



Hvordan kan sykepleiere bidra til å oppdage omsorgssvikt hos barn innlagt på sykehus?

Kandidatnummer: 225

VID vitenskapelig høgskole

Høgskolen Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 188, BIS 2017

Antall ord: 10196

Dato: 29.mai 2020

Sammendrag

Studiens bakgrunn: Omsorgssvikt mot barn og unge er en av våre store samfunnsutfordringer og en stor trussel mot folkehelsen. Sykepleiere på sykehus er i en sentral posisjon for å oppdage omsorgssvikt og å bidra til å hjelpe utsatte barn og deres familier. For å utnytte dette maksimalt, er god kunnskap om vold og omsorgssvikt mot barn nødvendig, samtidig som sykepleieren må våge å stå i vanskelige situasjoner hvor barn har blitt sviktet av sine omsorgspersoner.

Studiens hensikt: Å gi økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan bidra til å identifisere omsorgssvikt mot barn fra 0-3 år, og hvordan en bekymring bør håndteres videre.

Metode: Litteraturstudie. 4 forskningsartikler er inkludert.

Resultat: Sykepleiere føler seg ofte usikre og utilstrekkelige i møte med barn utsatt for omsorgssvikt. Det er behov for økt kunnskap om bl.a. symptomer på ulike typer omsorgssvikt, konsekvenser, håndtering av situasjonen i møte med barn og deres omsorgspersoner og prosedyrer. Støtte fra kollegaer og god dialog med barnevernet er viktige faktorer som bidrar til at bekymring om omsorgssvikt rapporteres videre.

Konklusjon: Studier viser at god kunnskap om tegn på- og konsekvenser av omsorgssvikt, barnets utvikling og tilknytningsmønstre og god kommunikasjon med barna og deres familier bidrar til å avdekke omsorgssvikt. Sykepleieren bør ha kunnskap om gjeldene prosedyrer og lovverk for å lettere rapportere bekymringen videre til barnevernet. Dette kan være avgjørende for at barna får den hjelpen de trenger. Frykt for å ta feil i sin bekymring eller å såre familien, manglende støtte fra kolleger eller lav tiltro til barnevernet kan også påvirke innrapporteringene fra helsepersonell, dog i negativ retning.

Abstract:

Background: Negligence towards children and adolescents is a major issue in society and a threat to public health. Nurses and health workers at hospitals play an important role in exposing such negligence and in helping the victims and their families. To maximize the nurses' and health workers' ability to help, knowledge about domestic and family violence and neglect of children is required. Further, nurses must be courageous and address the issue where children have been neglected by their guardians.

Objective: Increase the knowledge base on how nurses and health workers can contribute to identifying neglect of children aged up to 3 years old and how such concerns should be handled.

Method: Literature review of 4 research articles.

Results: Nurses and health workers often feel unsure and overwhelmed when confronted with victims of neglect. There is need for improvement in the knowledge base on symptoms of different types of neglect, their consequences, handling the situation when confronted with children and their guardians, and procedures. Support from co-workers and a good relationship with child protection services are important factors for ensuring that negligence towards children is reported.

Conclusions: Research shows that knowledge about signs and consequences of negligence, the child's development and social bonding, and communication with children and their families are contributing factors to exposing negligence. Nurses and health workers should be informed about relevant procedures and legislation in order to be able to report cases to children protection services more easily. This can be crucial for ensuring that the victims of negligence receive the help they require. Fear of drawing false conclusions, upsetting the involved families, lack of support amongst colleagues or low levels of confidence in child support services can negatively impact nurses' and health workers' willingness to report cases of negligence.

Bror

Kjære deg som spinn
Går her rundt i ring,
Svelger tårene
Løgner krev

For neonskilt og du
Lyser like tru,
Til de sluknar ut
Seint ein kveld

Du veit ute der seglar ein bror
Og himmelrand er likedan
Over deg og han
Når det blese kaldt over deg og bror

Tigeren i natt
Han du hata glatt
Han skyr ingenting,
Ser du spring

Du kan ei temme han,
Slik som sjømenn kan
Aldri be om fred
Frå bølgene

Du veit ute der seglar ein bror
Og himmelrand er likedan
Over deg og han
Når det blese kaldt over deg og bror
Ja himmelrand er likedan
Over deg og han
Du vet ute der seglar ein bror

Ingebjørg Bratland

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Presentasjon og bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans.....	2
1.4	Avgrensning	4
1.5	Begrepsavklaringer.....	5
1.6	Oppgavens oppbygning.....	5
2	Metode.....	6
2.1	Metodebeskrivelse.....	6
2.2	Litteratursøk og funn.....	6
2.3	Søkeprosessen	7
2.4	Introduksjon til valgt litteratur	9
2.5	Kildekritikk	11
3	Teori	14
3.1	Virginia Hendersons sykepleieteori	14
3.2	Tilknytningsteori	15
3.2.1	Trygg tilknytning.....	16
3.2.2	Usikker unnvikende tilknytning.....	16
3.2.3	Usikker ambivalent tilknytning.....	17
3.2.4	Desorganisert tilknytning	17
3.3	Omsorgssvikt.....	17
3.3.1	Vanskjøtsel	18
3.3.2	Fysiske overgrep.....	18
3.3.3	Psykiske overgrep.....	18
3.3.4	Seksuelle overgrep	19
3.3.5	Tegn og symptomer på omsorgssvikt.....	19
3.3.6	Risikofaktorer for omsorgssvikt.....	20
3.4	Barnets utvikling og grunnleggende behov.....	20
3.4.1	Utviklingsmessige særtrekk	21
3.4.2	Barnets grunnleggende behov	22
3.5	Etikk	22
3.6	Lovverk	23

3.7	Presentasjon av forskningsartikler:	24
3.7.1	Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. (Lines, Hutton & Grant, 2016)	24
3.7.2	«Barn som far illa i sin hemmiljö. BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen. (Söderman & Jackson, 2011).....	25
3.7.3	«Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect» (Glasser & Chen, 2006)	25
3.7.4	«Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital» (Paavilainen et al., 2002)	26
4	Drøfting	27
4.1	Hvordan oppdage omsorgssvikt	28
4.2	Sykepleierens utfordringer og etiske dilemma.....	31
4.2.1	Kunnskap; utdanning, opplæring og etterutdanning	33
4.3	Sykepleierens plikt til å handle	34
5	Konklusjon	37
6	Litteraturliste	38

1 Innledning

I dette kapitlet presenteres oppgavens innhold og oppbygning.

Først vil jeg si litt om bakgrunn for valg av tema, etterfulgt av valgt problemstilling og oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans. Avslutningsvis presenteres oppgavens avgrensninger, begrepsavklaringer og en forklaring på hvordan oppgaven er bygget opp.

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven omhandler omsorgssvikt mot barn. Den tar for seg barn med foreldre som er for belastet med egne konflikter, kriser eller udekkede behov, og som derfor ikke håndterer foreldrerollen slik de kanskje skulle ønske. Barn som føler at ingen er glade i dem, barn som strever med å finne en mening med tilværelsen, eller barn som daglig må tenke ut strategier for å unngå situasjoner som kan utløse avvisning eller overgrep fra deres omsorgspersoner (Killén, 2012, s.66).

Omsorgssvikt mot barn og unge en av våre store samfunnsutfordringer og en trussel mot folkehelsen. Omtrent 20% av alle barn i Norge har blitt utsatt for en form for omsorgssvikt fra sine nærmeste omsorgspersoner i barndommen (Mossige & Stefansen, 2016, s.9). Barn i alle aldre kan rammes, imidlertid er forekomsten av overgrep høyest hos spebarn og småbarn (Best practice, 2020). Forskning viser at omsorgssvikt kan ha alvorlige konsekvenser for utviklingen av barnets hjerne, utvikling av psykopatologi og for barnets tilknytning til sine omsorgspersoner (Killén, 2012, s. 58). Jo yngre barnet er og jo hyppigere og mer alvorlige overgrepene er, jo større synes konsekvensene å være, spesielt for barn under fem år (Killén, 2012, s. 59; NOU 2017: 12 s. 29). Dette er et vondt tema for mange, det berører oss følelsesmessig, og kan føre til at vi lukker øynene for selv å få det litt bedre. Det er dokumentert at helsepersonell motsetter seg å se og handle, og at det brukes ulike

overlevelsestrategier som bagatellisering, overidentifisering (å tillegge omsorgspersonene positive egenskaper), problemforflytning eller distansering fra barnets lidelser (Halvorsen, Killén & Grøgaard, 2013).

