



FORSIDEARK

Til bruk ved avsluttende eksamen i sykepleie ved høyskolen Diakonova

Tittel:

"Hvordan kan sykepleier oppdage og ivareta barn ved mistanke om omsorgssvikt?"

Dato for innlevering:	03.10.2014
Kandidat nr:	113
Kull:	182
Antall ord:	10 448
Veileder:	Trine Klette

HJERTETRU

*SØSTER, DU VA MED
DU HOLDT MÆ LEVENDE
DU – SOM MED VILJEBLIKK
ALDRI SLAPP DET ANSVARET DU FIKK
DU HAR VÆRT MED Å SÅ
SUNNHETSFRØ OG HJERTEHÅP
NÆRE SPIRA, GJØR DEN STOR
TRYGGE HENDER, TRYGGE ORD*

*DU SÅ, DU VISST AT Æ TRENGT Å FORSTÅ
EN SOM VA DER OG TOK VARE PÅ
MÆ, SOM VIRKELIG SÅ MÆ
DU, INGEN Å INGEN MEN DU
GJENNOM SKYA OG HIMMEL OG SOLA SOM SNUR
VA DU DEN SOM GA HJERTET TRU*

*BROR, HAR DU SJETT DEM STÅ
I HELE HUNDRE ÅR
TIDA LEVNE INGEN TVIL
ET LØFT EN VARME ET SMIL
VA DET SOM GA MÆ MOT
MURA GRUNN FOR SLITEN FOT
STØTTA STØDIG TE Æ STO
TE Æ BEGYNT Å GRO*

*VEIEN HAR KREVD
DÅKKER GA, DÅKKER STREVD
NO KAN INGEN GLEM
DEN HVITE DRAKTA GLØDE
KÆM GA EN GAVE
DU KJENNE SVARET
KÆM HAR NO LOSA MÆ GJENNOM Å LEV ELLER DØ?*

*DU, DU SÅ AT Æ TRENGT Å FORSTÅ
EN SOM VA DER OG TOK VARE PÅ
MÆ, SOM VIRKELIG SÅ MÆ
DU, INGEN Å INGEN MEN DU
GJENNOM SKYA OG HIMMEL OG SOLA SOM SNUR
VA DU DEN SOM GA HJERTET TRU
(Norsk sykepleierforbund, 2012)*

Innhold

1. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	2
1.4 Avgrensninger	2
1.5 Begrepsavklaring	3
1.6 Oppgavens innhold	4
2. Metode.....	5
2.1 Metodebeskrivelse	5
2.2 Kildekritikk.....	7
3. Teori	9
3.1 Sykepleieteori	9
3.1.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	9
3.1.2 Virginia Hendersons teori om grunnleggende behov	11
3.2 Tilknytningsteori	12
3.3 Barnets omsorgsperson.....	14
3.4 Lovverk.....	15
3.5 Etikk.....	16
3.6 Omsorgssvikt	16
3.6.1 Vanskjøtsel	17
3.6.2 Psykiske overgrep.....	17
3.6.3 Fysiske overgrep	17
3.6.4 Seksuelle overgrep.....	18
3.6.5 Sykepleie ved mistanke om omsorgssvikt	18
4. Drøfting	20
4.1 Fra magefølelse til handling	20
4.2 Hvordan identifisere omsorgssvikt?	22

4.2 Sykepleiers ansvar for ivaretagelse	26
4.3 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid	28
5. Konklusjon og avslutning.....	31
Litteraturliste	32

1. Innledning

I dette kapittelet vil bakgrunnen for mitt valg av tema og problemstilling presenteres. Jeg vil videre presentere problemstillingen og si noe om oppgavens hensikt, samt hvorfor dette er relevant i et sykepleiefaglig perspektiv. For å gi leseren et inntrykk av hva oppgaven ytterligere handler om, vil avgrensninger i forhold til tema, og begrepsforklaringer også legges fram i innledningen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Å kjære pappa, ikke slipp ut Sinna Mann. Ikke la Sinna Mann komme. Jeg skal bli så snill. Skal ikke si et ord. Skal ikke puste. Men Boj hører at Sinna Mann kommer. Alle hører at Sinna Mann kommer. Sinna Mann er i pusten til Pappa, i ansiktet til Pappa. I halsen. I nakken. I hendene og beina. Sinna Mann er overalt på Pappa. Alle ser det. Alle merker det. Alle. Utenom Pappa (Dahle og Nyhus, 2003, s. 7).

Jeg ønsker å skrive om hvordan man som sykepleier kan oppdage omsorgssvikt og hva man kan og skal gjøre dersom man oppdager omsorgssvikt. I dagens samfunn er det mange barn som kan relatere egen situasjon og redsel til utdraget fra Dahle og Nyhus (2003). Det finnes ikke tall på omfanget blant befolkningen generelt, men tall fra SSB i 2012 viser at antall barn under barneverntiltak dette året var 53 198, noe som er en svak vekst fra tidligere år. Av 14 708 bekymringsmeldinger som omhandlet omsorgssvikt i 2012, meldte sykehusansatte kun ifra om 795 tilfeller hvor de mistenkte omsorgssvikt. Av alle saker som har blitt meldt til barnevernet, tilsvarer antallet meldinger fra sykehusansatte bare 5,4 % (SSB, 2012)! Tallene tyder på at det enten må være mangelfull rapportering eller manglende kunnskap blant helsepersonell.

Personlig har jeg et brennende engasjement for de minste i samfunnet vårt, spesielt for de som lever et liv preget av omsorgssvikt. Er det nok kunnskap om omsorgssvikt blant sykepleiere som gjør at de kan oppdage og gjøre noe for barn som er utsatt for dette? Vi har hatt noe undervisning om omsorgssvikt på skolen, men jeg ønsker med denne oppgaven å tilegne meg mer kunnskap om temaet.

1.2 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleier oppdage og ivareta barn ved mistanke om omsorgssvikt?”

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

De fleste har hørt om Christoffer- og Alvdal-saken, og mange tror at dette er ekstremtilfeller. Dette er sannsynligvis bare toppen av isberget (NOU 2000:12, 2000). Omsorgssvikt er en problemstilling som mange fortsatt ser på som tabu, spesielt innen helsevesenet. Mange er redd for konsekvenser og for å blande seg i andre menneskers privatliv. Sykepleierens grunnlag bygger på å hjelpe de som selv ikke klarer å dekke sine grunnleggende behov (Norsk sykepleierforbund, 2011). Jeg ønsker at denne oppgaven kan være med å bidra til at sykepleiere åpner øynene, forstår, tar vare på og gir hjertetro til barn som lever under omsorgssvikt (Norsk sykepleierforbund, 2012). For at sykepleiere skal kunne utøve sykepleie etter de yrkesetiske retningslinjene, mener jeg det er viktig å øke kunnskapen i helsevesenet om hva omsorgssvikt er. Videre ønsker jeg å bidra til å heve kunnskapen rundt hvilket ansvar man som sykepleier har dersom man mistenker at et barn er utsatt for dette, samt gjøre det mer akseptabelt å snakke om. Jeg mener at flere vil kunne gjøre en forskjell dersom de har grunnleggende kunnskap om hva som kan være avgjørende og bidra til å skape mer personlig trygghet i situasjoner der det er mistanke om omsorgssvikt.

..Et blått øye med hevelser nedover venstre kinn, blodrødt øyeeple, en kul midt i pannen der huden delvis er avskrapet, sår på ryggen, blåmerker... Hva er det som gjør at ingen i det medisinske apparatet omkring Christoffer fanger opp annet enn mulige medikamentelle problemstillinger? (Gangdal 2010, s. 103-107).

Kunnskap om rutiner som er lovpålagt, spesielt i forhold til meldeplikt og unntak fra taushetsplikten, bør også bli mer tilgjengelig. Dette kommer jeg tilbake til i drøftingen.

1.4 Avgrensninger

Jeg velger å avgrense problemstillingen til sykepleiere som arbeider på sykehus generelt og til barn som legges inn på sykehus. Dette fordi sykepleiere som arbeider på sykehus har en unik mulighet til å observere både barnet og omsorgspersonene i samspill og hver for seg.

På grunn av oppgavens omfang, har jeg tatt for meg barn i aldersgruppen 0-5 år fordi dette inkluderer både barn som ikke kan uttrykke seg verbalt og de som kan det. Etter mitt synspunkt er sykepleieres kunnskap om denne aldersgruppen viktig for å klare å ivareta de barna som selv ikke klarer å si ifra. I oppgaven bruker jeg sitater fra boken om Christoffer, skrevet av Gangdal (2010). Jeg er klar over at Christoffer var eldre enn 5 år da han døde. Jeg ønsker likevel å bruke sitatene fra historien hans ettersom tegnene på omsorgssvikt er så tydelig.

Hvilken avdeling sykepleier jobber i, avgjør hvor lang tid han/hun har sammen med barnet og omsorgspersonen. Tiden er avgjørende for hvor lang tid man har på å observere samspillet mellom barn og omsorgsperson. Tiden kan variere fra ca. en halv time til flere dager. På bakgrunn av dette, ønsker jeg å ta utgangspunkt i at sykepleier kun er sammen med barnet og omsorgspersonen i noen timer. Dette for å understreke viktigheten av å observere mest mulig på kortest mulig tid.

Pårørende til små barn må sykepleier alltid forholde seg til i arbeid med denne pasientgruppen. I oppgaven kommer jeg til å benytte begrepet omsorgspersoner ettersom mange barn i dag er under omsorg av andre enn sine biologiske foreldre. Jeg kommer til å skrive noe om omsorgspersonens rolle, men vil ikke legge hovedvekten her. Jeg avgrenser til å skrive om at omsorgssvikten/overgrepene mot barna skjer i barnets hjemmemiljø. Resiliens er en termologi som brukes om barn som klarer seg og lykkes i livet til tross for at de blir utsatt for omsorgssvikt. På grunn av oppgavens omfang, vil dette ikke nevnes.

Sykepleiere med en flerkulturell tilnærming og kunnskap blir mer relevant og etterspurt. Det er et stort tema med dilemmaer knyttet til møte med helsevesenet, spesielt med tanke på kulturforskjeller og barneoppdragelse. På grunn av oppgavens omfang og temaets kompleksitet, vil sykepleie med et flerkulturelt perspektiv kun nevnes der det er naturlig. Mange barn som utsettes for omsorgssvikt, blir ofte behandlet for ADHD og får medikamentell behandling i form av Ritalin eller tilsvarende (Fhi, 2013). Dette vil jeg ikke skrive noe om i denne oppgaven.

1.5 Begrepsavklaring

Omsorgssvikt- Foreldre eller de som har omsorgen for barnet, utsetter det for fysiske og/eller psykiske overgrep eller forsømmer det så alvorlig at barnets psykiske/fysiske helse og utvikling er i fare (Killén, 2007).

