynlighet for at de sa fra igjen.</p> <p>De var mer sannsynlige til å melde i fra om de kunne diskutere det i team, fikk støtte, hadde kunnskap, tid og erfaring i jobben og føler at de gjør det rette. De vektlegger ansvaret de føler som person og ansvaret de føler som helsepersonell. De drar også inn om de tidligere har blitt hørt på sine mistanker.</p> |
| Etisk<br>Vurdering       | Godkjent av University Human Ethics Committee. Økonomiskstøtte fra Nurses Board of Victoria Research Program. Deltagerne hadde svart på annonsering og invitasjon til deltagelse i studien.  |
| Vurdering av<br>kvalitet | Fagfellevurdering: Nivå 1<br>Egen vurdering: Meget god kvalitet 90%  |

## ARTIKKEL NUMMER: 4

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Forfattere               | Fârcas, Adriana og Maria Roth   |
| År                       | 2012  |
| Land                     | Romania   |
| Tidsskrift               | Revista de Asistenta Sociala  |
| Tittel                   | ”Detecting and Reporting Child Abuse and Neglect. Dilemma and Difficulties for the Medical Staff”   |
| Hensikt                  | Sammenligne helsepersonells erfaringer og holdninger til å oppdage og melde fra om barnemishandling og omsorgssvikt.  |
| Metode/<br>Instrument    | Kvalitativ og kvantitativ. Spørreundersøkelse med lukkede og åpne spørsmål. Anonymisert i håp om ærlige svar.   |
| Deltagere/<br>Frafall    | 82 deltagere fullførte studien. De besto av 17 sykepleiere, 23 barneleger og leger, 2 psykologer, 6 innen andre yrker og 30 studenter innen helseyrker. Disse er fordelt på fire sykehus.   |
| Hovedfunn                | 60% av helsepersonell føler seg ganske eller veldig sikker på at de kan oppdage mishandling eller omsorgssvikt. 85% av helsepersonellet sier de har mistenkt mishandling eller omsorgssvikt. Grunner til å ikke melde fra er blant annet at de ikke vil lage trøbbel for familien, de ikke tror mistanken blir tatt på alvor, den ansvarlige viste allerede om det, de var redd for konsekvensene om politiet ikke blandet seg inn og følelsen av usikkerhet eller redsel. 50% av personalet som hadde mistanke hadde meldte det til sin overordnet, dette kan tyde på at de ikke føler det er deres ansvar å melde det til politi eller barnevern. De som har meldt i fra tidligere begrunner dette med kunnskap om omsorgssvikt og barnemishandling, tid, erfaringer og ansvar. |
| Etisk<br>Vurdering       | Økonomisk støtte fra European Social Found.   |
| Vurdering av<br>kvalitet | Fagfellevurdering: Nivå 1<br>Egen vurdering: Meget god kvalitet 80%   |