Min interesse for dette temaet ble for alvor vekket etter en forelesning med Dr.philos Trine Klette. Hun klarte å tydeliggjøre viktigheten av at sykepleiere kan gjenkjenne tegn på omsorgssvikt og ulike tilknytningsmønstre hos barn og deres omsorgspersoner. Vi har ellers hatt lite undervisning om temaet omsorgssvikt i vår sykepleierutdanning, og jeg ønsker derfor å tilegne meg mer kunnskap om hvordan jeg som sykepleier kan bidra til å oppdage omsorgssvikt og ivareta disse barna. Under min psykiatripraksis på et Fontenehus ble jeg kjent med flere personer med større utfordringer i voksen alder, og mange hadde en ting til felles: de hadde vært utsatt for ulike typer omsorgssvikt som barn. Erfaringene jeg gjorde meg der gjorde meg mer nysgjerrig og bevisst på omfanget av omsorgssvikt, samt konsekvenser av dette. Jeg ønsker selv å jobbe med barn, og anser derfor denne oppgavens tema som svært nyttig og nødvendig for å øke min kunnskap rundt denne problematikken. Det finnes i dag mye kunnskap om forebyggende arbeid og omsorgssvikt, men kun en liten del benyttes i praksis (Killén, 2019, s.7). Dette ønsker jeg å bidra til å forandre.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere bidra til å oppdage omsorgssvikt hos barn innlagt på sykehus?»

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans

Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge og oppdage omsorgssvikt mot barn og hvordan dette bør håndteres videre. Jeg ønsker samtidig å skape bevissthet rundt omfanget av barn som dessverre opplever omsorgssvikt i Norge i dag, og hvilke konsekvenser dette kan få videre for disse barna.

Barn er de svakeste av de svake, de er sårbare og prisgitt voksenverdenen. Barn som utsettes for vanskjøtsel og mishandling er helt avhengige av at det fins voksne som ser dem og taler deres sak. Det er mitt håp at sykepleiere vil være blant dem som gjør dette, både praktisk og teoretisk (Klette, 1998, s. 24).

I følge barnesykepleier Nina Kynø har sykepleiere en unik mulighet til å oppdage omsorgssvikt og mishandling av barn ved at de kommer så tett på familiene når barn er innlagt på sykehus (Hernæs, 2019). Forskning viser derimot at sykepleiere finner det vanskelig å identifisere og rapportere om omsorgssvikt grunnet usikkerhet og mangelfull kunnskap om temaet (Lines et al., 2017, s. 302; Paavilainen et al., 2002, s. 289, Glasser & Chen, 2006, s. 181; Söderman & Jackson, 2011, s. 49).

Som nevnt tidligere vektlegges undervisning om barn og omsorgssvikt lite i vår sykepleierutdanning (Halvorsen, Killén & Grøgaard, 2013). Å belyse temaet har lenge vært opp til det enkelte studiestedet, og intern opplæring på sykehus er ofte mangelfull og tilfeldig (Skarsaune & Bondas, 2014).

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 57013 saker meldt inn til barnevernet i 2018. Kun 4121 av disse ble meldt inn av helsepersonell og 3096 saker ble innrapportert av skolehelsetjeneste eller helsestasjon. Jeg har vært i kontakt med Statistisk sentralbyrå for å finne tall på hvor mange saker som ble innrapportert av sykepleiere, men tall på dette var dessverre ikke tilgjengelig (Statistisk sentralbyrå, Personlig kommunikasjon. 23. april, 2019). At under 10% av innmeldte saker kommer fra helsepersonell vitner om at vi må ta inn over oss denne problematikken, og samtidig tilegne oss nok kunnskap til å kunne oppdage omsorgssvikt og å være trygge på hvordan en eventuell bekymring skal håndteres videre. Vi må våge å tro på at slike tilfeller kan forekomme i alle møter med barn og deres omsorgspersoner.

1.4 Avgrensning

Oppgaven tar for seg sykepleiere i møte med barn innlagt på sykehus. Problemstillingen knyttes ikke opp mot en spesiell avdeling.

Ordet omsorgssvikt fungerer i denne oppgaven som en fellesbetegnelse for flere typer overgrep, inkludert fysisk og psykisk vold, seksuelle overgrep og vanskjøtsel. Dette fordi barn som utsettes for omsorgssvikt ofte utsettes for flere av disse formene for overgrep (Klette, 1998, s.58; Killén, 2012, s. 33).

Jeg har valgt å konsentrere oppmerksomheten om barn i alderen 0-3 år, men der det er relevant vil kunnskap om eldre barn inkluderes. Oppgaven omhandler barn som er utsatt for omsorgssvikt av sine foreldre eller nærmeste omsorgspersoner. Barn i denne aldergruppen er i den mest avhengige og sårbare perioden i utviklingen (Klette, 1998, s. 14). De minste barna har ikke utviklet evnen til å håndtere og forstå traumatiske hendelser slik eldre barn har, og kan derfor være spesielt sårbare ovenfor skadelige konsekvenser av omsorgssvikt (Kloppen, 2014).

Av praktiske årsaker vil jeg omtale sykepleierne i hunkjønn.

Av samme grunn brukes hovedsakelig ordet omsorgspersoner videre i denne oppgaven da ikke alle barn bor hos sine biologiske foreldre.

Forebyggende arbeid er nødvendig for å kunne hjelpe barna, deres omsorgspersoner og samfunnet. Denne oppgaven vil hovedsakelig ta for seg sekundær forebygging, hvilket innebærer tidlig identifisering av risikofaktorer og å forhindre at identifiserte problemer utvikler seg, og tertiær forebygging som skal minimere konsekvensene av allerede oppståtte problemer (Killén, 2019, s.22).

Tverrfaglig samarbeid kan i mange tilfeller være helt essensielt for å kunne hjelpe barn som er utsatt for omsorgssvikt (Killén, 2012, s.24). Jeg velger likevel å ikke utdype dette i min oppgave grunnet et overordnet sykepleiefaglig fokus.

1.5 Begrepsavklaringer

Omsorgssvikt:

«Foreldre, eller de som har omsorgen for barnet, utsetter det for psykiske og/eller fysiske overgrep eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse er i fare»
(Killén, 2012, s.14)

1.6 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 beskrives anvendt metode, litteratursøk, og en kort presentasjon av utvalgt forskningslitteratur. Videre vurderes litteraturen i avsnittet om kildekritikk.

I kapittel 3 presenteres Virginia Hendersons sykepleieteori og John Bowlbys tilknytningsteorier. Deretter beskrives begrepet «omsorgssvikt», symptomer og risikofaktorer etterfulgt av et avsnitt om barnets utvikling og grunnleggende behov. Videre følger avsnitt om etikk, relevant lovverk og til slutt en presentasjon av utvalgte forskningsartikler.

I kapittel 4 drøftes allerede presentert teori og forskning opp mot oppgavens problemstilling.

Kapittel 5 inneholder en konklusjon.

Helt til slutt følger en litteraturliste med anvendte kilder.

2 Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2014, s. 111).

2.1 Metodebeskrivelse

For å svare på problemstillingen «Hvordan kan sykepleiere bidra til å oppdage omsorgssvikt hos barn innlagt på sykehus» har jeg benyttet meg av en litteraturstudie. Ved bruk av denne metoden innsamles og gjennomgås allerede eksisterende forskning og litteratur på det aktuelle området, for så å drøfte litteraturen opp mot hverandre (Dalland, 2014, s.223).

2.2 Litteratursøk og funn

Litteraturen som er brukt i denne oppgaven er hentet fra fagbøker, fag- og forskningsartikler, ulike tidsskrift og aviser. Jeg har søkt etter relevant litteratur på biblioteket med god hjelp av skolens bibliotekar, i pensumlitteratur, helsebiblioteket og ulike databaser. I tillegg til dette har jeg hentet informasjon fra nettsider som lovdata.no, bufdir.no, og regjeringen.no. Ved hjelp av litteraturlister i relevante studier og artikler har jeg funnet flere gode kilder til nyttig informasjon, forskning og forfattere. Jeg ønsket å få en oversikt over feltet og over norske artikler som omhandler omsorgssvikt mot barn, og søkte derfor etter artikler i blant annet Tidsskriftet.no, Sykepleien.no og Stinesofiesstiftelse.no. Flere interessante fag- og forskningsartikler ble lest, og referansene ble gjennomgått. For å formulere et godt spørsmål og for å finne relevante søkeord, begynte jeg søkeprosessen

med å fylle ut et PICO-skjema. PICO er et nyttig hjelpemiddel med nettopp dette formålet (Strømme, 2019, s.24).