1.6 Oppgavens innhold

I kapittel 2 vil jeg beskrive den anvendte metoden i innhenting av litteratur som blir presentert i drøftningsdelen. En kort presentasjon av forskningen som anvendes i oppgaven vil bli tatt for seg her. Kritikk i forhold til kildebruk vil også presenteres i dette kapitlet. Kapittel 3 tar for seg den teorien som danner grunnlaget for drøftningsdelen, samt en innføring i den relevante litteraturen. Til slutt i dette kapitlet vil jeg presentere relevant lovverk og etikk knyttet til problemstillingen. I oppgavens fjerde kapittel drøftes problemstillingen med de overnevnte temaene mot hverandre, mens jeg i det siste kapitlet forsøker å komme frem til en konklusjon og avslutning.

2. Metode

I dette kapittelet vil den anvendte metoden i oppgaven beskrives. Jeg vil skrive noe om kvalitativ tilnærming, før jeg videre beskriver fremgangsmåten jeg har benyttet for å finne fag- og forskningsartikler. Litteraturen jeg har funnet vil bli beskrevet før dette kapittelet avsluttes med kildekritikk, et avsnitt hvor det reflekteres over litteraturens faglige relevans og validitet.

2.1 Metodebeskrivelse

I følge Dalland (2007) forteller en metode noe om hvordan man bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap som gyldig, sann og holdbar. Den hjelper oss å samle inn de dataene som trengs for å besvare problemstillingen, altså det vi ønsker å undersøke (Dalland, 2007).

Som metode i denne oppgaven har jeg anvendt litteraturstudie. Dette er, som Dalland (2007) beskriver, en systematisk innsamling, gjennomgang og fremstilling av tidligere nedskrevet litteratur rundt et valgt tema. Den kvalitative tilnærmingen benyttes når man ønsker å få fram meninger og opplevelser som ikke kan måles i tall. I denne tilnærmingen er det ønskelig å få fram følsomheten rundt det man ønsker å undersøke, man går i dybden og får mange opplysninger av få informanter. Undersøkeren deltar i feltet der han/hun foretar undersøkelsen og hensikten er å få fram en sammenheng og helhet. Formålet med kvalitativ og kvantitativ tilnærming, er å skape en større og bedre forståelse av samfunnet vi lever i og hvordan ulike mennesker, institusjoner og grupper samarbeider og handler (Dalland, 2007).

Jeg begynte mitt søk etter relevante artikler i databasen SweMed+ med de norske søkeordene; barn, omsorgssvikt, sykepleie. Dette ga ingen treff, men ved å endre søkeordene til mishandling, barn, barnemishandling fikk jeg 100 treff. Blant artiklene var de fleste fagartikler, men jeg fant likevel en kvalitativ intervjustudie som belyser temaet i denne oppgaven på en god måte. Artikkelen er skrevet av en svensk forfatter, Emma van Hove (2012) og formidler viktigheten av å kunne lære seg og tørre å se tidlige tegn på at et barn blir mishandlet. Hun har intervjuet sykepleiere som arbeider på barneavdeling om deres erfaringer i situasjoner hvor det mistenkes omsorgssvikt. Hove (2012) mistenker at lite kunnskap er grunnen til at få melder inn tilfeller hvor det mistenkes omsorgssvikt.

Blant funnene i SweMed+ fant jeg en kvantitativ forskningsartikkel skrevet av Sten-Erik Clausen og Kirsti Valset (2012) om hvor mange småbarn, under seks år, som har mottatt tiltak fra barnevernet pga mishandling, omsorgssvikt eller overgrep. Forfatterne har undersøkt økningen av barneverntiltak fra 1990-2008, noe som omfatter ca 147 000 personer. Dataene anvendt i denne analysen er koblet til enkeltindividet slik at det er mulig å følge personens forhold til barnevernet gjennom voksenlivet. Hovedhypotesen om grunnen til hvorfor de yngste barna kommer under offentlig tilsyn, mener Clausen og Valset (2012) er at omfanget av omsorgssvikt i barnevernsstatistikken er stort og økende. Videre mener de at flertallet av barna som utsettes for dette, blir barnevernklinter i mange år.

For å hente inn relevante artikler, har jeg søkt i Ovid Nursing, PubMed, Cochrane, denne gangen på engelsk med søkeordene nurse, nursing, child abuse, neglect, family relation, responsibility, etichs, immigration, cultural characteristics. Disse ble søkt i kombinasjon og hver for seg. Ved å lese artikler om dette temaet, fant jeg nettsiden plosmedicine.org hvor jeg søkte på child abuse og fant en engelsk meta-analyse som omhandler langtidskonsekvenser av barnemishandling (Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott & Vos, 2012).

Jeg har lest og anvendt litteraturlister i allerede eksisterende fag- og forskningsartikler. Ved hjelp av litteraturlistene har jeg funnet flere relevante artikler til temaet om omsorgssvikt. I litteraturlisten til Hove (2012) fant jeg en kvantitativ artikkel av Lazenbatt og Freeman (2006) fra Storbritannia. De har sendt ut et spørreskjema til 979 sykepleiere, leger og tannleger for å undersøke personenes egen bedømmelse av å gjenkjenne fysisk barnemishandling. Hensikten deres var å finne ut om helsepersonell innehar den kunnskapen de skal ha i forhold til problemstillingen om barnemishandling. Hovedfunnet deres tilsier at kunnskapen ikke er komplett, men av de tre yrkesgruppene som deltok i undersøkelsen, var sykepleiere den gruppen som gjenkjente og rapporterte mest.

Trine Klettes (2007) doktorgradsavhandling - "tid for trøst", har jeg også valgt å benytte i denne oppgaven. Hun har gjennomført en kvalitativ undersøkelse der hun har intervjuet 17 mødre med barn om deres forhold til trøst. I dette ligger hvordan mødrene har opplevd å få trøst som barn og hvordan de gir trøst til sine egne barn. Barnets tilknytningsstil har også en viktig rolle i forhold til hvordan trøst blir ivaretatt hos barnet. Antakelsene bygger på at de mødrene som selv har fått trøst som barn, vil gi dette videre til sine egne barn. Funnene styrker grunnen til å tro at trøst har stor betydning for utviklingen av barns tilknytningsstil og

er en viktig omsorgsfunksjon. I forhold til fysiske overgrep som omsorgssvikt, har jeg søkt etter artikler om Münchausen syndrom by Proxy og funnet en artikkel i Norsk Psykologforening av Torgalsbøen (2008) som gir et godt bilde av hva Münchausen syndrom by Proxy er og hvordan det kan oppdages (se side 17).

Videre har jeg søkt på statistisk sentralbyrå for å lete etter kvantitative data som kan være med å belyse hvor mange barn som lever under tiltak fra barnevernet. Dette for å poengtere viktigheten av økt kunnskap blant sykepleiere om barn utsatt for omsorgssvikt. Fra barnevernfeltet har jeg også anvendt relevant litteratur i forhold til tilknytning og hva som kjennetegner omsorgssvikt. Det blir anvendt mye lovverk ettersom ivaretagelse av barnets rettigheter står i fokus. Både barnekonvensjonen, helsepersonelloven og barnevernloven vil bli presentert i teorikapittelet.

2.2 Kildekritikk

Hensikten med dette kapittelet er å dele de refleksjoner jeg har gjort meg om litteraturens relevans og gyldighet opp mot problemstillingen "Hvordan kan sykepleier oppdage og ivareta barn utsatt for omsorgssvikt?" (Dalland, 2007).

Det har vært vanskelig å finne sykepleieforskning knyttet til problemstillingen om hvordan sykepleier kan oppdage og ivareta barn utsatt for omsorgssvikt. Dette har medført at jeg har måttet benytte forskning fra andre fagfelt, bl.a. fra norsk psykologforening og innen helsesøsterfeltet. Hovedvekten av forskningen jeg har funnet er på engelsk og baseres på undersøkelser utført i andre land. Artikkelen til Lazenbatt og Freeman (2006) er fra Storbritannia. Jeg har valgt å tolke det slik at Storbritannia og Norge kan sammenlignes til en viss grad innen ivaretagelse av barn utsatt for omsorgssvikt. Jeg anser overførbarheten til undersøkelsen som realistisk og anvendbar i norsk sammenheng. Ettersom Storbritannia er et land som kan sammenlignes med Norge etter helsestandard, velger jeg å benytte denne artikkelen. Jeg tolker de manglende funnene på norsk sykepleierforskning som at det er gjort lite forskning på temaet, hvilket gjør problemstillingen enda mer relevant og viktig. Boken til Trine Klette "Hvem ser barnet?" er fra 1998, den er dermed noe gammel. Jeg har likevel ikke funnet noe litteratur som tilsvarer kunnskapsnivået i denne boken og har valgt å benytte meg av denne da jeg mener innholdet i boken er høyaktuelt selv i dag.

Før jeg begynte å arbeide med denne oppgaven, hadde jeg en forforståelse av at helsepersonell, og sykepleiere, mangler kunnskap om hva som skal gjøres dersom de mistenker omsorgssvikt. På arbeidsplassen min har vi hatt mange samtaler og diskusjoner rundt dilemmaer som oppstår i forbindelse med å sende bekymringsmeldinger knyttet til omsorgssvikt. Holdningen de ansatte har til å sende bekymringsmeldinger, gjør at jeg tror redsel for hvilke konsekvenser som kan oppstå i forbindelse med melding er en viktig faktor for hvorfor mange ikke melder. Underveis i arbeidet med å finne fag og forskning som støtter min forforståelse, fant jeg en NOVA-rapport fra 2013 som sier at helsepersonell har god kunnskap om hvilke lover og retningslinjer som gjelder ved mistanke om omsorgssvikt. Dette motbeviser noe av den antakelsen jeg hadde før jeg begynte å skrive denne oppgaven. I følge NOVA-rapporten mangler ikke helsepersonell kunnskap om hvordan de skal gå frem dersom de mistenker omsorgssvikt. Jeg har ikke funnet mer forskning som støtter funnet i NOVA-rapporten og oppgaven vil derfor bære preg av at jeg har anvendt forskning som forsterker min forforståelse.

I drøftingen vil jeg benytte opplysninger jeg har innhentet fra telefonsamtale med sykepleier på sykehuset i Tønsberg, Vestfold i drøftingen (Sykepleier, personlig kommunikasjon, 21. august, 2014). Jeg har i stor grad forsøkt å benytte primærlitteratur fra fag- og forskningsartikler, samt pensumlitteratur. I litteraturen som omhandler sykepleieteoretikere, har jeg lett etter primærlitteratur. Mye av primærlitteraturen til sykepleieteoretikerne var utlånt og vanskelig å finne, så beskrivelsen av Virginia Hendersons teori er hentet fra tolkningen til Marit Kirkevold (2008) og Nina Kristoffersen (2011). Jeg ønsker å understreke at mitt valg av litteratur vil kunne ha påvirkning for hvordan oppgaven er bygget opp.