## ARTIKKEL NUMMER: 5

|  |   |
|--|---|
| Forfattere<br>År<br>Land<br>Tidsskrift | Jackson, Karin og Annika Söderman<br>2011<br>Sverige<br>Vård I Norden   |
| Tittel                                 | ”Barn som far illa i sin hemmiljö- BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen”   |
| Hensikt                                | Beskrive barnesykepleierenes opplevelse av å møte og hjelpe barn som er offer for omsorgssvikt og/eller mishandling.  |
| Metode/<br>Instrument                  | Kvalitativt. Personlige intervju uten mye struktur og med åpne spørsmål. Intervjuet fokuserte på tema og varte i 20-30 min.   |
| Deltagere/<br>Frafall                  | Seks kvinnelige barnesykepleiere i alderen 45-64 år. De ble valgt fra ulike bosteder i Sverige og med ulik arbeidsplass. Det var ett frafall, men det ble erstattet med en ny som passet kriteriene.  |
| Hovedfunn                              | <p>Opplevelsen av å få innsikt i at et barn har det ille:</p> <p>De beskriver hva de selv har opplevd og lagt merke til ved møte med barn som synlige blåmerker, skader, barn som har det tøft. De sier også at de er mer oppmerksomme om de på forhånd har fått indikasjoner som spørsmål om å være observant fra barnevernstjenesten eller vet fra før at familien har det vanskelig. De snakker også om magesfølelsen og kvinnelig intuisjon, om hvordan det ”klikker” ganske raskt etter møte. Opplevelsen av en vanskelig arbeidsoppgave: Å koble inn barnevernstjenesten synes de er vanskelig, ofte fordi de ikke er helt sikker på om barnet har det ille. I møte med familien kunne de ha følelser som sorg, tristhet, mistenksomhet. Flere savnet nærmere samarbeid med barnevernstjenesten. Det kom frem at de så på seg som barnets beskytter og ønsket å kunne gjøre det som var best for barnet. De ville vite med seg selv at de gjorde det som var rett, at de senere kunne se barnet i øynene å si det, ikke få spørsmål som ”hvorfør gjorde du ingenting?”. Opplevelsen av støtte: De forteller om hvordan de støttet familiene for å bedre barnets tilværelse. Den ene forteller om Marte Meo hvor man filmer foreldrene i samhandlingen med barnet, for etter på å trekke frem det positive foreldrene gjorde. De opprettet et større nettverk rundt foreldrene med andre instanser. Mange hadde opplevd at foreldrene ikke ønsket å motta hjelp. I forbindelse med å selv motta støtte trekker de frem kollegaene som viktige roller. Barnepsykologene og legene kunne også gi støtte. De kunne også oppleve støtte gjennom reglene og retningslinjene til jobben og barnevernstjenesten. De som har meldt i fra trekker inn viktigheten av støtte fra andre, det å kunne forsvare barnet og for å føle at de har gjort det rette.</p> |
| Etisk<br>Vurdering                     | Studien ble godkjent av primærhelsetjenestens sjef i Sverige. Deltagerne fikk invitasjon, informasjon og måtte samtykke til studien.  |
| Vurdering av<br>kvalitet               | Fagfellevurdering: Nivå 1.<br>Egen vurdering: Meget god kvalitet 80%  |

## ARTIKKEL NUMMER: 6

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Forfattere               | Baz, Begona Orgaz, Eva González Ortega og Felix López Sánchez.  |
| År                       | 2012  |
| Land                     | Spania  |
| Tidsskrift               | The Spanish Journal of Psychology   |
| Tittel                   | ”Professionals’ Criteria for Detecting and Reporting Child Sexual Abuse”  |
| Hensikt                  | Undersøke disse faggruppenes oppfattelsen av seksuelle overgrep og viljen til å melde i fra om det.   |
| Metode/<br>Instrument    | Kvantitativ. Spørreundersøkelse på nett eller papir. Det ble brukt vignett metode med kontroll og tilfeldig strategi. Det var brukt et dataprogram. Det var hypotetiske spørsmål. De ble delt i to grupper en med 18 spørsmål og en med 15.   |
| Deltagere/<br>Frafall    | Voksne personer fra Spania eller Latin Amerika som jobbet innen psykologi, barnevernstjenesten, skole, helsetjeneste, politi og rettsystemet. Det var totalt 974 som deltok på hele studien. Psykologer 21,5%, barnevernstjeneste 24,7%, lærere 13,3%, politi 19,4%, helsetjenesten 16,3%, rettsapparatet 4,7% og noen uten høyere utdanning. Usikkert eksakt hvor mange som fikk muligheten til å svare på undersøkelsen med det er regnet ut ca. 40% frafall.   |
| Hovedfunn                | 33% oppfattet det, men 29% ville rapportere det, om det var samtykket seksuell omgang med mindreårige. Det er større sannsynlighet for at det blir rapportert om aldersforskjellen er over 10 år. Det er flere som oppfatter og melder fra om det er snakk om oral, penetrere eller digitalt overgrep, enn om det er en voksen som blottet genitaliene. Om det ikke var samtykket oppfattet 48% misbruket og 45% ville meldt i fra. Det viser at det er større sannsynlighet for å oppfatte det og melde fra om personen bruker narkotika, utpressing eller tvang for å få en mindreårig med på seksuell aktivitet, i motsetning til om det blir spurt om lov eller er ”bare” berøring. Det er også større sannsynlighet for at det blir meldt i fra om aldersforskjellen er 13 år eller mer. |
| Etisk<br>Vurdering       | Deltagerne var frivillig med på studien.  |
| Vurdering av<br>kvalitet | Fagfellevurdering: Nivå 1<br>Egen vurdering: Meget god kvalitet 90,9%   |