For å få en bredere forståelse av hvordan sykepleierne selv opplever situasjoner hvor det er mistanke om omsorgssvikt og hvordan de håndterer eventuelle bekymringer i praksis, har jeg snakket med en sykepleier ved en barneavdeling på Oslo Universitetssykehus, og en annen sykepleier ved Oslo kommunale legevakt. Formålet var å innhente kvalitativ kunnskap, altså en nyansert beskrivelse av situasjonen sykepleieren befinner seg i. Dette for å få et innblikk i om forskningsresultatene jeg har funnet samsvarer med sykepleiernes faktiske opplevelser av å møte barn utsatt for omsorgssvikt i Norge.

2.3 Søkeprosessen

Jeg har valgt å søke etter forskningsartikler publisert mellom år 2000-2020 for å svare på problemstillingen «Hvordan kan sykepleiere bidra til å oppdage omsorgssvikt hos barn innlagt på sykehus?». Studiene skulle primært omhandle sykepleiere, og resultatene av studien måtte kunne relateres til sykepleiere i møte med barn innlagt på sykehus. Videre skulle studiene representere små barn fra 0-3 år. Grunnet store kulturforskjeller globalt og ulik oppbygning av helsevesenet ønsket jeg at deler av forskningslitteraturen skulle ha nordisk opphav. For å ikke utelukke artikler med den beste kunnskapen om min problemstilling og for å få et overblikk over omfanget av artikler, valgte jeg å begynne søkeprosessen med få søkeord for deretter å spisse søket ytterligere. Jeg leste mange sammendrag underveis, og flere artikler ble nøye vurdert for å finne studier som tilfredstilte mine søkekriterier.

Database	Søkeord	Treff	Utvalgte artikler
PubMed	«child abuse» AND «nurse» «child abuse» AND «nurse» AND «neglect» «Child abuse» AND «nurse» AND «detect» AND «hospital»	994 147 74	«Integrative review: nurses roles and experience in keeping children safe». (Lines, Hutton & Grant, 2017) og «Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect» (Glasser & Chen, 2006)
SweMed+	«Child abuse» AND «nurse»	24	“Barn som far illa i sin hemmiljø, BVC-sjukskoterskors opplevelser av att möta och hjälpa barnen» (Söderman & Jackson, 2011)
IDUNN	«Sykepleier» AND «omsorgssvikt»	19	Ingen utvalgte forskningsartikler
Cinahl	“child maltreatment” OR “child abuse” OR “neglect” AND “nurse” AND “identification” OR “detection” Det ble huket av for “research article”	99	“Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital (Paavilainen et al., 2002)

Søk i Oria og Google Scholar resulterte ikke i noen utvalgte studier.

2.4 Introduksjon til valgt litteratur

I dette avsnittet vil forskningsartiklene som ligger til grunn for besvarelsen av problemstillingen «Hvordan kan sykepleiere bidra til å oppdage omsorgssvikt hos barn innlagt på sykehus?» introduseres. I tillegg til dette vil jeg også gi en kort presentasjon av de bøkene som er mest sentrale i min besvarelse.

«Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe» (Lines, Hutton & Grant, 2017). En australsk litteraturgjennomgang med mål om å identifisere sykepleieres rolle og erfaring med å holde barn trygge. Tre hovedfunn fremgår av studien; utilstrekkelig kunnskap blant sykepleierne, et ønske om støtte og bekreftelse ved mistanke om omsorgssvikt, og utfordringer ved balansering av støtte versus overvåking av omsorgspersonene. Funnene bidrar til forståelse av hva som kan ligge til grunn for at omsorgssvikt ikke oppdages eller at bekymringer ikke blir meldt videre.

«Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect» (Glasser & Chen, 2006). I denne israelske studien fra 2006 var målet å kartlegge helsepersonells kunnskap om sykehusets retningslinjer samt deres holdninger og atferd ved mistanke om omsorgssvikt. Helsearbeiderne rapporterte om at de ønsket mer kunnskap på området, for lettere å kunne samtale med barna og deres omsorgspersoner. På tross av en følelse av mangelfull kunnskap, forsøkte 94,7% av deltakerne å avklare omstendighetene rundt mistanke om vold eller omsorgssvikt.

«Barn som far illa i sin hemmiljø, BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen» (Söderman & Jackson, 2011). En svensk studie som beskriver 6 helsesykepleiere sine erfaringer i møte med barn mellom 0-6 år utsatt for omsorgssvikt. Helsesykepleiernes tilbakemeldinger om blant annet avgjørende støtte fra kolleger, typiske tegn på omsorgssvikt og deres egne følelser er alle nyttige erfaringer for besvarelsen av min problemstilling.

«Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital»

(Paavilainen et al., 2002). Denne finske studien gjør rede for hvordan sykepleiere selv mener de er i stand til å identifisere omsorgssvikt mot barn. Studien belyser utfordringer ved identifisering av omsorgssvikt hos barn som er innlagt på sykehus, hvilket gjør den relevant for min problemstilling. Videre beskrives tegn på omsorgssvikt, i tillegg til bekymringsverdige oppførsel hos barnets omsorgspersoner.

“Sveket 1, Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner” (Killén, 2012). Kari Killén er utdannet sosionom og dr.philos. Hun har forsket på omsorgssvikt i nærmere 60 år, og i den senere tiden også på tilknytning og metodeutvikling for forebyggende arbeid. Formålet med denne boken er å øke leserens kunnskap om hvordan vi så tidlig som mulig kan identifisere risikofaktorer for omsorgssvikt samt signaler som barn og voksne sender ut. Samtidig ønsker Killén å formidle viktigheten av at vi som sykepleiere våger å møte dette problemområdet. Foreldre-barn-samspill, tilknytningsteorier, utviklingspsykologi og nevrobiologi er blant temaer som er aktuelle for min problemstilling. Kunnskapen i boken er forskningsmessig forankret og gir leseren et godt faglig-etisk grunnlag (Killén, 2012, s.22-25).

«Hvem ser barnet? Vanskjøtsel, helse og sykepleie» (Klette, 1998)

Trine Klette er sykepleier og førsteamanuensis ved fakultet for helsefag, VID vitenskapelige høgskole. I denne boken ønsker Klette å forstå hvordan vanskjøtsel av barn kan forstås i et sykepleiefaglig perspektiv. Hensikten med boken er å klargjøre hvordan sykepleiere bør forholde seg ved mistanke om vanskjøtsel, og hva de kan bidra med for å forebygge og hjelpe (s.13). Samtidig ønsker forfatteren å skape et engasjement på området. Boken belyser forhold som sykepleiere berøres av og gir et bilde av virkeligheten som for mange er vanskelig å forstå (s. 129). Klette har også skrevet doktorgradsavhandlingen «Tid for trøst - En undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner» som jeg benytter i denne besvarelsen (NOVA-rapport 2007:17).

2.5 Kildekritikk

I dette avsnittet vil jeg gjøre rede for den utvalgte litteraturen som er benyttet for å svare på problemstillingen «Hvordan kan sykepleiere bidra til å oppdage omsorgssvikt hos barn innlagt på sykehus?».

«Kildekritikk er metoder som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kilder som benyttes» (Dalland, 2012, s. 67). For å vurdere artiklene og forsikre meg om at de er gyldige, troverdige og at de belyser problemstillingen min, har jeg benyttet meg av sjekklister fra helsebiblioteket.no og boken «Metode og oppgaveskriving» (Dalland, 2014) som hjelpemidler.

Forskningsartiklene jeg har valgt å bruke i denne oppgaven har alle et sykepleiefaglig perspektiv, hvilket gjør innholdet overførbart til min problemstilling. Studiene er publiserte i anerkjente tidsskrift, og de har alle blitt skrevet av kvalifiserte fagpersoner. Den nyeste studien jeg har valgt å bruke i denne oppgaven ble publisert i 2017 og den eldste i 2002. Jeg anser dette som relativt ny forskning, men er klar over at resultatene kunne blitt noe annerledes dersom de eldste studiene hadde blitt gjennomført i dag. De utvalgte studiene er fra Sverige, Finland og Israel, samt en systematisk litteraturgjennomgang med 60 studier fra 16 ulike land. Studiene fra de nordiske landene vurderer jeg som sammenlignbare med Norge, da de har lignende standard i helsevesenet, og kulturen er tilnærmet lik vår. Helsepersonell i Australia og Israel har som i Norge, plikt til å melde ifra om omsorgssvikt mot barn (Lines et. al. 2016 s. 303; Glasser & Chen, 2006, s. 179). På tross av disse likhetene kan det likevel være elementer som gjør at informasjonen kan bli feilaktig i overføringen. Studier viser at forekomsten av omsorgssvikt er noe lavere i de nordiske landene enn internasjonalt, dette vil bli tatt hensyn til der det er nødvendig (Augusti, 2019, s. 26).