3. Teori

I dette kapittelet vil den valgte teorien og litteraturen presenteres. Først vil jeg ta for meg sykepleieteori, for deretter å beskrive teori funnet i forskning, faglitteratur og pensum. Relevant lovverk og etikk vil bli presentert, før kapittelet avsluttes med et avsnitt om kulturell sykepleie.

3.1 Sykepleieteori

Sykepleieteoriene jeg har valgt til å belyse temaet i denne oppgaven er Kari Martinsens omsorgsteori og Virginia Hendersons teori om grunnleggende behov. Omsorg er et gjennomgående tema i oppgaven. Dersom sykepleiere skal kunne oppdage svikt i omsorgen, er det viktig å vite hva omsorg er. Kari Martinsen har utarbeidet en egen filosofi rundt begrepet omsorg, noe som vil være med å underbygge den store muligheten sykepleiere har til å oppdage omsorgssvikt tidlig. Barn som blir utsatt for omsorgssvikt er barn som ikke får tilfredsstilt sine grunnleggende behov. Virginia Hendersons teori omhandler sykepleiers ansvar for å ivareta grunnleggende behov. Dersom man som sykepleier mistenker omsorgssvikt, vil Hendersons definisjon underbygge viktigheten og ansvaret med å handle i pasientens beste og ivareta de grunnleggende behovene.

3.1.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen bygger sin beskrivelse av sykepleie på begrepet omsorg, som hun mener er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv (2003). I dette legger hun at mennesker ikke kan leve isolert fra andre, men er avhengig av andre mennesker. Dette vises spesielt i sårbare situasjoner, ofte knyttet til sykdom, lidelse og funksjonshemming.

For at mennesket skal kunne forstå og hjelpe hverandre, må normer og regler være til stede i et felleskap i følge Martinsen (2003). En daglig verden hvor mennesket har noen til felles, er grunnlaget for forståelsen og omsorgen mennesker har til hverandre. Martinsen (2003) mener omsorg er grunnleggende og naturlig i menneskets eksistens. Omsorg handler om hvordan mennesker omgås og oppfører seg overfor hverandre i det daglige livet. Med andre ord, er omsorg en sosial relasjon som omhandler fellesskap og solidaritet med andre. For at omsorgen skal være ekte, må mennesker ha en holdning som anerkjenner den andre fra hans/hennes situasjon. Martinsen (2003) skiller mellom balansert gjensidig omsorgsrelasjon og uegennyttig gjensidig omsorgsrelasjon. Uegennyttig gjensidighet handler om at den ene parten gir omsorg og sørger for den andre uten forventninger om noe tilbake. Balansert

gjensidighet handler om at begge parter gir og mottar omsorg. Innen sykepleie kjennetegnes omsorg best ved engasjementet, innlevelse, moralsk og faglig vurderinger man viser. Videre skal handlingene sykepleiere utfører være til det beste for den andre (Martinsen, 2003). Målet med omsorg er å forsøke å gjøre situasjon så god som mulig for pasienten i hans/hennes situasjon. Dersom sykepleieren har utført omsorg slik Martinsen (2003) ønsker, skal dette kjennetegnes ved at pasienten opplever velvære.

Martinsen (2003) knytter omsorg opp mot begrepet kjærlighet, samt det å ville handle for den andres beste. I følge Martinsen (2003) er livsytringer:

- *Spontane*: sykepleieren blir grepet av pasientens appell om å bli tatt vare på.
- *Formet*: de formes etter hvilken situasjon pasienten befinner seg i.
- *Universelle*: de hører til karakteristiske trekk i den menneskelige livsmulighet.
- *Suverene*: de endrer situasjonen ved inngripen.
- *Tause, uttalte, skjulte*: det er handlingene, ikke livsytringene som er synlige.
- *Radikale*: de kan ikke realiseres gjennom reservasjon eller trang, men er betingelsesløse.
- *Ensidige*: de retter seg mot pasientens appell, sykepleier, eller den som oppfatter appellen, kan ikke stille motkrav.
- *Uoppfyllelige*: det kan være vanskelig å gi livsytringene spillerom pga egeninteresse, sosiale normer og regler og pga situasjonens kompleksitet. Dersom "kravene" til livsytringene ikke oppfylles, åpnes det for mistillit, løgn, håpløshet og ubarmhjertelighet mellom mennesker (Martinsen, 2003).

Sansing er grunnleggende og innebærer forståelse av en annen karakter enn den begrepsmessige. Sansing for sykepleie er å forstå gjennom praktiske ferdigheter og nærværet av sansene (Martinsen, 2003). Pasienten kan bli desperat for at han/hun ikke får uttrykt seg, noe som fra et barns perspektiv kan oppleves som et nytt svik (Martinsen, 2010).

Bruk av skjønn i sykepleien er en prøvelse på å kunne bruke seg selv terapeutisk ved å stille seg åpne til de sanselige inntrykkene. Man skal ikke bare lytte, se og berøre klinisk, men man skal gjøre dette på en god måte i følge Martinsen (2003).

3.1.2 Virginia Hendersons teori om grunnleggende behov

Virginia Hendersons sykepleieteori omhandler grunnleggende behov (Kirkevold, 2008). Hun definerer sykepleierens funksjon som å hjelpe individet, sykt eller friskt, i gjøremål som bidrar til helbredelse, god helse eller en fredfull død. Dette er gjøremål individet selv ville gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelig med krefter, kunnskap og vilje. Gjennomførelsen skal skje på en måte som gir individet en gjenvunnet uavhengighet så fort som mulig (Kirkevold, 2008). Henderson slår fast at mennesker ofte dekker sine grunnleggende behov gjennom å handle aktivt og selvstendig. Dette gjøres på en individuell og personlig måte ut fra hvilke ressurser og kulturelle sammenhenger man har. Alle utvikler sitt eget livsmønster som kjennetegnes på den måten personen ivaretar sine grunnleggende behov (Kristoffersen, 2011). Henderson mener at sykepleie primært er en tjeneste hvor sykepleieren hjelper den enkelte personen med utførelsen av betydelige gjøremål som er avgjørende for en god helse (Kirkevold, 2008). Hovedmålet med sykepleie er i følge Henderson å hjelpe enkeltmennesket å gjenvinne selvstendighet til selv å kunne dekke sine grunnleggende behov (Kristoffersen, 2011). Dersom selvstendighet ikke er realistisk eller oppnåelig, skal sykepleieren hjelpe pasienten å få dekket de grunnleggende behovene slik at pasienten opplever optimal helse. Sykepleiere skal hjelpe pasienten med å dekke sine grunnleggende behov når pasienten mangler ressurser til å selv kunne utføre daglige gjøremål. Mangel på ressurser kan skyldes mangel på krefter, kunnskap og/eller vilje. Det er viktig å understreke at dette ikke bare oppstår på grunn av sykdom (Kristoffersen, 2011).

Henderson har 14 punkter som oppsummerer sykepleiehandlingene som kan sikre god helse, helbredelse eller en fredfull død. Punktene utgjør sykepleierens mest sentrale gjøremål. Av disse vil jeg særlig legge vekt på:

2. Hjelp til å spise og drikke
5. Hjelp til hvile og søvn
6. Hjelp til valg av klær og av- og påkledning
8. Hjelp til å holde kroppen ren og velstelt og å beskytte huden
9. Hjelp til å unngå farer fra omgivelsene og å unngå å skade andre
10. Hjelp til å få kontakt med andre og til å gi uttrykk for sin behov og følelser
14. Hjelp til å lære (Kirkevold, 2008).

Punkt 9 er spesielt relevant i forhold til sykepleiers ansvar ved mistanke om omsorgssvikt. Hendersons mål med denne teorien er at sykepleie handler om å sikre sunnhet hos pasienten og se individets behov, altså er sykepleier pliktet å handle dersom man mistenker at et barn er

utsatt for omsorgssvikt (Kirkevold, 2008).

3.2 Tilknytningsteori

Det er viktig å kjenne til hvilke utviklingstrinn som er vanlig for barn innlagt i sykehus (Grønseth og Markestad, 2011). I en stresset situasjon ved å være på sykehus, er det viktig for sykepleier å vite at barnet kan regredere og fungere på et lavere utviklingstrinn enn alderen tilsier. Barn i alderen 0-5 år har flere utviklingsmessige særtrekk. Fra 0-1 års alder utvikles separasjonsangst og fremmedfrykt. Barnet blir mer bevisst egen frykt, for innskrenket fysisk aktivitet, høye lyder og smerter (Grønseth og Markestad, 2011). Fra 1-3 år er de fleste barn skeptisk til fremmede. De er egosentriske, noe som vil si at de tolker situasjoner ut ifra seg selv. Barnet utvikler gradvis en konkret tankegang, de blir selvstendige, er nysgjerrige og har en stor aktivitetstrang, noe som gjør at barnet trenger tydelige grenser. Fra 1-3 år er barnet i stand til å koble årsak og handlinger opp mot hverandre. Når barnet har blitt 3-5 år, har de fleste barn en konkret tankegang. Barnet har også en magisk tankegang og kan ha vanskeligheter med å skille mellom virkelighet og fantasi. Selv om barnet kan virke modent språklig sett, vil f. eks. prosedyrer og sykdom ofte bli sett på som straff. Et barn i alderen 3-5 år har mange redsler, blant annet for det som er ukjent, smerter og symptomer (Grønseth og Markestad, 2011).

Fra fødselen av, søker barn etter kontakt med mennesker og de knytter seg best og raskest til sine omsorgspersoner (Kvello, 2007). Tilknytning innebærer både hvordan barnet opplever andre mennesker og hva man gjør for å søke trygghet. Det finnes fire ulike tilknytningsstiler; trygg, unnvikende, ambivalent og desorganisert (Kvello, 2007). Trygg tilknytningsstil kjennetegnes ved at barnet har vokst opp med trygge, forutsigbare voksne. De opplever sine omsorgspersoner som snille, omtenkssomme og til å stole på. Trygg tilknytningen deles videre opp i a) meget trygg, b) trygg og c) noe mindre trygg, der barnet trenger mer bekreftelse (Killèn, 2004). Dersom foreldrene er mottakelige og forstår barnets signaler og reagerer med omsorg og kjærlighet, vil en trygg tilknytning fremmes (Klette, 1998). Barna får utvikle en god og trygg relasjonskompetanse og vil kunne balansere godt mellom nærhet og avstand og det å tilhøre et sosialt felleskap og å skulle være selvstendig. Disse barna er som regel åpne, positive og godt likt blant jevnaldrende (Kvello, 2007). I Bowlbys beskrivelse av trygg tilknytning, tydeliggjøres det at barn med en slik tilknytningsstil vil være i stand til å bruke denne i sin oppdagelse av verden (Klette, 1998).