## ARTIKKEL NUMMER: 7

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Forfattere               | Cooper, William O., Veronica L. Gunn og Gerald B. Hickson.  |
| År                       | 2005  |
| Land                     | USA   |
| Tidsskrift               | Ambulatory Pediatrics   |
| Tittel                   | "Factors Affecting Pediatricians' Reporting of Suspected Child Maltreatment"  |
| Hensikt                  | Identifisere faktorer til barnelegers bestemmelse om å ikke melde fra om mistenkt omsorgssvikt.   |
| Metode/<br>Instrument    | Kvantitativ og kvalitativ. Spørreundersøkelse til barneleger i en stat (Nashville) på tvers av arbeidsplasser. Den besto av 28 spørsmål, det var åpne spørsmål, ja-nei spørsmål og skala spørsmål. Dataen ble så kjørt gjennom to forskjellige dataprogram og sett på individuelt.  |
| Deltagere/<br>Frafall    | 500 leger fikk undersøkelsen, 16 frafalt på grunn av flytting. 236 svarte på undersøkelsen. 66 frafalt på grunn av at de ikke hadde behandlet barn siste fem årene eller aldri hadde mistenkt omsorgssvikt. 2 frafalt fordi de ikke ville være med. 197 fullførte hele studien.   |
| Hovedfunn                | 96% av deltagerne hadde rapportert minst en gang tidligere ved mistanke om omsorgssvikt. 28% svarte at de hadde mistenkt omsorgssvikt minst en gang uten å melde fra om det. En andel hadde tidligere blitt saksøkt for å ha rapportert eller truet med det. Av grunner for å ikke melde i fra er hovedfunnene: Redsel for å frastøte seg familien, starte en krise som kan føre til skade av barnet, fysisk truet av et familiemedlem, personlig sikkerhet, redsel for saksøking, redsel for barnets sikkerhet om det ikke skulle bli gjort noe med rapporten. Andre ting er manglende tid, stress, redsel for å ta feil eller å feilaktig anklage en familie. Redsel for å skade en families rykte uten grunn, manglende tillitt til egen vurdering, benektelse og unngåelse av sinte foreldre. Faktorer som negative erfaringer med barnevernet, manglende kunnskap om loven og hvordan man gikk frem for å melde fra var også grunner som ble nevnt. De som tidligere hadde meldt i fra var 66% av deltagerne fra primærhelsetjenesten og 47% fra spesialisthelsetjenesten. |
| Etisk<br>Vurdering       | Godkjent av The Institutional Review Board of Vanderbilt University Medical Center. Deltagerne fikk informasjon og valgte selv om de ville delta på studien.  |
| Vurdering av<br>kvalitet | Fagfellevurdering: Nivå 1<br>Egen vurdering: Meget god kvalitet 81,8%   |