Metodene i de ulike forskningsartiklene jeg har benyttet meg av i denne oppgaven, består av én systematisk litteraturgjennomgang, én kvalitativ, én kvantitativ studie og én triangulert studie (kvalitativ og kvantitativ). Denne sammensetningen av forskningsmetodikk bidrar til et bredt kunnskapsgrunnlag for oppgaven. Jeg gjør oppmerksom på at det kan ha oppstått

misforståelser eller feiltolkninger i min tolkning av forskningsartikler som ikke er skrevet på norsk.

Ved bruk av blant annet fagbøker har det blitt benyttet sekundærlitteratur der primærkilden ikke har vært tilgjengelig, hvilket kan gjøre at innholdet i teksten allerede har blitt noe fortolket. På tross av at boken "Hvem ser barnet" (Klette, 1998) er 22 år gammel, finner jeg innholdet fremdeles høyaktuelt. Jeg har ikke funnet andre bøker jeg mener kan erstatte kunnskapen i denne boken.

Artikkelen «Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe» (Lines, et al., 2016) er en systematisk litteraturgjennomgang som har sammenlignet 60 internasjonale artikler fra 16 forskjellige land. Her vil ikke alle studiene være direkte overførbare til Norge på grunn av ulikheter i helsevesenets oppbygning, kulturforskjeller, prosedyrer, lover og omfang av omsorgssvikt. Enkelte av studiene har inkludert andre profesjoner i tillegg til sykepleiere, dette vil kunne påvirke resultatet av studien.

I studien "Barn som far illa i sin hemmiljö – BVC-Sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen" (Söderman & Jackson, 2011) har 6 barnesykepleiere blitt intervjuet. Dette lave antallet informanter vil ikke kunne representere et statistisk signifikant utvalg. På tross av at informantene arbeidet på barnvårdcentraler (tilsvarende helsestasjoner i Norge) finner jeg resultatene relevante for denne oppgaven. Deres erfaringer i møte med barna ser jeg på som overførbare til sykepleieres møte med barn på sykehus ved at de gir en økt forståelse for utfordringer i møte med barn som utsettes for omsorgssvikt av sin nærmeste familie.

«Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect» (Glasser & Chen, 2006) Respondentene i denne studien er alle frivillige deltagere i undersøkelsen, hvilket kan bety at deltakerne i utgangspunktet kan ha hatt et bevisst forhold til temaet omsorgssvikt. Deltakerne arbeider alle på samme sykehus, men ved ulike avdelinger, noe som kan påvirke deltakernes erfaring og kunnskapsgrunnlag om omsorgssvikt og prosedyrer. Safra Children's hospital har klare retningslinjer for henvisning ved mistanke om vold og omsorgssvikt mot barn (s. 180), andre studier tyder på at dette ikke er standard ved alle sykehus.

«Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital»

(Paavilainen et al, 2002) På tross av at denne studien er 18 år gammel finner jeg den relevant for min problemstilling, men jeg vil ta hensyn til at kunnskap om omsorgssvikt og barns utvikling har økt i takt med nyere forskning på området. De 317 informantene i studien arbeidet alle ved samme sykehus, dette vil kunne være en svakhet da informantene kan ha blitt påvirket i samme retning av miljø, læringssituasjoner eller ledelsen ved sykehuset.

3 Teori

I dette kapitlet presenteres Virginia Hendersons sykepleieteori og John Bowlbys tilknytningsteorier. Deretter følger en kort beskrivelse av ulike former for omsorgssvikt, tegn og symptomer på disse, samt kort om risikofaktorer. Videre følger et avsnitt om barnets utvikling og grunnleggende behov, etterfulgt av relevant etikk og aktuelle lover, og til slutt presenteres den utvalgte forskningslitteraturen som har blitt benyttet i denne oppgaven.

3.1 Virginia Hendersons sykepleieteori

For å definere sykepleierens funksjonsområder og sykepleiefagets ansvarsområde har jeg valgt å benytte meg av Virginia Hendersons behovsteori (Kristoffersen, 2011, s.208). Jeg finner innholdet overførbart til situasjoner hvor sykepleiere møter mishandlede barn innlagt på sykehus.

Virginia Henderson (1897-1996) var en av de første sykepleierne som ønsket å beskrive sykepleierens særegne funksjon og fagområde. Hendersons definisjon av sykepleie beskriver hvordan sykepleieren bør hjelpe mennesker, både syke og friske, til å ivareta sine grunnleggende behov og å gjenvinne sin selvstendighet. Med utgangspunkt i psykologen A. Maslows behovshierarki ved utformingen av menneskers grunnleggende behov, identifiserte hun behovene som følger: «Mat, hus, kjærlighet, anerkjennelse, følelsen av å være til nytte og gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den medmenneskelige sammenheng» (Kirkevold, 1998, s.101).

I tillegg til sykdom kan mangel på kunnskap, krefter eller vilje være grunn til å behøve hjelp med å ivareta disse behovene (Kristoffersen, 2011, s.225). Disse begrepene kan i denne sammenheng forstås som foreldrenes intellektuelle kapasitet, fysiske kapasitet og følelsesmessige kapasitet (Klette, 1998, s.96). Henderson beskrev fjorten punkter som hun

mente var sykepleierens grunnleggende gjøremål. Av disse punktene vil jeg trekke frem de jeg finner mest relevante for denne oppgaven:

Å hjelpe pasienten med å:

2: spise og drikke tilstrekkelig

3: få fjernet kroppens avfallsstoffer

5: sove og hvile

6: velge passende klær, og kle av og på seg

8: holde kroppen velstelt og å beskytte hud og slimhinner

9: unngå farer fra omgivelsene og å unngå å skade andre

10: få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser

12: arbeide med noe som oppleves meningsfullt og skapende

14: lære, oppdage og tilfredsstill sin nysgjerrighet på en slik måte at det fremmes normal utvikling og helse

(Kirkevold, 1998, s.103)

Et fundamentalt premiss for å utøve adekvat sykepleie, er i følge Henderson menneskets evne til å oppfatte pasientenes behov. Barn, og da spesielt barn utsatt for omsorgssvikt, vil som regel måtte ha hjelp til de fleste av punktene over, og Henderson understreker at pårørende er viktige for å møte pasientens behov. Ved omsorgssvikt vil sykepleieren i mange tilfeller kunne oppdage at omsorgspersonene ikke behersker å dekke disse behovene, og hennes rolle er derfor å gjøre sitt ytterste for å forstå barnas opplevde behov og tilrettelegge for at behovene blir ivaretatt (Kirkevold, 1998, s.107-108).

3.2 Tilknytningsteori

Tilknytning kan defineres som «et varig emosjonelt bånd som forener et barn med en omsorgsperson over tid og på tvers av fysisk avstand» (Smith, 2006, s.141). Ved god kunnskap om tilknytningsteori og ulike tilknytningsstrategier kan man ved nøyaktig observasjon få et godt bilde av et barns tilknytningsstrategi. Dette kan gjenspeile barnets

opplevelse av trygghet fra sine nærmeste omsorgspersoner (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011, s.20).

Moderne tilknytningsteori har sitt utgangspunkt i den britiske barnepsykiateren John Bowlby (1907-1990) sitt arbeid. Etter at Bowlby utviklet og lanserte sin tilknytningsteori i 1958, har hans teori blitt mye brukt i nyere forskning. Tilknytning er nå et av områdene innen utviklingspsykologi det gjøres mest empirisk forskning på (Berg-Nielsen, 2008, s.196). Bowlbys teori var særlig basert på direkte observasjoner av foreldre- og barn-samspill og omhandlet barns atferd, spesielt under stress og ved atskillelse fra sin nærmeste tilknytningsperson. Bowlby la frem en hypotese om at alle barn vil knytte seg til sine omsorgspersoner basert på deres grad av sensitivitet og tilgjengelighet i samspill med barnet (Klette, 2007, s.26). På grunnlag av dette utvikler de aller fleste barn en tilknytningsstrategi for å oppnå en maksimal følelse av trygghet og beskyttelse (Klette, 2007, s.28). Etableringen av barns grunnleggende trygghet og tilknytning til deres omsorgspersoner skjer hovedsakelig i barnets første leveår (Killén, 2012, s.118). På bakgrunn av Bowlby og hans samarbeidsparter Mary Ainswoth sitt arbeid, er det påvist fire ulike tilknytningsmønstre:

3.2.1 Trygg tilknytning

Barn med trygg tilknytning til sin nærmeste omsorgsperson vil vise sine følelser åpent i samspillet med denne, i motsetning til barn med utrygg unnvikende tilknytning. De bruker mor som en trygg base for trøst, og utforsker og leker ut fra denne basen. Disse barna liker ofte ikke at mor må gå, som ved levering i barnehagen, men er fornøyde og lar seg trøste når mor kommer tilbake (Killén, 2012, s.120). Ingen barn liker at mor går fra dem, og forskning viser at trygge barn reagerer like sterkt på å bli gått fra som de utrygge (T. Klette, personlig kommunikasjon, mai 2020). Forutsigbare og empatiske omsorgspersoner forbindes med etablering av trygg tilknytning (Klette, 2007 s. 31).