Unnvikende tilknytningsstil kjennetegnes ved at barnet er vant til å klare seg selv. De verken forventer eller søker etter omsorg (Kvello, 2007). Dette fordi omsorgspersonene har vært lite responderende og omsorgsfulle. Tilknytningsatferden er ofte utydelig, vanskelig å oppdage og barnet kan virke å overse omsorgspersonen når han/hun går og kommer tilbake (Killèn, 2004). Barnet kan være a) meget unnvikende eller b) moderat unnvikende. Barn med unnvikende tilknytningsstil vil ofte trekke seg unna og skjule sine følelser. (Klette, 2007). Grunnen til barnets atferd er at omsorgspersonen ikke har bekreftet barnets følelsesmessige behov i samspillet. Bowlby mener at barn med unnvikende tilknytningsstil ikke har tro på at det vil bli møtt med hjelp og støtte når det trenger dette. Disse barna forventer å bli avvist (Klette, 1998).

Ambivalent tilknytningsstil ses hos barn som har opplevd respons og omsorg fra sine foreldre i varierende grad (Kvello, 2007). Foreldrene kan veksle mellom å være tilgjengelige og oppmerksomme på barnets behov, for så å avvise. Siden omsorgen er ustabil og uforutsigbar lærer barnet å forsterke sine signaler for å påkalle oppmerksomhet hos voksne. Skuffelsen over stadig å bli oversett og ignorert, kombinert med erfaringen de tillegger seg ved å presse fram omsorg, vil gjøre at mange oppfatter dem som tydelig krevende og utfordrende i sin væremåte. De er både svært pågående og klengete samtidig som de kan være svært avvisende og aggressive (Kvello, 2007). Barn med en ambivalent tilknytningsstil fremstår med en demonstrativ og konfliktfylt atferd (Klette, 2007). Barna veksler mellom en sterk kontaktsøking kombinert med motstand. For å holde på omsorgspersonens oppmerksomhet, vil barnet veksle mellom påfallende sinne og påfallende hjelpsløshet (Klette, 2007). Her kjennetegnes en forelder ved å vise tilgjengelighet og kjærlighet enkelte ganger, for så å bli utilgjengelig og avvisende i det neste. Ofte fremkommer trusler om å forlate barnet som et kontrollerende middel (Klette, 1998). Barnets atferd kan deles i to undergrupper, a) åpenlyst sinne og b) barnet er overopptatt av omsorgspersonen og meget passive (Killèn, 2004).

Desorganisert tilknytningsstil ses ved at barna er preget av frykt og en sterk trang til å beskytte seg selv (Kvello, 2007). Et annet begrep som brukes om desorganisert tilknytningsstil er frykt uten løsning (T. Klette, personlig kommunikasjon 11.september, 2014). Denne stilen omfatter ofte en blanding av unnvikende og ambivalente strategier (Klette, 2007). Barn med desorganisert tilknytningsstil kjennetegnes ofte med underlige kroppsbevegelser som hoderisting og rugging. Forskning på de stereotypiske kroppsbevegelsene, tyder på at barnet er fanget i en umulig situasjon med søking etter nærhet

på den ene siden og kamp og flukt på den andre siden. De opplever sine foreldre som skremmende, uforutsigbare og får ikke sine behov ivaretatt (Klette, 2007). Dette er barn som lever med svært omfattende omsorgsvikt som seksuelle overgrep, vanskjøtsel samt fysisk og psykisk mishandling. De har ikke mulighet til å utvikle en konkret selvbeskyttelsesstrategi, de viser lite følelser og styres av sin frykt for nye overgrep. De søker ikke trøst hvis de skader seg og virker redde for å utløse sinne hos de voksne (Kvello, 2007).

3.3 Barnets omsorgsperson

Sykepleiere som arbeider med barn, må forholde seg til både barnet og barnets omsorgspersoner. Kvello (2007) skriver om foreldre og families rolle og påvirkningskraft i forhold til barnets utvikling. En god omsorgsperson skal kunne gi varme, stimulering, grensesetting, tilsyn og beskyttelse til barnet. Hvordan skal sykepleier forholde seg til omsorgspersonen når det er omsorgspersonen som er utsetter barnet for omsorgssvikt? Hvordan man oppdrar egne barn baseres ofte på egne erfaringer fra barndommen (Klette, 1998). Det er en tendens som tilsier at voksne som har vært utsatt for omsorgssvikt som barn, vil føre dette videre til egne barn. Det er viktig å understreke at dette ikke gjelder alle. Hos mange omsorgspersoner kan manglende kunnskap om barns utvikling være grunnen bak en mistanke om at barnet utsettes for omsorgssvikt. Manglende sensitivitet hos omsorgspersonen ville kunne ha negativt utfall for barnet (Klette, 2007). En omsorgsperson som f. eks. mangler evne til empati og er egosentrisk, vil kunne bidra til at barnet mister mange av forutsetningene som bør være tilstede for å utvikle en trygg tilknytningsstil. Dersom dette er tilfelle, vil sykepleieren kunne benytte en veiledende og undervisende rolle for å lære omsorgspersonen om de behovene barnet har (Klette, 1998). Andre omsorgspersoner vil man oppleve annerledes. Noen vil tillegge barnet urealistiske egenskaper, eksempelvis at et spedbarn har provosert og bevisst har holdt omsorgspersonen oppe hele natten. Dette ofte i situasjoner der omsorgspersonen selv føler seg truet eller forvirret (Killén, 2004). Som sykepleier i slike situasjoner oppstår det dilemmaer for hvordan man skal handle. Har omsorgspersonen rett til å vite at man mistenker omsorgssvikt? Dette beror helt på omfanget av omsorgssvikten. Er det så utbredt at sykepleier mistenker at barnet ikke kan være hjemme med omsorgspersonen, om det mistenkes at det er fare for barnets liv og helse, skal barnevern og politi kontaktes så fort som mulig (Killén, 2004). Ved mistanke om vold og seksuelle overgrep, kan konfrontering med foreldre føre til at barnet blir "straffet" og utsatt for mer mishandling etter hjemreise. Ved mistanke om vanskjøtsel derimot, trenger ikke konfrontering med omsorgsperson ha et like alvorlig utfall for barnet (Killén 2004, Klette, personlig kommunikasjon, 11. september, 2014).

3.4 Lovverk

Ettersom store deler av oppgaven handler om juridiske plikter man som sykepleier har i møte med barn utsatt for omsorgssvikt, vil jeg her kort nevne hvilke lover som er relevante i denne sammenhengen.

- Menneskerettighetserklæringen art. 12 omhandler retten til at privatlivets fred ikke skal krenkes.
- Barnekonvensjonen art.3 omhandler at uavhengig av behandlingsinstans skal barnets beste være i fokus, omsorgspersoner skal ivareta barnet etter hva som er best for barnet spesielt i forhold til helse.
- Helsepersonelloven § 33 opplysningsplikt til barnevernet.
- Barnevernloven § 6-7a tilbakemelding til melder.
- Barnevernloven § 6-4 opplysningsplikt til barnevernet, ved melding som offentlig person kan man ikke melde anonymt.
- Straffeloven § 139 som omhandler meldeplikt ved mistanke om barnemishandling.

Stang, Aamodt, Sverdrup, Kristofersen & Winsvold (2013) har publisert en NOVA-rapport om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt for å undersøke det tverrfaglige samarbeidet rundt praktiseringen av disse lovene. Alle informantene som deltok i undersøkelsen sier de kjenner til taushetsplikten og at denne ikke byr på problemer. Det fremkommer også at informantene ikke holder seg oppdatert på lovendringer og rundskriv pga. dårlig tilgjengelighet til slikt på arbeidsplassen. Hvordan administrativ leder forholder seg til regelverk og nye oppdateringer har en vesentlig innvirkning på hvordan arbeidstakerne forholder seg til lovverket. Opplysningsplikten til barnevernet var kjent blant alle informantene i undersøkelsen. Tilbakemeldinger informantene ga i undersøkelsen går på misnøye med at barnevernet ikke oppfyller deres plikt til å gi tilbakemelding til melder. Konklusjonen i denne undersøkelsen er at det trengs mer forskning og opplæring i tverrfaglig samarbeid og forståelse for hvordan de ulike instansene arbeider. Dette vil være et større krav fra pasienter og brukeres perspektiv i nær framtid (Stang et al., 2013).

3.5 Etikk

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) bygger på menneskerettighetene som er utarbeidet av FN. Disse utdyper hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis. I dagens samfunn hvor helsetjenestene har større kompleksitet, er hensynet til omsorgsetikken ofte nedprioritert. Selv om en handling er juridisk og faglig forsvarlig, betyr ikke dette nødvendigvis at den er etisk korrekt. I forbindelse med bekymringsmeldinger til barnevernet, er det kanskje heller etikken som går foran det som er juridisk og faglig korrekt ved at man velger å stole på omsorgspersonen (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sykepleie til barn byr på etiske utfordringer, her har man to parter å forholde seg til og foreldre har myndighet over barnet sitt til barnet er 18 år (Tveiten, 2012). Eksempelvis når barnet og foreldrene har ulike meninger om hva som er til det beste for barnet, eller når foreldrene bestemmer noe sykepleiere og annet helsepersonell mener avviker fra deres oppfattelse av hva som er til barnets beste. Barn har lov til å uttale seg fra det er 7 år gammelt, og i følge FNs barnekonvensjon skal barnets mening lyttes til fra barnet er 12 år gammelt. De fire prinsippers etikk innebærer: autonomiprinsippet, ikke-skadeprinsippet, velgjørhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet. I situasjoner der man mistenker omsorgssvikt er det lett å komme i etisk konflikt mellom ikke-skadeprinsippet og rettferdighetsprinsippet. Som nevnt tidligere, forholder man seg som sykepleier til både foreldre og barn, og barnet har ikke uttalelsesrett før fylte 12 år. Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleier skal handle til det beste for pasienten, altså ikke-skade prinsippet. Men ettersom man har to personer å forholde seg til, hvem skal man ta hensyn til, hvem skal man ivareta (Tveiten, 2012)?