## ARTIKKEL NUMMER: 8

|  |  |
|--|--|
| Forfattere<br>År<br>Land<br>Tidsskrift | Ruiter, Corine de, Manuela WA Schols og Ferko G. Öry.<br>2013<br>Nederland<br>BMC Public Health  |
| Tittel                                 | ”How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study”  |
| Hensikt                                | Undersøke hvordan helsepersonell og lærere som møter barn oppfatter og melder fra om barnemishandling, og hva de tenker rundt dette.   |
| Metode/<br>Instrument                  | Kvalitativ. Fokusgrupper på 5-6 deltagere fordelt på 6 grupper. De var fordelt etter hvilket felt de jobbet innen. Det ble i gjennomsnitt brukt 90min per gruppe. Det var to trente intervjuere som ledet gruppen med forskjellige tema. Det var basert på åpne spørsmål og tatt opp på tape. Dette ble så hørt på flere ganger og det ble trukket ut hovedfunnene.  |
| Deltagere/<br>Frafall                  | Det var 11 barnesykepleiere, 6 barneleger, 15 grunnskolelærere og 1 rektor. Tilsammen 33 deltagere.  |
| Hovedfunn                              | Oppdagelsesfasen: De viser til at det kan være tegn fra barnet selv, omgivelsene, foreldrene eller andre profesjoner. De forteller om magesfølelsen og hvordan de ofte ikke er klar over hva som utløser den. En sykepleier forteller ”It happens often to me that things happen in a flash and then I do not know what I have noticed specifically, but I do have this gut-feeling that something is wrong”. De viser til at denne følelsen gjør at de undersøker nærmere og er mer observante på hva som kan være galt. Resultatene viser også at helsepersonell definerer mishandling etter egne erfaringer og kunnskap. Dette gir et veldig vidt spekter på definisjonen. De viser også til manglende kunnskaper om mishandling og omsorgssvikt. De har ingen klare regler på hva som er normal utvikling og oppførsel fra barn eller hva som er god nok oppdragelse/omsorg. Ei sier ” Is it bad when a child doesn't get a warm meal for three years? Maybe a sandwich is sufficient as well”. De snakker også om hva som er normalt og hva som er standarden. At de ikke vet hvor den ligger. Det er også kulturforskjeller som kan utgjøre at de tenker det er omsorgssvikt, men barnet har det bra eller omvendt. De snakker også om det å nevne de basiske behovene til et barn, men at de ikke vet hva det egentlig er om en ser vekk fra kulturelle og geografiske standarder. De konkluderer med at de setter standarden for lav for hva som er normalt og for høy for å rapportere. Melde/ikke melde: De prøver selv å ta ansvaret, oppfølging av barnet, oppfølging av mistanken, samarbeid med foreldre og andre instanser. Støtte innad var av kollegaer som utøvde kontrollspørsmål som førte til bedre tankegang rundt mistanken, møter med ledelsen, protokoller og regler. De er noe misfornøyd med den emosjonelle støtten fra ledelsen. Manglende resurser og økonomiske midler for bedre oppfølging av barnet. De har både positive og negative erfaringer med å melde fra tidligere. De ønsker seg mer kunnskap og erfaring med kommunikasjon for å kunne ha en vanskelig samtale med foreldrene, dette for å oppdage mer eller hjelpe foreldrene. Ei sier at takke være retningslinjene for omsorgssvikt er det enklere å snakke om barnet og mistanken med en annen profesjon. Geografi spiller også en rolle, om distansen fra familien og personlls hjem |



|                       |   |
|-----------------------|---|
|                       | <p>er kort er det vanskeligere å handle på mistanken. Om de er blitt godt kjent med foreldrene kan det føre til at de velger å senke standarden sin for hva som er god nok omsorg for barnet. De kan være redd for å miste kontakt med foreldrene. De balanserer mellom å observere og det å faktisk melde i fra. Det er også snakket om redsel for egen sikkerhet ved å melde fra. De som tidligere har meldt i fra viser til kunnskap om omsorgssvikt og mishandling, muligheten til å snakke med kollegaer, tryggheten i retningslinjene og om de tidligere har positive erfaringer med å melde i fra.</p> |
| Etisk Vurdering       | <p>Godkjent av Ethical Committee of Psychology of Maastricht University. Studien fikk økonomiske midler fra ZonMw, The Netherlands organization for health research and development, Sticting kinderpostzegels Nederland og Achmea fundation victims and society. Forfatterne oppgir at det ikke er noen motsigende interesser. De fikk godkjenning fra rektorene og sjefen for å kontakte deltagerne og all deltagelse var frivillig.</p>  |
| Vurdering av kvalitet | <p>Fagfellevurdering: Nivå 1<br/>Egen vurdering: Meget god kvalitet 100%</p>  |