3.2.2 Usikker unnvikende tilknytning

Barn med usikker, unnvikende tilknytning vil reagere og protestere lite når mor går, og vil unngå eller overse henne når hun kommer tilbake. Barnet skjuler sine følelser for den

nærmeste omsorgspersonen og unngår å søke trøst hos denne. Grunnen til dette kan være at barnet tidligere har opplevd avvisning, følelsesmessig utilgjengelighet, invadering eller tilbaketrekning fra mor og barnet har dermed lært at trøst ikke vil bli gitt (Killén, 2012, s.120; Klette 2007, s.33). I følge Killén er veloppdragne, snille barn som tilpasser seg og ikke protesterer, ikke sunne barn. Hun sier de derimot har lagt lokk på sine følelser frem til de opplever en eventuell krise, som de følgelig vil håndtere dårlig (Jonassen, 2016).

3.2.3 Usikker ambivalent tilknytning

Barn med usikre ambivalente tilknytningsstrategier karakteriseres ved en demonstrativ og konfliktfylt atferd ovenfor mor. Av frykt for å ikke oppnå tilstrekkelig trøst og beskyttelse forsterkes uttrykkene for negative følelser, dette for å holde på mors oppmerksomhet til enhver tid. Ved atskillelse er disse barna ekstremt fortvilte samtidig som de vanskelig lar seg trøste når mor kommer tilbake. Denne strategien utvikles når omsorgspersonen er uforutsigbar når det gjelder sensitivitet, tilgjengelighet, avvisning og invadering (Klette, 2007, s.33-34; Killén, 2012, s.121).

3.2.4 Desorganisert tilknytning

Desorganisasjon betegner mangel på en organisert tilknytningsstrategi og kan utvikles når barn blir utsatt for alvorlige overgrep eller vanskjøtsel (Klette, 2007, s.37). Barnet viser en bred dimensjon av adferd ved adskillelse og gjenforening, oppfører seg på selvmotsigende måter og er usikker ovenfor sin omsorgsperson. Barnet er helt avhengig av sin omsorgsperson for beskyttelse og trøst, men kan samtidig frykte denne personen (Killén, 2012, s.122).

3.3 Omsorgssvikt

«Med omsorgssvikt forstår vi at foreldre eller de som har omsorgen for barnet påfører det fysisk eller psykisk skade eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske

helse og utvikling er i fare» (Kempe, 1979, gjengitt fra Killén, 2012, s.14).

Det deles ofte inn i fire former for omsorgssvikt: Vanskjøtsel, fysiske overgrep, psykiske overgrep og seksuelle overgrep. Barn som utsettes for omsorgssvikt blir ofte offer for flere av disse formene (Killén, 2012, s.33).

3.3.1 Vanskjøtsel

Vanskjøtsel er den vanligste formen for omsorgssvikt mot barn, men kan også være den vanskeligste å oppdage. Vanskjøtsel kan være mangel på fysisk omsorg, omsorgspersoner som ikke engasjerer seg følelsesmessig positivt i barnet eller at barnets kognitive, emosjonelle eller sosiale behov ikke dekkes (Killén, 2012, s.32).

Det finnes to former for følelsesmessig vanskjøtsel; Den ene er åpenbar og synlig ved at barna blant annet kan se ustelte eller tynne ut, den andre er mindre synlig ved at de fysiske tegnene på omsorgssvikt tildekkes. Et eksempel på sistnevnte kan være barn som får mat i stedet for kjærlighet (Killén, 2012, s.36).

3.3.2 Fysiske overgrep

«Fysisk vold mot barn er handlinger som kan føre til fysisk eller psykologisk skade, død, skjevutvikling, sykdom eller tap av ferdigheter, eller har som formål å påføre barnet smerte» (Bufdir, 2018). Fysisk vold kan innebære å slå, sparke, banke opp, riste, bite, kvele, skålde eller brenne og forgifte (Kloppen, Mæhle & Kvello, 2015, s. 52).

3.3.3 Psykiske overgrep

Psykiske overgrep kan i følge Killén defineres som en kronisk holdning eller handling hos barnets omsorgsgiver, som er ødeleggende for utviklingen av et positivt selvbilde hos barnet. Barnet lever med en kronisk bekymring for om det vil bli ivaretatt (2012, s.41), og vil også kunne føle frykt, avmakt, skyld, skam, eller det å ikke være elsket og ønsket (Bufdir, 2018).

Eksempler på psykisk vold er trusler om å forlate barnet, avvisning og ignorering, latterliggjøring og nedsettende utsagn, trusler om å skade dyr eller ting som er av stor

betydning for barnet og barn som er vitne til vold i hjemmet (Bufdir, 2018; Paavialinen et al., 2002, s. 288).

3.3.4 Seksuelle overgrep

Ved seksuelle overgrep involveres barna i seksuelle aktiviteter de ikke har forutsetning for å forstå rekkevidden av eller gi samtykke til. De er hverken emosjonelt eller utviklingsmessig modne nok for disse handlingene (Kloppen et al. 2015; Killén, 2012, s.53). Det dreier seg om et grunnleggende svik, oftest fra en omsorgsperson eller en barnet har tillit til og er avhengig av for å få dekket følelsesmessige og fysiske behov i det daglige. Større barn kan oppleve trusler fra overgriperen, som at han kan skade de barnet er glade i, og de vil derfor føle seg tvunget til å ikke fortelle (Killén,2012, s. 53).

3.3.5 Tegn og symptomer på omsorgssvikt

Omsorgssvikt er et sammensatt og smertefullt fenomen. Vanskjøtsel, psykiske- og seksuelle overgrep er ofte subtile diagnoser som kan forekomme over lengre tid og med vage, tvetydige symptomer (Caneira & Myrick, 2015). Disse formene for omsorgssvikt opptrer ofte samtidig, og jeg velger derfor å ikke kategorisere symptomene som er listet opp nedenfor (Killén, 2012, s.33; Klette, 1998, s.58).

- Uegnet påklædning og dårlig hygiene og tannhygiene
- Barn som ikke er mottakelige for trøst
- Feilernæring
- Angst
- Hyppige, ubehandlede fysiske plager, uforklarlige skader og uforklarlige magesmerter
- Brennermerker, brudd eller blåmerker på unormale steder. Blåmerker hos spedbarn som ikke kan forflytte seg
- Påfallende gråt, sutring eller sjenanse
- Sengevæting, enkoprese (avføringslekkasje), smerter i underlivet eller kroniske urinveislidelser
- Rugging (forsøk på selvtrøsting), hodedunking eller selvskading

- Stammering eller taushet
- Seksualisert utagering
- Mangelfull språkutvikling
- Frykt for fysisk berøring
- Uro, vandring, klamring eller «overlydige» barn
- Manglende glede og spontanitet i omgang med andre

(Klette, 1998, s. 65-72; Kynø et al. 2015; Paavilainen et al., 2002, s.288)

Det er verdt å nevne at barn kan ha vært utsatt for overgrep uten å vise hverken tegn eller reaksjoner på dette, ofte vises kun endringer i atferd eller sinnsstemning (Kynø et al., 2015).

3.3.6 Risikofaktorer for omsorgssvikt

Særlig utsatt for omsorgssvikt er barn i familier hvor det er rusmisbruk eller alvorlig psykisk lidelse. I Norge lever ca. 410.000 barn med omsorgspersoner med en psykisk lidelse, og 90.000 barn har omsorgspersoner som misbruker alkohol (NOU 2017: 12, s. 28).

Andre risikofaktorer er barn som har omsorgspersoner med lav sosioøkonomisk status, kognitiv funksjonsnedsettelse, barn i isolerte trossamfunn, enslige mindreårige asylsøkere, barn i voldelige hjem, og barn som oppfattes annerledes enn de er. Et eksempel på sistnevnte er «Münchenhausen by proxy»-syndromet, hvor foreldrene tillegger barnet en sykdom eller diagnose, eller aktivt påfører barnet symptomer, slik at barnet ofte må undersøkes av leger og helsepersonell (Killén, 2012, s.43; NOU 2017: 12, s.28; Killén, 2019, s.87-88). Forskning viser at omsorgspersoner som selv har hatt en utrygg barndom, vil kunne ha vanskeligheter med å gi adekvat omsorg videre til egne barn (Klette, 2007, s.20).