3.6 Omsorgssvikt

Forhold som omfatter omsorgssvikt kan være vanskelig å oppdage, derfor er det i dag store mørketall i landet (Galaaen, 2013). Fortsatt er temaet tabubelagt og kunnskapen om omsorgssvikt er fortsatt lav blant befolkningen. Omsorgssvikt, overgrep og mishandling er begrep som ofte anvendes om hverandre for å forklare samme fenomen (Klette, 1998). Den vanligste formen for omsorgssvikt er vanskjøtsel, men symptomer på dette er ofte diffuse og vanskelig å oppdage. Likevel kan symptomer som mistrivsel, redusert vektøkning, forsinket utvikling, dårlig hygiene, atferdsvansker og uklare smerter være tegn på vanskjøtsel (Grønseth og Markestad, 2011). Gjentakende innleggelse ved sykehus bør også vekke mistanke. Barn beskytter nesten alltid sine omsorgspersoner, noe som gjør det vanskelig å få barn til å fortelle om overgrep (Killén, 2008). Omsorgssvikt er et stort offentlig helseproblem hvor det savnes

kunnskap og forståelse av livslange konsekvenser omsorgssvikt kan ha for barnet som blir utsatt for den (Norman et al., 2012). For å kunne redusere antall saker med omsorgssvikt, trengs det blant annet ny forskning på feltet. Utbredelsen av mennesker med psykiske problemer blir større fra år til år, og det settes inn store midler for å behandle menneskene etter at de psykiske problemene har brutt ut. Norman et al. (2012) mener at inngripen fra barnet allerede er lite, vil kunne bidra til å redusere psykiske problemer hos ungdommer og voksne som har vært utsatt for omsorgssvikt i tidlig alder.

3.6.1 Vanskjøtsel

Barn utsatt for denne formen for omsorgssvikt har foreldre som ikke engasjerer seg følelsesmessig positivt i barnet (Killén, 2008). Vanskjøtsel kan vises i form av psykisk vanskjøtsel, fysisk vanskjøtsel, sosial vanskjøtsel, tilsynsvanskjøtsel og utdanningsvanskjøtsel (Klette, 1998). Den kan videre ses som en tildekking ved overdreven tilfredsstillelse av materielle, sosiale og ernæringsmessige behov. Barn utsatt for overdreven tilfredsstillelse av ernæringsmessige behov, kan ofte bli "usynlig" både for seg selv og andre (Killén, 2008). De får mat og materielle goder framfor kjærlighet. Vanskjøtsel er alvorlig og kan ses ved bl.a. forsinket utvikling hos barnet, feilernæring, utilstrekkelig kroppshygiene, suging på fingre, sjenanse og mangelfull følelsesmessig og intellektuell utvikling for å nevne noe (Klette, 1998).

3.6.2 Psykiske overgrep

Psykiske overgrep er den formen som er vanskeligst å definere. Dette omfatter at barnet lever i en hverdag full av uforutsigbarheter hvor barnet aldri vet hva omsorgspersonen kan finne på (Killén, 2008). Avvisning, isolering, ignorering, terrorisering og korrumperting (foreldre lærer barnet antisosial, destruktiv atferd) er begrep som benyttes for å beskrive psykiske overgrep (Klette, 1998).

3.6.3 Fysiske overgrep

Fysiske overgrep omfatter barn som skades enten ved manglende tilsyn eller ved aktiv handling (Killén, 2008). Tegn som ofte tyder på en slik form for overgrep er brannsår og blåmerker f. eks. på rygg og sete etter slag av gjenstander eller flat hånd. Videre kan tegn på klyping og blått øye etter slag være andre skader som synes. Denne formen for mishandling er den formen flest kjenner til og som kan få oss til å reagere. Det kan imidlertid vise seg at barnet har vært utsatt for andre former for omsorgssvikt lang tid i forkant av dette (Klette, 1998). Münchausen by proxy er et syndrom hvor omsorgspersoner med vilje påfører barna

sine fysiske eller psykiske symptomer (Torgalsbøen, 2008). Barnets omsorgsperson har ofte et stort oppmerksomhets- og sympatibehov. Ved å forgifte barna sine med medikamenter eller tilegne dem symptomer som krever omfattende medisinske undersøkelser, vil omsorgspersonen fremstå som omsorgsfull. Mishandlingen som foregår er derfor vanskelig å oppdage (Torgalsbøen, 2008).

3.6.4 Seksuelle overgrep

Dette omfatter situasjoner der barnet blir involvert i seksuelle aktiviteter som de verken er klare for utviklingsmessig, emosjonelt eller seksuelt (Killén, 2008). Disse overgrepene omtales ofte som incest selv om overgriperen ikke nødvendigvis er biologisk familie med barnet. Overgrepene karakteriseres ved at voksne bruker barna til å dekke sine seksuelle behov. Dette kan det være alt fra å se pornografiske filmer sammen til berøring og samleie (Klette, 1998).

3.6.5 Sykepleie ved mistanke om omsorgssvikt

Omsorgssvikt handler i de fleste tilfeller ikke om at omsorgspersoner ønsker å skade barnet sitt, men om mangel på kunnskap om hvordan å dekke barnets behov. Som sykepleier kan da en form for tilnærming være å uttrykke bekymring for den helhetlige situasjonen familien er i: ”Jeg bekymrer meg for dere, hvordan har dere det egentlig?” (Grønseth og Markestad, 2011). Bergløff (2012) skriver at det årlig i Norge havner omlag 200 barn på sykehus på grunn av grov mishandling, men få av disse sakene havner i retten på grunn av et manglende samarbeid mellom sykehus, barnevern og politi. Sykepleiere er opplært til å lege og ivareta, men setter ikke ofte nok spørsmålstegn ved hvordan skaden har oppstått, jf Christoffer-saken (Galaaen, 2013). En årsak til lav meldingsprosent blant ansatte i helsevesenet, er i følge Lazenbatt og Freeman(2006), manglende kunnskap. Redsel for å miste tilliten som har oppstått mellom den ansatte og omsorgspersonen kan være en annen årsak til at meldingsprosenten er lav. Den siste årsaken som tas opp av Lazenbatt og Freeman (2006) er redsel for at meldingen ikke gjør noe forskjell for barnet. Hove (2012) etterlyser tydeligere retningslinjer og rutiner for helsepersonell ved mistanke om omsorgssvikt. Skarsaune og Bondas (2014) har intervjuet sykepleiere som har opplevd situasjoner hvor de mistenker omsorgssvikt. Det er en allmenn oppfatning at omsorgssvikt er vanskelig å oppdage, Skarsaune og Bondas (2014) mener det derfor er viktig at sykepleiere har kunnskap og ferdigheter som hjelper dem å oppdage barn i omsorgssviktsituasjoner.

Systematisk dokumentasjon samt å skrive ned det man som sykepleier observerer, er et viktig og nødvendig verktøy som kan gjøre kontakten og meldingen til barnevernet enklere (Bjørkelund, 2010). Med god dokumentasjon er det lettere å komme sammen og drøfte bekymringssaker i veiledede timer, gjerne med ledelsen på sykehuset (Claussen, 2001).

Dataene anvendt i analysen til Clausen og Valset (2012) om barn under seks år som har mottatt barneverntiltak pga. mishandling eller omsorgssvikt, er koblet til enkeltindividet slik at det er mulig å følge personens forhold til barnevernet gjennom voksenlivet.

Hovedhypotesen om grunnen til hvorfor de yngste barna kommer under offentlig tilsyn, mener Clausen og Valset (2012) er at omfanget av omsorgssvikt i barnevernsstatistikken er stort og økende. Det settes spørsmålsteget ved om dette skyldes flere ansatte i barnevernet og større kapasitet til å oppdage barn utsatt for omsorgssvikt, eller om det gjenspeiler en reel økning i kunnskapen om omsorgssvikt i befolkningen. De mener at flertallet av de som kommer i kontakt med barnevernet pga. omsorgssvikt forblir barnevernklienter i mange år (Clausen og Valset, 2012).

4. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte problemstillingen min om hvordan sykepleiere kan oppdage og ivareta barn som er utsatt for omsorgssvikt. Jeg vil spesielt ta for meg temaene som omfatter plikten til å handle, samarbeid og hvordan sykepleiere kan identifisere omsorgssvikt. For å drøfte nevnte temaer, tar jeg utgangspunkt i teorien og lovverket som er beskrevet over. Mine egne synspunkter bringes også inn (Dalland, 2007).

4.1 Fra magefølelse til handling

Hvordan dukker en mistanke om at et barn er utsatt for omsorgssvikt opp? Sykepleiere Hove (2012) har intervjuet forteller at det først oppstår en følelse om at noe ikke stemmer. Bruk av sansene sine er i følge Martinsen (2003) en viktig egenskap for å kunne utøve omsorg og oppdage avvik i omsorgen. Sykepleierne reflekterer med sine kollegaer for å høre om andre har samme følelse. Slike refleksjoner kan bidra til at følelsen av at noe er galt blir forsterket og at man kan sette i gang tiltak for å hjelpe familien. Men ofte finnes det ikke tegn som bekrefter magefølelsen i følge Hove (2012). Claussen (2001) skriver at det er vanskelig å begrunne og klargjøre for hvorfor man har en ekkel magefølelse. Grunnen til at en ekkel magefølelse oppstår, kan være tidligere erfaringer eller intuisjon. Hove (2012) mener det er ekstra viktig å stole på følelsen i situasjoner der man føler seg usikker. Magefølelsen stemmer oftere enn man tror. Skarsaune og Bondas (2014) har funnet at mange sykepleiere opplever situasjoner der det mistenkes omsorgssvikt vanskelig, fordi de er redde for å ta feil, er usikre, mangler klare retningslinjer og ikke får den støtten de trenger. Tegn sykepleierne la merke til var hvordan familien tok vare på barnet sitt, hvordan barnet oppførte seg i situasjonen og hvordan familiens situasjon var generelt. Henderson beskriver i sin teori at grunnlaget for sykepleie er å hjelpe pasienten til å dekke sine grunnleggende behov (Kirkevold, 2008). I denne sammenhengen er punktet som omhandler å beskytte pasienten mot farer aktuelt. Det er mange grunner til at sykepleiere nøler med å handle i situasjoner der det mistenkes omsorgssvikt (Claussen, 2001). En vanlig mekanisme er overidentifisering med omsorgspersonene. Det vil si at vi tillegger omsorgspersonene våre egne følelser, holdninger og egenskaper uten å leve oss inn i hvordan omsorgspersonene virkelig er og hvordan de i realiteten har det (Killén, 2008). Det er lett å se bort ifra realitetene i omsorgssituasjonen og egenskaper ved omsorgspersonene som representerer store belastninger for barnet. Ved overidentifisering, tillegger vi ofte omsorgspersonene flere ressurser enn de har. En slik overidentifisering med omsorgspersonene kan føre til at mange lar bekymringen gå

omsorgspersonen til gode (Claussen, 2001). Min personlige mening er at sykepleiere ofte overidentifiserer seg med omsorgspersonene fordi de ønsker å forstå den andre. Mange tenker kanskje at de ville gjort det samme om de hadde vært i en liknende situasjon. Selv om det er vanskelig å være sykepleier i en situasjon der det mistenkes omsorgssvikt, tror jeg mange sykepleiere ofte har en følelse av at noe ikke stemmer. Kunnskapsnivået blant sykepleiere når det gjelder tilknytningsstiler tror jeg er veldig varierende. Etter hva jeg forstår er det observasjonen av samspillet mellom omsorgsperson og barn som gir en følelse av at noe ikke stemmer.