## ARTIKKEL NUMMER: 9

|  |  |
|--|--|
| Forfattere<br>År<br>Land<br>Tidsskrift | Boström, Kristina Bengtsson, Markije Talsma og Anna-Lena Östberg.<br>2015<br>Sverige<br>Scandinavian Journal of Primary Health Care  |
| Tittel                                 | ”Facing suspected child abuse – what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services?”   |
| Hensikt                                | Undersøke svenske legers vaner for å melde fra om barnemishandling og hva som gjorde at de ikke meldte fra ved mistanke.   |
| Metode/<br>Instrument                  | Kvantitativ. Internettbasert spørreundersøkelse. Anonymiserte svar. Svaralternativer med mulighet for fritekst. Resultatet ble undersøkt ved hjelp av dataprogram og friteks ved hjelp av kvalitative retningslinjer.  |
| Deltagere/<br>Frafall                  | 177 mottok undersøkelsen. Totalt 77 deltagere fordelt på legestudenter og leger innen allmenmedisin fullførte.   |
| Hovedfunn                              | 95% trodde ledelsen ville støtte dem ved mistanke om og rapportering av barnemishandling. 97% trodde det var mulig å diskutere mistanken med kollegaer. 43% hadde aldri rapportert til barnevernet tidligere, 20% hadde ikke rapportert det de mistenkte var barnemishandling eller omsorgssvikt. 44% hadde rapportert minst en gang tidligere. Kun 30% av alle legene klarerte med barnevernet og brukte deres metoder for å undersøke og handle ved mistanke om barnemishandling. Resultatet viser at de med lengre arbeidserfaring, usikker på mistanken, bruk av alternative strategier (for eksempel henvisning til annet helsepersonell eller oppfølging av familien selv) og lengre skolegang. Blant de som ikke hadde meldt fra ved mistanke viste 44% til behovet for mer støtte og mulighet til å spørre om råd fra blant annet barneleger, psykologer og psykiatere. Andre viser til vanskeligheter med å oppdage mishandling, dårlig kommunikasjon med barnevernet, manglende kunnskap om hva barnevernet gjør og manglende tilbakemeldinger fra barnevernet tidligere. Noen viste også til redsel for egen og egen families sikkerhet og ønsket om å kunne melde fra anonymt. 66% viste ikke om retningslinjer for rapportering til barnevernet eksisterte på deres arbeidsplass. 68% mente rapporter bare skulle gjøres om man var veldig sikker på omsorgssvikt. De som har meldt i fra viser til ressursforhold, muligheten for støtte, kompetanse og hvordan de tidligere har opplevd at barnevernet håndterer saken. |
| Etisk<br>Vurdering                     | Godkjent av The Regional Ethical Review Board in Gothenburg. Deltagerne valgte selv om de ville delta på studien.  |
| Vurdering av<br>kvalitet               | Fagfellevurdering: Nivå 1<br>Egen vurdering: Meget god kvalitet 81,8%  |

## ARTIKKEL NUMMER: 10

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Forfattere               | Dubowitz, Howard and Wendy G. Lane.   |
| År                       | 2007  |
| Land                     | USA   |
| Tidsskrift               | Clinical orthopaedics and related research  |
| Tittel                   | ”What Factors Affect the Identification and Reporting of Child Abuse-related Fractures?”  |
| Hensikt                  | Å undersøke hvor flinke ortopeder er til å skille fraktur som kommer av barnemishandling i mot ulykker og hva som spiller en rolle i prosessen rundt det å skulle melde i fra.  |
| Metode/<br>Instrument    | Kvantitativ. Spørreskjema med 10 case hvor hver hadde to spørsmål. Det var to forskjellige skjema og de ble gitt ut tilfeldig. Det var kun mulig å svare med alternativer. Svarene ble så matematisk utregnet.  |
| Deltagere/<br>Frafall    | 974 ortopeder fikk tilsendt spørreskjemaet. 368 fullførte studien. Frafallet skyldtes blant annet død, pensjon, fratatt lisensen, annet yrke, annet land og at de ikke passet til kriteriene.   |
| Hovedfunn                | Korrekt diagnostisering av årsaken til benbrudd lå på 79,1%. 72,8% mente det burde meldes i fra om, men, på caser hvor det var meningen at de skulle melde var svarprosenten veldig variert, den var 35%-91%. Generelle ortopeder gjennomførte færre korrekte rapporteringsbeslutninger enn pediatiske ortopeder. Barnets rase virker ikke til å ha noe innvirkning på om det ble rapportert eller ikke. Derimot ser en forskjell på barn av ulike klasser. Det viser at et barn av en sykepleier er det større sannsynlighet for å diagnostisere barnemishandling, men mindre sannsynlighet for å rapportere det, i motsetning til barnet til en som jobber i butikk. Det viser også at det er større sannsynlighet for å diagnostisere barnemishandling om moren jobber i fabrikk i motsetning til lærer. Her var det 2.2 ganger større sannsynlighet for at de rapporterte om moren jobbet på fabrikk. |
| Etisk<br>Vurdering       | Begge forfatternes universiteter har godkjent eller sett bort fra The human protocol. De sier at all undersøkelse ble gjort i samsvar med etiske prinsipper for forskning. Deltagerne valgte selv å delta på studien.   |
| Vurdering av<br>kvalitet | Fagfellevurdering: Nivå 1<br>Egen vurdering: Meget god kvalitet 81,8%   |