3.4 Barnets utvikling og grunnleggende behov

Sykepleiere bør ha kunnskap om barns utvikling og grunnleggende behov for å kunne gi adekvat hjelp ut i fra barnets alder (Klette, 1998. s.48; Grønseth & Markestad, 2011, s.25).

Barnets utvikling bestemmes av arv og miljø, i vid forstand. Faktorer som kan påvirke

barnets utvikling i negativ retning kan være uheldige påvirkninger i fosterlivet, kronisk omsorgssvikt, mishandling eller sykdom. Slike langvarige påkjenninger kan føre til endringer i strukturen i hjernen, som betyr en endring av tanke- og reaksjonsmønstre. Dette kan igjen føre til atferds- og lærevansker, samt svekket psykisk og/eller fysisk helse senere i livet. Det er verdt å merke seg at en sykehusinnleggelse ofte medfører ubehag og stress for barna, og at de derfor vil kunne fungere på et lavere utviklingsstrinn enn det alderen skulle tilsi (Grønseth & Markestad, 2011, s.55).

3.4.1 Utviklingsmessige særtrekk

0-1 år:

- Barnet er helt avhengig av en varm og tilgjengelig omsorgsperson, som regel moren.
- Barnet utviklet et grunnleggende tilknytningsmønster på grunnlag av samspillet med omsorgspersonen.
- Barnet utvikler separasjonsangst og fremmedfrykt fra ca. 7 måneder.
- Rutiner vil hjelpe barnet med å se sammenhenger.
- Frykt for blant annet smerte og høye lyder.
- Barnet utforsker verden og har behov for fysisk aktivitet.
- Gradvis utvikles selvfølelse og en opplevelse av kontakt og felleskap.

1-3 år:

- Separasjonsangst, skepsis til fremmede og frykt for å bli forlatt er sterk.
- Klare grenser og rutiner skaper trygghet.
- Egosentrisk: får lett skyldfølelse og tolker det som skjer i lys av seg selv.
- Konkret tankegang og dårlig utviklet tidsbegrep.
- Det utvikles selvstendighet, nysgjerrighet og en stor trang til aktivitet.
- Frykt for det ukjente, som nåler, skader på kroppen eller innskrenket fysisk aktivitet.

2-4 år:

- Barn som tidligere har hatt en negativ opplevelse til f.eks. et sykehusopphold kan ikke forholde seg til den faktiske situasjonen, men til det de har opplevd tidligere.
- Barna utvikler språk, men kan fortsatt ikke formidle en sammenhengende historie.

- Impulsstyrte handlinger. Oppdager først konsekvenser etter at handlingen er utført.
- Emosjonell og egosentrisk logikk.
- Barn som opplever trusler, vil ha en overstyrende trang til å søke beskyttelse hos sine omsorgspersoner fremfor å utforske verden. Dette er spesielt fremtredende hos barn opptil tre år.
- Magisk tenkning: problemer med å skille fantasi fra virkelighet, barnet kan tro at noe som skjer er en følge av noe barnet har tenkt eller ønsket.
- Animisme (Leker og dyr kan få menneskelig karakter, og føle det barnet føler).

(Grønseth og Markestad, 2011, s.59; Eide&Eide, 2011, s.362; Klette, 2007, s.29).

3.4.2 Barnets grunnleggende behov

Med utgangspunkt i Virginia Hendersons oversikt over menneskets grunnleggende behov og Abraham Maslows behovspyramide, fremstiller Klette barns grunnleggende behov slik:

Fysiologiske behov: Sunn ernæring, jevnlig eliminasjon av urin og avføring, balanse mellom aktivitet/hvile, sikkerhet, stimulering, hygiene, hensiktsmessig påkledning, medisinsk tilsyn.

Psykologiske/ følelsesmessige behov: Tilknytning, berøring, stimulering, trøst, omsorg, trygghet, respekt, annerkjennelse.

Sosiokulturelle behov: Sosial læring, tilpasning, selvstendigjøring, samhandling, språklig utvikling, utdanning, rollefunksjon/identitet (Klette, 1998, s.82).

3.5 Etikk

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Sykepleiere i møte med utsatte barn og deres omsorgspersoner vil møte på ulike etiske utfordringer. Et redskap for både faglig argumentasjon og som en veileder til hvordan sykepleieren kan handle i praksis, er de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2019). Retningslinjene bygger på menneskerettighetene, utarbeidet av FN, og er pålagt av sykepleiere selv, for lettere å kunne skille rett fra galt i egen yrkesutøvelse (Brinchmann, 2014, s.100).

I etiske utfordrende situasjoner kan sykepleierne benytte de fire prinsippers etikk:

Velgjørenhet – Plikten til å gjøre godt for andre

Ikke-skade prinsippet – Plikten til å ikke skade andre

Autonomi – Plikten til å respektere autonome personers beslutninger.

Rettferdighetsprinsippet – Plikten til å behandle like tilfeller likt og til å fordele ressurser rettferdig

De ulike prinsippene bør likestilles og avveies, slik at man i hvert enkelt tilfelle vurderer de ulike prinsippene opp mot hverandre (Brinchmann, 2014, s. 85). En sykepleier som mistenker omsorgssvikt mot et barn, må kanskje tilsidesette prinsippet om autonomi, om barnet ikke er gammelt nok til å ta egne beslutninger.

3.6 Lovverk

Under presenteres relevante lover for sykepleiere i møte med barn utsatt for omsorgssvikt.

Helsepersonelloven (1999)

§ 33 Paragrafen omhandler helsepersonells plikt til å melde fra til barneverntjenesten ved mistanke om omsorgssvikt eller vold mot barn. Paragrafen ble oppdatert 1. juli 2018 med mål om å tydeliggjøre helsepersonells plikter og å gjøre det lettere å vurdere om når man skal melde saken videre til barnevernet (Hofstad, 2018).

§ 31: Plikt til å varsle politi og nødteater for å avverge alvorlig skade på person og eiendom.

§ 39: Plikt til å føre journal.

Barnevernloven (1992)

§ 6-4. Meldeplikt til barneverntjenesten, uten hinder av taushetsplikt.

§ 6-7 omhandler taushetsplikten, §6-7a tilbakemelding til melder.

Straffeloven (2005)

§ 139: Avvergeplikten; plikt til å melde om straffbare handlinger, herunder vold eller annen type omsorgssvikt.

3.7 Presentasjon av forskningsartikler:

Her presenteres fire utvalgte forskningsartikler som utgjør hovedvekten av forskningsgrunnlaget for oppgaven.

3.7.1 Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. (Lines, Hutton & Grant, 2016)

Denne australske, systematiske litteraturgjennomgangen har som mål å identifisere sykepleieres rolle og opplevelser med å holde barn trygge. 60 studier fra 16 ulike land er inkludert. Resultatet viser at sykepleiere ofte føler at de har mangelfull kunnskap for å identifisere og iverksette tiltak ved mistanke om omsorgssvikt. Videre ønsket de bekreftelse fra medarbeidere på legitimiteten til deres bekymringer, og tilbakemeldinger etter rapportering til barnevernstjenesten. Dette var viktig for at sykepleierne handlet ved mistanke om omsorgssvikt. Studien belyser også utfordringer ved balansering av støtte og overvåkning av barnets omsorgspersoner. Mange sykepleiere var redde for å ødelegge et allerede godt forhold til barnets omsorgspersoner ved å overvåke familiene og å rapportere bekymringer videre. Å rapportere overgrep kunne av mange oppleves mer som å straffe omsorgspersonene enn å faktisk hjelpe barnet, dette på tross av at de fleste sykepleierne forsto hvilket ansvar de hadde for å ivareta barna. Ytterligere forskning er nødvendig for å få

svar på om utdanning fremfor opplæring vil øke sykepleiernes kompetanse og selvsikkerhet i møte med de utsatte barna og deres familier.

3.7.2 «Barn som far illa i sin hemmiljö. BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen. (Söderman & Jackson, 2011)

En svensk, kvalitativ studie fra 2011, med mål om å få innblikk i barnesykepleieres erfaringer fra møter med utsatte barn og deres foreldre. 6 barnesykepleiere i alderen 45-64 år fra ulike områder i Sverige ble intervjuet. Alle hadde mer enn 3 års arbeidserfaring med barn fra 0-6 år. Undersøkelsen viser at barnesykepleierne ofte opplevde at det føltes tøft og vanskelig i møte med barna og deres familier og at de ble følelsesmessig preget av situasjonen.