Det er ikke nødvendigvis lett å observere hvilken tilknytningsatferd som er kjennetegner hvilke barn, men dette synes best i stressfulle og sårbare situasjoner (Klette, 1998, Hove, 2012). For å observere tilknytning hos barn, viser barnet dette best når det er utsatt for stress, er smertepreget, føler seg truet eller er syk. Med andre ord, situasjoner der det er behov for trøst (Killèn, 2004, Klette, 2003). Som sykepleier møter man barnet nettopp i de sårbare livssituasjonene. Det er viktig å ha kunnskap om tilknytning, samt å kunne bruke dette til å underbygge en mistanke om omsorgssvikt. Positive hendelser som barnet utsettes for de første leveårene legger grunnlaget for en trygg og sunn psykososial utvikling. Små barn er spesielt sårbare og dersom barnet i tidlig alder opplever omsorgssvikt, kan dette være svært skadelig over tid (Clausen og Valset, 2012).

Får å få bekreftet den følelsen man har knyttet til mistanke om omsorgssvikt, mener Hove (2012) det er viktig å dele sin bekymring med kollegaer. Ved at en annen kollega observerer samme barn, vil grunnlaget for å melde bekymringen videre, bli bedre. Sykepleierne i studien uttrykte ønske om oppfølging i etterkant av meldte saker. De følte at veiledning på om de hadde handlet rett, rom for refleksjon og bekreftelse var på plass (Hove, 2012). Jeg mener tilbakemeldingene fra sykepleierne viser at de har et engasjement for å jobbe helsefremmende, slik som Henderson mener er grunnleggende for utøvelse av sykepleie (Kirkevold, 2008). Det bør etter mitt skjønn være en selvfølge at avdelingen i etterkant av situasjoner hvor det mistenkes omsorgssvikt, arrangeres samlinger hvor saken diskuteres. Et møte hvor alle kan snakke åpent, få råd og tilbakemelding på hvordan man har handlet.

Claussen (2001) mener det er viktig å ikke blande inn for mange fra personalet, da en mistenksom avdeling kan virke mot sin hensikt og gjøre innsamlingen av konkret informasjon vanskeligere. Han mener at dersom personalet er "for" mottakelige for signaler på

omsorgssvikt, vil alt et barn sier eller gjør mistenkeliggjøres. Slik jeg forstår dette utsaget, mener Claussen (2001) at hvis hele avdelingen vet at mor til barnet på stue 2 mistenkes for omsorgssvikt, vil dette kanskje påvirke hvordan sykepleiere møter og behandler barn og mor. Selv om sykepleiere skal opptre profesjonelt, er omsorgssvikt noe de fleste ser på som utilgjengelig og det kan derfor være vanskelig å fremstå som profesjonell. Hvor mange ansatte som skal inkluderes, mener jeg avhenger av saken. Dersom pleierne er uenige, er det viktig med en felles refleksjon og enighet slik at barnet ikke kommer til skade. Dette fordi en situasjon hvor det mistenkes omsorgssvikt er en alvorlig og vanskelig situasjon.

Bekymringsmeldinger som sendes fra en avdeling som står sammen og støtter hverandre må stille sterkere enn om man sender en melding individuelt. Ivaretagelse av kollegaer er også et argument for hvorfor flere bør inkluderes i saker hvor omsorgssvikt mistenkes. Man bør slippe å stå alene i en slik situasjon med det ansvar mistanke om omsorgssvikt medfører.

4.2 Hvordan identifisere omsorgssvikt?

Martinsen (2003) mener at alle mennesker er avhengig av hverandre. Barn, og spesielt små barn, er sterkt avhengig av sine omsorgspersoner og deres bekreftelser. Å vise omsorg er å forstå et menneskes avhengighet av en annen person. Sykepleiens verdigrunnlag baseres på begrepet omsorg i følge Martinsen (2003). Men omsorg er ofte preget av makt og avhengighet. Barn er veldig lojale mot sine omsorgspersoner og der hvor omsorgen er basert på en overdreven bruk av makt og avhengighet, vil barnet kunne være utsatt for en form for omsorgssvikt og misbruk. Hvordan barnet opplever omsorg i de første leveårene danner grunnlaget for hva slags tilknytningsstil barnet utvikler. Tilknytning hos barn kan registreres ved å observere barnets atferd i spesielle situasjoner der barnet er sårbar (Klette, 2007).

Som Martinsen (2003) nevner videre, er det som sykepleier viktig å kunne bruke og utnytte sansene sine som et verktøy. Man må tørre å stole på magefølelsen dersom man mistenker at et barn ikke har det bra i omsorgssituasjonen. Ved å bruke sansene godt, vil noen sykepleiere kunne oppleve at barnet signaliserer at det trenger hjelp. Dersom sykepleier klarer å tyde, tolke og oppdage barnets tegn, vil han/hun muligens kunne bidra til å utgjøre en forskjell og kan gi barnet en ny start. I følge Skarsaune og Bodas (2014) har barn krav på sykepleiere som tør å se dem.

Du så, du visst at æ trengt å forstå
en som va der og tok vare på
mæ, som virkelig så mæ
du, ingen å ingen men du
gjennom skya og himmel og sola som snur
va du den som ga hjertet tru. (Norsk sykepleierforbund, 2012).

Hvordan skal sykepleier vite hvilke tegn han/hun skal se etter som bekrefter omsorgssvikt?

... det venstre øyet er allerede blitt så hovent at det nesten er gjenklistret. Alt det hvite inni øyet er nå blodrødt. Legen spør Christoffer om han selv husker noe av situasjonene som har ført til skadene. Med det gjør han ikke, og det blir ikke mer snakk om det. Er det denne nye utfordringen med ticsene som gjør at assistentlegens tanker ikke på noe tidspunkt går i retning av mishandling (Gangdal, 2010, s. 101-102)?

Noen symptomer er åpenlyse, slik som fysisk mishandling der hvor f. eks. forklaringen til hvordan skaden oppstod ikke stemmer overens med hvordan skaden faktisk ser ut (Kvello, 2007). Andre former for omsorgssvikt er vanskeligere å oppdage, men noen tegn man kan se etter er tilbaketrekning, engstelse og frykt hos barnet. En slik atferd hos barnet bør få sykepleieren til å mistenke at noe er som det ikke skal være (Klette, 1998, Kvello, 2007).

En annen form for omsorgssvikt som er vanskelig å oppdage er Münchausen syndrom by proxy (Torgalsbøen, 2008). Dette er likevel noe sykepleiere bør ha kunnskap om. Noe som kjennetegner Münchausen syndrom by proxy er at overgriperen oftest er mor. Hun fremstår som veldig omsorgsfull ovenfor barnet sitt samtidig som hun aktivt påfører barnet symptomer "foran øynene" på sykepleierne. Det er vanskelig å forestille seg at noen omsorgspersoner ønsker å påføre skade på barnet sitt, noe som er grunnen til at mishandlingen er vanskelig å oppdage (Torgalsbøen, 2008). I situasjoner hvor det mistenkes Münchausen syndrom by proxy, er det omsorgspersonen sykepleier skal være oppmerksom på. Omsorgspersoner som

påfører barnet sitt symptomer har ofte et behov for sympati og bekreftelse. Dersom sykepleiere og annet medisinsk personale viser interesse for vanskene som blir presentert, dukker det ofte opp flere og mer alvorlige symptomer hos barnet. (Torgalsbøen, 2008). I slike situasjoner dukker det opp flere etiske dilemmaer. Har man egentlig nok bevis eller indikasjoner for å mistenke mor for å påføre barnet sitt skade? Etiske dilemmaer er vanlige i situasjoner der det mistenkes omsorgssvikt. Ettersom barn ikke er myndige før etter fylte 18 år, vil det si at omsorgspersonene bestemmer over barnet til han/hun har fylt 18 år. I situasjoner hvor omsorgssvikt mistenkes, er det vanskelig å vite hvem man skal forholde seg til. Dersom sykepleier mistenker at mor skader barnet sitt med vilje, vil det ikke være rett å diskutere behandling med henne, selv om det fremkommer slik av lov (Tveiten, 2012). Jeg tenker at observasjon og dokumentasjon (se s.27) av samspillet mellom mor og barn, er det beste sykepleier kan gjøre i første omgang.

Martinsen (2012) mener at sykepleieren kan oppleve vanskelige situasjoner overveldende og ubehagelig. Han eller hun kan reagere voldsomt, det kan føles som han/hun sprenges og ikke makter å ta inn over seg det inntrykket situasjonen innebærer. Dette kan spesielt relateres til opplevelsen å møte et barn som er utsatt for omsorgssvikt. Henderson (Kirkevold, 2008) understreker at sykepleierens funksjon handler om å dekke pasientens grunnleggende behov. Sykepleier skal hjelpe til med å beskytte pasienten mot farer fra omgivelsene. Hva er da riktig å ta hensyn til, seg selv eller barnet? Det er en vanskelig situasjon å stå i som sykepleier, men hva med barnet? Ved å bli avvist av en profesjonell, vil barnet på nytt kunne føle et svik og at ingen ser han/henne. Barnet kan bli desperat på sin egen måte fordi han/hun ikke får uttrykt seg (Martinsen, 2012). Klette (2007) har funnet at trøst og bekreftelse spiller en stor rolle for hvordan barnets sinnstemning er. De som mottar trøst og bekreftelse vil kunne fremstå som trygge, øke selvtilliten og føle velvære. Dersom barnet ikke mottar trøst, kan negative følelser oppstå som skam, sårbarhet og ensomhet.

Tiden i sykehusene spiller også en rolle. I en travel hverdag med alt for få sykepleiere i forhold til antall pasienter, er det ofte ikke tid til å følge opp pasienter. Kanskje har man ikke tid til å se etter symptomene som ligger rett foran seg. I slike tilfeller tror jeg det er alt for lett å lukke øynene for de symptomene man tror man ser. Spørsmålet er om en tidskrevende tilnærming er realistisk i dagens helsevesen med den allerede stressende hverdagen en sykepleier har.

Er det ikke en av legers, sykepleieres og alle helsearbeideres fremste oppgaver å verne om våre svakeste, og på best mulig måte ivareta ofrenes interesser, enten de er levende eller døde? Eller der de ikke at det å bidra til å oppklare et mulig barnemord også er å ivareta interessene til de svakeste, nemlig de pårørende (Gangdal, 2010, s. 145)?