## ARTIKKEL NUMMER: 11

|  |  |
|--|--|
| Forfattere<br>År<br>Land<br>Tidsskrift | Chen, Yi-Wen, Jui-Ying Feng, Ming-Chu Feng, Susan Fetzer og Chiao-Li Lin<br>2012<br>Taiwan<br>Children and Youth Services Review   |
| Tittel                                 | ”Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters”   |
| Hensikt                                | Undersøke deltagerens etiske og juridiske dilemmaer ved å rapportere barnemishandling.   |
| Metode/<br>Instrument                  | Kvalitativ. Intervju på 60-100 minutter. Det var en trent intervjuer. Dataen ble så bearbeidet, sammenlignet og kategorisert.  |
| Deltagere/<br>Frafall                  | 18 deltagere. Tre leger, seks sykepleiere, fem lærere og fire sosialarbeidere (hvor tre jobbet på sykehus og en i barnevernet). Alle hadde jobbet med misbrukte barn.  |
| Hovedfunn                              | Autonomien til barnet og foreldrene kom i konflikt. De hadde både ikke-skade prinsippet og gjør-rett prinsippet. For det å kunne føre til at barnet blir omplassert kan være bra for barnet, men negativt for foreldrene. Ved usikre tegn på omsorgssvikt blir personellet enda mer usikker på om de skal rapportere. Det skaper konflikt i meldeprosessen. Det er vanskelig å fastslå hva som er det beste miljøet for barnet og helsepersonell føler seg usikre på om de kan ta det valget. Deltagerne unngikk også å melde fra fordi de ikke ville skade ryktet til familien, da måtte de ha sterkere bevis. En sa ” I don’t think it is necessary to report the case using the term of child abuse immediately because this burden is too heavy for the family to bear”. Deltagerne rasjonaliserte i mange tilfeller foreldrenes handlinger til tross for uakseptable handlinger. De unngikk å melde fra om handlinger de mente var oppstått uten å mene det eller om de ikke hadde sterke nok bevis fordi de ikke ville skade familien unødvendig. I forbindelse med ulike kulturer følte de at de ikke kunne stikke nesen sin inn i andre sine saker og at de var maktløse og at de var engstelig for å blande seg inn og melde fra. De har respekt for at oppdragelse og straff av barn kan være forskjellig fra deres kulturer og synes det er vanskelig å skille hva som utgjør barnemishandling. De viser til at de gir familien tid, håper de forbedrer seg og følger med. De sier også at de trenger mer tid, de har behov for tid til å observere barnet, undersøke og bestemme seg for å melde fra eller ikke. Helsepersonellet vet ikke hva rapporteringen vil bringe med seg. Hvordan familien vil reagere på det og hva som skjer. De er redd for at det kan føre til større skade for barnet, kanskje også barnets død. De viser til at loven om at de må melde fra og hva de har lov til å si gjør det tryggere og enklere. De bruker også loven selv for å forklare og vise hva som er lov og ikke lov i forbindelse med barn og barneoppdragelse, dette har kunnet endre familiestrukturen til noen. De som tidligere har meldt i fra viser til ansvarsfølelsen, støtte i loven, tid til å tenke og barnas rettigheter. |
| Etisk<br>Vurdering                     | Godkjent av The institutional Review Board. Samtykke var innhentet fra deltagerne av studien.  |
| Vurdering av<br>kvalitet               | Fagfellevurdering: Nivå 1<br>Egen vurdering: Meget god kvalitet 80%  |