Deltakerne mente at det kunne medføre risiko for underrapportering og mindre fokus på barnet dersom deres egne følelser ikke ble tatt hensyn til. Fem av seks barnesykepleiere fortalte om en magesfølelse de ofte fikk ved mistanke om omsorgssvikt, imidlertid viser forskning fra studien at dette kan være misvisende. Videre fremkommer det av studien at erfaring i å møte disse barna gir en større selvsikkerhet ved håndtering av slike saker, noe som igjen gir bedre forutsetninger for at barna får den hjelpen de trenger. Intervjuobjektene oppga støtten fra kolleger som en viktig faktor for innrapportering ved bekymring.

3.7.3 «Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect» (Glasser & Chen, 2006)

Dette er en kvantitativ studie fra 2006, utført på Safra Childrens Hospital i Israel. Et spørreskjema ble utdelt på flere ulike avdelinger til 82 helsearbeidere, hvorav 39 var sykepleiere. Målet var å kartlegge helsepersonells kunnskap om sykehusets retningslinjer, samt deres holdninger og atferd ved mistanke om omsorgssvikt. Resultatet av studien viser at over nesten halvparten av deltagerne følte seg ukomfortable ved SCAN (suspicion of child abuse and neglect) grunnet mangelfull kunnskap og frykt for å såre barnas følelser rundt håndteringen av denne problematikken. 9,8 % rapporterte også om frykt for egen sikkerhet

dersom de skulle diskutere bekymringen med en foresatt. I tillegg ble mangel på tid, lav bemanning, liten tro på at barna ville samarbeide, og kulturelle og språklige utfordringer oppgitt som grunner til at det var vanskelig å snakke med barna og deres omsorgspersoner om bekymringen. På tross av dette oppga 94,7% av deltagerne at de følte et ansvar for å avklare indikasjoner på omsorgssvikt og 86% var klar over sykehusets retningslinjer rundt rapportering ved SCAN.

3.7.4 «Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital» (Paavilainen et al., 2002)

En finsk, triangulert studie fra 2002 med 317 deltakere, hvorav 91% var kvinner, og av dem 69% sykepleiere. Ved hjelp av et spørreskjema ønsket Paavilainen et al. å kartlegge hvilke faktorer som opplevdes som utfordrende eller enkle ved identifisering av omsorgssvikt hos barn innlagt på sykehus. Resultatene viser at ca. halvparten av sykepleierne fant identifisering av omsorgssvikt vanskelig. Lite erfaring, mangelfull kunnskap, at omsorgssvikt og det at sykepleierne ikke våget å tro på at det de oppdaget var sant, er blant grunner til dette. To tredjedeler av sykepleierne mente de kunne identifisere omsorgssvikt, og de tydeligste tegnene på omsorgssvikt ble beskrevet som frykt, brudd, flere blåmerker og hyppige skader hos barnet, i tillegg til omsorgspersonenes oppførsel.

4 Drøfting

For å svare på problemstillingen «Hvordan kan sykepleiere bidra til å oppdage omsorgssvikt hos barn innlagt på sykehus?» vil jeg drøfte funn fra utvalgt forskning og litteratur opp mot teorien i kapittel tre.

Det er uklart hvor mange barn som opplever omsorgssvikt eller mishandling av sine nærmeste omsorgspersoner i Norge i dag. Det vi vet, er at det er store mørketall (Kloppen et al., 2015, s. 52). Tall fra en nordisk litteraturstudie viser at 7-12,5% av barn har opplevd å være vitne til vold i hjemmet, 3-9% har opplevd grov mishandling og opp mot 15% av barn under 12 år er utsatt for vanskjøtsel (Kloppen et al., 2015, s.51-52). 21 % av barn og unge i Norge har opplevd mindre alvorlig vold fra minst en forelder (Bufdir, 2018). Disse tallene finner jeg svært oppsiktsvekkende da dette kan bety at mer enn to av ti barn i Norge opplever mishandling eller omsorgssvikt. Hvis så, tilsvarer dette over 200.000 barn.

I barneombudets rapport «Hadde vi fått hjelp tidligere, hadde alt vært annerledes» (2018) forteller 37 barn og unge i alderen 4-23 år sine historier. Vi kan blant annet lese om en jente som ved to anledninger hadde vært på legevakten, en gang med kutt i ansiktet, den andre gangen med panikkanfall. Ingen forsøkte å snakke med henne om årsak til skadene. Hun ble senere innlagt på sykehus med udefinierbare magesmerter og var innlagt i en uke uten at noen oppdaget at hun ble utsatt for vold av sin egen far. Dette er en oppsiktsvekkende og vond historie, og den er dessverre en av mange. Flere barn forteller om opplevelser av å bli sviktet to ganger. Først av sin nærmeste familie gjennom vold og overgrep, deretter av helsevesenet eller av andre voksne som de håpet kunne gi dem hjelp (Barneombudet, 2018).

Sykepleiere på sykehus er godt posisjonerte for å oppdage omsorgssvikt mot barn. De kommer nært familiene og kan både observere barnet alene og dets tilknytning til sine omsorgspersoner (Lines et al., 2017, s. 302). I historien over burde følgelig tilfellet av omsorgssvikt vært oppdaget. Så enkelt er det ikke.

Forskningen som ligger til grunn for denne oppgaven viser at sykepleiere ofte er ukomfortable i møte med barna og deres familier grunnet usikkerhet, mangelfull kunnskap og lite erfaring, samt ulike etiske dilemma (Söderman & Jackson, 2011; Paavilainen, 2002; Lines et al., 2017, s. 315-316; Glasser & Chen, 2006, s. 181). Omsorgssvikt tildekkes av både barna og deres omsorgspersoner, og kan derfor være vanskelig å avdekke (Killén, 2012, s.14; Grønseth & Markestad, 2011, s.375; Lines, Hutton & Grant, 2017, s. 314). På tross av at sykepleiere ofte har god kunnskap om deres opplysningsplikt til barnevernstjenesten, er omsorgssvikt underrapportert mye på grunn av opplevd mangel på støtte og veiledning ved innrapportering (Lines et al., 2017, s. 314).

Ut fra hovedfunnene i forskningsartiklene har jeg identifisert tre hovedområder jeg vil drøfte videre i dette kapittelet; Hvordan oppdage omsorgssvikt, sykepleierens utfordringer og etiske dilemma, samt sykepleierens plikt til å handle. Enkelte tema vil bli drøftet i lys av historien fortalt ovenfor.

4.1 Hvordan oppdage omsorgssvikt

Som nevnt i kapittel 3 er omsorgssvikt et sammensatt og smertefullt fenomen. Omsorgssvikt kan forekomme i ulike former og med ulike symptomer. Flere typer omsorgssvikt kan forekomme samtidig og symptomatologien kan derfor være utfordrende. Det er svært viktig at sykepleiere har god kunnskap om både fysiske, psykiske og psykosomatiske tegn på omsorgssvikt – slik det fremkommer i kapittel 3.3.5.

Uavhengig av arbeidssted kommer de fleste sykepleiere enten i direkte kontakt med barn utsatt for omsorgssvikt, eller indirekte via barnets omsorgspersoner (Lines, Grant & Hutton, 2018, s.75). Av deltagerne i Paavilainen sin studie, oppga litt under 50% at de hadde hatt omsorg for mishandlede barn, 40% av deltakerne antok at dette ikke var tilfellet (2002, s.290). Sett i sammenheng med hvor mange som finner identifisering av omsorgssvikt vanskelig er det grunn til å tro at flere enn 60% av deltakerne har hatt omsorg for mishandlede barn, uten å selv være klar over dette. På bakgrunn av disse tallene og antall

barn som utsettes for omsorgssvikt i Norge i dag, er det er høyst sannsynlig at sykepleiere ved norske sykehus vil møte på barn som er utsatt for omsorgssvikt.

Som vi ser av historien over har det mishandlede barnet vært pasient både på legevakten og på et sykehus. I følge en sykepleier på Oslo legevakt, er det sykepleierne som tar i mot barna ved ankomst, kartlegger situasjonen og deretter må barnet inn til en lege hvor en annen sykepleier er til stede. Sykepleieren forteller at det alltid skal spørres om årsak til skaden ved kuttskader, og understreker at barnets omsorgspersoner sendes ut av rommet når det er behov for at barnet skal kunne snakke fritt uten omsorgspersonene til stede (I. Tandberg, personlig kommunikasjon, 28. april, 2020). Ut i fra dette kan det synes som at sykepleierne i caset har hatt flere anledninger til å avdekke omsorgssvikt.