Er det slik vi sykepleiere ønsker at verden skal se oss? NSF reklamerer med at sykepleiere er uerstattelige, at ingen robonurse kan komme og overta jobben vår. I jubileumssangen deres (2012) refereres det til at "den hvite drakta gløder".. Hvordan kan vi da finne oss i at utenforstående mener vi ikke gjør jobben vår med å ivareta de minste? Det bør nevnes at blant helsepersonell som deltok i Lazenbatt og Freemans (2006) undersøkelse, var sykepleierne de som rapporterte og meldte mest ifra ved mistanke om omsorgssvikt. Det er etter mitt synspunkt på tide at temaet omsorgssvikt kommer inn i rammeplanen for sykepleierutdanningen. Mer undervisning om barn, barns utvikling og omsorgssvikt må inn i grunnutdannelsen for å øke kompetansen blant sykepleiere.

Gangedal (2010) kritiserer videre Sykehuset i Vestfold for å kun ha rutiner og prosedyrer rundt meldeplikt tilgjengelig på ortopedisk avdeling. Jeg har vært i samtale med ansatte på Sykehuset i Vestfold, hvor det kommer fram at melderutinene har blitt endret fra 2010 og til dags dato. I dag er rutinene utbedret og gjeldene for ortopediseksjonen som omfavner alle avdelinger med unntak av de medisinske sengepostene. De medisinske avdelingen har ingen konkrete retningslinjer eller prosedyrer, men så er det heller ikke der hovedvekten av barn utsatt for omsorgssvikt befinner seg. Jeg mener likevel det burde eksistert en prosedyre på disse avdelingene, ettersom barn av syke foreldre også kan ha behov for bistand fra barnevernet. Sykepleierne Skarsaune og Bondas (2014) har intervjuet forteller om manglende rutiner og retningslinjer på sykehuset de arbeider. Sykepleierne etterlyser faste rutiner, ikke bare på sykehuset der de jobber, men nasjonale retningslinjer som gjelder for alle sykepleiere i hele landet.

4.2 Sykepleiers ansvar for ivaretagelse

Det drives for mye brannslukning framfor forebyggende arbeid (Norman et al., 2012). Flere mennesker som har vært utsatt for omsorgssvikt som barn, blir ofte rusmisbrukere, får psykiske problemer og utagerende seksuell oppførsel.

Sykepleiere lærer blant annet å følge helsepersonelloven i sitt arbeid (Galaaen, 2013). Men hva sier egentlig lovverket om møter med omsorgssvikt? I helsepersonellovens § 33 står det at man har opplysningsplikt til barnevernet, uten hinder av taushetsplikten, dersom det er grunn til å mistenke at det foregår omsorgssvikt. Det samme sier straffelovens § 139, hvor man risikerer fengsel dersom man unnlater å melde ifra ved mistanke om kriminelle handlinger. Blant kriminelle handlinger finner vi voksne som utsetter barn for omsorgssvikt. I følge straffeloven, har man som privatperson meldeplikt ved mistanke om kriminelle hendelser. I helsepersonelloven står det at helseinstitusjoner skal oppnevne en leder som har ansvaret for å sende bekymringsmeldinger ved mistanke om omsorgssvikt. Dette for "å forhindre at flere personer utleverer opplysninger om samme pasient etter ulikt verdigrunnlag (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s11)". Disse lovene er derfor noe motsigende i forhold til hvordan selve gjennomføringen av meldeprosessen skal utføres (Galaaen, 2013). Hva med dilemmaet som oppstår når den oppnevnte lederen ikke er av samme oppfatning om at det er bekymring for omsorgssvikt? Dersom lederen ikke sender en bekymringsmelding til barnevernet, slik han/hun er lovpålagt, må vel sykepleieren selv ta ansvar i henhold til straffelovens § 139? "... Dette fratrar imidlertid ikke den enkelte sykepleieren plikten til å gi opplysninger, og sykepleieren vil fremdeles ha like stor plikt til å påse at riktig informasjon viderefremmes (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s 11)".

..At de aldri skal bli kvitt den veldige skyldfølelsen som nå veller opp i dem. At de alltid skal bearbeide seg selv. Som Christoffers far, skoleassistenten, kontaktlæreren, overlegen, psykologen, barnelegen, sykepleieren, naboen og alle de andre som har sagt at de burde ha sett hva som skjedde med Christoffer - før det var for sent (Gangdal, 2010, s.134).

I følge Henderson, handler grunnleggende sykepleie blant annet om å hjelpe pasienten til å unngå skade fra omgivelsene (Kirkevold, 2008). På dette punktet, kan det lett oppstå forvirring av hva som er ens personlige ansvar i forhold til melding. Dette kan ha hindret at alvorlige saker ble meldt ifra om. Samtidig sier menneskerettighetserklæringens art. 12 at man ikke skal krenke privatlivets fred, noe jeg tror står veldig stekt i Norge. Martinsen (2003) mener omsorg er grunnleggende for alt liv og at mennesker er avhengige av hverandre. Er frykten for å krenke privatlivets fred og bryte tillitsbånd en av grunnene til at sykepleiere ikke melder? I artikkelen til Lazenbatt og Freeman (2006) fremkommer det at flertallet av informantene i undersøkelsen vet noe om rutinene for å melde, men de etterspør mer kunnskap og undervisning om temaene for å bli bedre til å observere, identifisere og melde om mistanker. Det er en sammenheng mellom omsorgssvikt og mentale forstyrrelser, rusmisbruk og seksuelt overførbare sykdommer (Norman et al., 2012). Når man som sykepleier vet hvilke konsekvenser som kan oppstå i ettertid av omsorgssvikt, bør dette i følge Norman et al (2012) være grunn nok til å ville identifisere omsorgssvikt tidlig og gjøre noe med det. Ved mistanke om omsorgssvikt, har man som sykepleier på sykehus ofte gode muligheter for å undersøke og observere samspillet mellom barn og foreldre. Man har også muligheten til å observere hvordan barnets samspill med andre voksne er. Barn signaliserer ofte sin opplevelse av omsorgssvikt ved å reagere somatisk (Killén, 2008). I vanskelige saker som dette er det viktig at man ikke arbeider alene, men reflekterer og undersøker med kollegaer om de sitter med samme mistanker som en selv. Mange vegrer seg sterkt for å krenke privatlivets fred, jf menneskerettighetserklæringen art. 12.

Bjørkelund (2010) understreker at dokumentering er en viktig del av sykepleie. I dokumentasjonen skal ikke de subjektive tankene og meningene komme til uttrykk, men gi et objektivt bilde av det man konkret har observert. Grunnen til dette er å hindre feiltolkninger (Bjørkelund, 2010). Igjen er kollegaene de viktigste samarbeidspartnere, og en felles gjennomgang av dokumentasjonen kan hjelpe til å gjøre det skriftlige mer objektivt. God dokumentasjon gjør også at sykepleieren ikke vil kunne bli anklaget for ikke å ha utført god sykepleie etter lov (Bjørkelund, 2010).

Dersom man melder en bekymring til barnevernet som sykepleier, altså som en offentlig person, har man ikke muligheten til å være anonym og må oppgi navn sammen med meldingen (jf barnevernloven § 6-4). Dette finnes det ofte systemer på i sykehus. Vanligvis skal man melde via en leder (jf helsepersonelloven § 33), men det er viktig å følge opp slik at

meldingen faktisk blir sendt. Fordelen ved det norske systemet, er at dersom man melder med fullt navn, har man rett på tilbakemelding på om det er opprettet sak eller ei (jf barnevernloven § 6-7). Det er imidlertid ingenting i veien for å konsultere barnevernet anonymt og spørre etter råd for hvordan man skal gå fram dersom man har grunn til bekymring (Killén, 2008).

Omfanget av omsorgssvikt er vanskelig å stadfeste (Clausen og Valset, 2012). Flertallet av barn og omsorgspersoner som er involvert i omsorgssviktsituasjoner vil ikke innrømme at det skjer. Det er også en stor uenighet om hvor grensen mellom en autoritær/ neglisjerende oppdragelsesstil og omsorgssvikt går. Antallet meldinger om småbarn som har blitt utsatt for omsorgssvikt de siste årene, har økt betraktelig (Clausen og Valset, 2012). Nyere tall viser tendenser til at omsorgssvikt mot spedbarn er økende, og med tanke på hvor viktig de første leveårene er i forhold til tilknytning, utvikling og tilpasning, er dette skremmende lesing. Risikoen for omsorgssvikt er høyere blant familier som mottar sosialhjelp, hvor barnet ikke har søsken og mor har lav utdanning (Clausen og Valset, 2012). Majoriteten av bekymringsmeldinger som meldes til barnevernet i forbindelse med omsorgssvikt omhandler etnisk norske barn i følge Clausen og Valset (2012). Dette betyr likevel ikke nødvendigvis at andelen barn som blir utsatt for omsorgssvikt er høyere blant etnisk norske enn ikke-etnisk norske barn. Grunnen til dette er at antallet etnisk norske barn i Norge totalt er høyere enn ikke-etnisk norske barn. Men hvorfor meldes det ikke mer om omsorgssvikt blant ikke-etnisk norske? Er det slikt at de er mindre utsatt for omsorgssvikt, eller blir vi beroliget med tanken på at det er kulturelle forskjeller i oppdragelsesstilen? Jeg mener at et slag er et slag, vanskjøtsel er vanskjøtsel uavhengig om man kommer fra Norge eller Somalia.

4.3 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid

Bergløff (2012) sier at det årlig havner 200 barn på sykehus etter grov mishandling. Få av mishandlingssakene havner i retten på bakgrunn av dårlig samarbeid mellom sykehus, politi og barnevern. Sykepleiere er opplært til å ivareta pasientens grunnleggende behov, men mange setter ikke spørsmålsteget ved hvordan barnets skade har oppstått. Av 14708 bekymringsmeldinger som omhandlet omsorgssvikt i 2012, ble kun 5,4 % av meldingene sendt fra ansatte på sykehus (SSB, 2012). Hva er grunnen til at det er så få som melder? Er det slik at sykehusansatte ikke har nok kunnskap om sine plikter etter lov?