## ARTIKKEL NUMMER: 12

|  |  |
|--|--|
| Forfattere<br>År<br>Land<br>Tidsskrift | Armstrong, Kenneth L., Mark Dadds og Alison R. Van Haeringen<br>1998<br>Australia<br>Child Abuse & Neglect   |
| Tittel                                 | ”THE CHILD ABUSE LOTTERY-WILL THE DOCTOR SUSPECT AND REPORT? PHYSICIAN ATTITUDES TOWARDS AND REPORTING OF SUSPECTED CHILD ABUSE AND NEGLECT”   |
| Hensikt                                | Å undersøke legers forhold og ansvar til å melde fra om barnemishandling og om helsepersonellet selv spiller en rolle i det.   |
| Metode/<br>Instrument                  | Kvantitativ. Spørreskjema med caser og svaralternativer. Svarene ble så kjørt gjennom et dataprogram og satt opp i statistikker.   |
| Deltagere/<br>Frafall                  | 224 spørreskjema ble sendt ut til tilfeldige leger valgt ut i fra arbeidsfelt og sted. 120 av disse ble så tatt med i studien. Frafallet var på grunn av manglende svar eller ingen kontakt med barn.  |
| Hovedfunn                              | Barneleger hadde litt større sannsynlighet for å melde fra om mistenkt barnemishandling enn allmennleger. Hele 43% av legene hadde minst en gang tatt et bevist valg på å ikke melde fra ved mistanke om barnemishandling. Artikkelen viser at det ikke utgjør noen rolle hvor man jobber, bor, om man har barn selv, kjønn eller tilgang på barneleger ved arbeidet. Derimot viser det at legene med lenger arbeidserfaring er noe mindre sannsynlige til å melde fra. Det blir rapportert om at de ønsker å behandle saken selv, har problemer med å skille mishandling fra ulykker, definere emosjonell eller psykisk mishandling og forhold til familien som grunner for å ikke melde fra. Det som utgjorde størst forskjell på om det ble meldt fra var forklaringen på skaden, hva skaden var og alderen på ungen. Det som hadde mindre innvirkning var kjønn og forholdet av omsorgspersonen og den emosjonelle tilstanden til barnet. Det blir også påvirket av at det kan være skadelig for melder (tidsmessig og forholdet til familien), de kan gjøre bedre arbeid enn systemet og at det ikke er rapporterbart (mangler bevis, allerede rapportert andre plasser, ikke alvorlig nok). De som tidligere har meldt fra viser til godt samarbeid med barnevernet, trygghet i sin rolle og komfortabelhet i sin jobb. Det var 93% av barnelegene og 72% av legene som tidligere hadde meldt i fra. |
| Etisk<br>Vurdering                     | Deltagerne valgte selv å delta på studien.   |
| Vurdering av<br>kvalitet               | Fagfellevurdering: Nivå 1<br>Egen vurdering: Meget god kvalitet 81,8%  |