En NOVA-rapport fra 2013, viser at samtlige informanter som deltok i en undersøkelse rundt taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett, kjenner til det ansvar de har knyttet til de ulike pliktene (Stang et al., 2013). Det bør spesifiseres at deltakerne var fra elleve ulike yrkesgrupper, noe som kan ha innvirkning på resultatet. Om undersøkelsen hadde blitt gjennomført med bare helsepersonell, hadde resultatet blitt annerledes da? Selv om det kan stilles spørsmål ved undersøkelsen, viser den likevel at samtlige informanter kjente til lovverket rundt opplysningsplikt, taushetsplikt og opplysningsrett. Spørsmålet er da, erkjenner ansatte på sykehus at de ikke følger regelverket? Informantene kritiserte ledelsen for å være lite oppdatert på lovverk og nye retningslinjer. Stang et al. (2013) mener at dersom lederen ikke interesserer seg for oppdateringer, gjenspeiles dette hos de ansatte. Dette er også funnet i artikkelen til Skarsaune og Bondas (2014). De poengterer likevel at sykepleiere selv må ta sin del av ansvaret, det er sykepleierne som er mest sammen med familien og har best utgangspunkt til å fortelle om sine observasjoner. Noen av informantene ga kritisk tilbakemelding på hvordan en bekymringsmelding hos barnevernet blir håndtert. De mente at barnevernet ikke overholder sin plikt til å sende tilbakemelding til melder dersom det er opprettet sak (Stang et al., 2013). Dette er kritikkverdigg og jeg har selv opplevd en negativ holdning fra barnevernet i forhold til spørsmål om rett fremgangsmåte og utforming av en bekymringsmelding. Skarsaune og Bondas (2014) foreslår en felles opplæring, på tvers av etater, om hvordan man skal handle dersom omsorgssvikt mistenkes. Dette vil øke forståelsen av hvordan andre yrkesgrupper arbeider. Jeg mener at politi, barnevern, pp-tjenesten, sykehus og helsesøstre er blant etatene som bør samarbeide. En tverrfaglig og tverretatlig tilnærming vil skape en felles styrke og et tryggere samarbeid. Jeg mener dette er veien å gå for å sikre en bedre ivaretagelse av barn som er utsatt for omsorgssvikt. I henhold til barnevernlovens § 4-1 skal man handle for barnets beste. Taushetsplikten står sterkt blant sykepleiere og kan være til hinder for at tverrfaglig samarbeid skal kunne fungere. Er det slik at taushetsplikten står for sterkt? Jeg tenker at felles fagdager og seminarer med ulike yrkesgrupper, kan være forslag til hvordan tverrfaglig samarbeid kan gjennomføres i første omgang.

Ved å observere hvordan dagens samfunn utvikler seg, er behovet for et tverrfaglig og -etatlig samarbeid, etter min mening, større enn noen gang. Presset fra regjeringen øker, de kulturelle ulikhetene blir flere og større, mens befolkningen generelt har større forventninger til den helsehjelpen de mottar. Høy kompetanse blant sykepleiere med kontinuerlig faglig påfyll er dermed viktigere enn noen gang. Sykepleiehandlingen Henderson beskriver, samt lovverk, sier at sykepleiere skal ivareta og hjelpe de svakeste med å dekke sine grunnleggende behov.

Jeg mener det er på tide at sykepleiere viser såpass yrkesstolthet at det blir arbeidet med å finne løsninger som er til det beste for de barna som lever under omsorgssvikt. Ved å samarbeide tverrfaglig, vil de ulike profesjonene stå bedre rustet og barn utsatt for omsorgssvikt vil forhåpentligvis bli oppdaget tidligere.

5. Konklusjon og avslutning

Hvordan kan sykepleier oppdage og ivareta barn ved mistanke om omsorgssvikt?

Etter å ha jobbet med denne oppgaven, ser jeg behovet for mer informasjon og undervisning om omsorgssvikt i grunnutdanningen. Mer undervisning om omsorgssvikt ønsket Klette allerede i 1998, uten at det har fått alt for stor innvirkning for sykepleiere. Jeg mener at undervisning om barn og omsorgssvikt må inn i rammeplanen og være gjeldene for alle sykepleierutdanninger i landet. Sykepleiere har et felles ansvar for spesielt å ivareta de barna som lever med omsorgssvikt. For at sykepleiere skal kunne oppdage omsorgssvikt, må de først vite hva de skal se etter. Et større fokus på undervisning om omsorgssvikt vil kunne bidra til å øke selvtillit og mot hos sykepleiere. Alle utdanninger som har med barn og ungdom å gjøre, bør etter min mening ha obligatorisk undervisning om omsorgssvikt. Jo flere som kjenner til hvordan de skal oppdage omsorgssvikt og hvilke plikter de har, desto større er sjansen til å hjelpe de barna som lever under omsorgssvikt. De fleste kjenner til taushetsplikt, opplysningsplikt og meldeplikt, men at straffeloven og helsepersonelloven har forskjellig budskap er det mange som ikke vet. Undersøkelsene jeg har lest i forbindelse med oppgaven, viser at sykepleiere legger mye ansvar på sine ledere. En god ledelse er viktig, men sykepleiere må også kjenne til hva som er deres ansvar og plikt. Jeg tror en tydeliggjøring av lovverket må til. Et bredere og bedre tverrfaglig samarbeid bør tilstrebes for å kunne gi barn utsatt for omsorgssvikt oppfølging på tvers av profesjoner. Taushetsplikten er kanskje til mer skade enn hjelp i situasjoner der barn trenger tverrfaglig oppfølging. Jeg etterlyser mer åpenhet rundt omsorgssvikt og tror dette kan bidra til økt selvtillit og trygghet blant sykepleierne. Barn møter man som sykepleier på alle arenaer og vi har like mye ansvar uavhengig av hva slags avdeling vi jobber på.

....Jeg tenker nok du skjønner det sjøl (Gangdal, 2010, s.203).

Litteraturliste

Barnekonvensjonen. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner den 20. november 1989, ratifisert av Norge den 8. januar 1991: Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*. Oslo: Barne- og familiedepartementet. FNs barnekonvensjon (1989).

Barnevernloven (1992). Lov om barneverntjenester mv 17.juli 1992 nr 100. Hentet 17.07.14 fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven>

Bergløff, C. (2012). Med døden til følge. *Tidsskrift for barnesykepleiere nr.1*, 6-9.

Bjørkelund, L. (2010). *Vanskjøtsel av små barn*. *Tidsskrift for barnesykepleiere nr.1* 2012, 18-19.

Clausen, S-E. og Valset, K. (2012). Spedbarn og småbarn med tiltak fra barnevernet 1995-2008: Utbredelse av omsorgssvikt og risikofaktorer. *Tidsskrift for norsk psykologforening, Vol 49(7)*, 642-648.

Claussen, C. J (2001) *Det er noe med den ungen. Fra bekymring til handling*. Oslo: SEBU forlag.

Dahle, G. og Nyhus, S. (2003). *Sinna Mann*. Oslo: Cappelens Forlag.

Dalland, O.(2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Folkehelseinstituttet. (2013). *Legemidler ved ADHD*. Hentet 03.09.2014 fra: <http://www.fhi.no/tema/adhd/legemidler-ved-adhd>

Galaaen, H. Aa. (2013). Sykepleiers ansvar ved mistanke om omsorgssvikt. *Medlemskontakten Vestfold 28 (3)* s. 4-7.

Gangdal, J (2010). *Jeg tenker nok du skjønner det sjæl. Historien om Christoffer*. Oslo: Kagge Forlag.

Grønseth, R. og Markestad, T.(2011). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell mv. 02.juli 1999 nr 64. Hentet 17.07.14 fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hove, E. v (2012). BVC- sjukskötterskors erfaringer av att barn misstänkts fara illa- en kvalitativ intervjustudie. *Barnbladet*, 37 (6), 30-2. Hentet 19.08.14 fra: http://www.barnbladet.org/sv/wp-content/uploads/bb_612.pdf

Johannessen, E. (2007). *Mye er forskjellig- men bare utenpå?* Oslo: SEBU forlag.

Killén, K. (2004). *Sveket - omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Kirkevold, M. (2008). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Klette, T. (1998). *Hvem ser barnet? Vanskjøtsel, helse og sykepleie*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Klette, T. (2007). *Tid for trøst. En undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner*. (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, Norge). Oslo, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. (s. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kvello, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lazenbatt, A & Freeman, R. (2005). Recognize and reporting child abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of advanced nursing*. 56(3), 227-236.

Martinsen, K.(2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2010). Grunnvilkår og etikk. I: A.J.W. Andersen, I.B. Lasen & O. Söderhamn (red.). *Utdanning til omsorg*. (s. 22-29). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Menneskerettighetserklæringen (1948) *FNs verdenserklæring for menneskerettigheter*. Vedtatt av De Forente Nasjoner den 10. desember 1948, ratifisert av Norge i 1972. FNs verdenserklæring for menneskerettigheter.

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001349. Hentet 19.08 fra:

<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001349>

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Norsk sykepleierforbund. (2012). *Hjertetru*. Hentet 21.08.14 fra:

<https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/766370/Sangtekst%20Hjertetru.pdf>

NOU 2000:12. (2000). *Barnevernet i Norge*. Hentet 03.09.2014 fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2000/nou-2000-12/18.html?id=117369>

Skarsaune, K. og Bondas, T. (2014). Må vite mer om mishandling. *Sykepleien 10*, s. 48-51.

Sosial- helsedirektoratet. (2006). Rundskriv IS-17/2006. *Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om: mishandling av barn i hjemmet, andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn, misbruk av rusmidler under graviditet*.

Stang, E. G., Aamodt, H. A., Sverdrup, S., Kristofersen, L. B. & Winsvold, A. I. (2013).

Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt. Regelkunnskap og praksis. (NOVA

rapport 3/13). Hentet 27.08.14 fra: [http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-](http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Taushetsplikt-opplysningsrett-og-opplysningsplikt)

[arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Taushetsplikt-opplysningsrett-og-opplysningsplikt](http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Taushetsplikt-opplysningsrett-og-opplysningsplikt)

Straffeloven (1902) Almindelig borgerlig straffelov mv. 22.mai 1902 nr 10. Hentet 17.07.14 fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1902-05-22-10?q=straffeloven>

Statistisk sentralbyrå. (2013). *Barnevern, 2012*. Hentet 21.08.14 fra: <http://ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/barnevern>

Statistisk sentralbyrå. (2012). *Barnevern*. Hentet 27.08.14 fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/saveelections.asp>

Statistisk sentralbyrå. (2011). *Barn og unge med innvandrerbakgrunn i barnevernet 2009*. Hentet 21.08.14 fra: <http://ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/barn-og-unge-med-innvandrerbakgrunn-i-barnevernet-2009#content>

Torgalsbøen, A-K. (2008). Når behovet for oppmerksomhet og sympati overgår morsfølelsen: En litteraturgjennomgang av Münchausen syndrome by proxy. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening vol 45*, (4), 421-430.

Tveiten, S.(2012) Etisk perspektiv på sykepleie til barn. I: Tveiten, S., Wennick, A., Steen, H.F. (2012). *Sykepleie til barn - familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal Forlag.