## ARTIKKEL NUMMER: 13

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Forfattere               | Chen, Linping, Michael Dunne, Jennifer A. Fraser, Ben Mathews og Kerryann Walsh.  |
| År                       | 2009  |
| Land                     | Australia   |
| Tidsskrift               | International Journal of Nursing Studies  |
| Tittel                   | "Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis"  |
| Hensikt                  | Å undersøke sykepleiers karakter, erfaring, kunnskap om rapportering av mistenkt omsorgssvikt og faktorer som påvirket det.   |
| Metode/<br>Instrument    | Kvantitativ. Spørreskjema med caser og svar som skalaer og alternativer. Svarene ble så behandlet med dataprogram. Åtte Vignetter.  |
| Deltagere/<br>Frafall    | 930 sykepleiere ble med i studien. De ble plukket ut fra hvor de jobbet, men ikke fra alder, kjønn eller arbeidsstilling. Frafall på 42%.   |
| Hovedfunn                | Rundt 42,6% av sykepleierne hadde tidligere rapportert ved mistanke om omsorgssvikt, mens 21,1% hadde ikke rapportert ved mistenkt omsorgssvikt. 26,6% av sykepleierne som tidligere hadde rapportert ved mistenkt omsorgssvikt hadde valgt å ikke rapportere. 31,7% av deltagerne hadde ikke kunnskap om at de ved mistenkt omsorgssvikt kunne i følge loven avvike fra taushetsplikten uten rettslige konsekvenser. Flesteparten av deltagerne så plikten til å melde fra ved fysisk misbruk, seksuelt misbruk og omsorgssvikt, mens bare to tredjedeler så det ved emosjonelt misbruk. Å tidligere ha fått opplæring i rapportering økte sannsynligheten for at de rapporterte. Det var noe større sannsynlighet for å rapportere om en selv hadde foreldrerollen eller bodde i et større samfunn. Om deltageren var eldre ga det større sannsynlighet for å se alvoret i situasjonen. Betingelser som kan føre til å ikke rapportere var blant annet vurdering av kjennetegn, case, egenskaper og holdninger til resultatene ved rapportering. De som tidligere hadde meldt fra viser til kunnskapsnivået sitt, ansvarsfølelsen, det å unngå skade av barnet, undervisning om rutiner og alderen til sykepleieren (erfaring). |
| Etisk<br>Vurdering       | Godkjent av Queensland University of Technology. Forfattere oppgitt at de ikke har noen etiske konflikter. Deltagerne mottok informasjon og valgte selv å delta på studien.   |
| Vurdering av<br>kvalitet | Fagfellevurdering: Nivå 2<br>Egen vurdering: Meget god kvalitet 90,9%   |

## Vedlegg 5

Fargekoder til hjelp ved systematisering av funn fra studiene:

|  |   |                              |
|--|---|------------------------------|
| Behov for støtte fra kollega<br>seltillitt | Støtte fra kollega                              | Helsepersonells              |
| Hjelp til vurdering                        | ---”----  |                              |
| Samarbeid med andre instanser              | Støtte fra ledelse                              | ----”----                    |
| Behov for støtte fra ledelse               | ---”---   |                              |
| Forhold ved arbeidsplassen                 | ---”----  |                              |
| Ressurser tilgjengelig                     | ---”----  |                              |
| Redsel for ukvalifisert mistanke           | Tiltro til egen mistanke                        | ---”---                      |
| Manglende tillitt til egen vurdering       | ---”---   |                              |
| Behov for mer tid                          | ---”---   |                              |
| Bevismengder                               | ---”---   |                              |
| Magefølelse                                | ---”----  |                              |
| Intuisjon                                  | ---”----  |                              |
| Egen vurdering                             | ---”---   |                              |
| <b>Kulturelle dilemma</b>                  | <b>Kulturelle dilemma</b>                       | <b>Kulturelle og</b>         |
| <b>geografiske</b>                         |   | <b>dilemma</b>               |
| Sosiale klasser                            | ---”---   |                              |
| Normalen i barneoppdragelse/omsorg         | ---”---   |                              |
| Geografiske dilemma                        | Geografiske dilemma                             | ---”---                      |
| Lite miljø                                 | ---”---   |                              |
| Korte avstander                            | ---”---   |                              |
| Kjennskap til familien                     | ---”---   |                              |
| <b>Kunnskap</b>                            | <b>Kunnskapsnivå</b>                            | <b>Kunnskap og tidligere</b> |
|  |   | <b>erfaringer</b>            |
| Erfaringer                                 | Tidligere erfaringer                            | ---”---                      |
| Lovverk                                    | Retningslinjer og lovverket                     | ---”---                      |
| Retningslinjer                             | ---”---   |                              |
| Allerede meldt fra                         | Er allerede meldt inn/<br>meldt fra til kollega | ---”---                      |
|  |   | <b>Etiske dilemma</b>        |
| Ansvarsforsyving                           | Best for helsepersonell<br>eller barnet         | ---”---                      |
| Etiske prinsipp                            | ---”---   |                              |
| Redsel for seg selv/familie                | ---”---   |                              |
| Redsel for barnet                          | ---”---   |                              |
| Redsel for å skade barnets familie         | ---”---   |                              |
| Å hjelpe selv                              | Ønske om å hjelpe selv                          | ---”---                      |

## Vedlegg 6

Oversikt over resultat gjennom tema og subtema