I følge Paavilainen et al. er adekvat kunnskap om omsorgssvikt essensielt for å kunne hjelpe barna og deres familier. Forskning viser dessverre at det er store kunnskapshull blant sykepleiere, noe som fører til at omsorgssvikt ikke identifiseres (Paavilainen et al, 2002, s. 292; Glasser & Chen, 2006, s. 183). Lines et al. bekrefter dette, og viser til at sykepleiere i 44 av 60 studier oppgir mangelfull kunnskap som årsak til manglende identifisering (2017, s. 314). I Paavilainen sin studie oppga hele 226 av 317 deltagere at de fant identifisering av omsorgssvikt vanskelig eller nokså vanskelig, mot 4 personer som anså identifiseringen som lett (2002, s. 290). Det er dermed grunnlag for å tro at mangel på kunnskap kan være en av årsakene til at jenta i overnevnte historie ikke fikk den hjelpen hun trengte.

I flere studier oppga sykepleierne blåmerker, brudd, kraniebrudd og hyppige, samt synlige skader som bortforklares av barnets omsorgspersoner som vanligste grunn til bekymring. (Paavilainen et al., 2002, s.291; Söderman og Jackson, 2011, s. 46) Samtidig viser Paavilainen sin studie at 218 av 317 deltakere i tillegg oppga barnets oppførsel som grunn til bekymring. Barn som viser frykt, er passive eller sjenerte, aggressive eller voldelige eller ikke våger å snakke foran sine omsorgspersoner vekker mistanke hos helsepersonell.

I følge Bowlby sin tilknytningsteori vil slik atferd komme til syne hos barn med et usikkert unnvikende, ambivalent- eller desorganisert tilknytningsmønster. Barnets tilknytningsatferd vises best i stressende situasjoner, hvilket et sykehusopphold kan være (Killén, 2012, s.120-

122; Klette, 2007, s. 33-34; Grønset & Markestad, 2011, s. 55). Ved et sykehusopphold er det som oftest sykepleieren som følger barnet over tid og har dermed bedre forutsetninger enn andre yrkesgrupper til å observere barnets adferd og tilknytning.

I følge Killén er identifisering av symptomer på vanskjøtsel og overgrep alene ikke tilstrekkelig for å gi barnet adekvat hjelp. Det må også foretas en grundig undersøkelse av barnets omsorgssituasjon (2012, s. 89). For å forstå barnas situasjon må sykepleieren legge vekt på helhetlige vurderinger fremfor individuelle observasjoner (Lines et al., 2017, s. 304). Det som hyppigst vekket mistanke om at noe var galt hos deltakerne i Paavilainen sin studie var oppførselen til barnets omsorgspersoner (2002, s. 291). I tillegg til symptomer hos barna, bør vi derfor ha god nok kunnskap til å identifisere barnas behov basert på de voksnes problemer. Omsorgspersonenes mangel på kunnskap om barnets behov og utvikling er en viktig komponent når det gjelder alvorlig vanskjøtsel av barn (Klette, 1998, s.85).

I følge Henderson skal sykepleieren gjøre sitt ytterste for å tilrettelegge for at barnets behov blir ivaretatt (Kirkevold, 2008, s.107). Når barnets omsorgspersoner ikke behersker dette og barnet er utsatt for omsorgssvikt, er det sykepleierens oppgave å prøve å forstå barnets behov, samt å sørge for at behovene omtalt i kapittel 3 ivaretas.

Det er vist en klar sammenheng mellom den omsorgen barnets omsorgspersoner selv har opplevd, og tilknytningen til deres egne barn (Klette, 2007, s.20; Killén, 2014, s.107). Med fokus på omsorgspersonenes evne til sensitivitet og empati, samt grad av respons ovenfor barnet, vil vi også kunne bidra til å skille ut dem som utsetter sine barn for omsorgssvikt (Klette, 2007, s. 13). Unnvikende, sinte og fiendtlige voksne, gjerne med forklaringer om skadene på barnet som ikke samsvarte med skadeomfanget ble nevnt som viktige observasjoner i Paavilainen sin studie. I tillegg vekket omsorgspersoner som ikke var tilstede for barnet, eller motsatt; overdrevent opptatt av å verne barnet bekymring hos deltakerne. (Paavilainen, 2002, s. 291).

I caset har barnet flere ulike typer skader og symptomer med angstanfall og magesmerter. Dette og barnets hyppige innleggelses og besøk på legevakten, er forhold som følgelig burde vekket mistanke om omsorgssvikt.

4.2 Sykepleierens utfordringer og etiske dilemma

Kari Killén forteller at en vesentlig grunn til at de som arbeider i barnefaglige miljøer vegrer seg mot å bli involvert ved mistanke om overgrep eller omsorgssvikt, kan være det ubehaget slike komplekse saker fører med seg (Gamst, 2013, s.24).

Det å tenke seg hvordan verden ser ut fra barns synsvinkel, vekker motvilje og protest i mange. Fordi det er så smertefullt, må vi distansere oss og skjerme oss ved å la være å se. Vi stenger barnets smerte ute. Barnets opplevelser omskrives, bortforklares og usynliggjøres (Kari Killén, gjengitt fra Gamst, 2013, s.24).

I Söderman & Jacksons studie fremkommer det at helsesykepleierne sin egen smerte i møte med utsatte barn gjør at barnets situasjon kan bagatelliseres (2011, s.45), hvilket bekrefter Killéns sitat som gjengitt over. Flere studier viser at sykepleierne ofte føler seg utilstrekkelige og alene om ansvaret i møter med familiene, og at de kan oppleves som emosjonelle, triste eller stressende. Omsorgssvikt ble omtalt som et sensitivt og ubehagelig tema, og i enkelte tilfeller kunne det være lettere å bare lukke øynene (Söderman & Jackson, s.47; Paavilainen, 2002, s.292). Sistnevnte er forøvrig ikke i tråd med faglige idealer innenfor sykepleie hvor evnen til empati er en del av det å være profesjonell (Brinchmann, 2014, s. 155).

Det er vist at sykepleiere på norske sykehus ofte er underbemannet og jobber under høyt press med et høyt tempo (Olsen, 2019), og det ligger et stort ansvar bak å ta barn på alvor (Gamst, 2013, s.24). Sykepleiere fra flere studier forteller om viktigheten av kollegenes støtte når avgjørelser skal tas i møte med de utsatte barna (Söderman & Jackson, 2011, s.314; Lines et al. 2017, Paavilainen, 2002). Hele 86% av sykepleierne i Paavilainen et al. sin studie forteller at deres førstevalg ved mistanke om omsorgssvikt var å konferere med en kollega. Kun 5 % oppga at de umiddelbart tok kontakt med barnevernet eller andre instanser utenfor sykehuset (2002, s.292). Disse funnene indikerer at det som nevnt tidligere, er mye

underrapportering og store mørketall hva gjelder omsorgssvikt. I følge Söderman & Jackson er håndtering av egne følelser betydningsfullt for å klare å holde fokus på barnet ved utfordrende møter utsatte familier (2011, s. 45). Funnene over tolker jeg dit hen at å ha ansvaret for en families «skjebne» som det nok kan føles som, kan være mye å bære for en sykepleier alene. Hva om hun har feil i sine antagelser om omsorgssvikt og ender opp med å såre barnet og dets familie?

Funn fra en norsk studie om å ivareta barn på generell intensivavdeling viser at intensivsykepleiere på norske sykehus vektlegger god opplæring, gode oppslagsverk og oppdaterte prosedyrer som nødvendig for å føle seg forberedt i møte med barn innlagt på avdelingen. De mente de det var viktig å være mentalt forberedt i møte med barna, og fremhevet viktigheten av å ha erfaring med denne pasientgruppen for å føle seg trygge på sin egen kunnskap. Samtidig forteller de om belastningen det er å ikke bli møtt av legene på deres bekymringer om barn innlagt på avdelingen, og om behovet for et godt samarbeid med kolleger (Gravdal, Sandnes & Gundersen, 2020). I Lines et al. fremkommer det at sykepleiere i sykehus opplever at de må overbevise medisinsk ansvarlig lege om at bekymringen om omsorgssvikt er velfundert, før man eventuelt går videre i prosessen med bekymringsmelding (2016, s 317). Dette kan resultere i at terskelen for å sende bekymringsmeldinger blir høyere. Disse funnene understreker kompleksiteten i det å arbeide med barn på sykehus og viser at teoretisk kunnskap alene ikke er tilstrekkelig for å identifisere omsorgssvikt. Sykepleierne trenger også moralsk kompetanse og utdanning på den følelsesmessige belastningen det er å skulle ivareta disse barna (Killén, 2012, s.83).

Under en samtale med en sykepleier ved en barneavdeling på Oslo Universitetssykehus ble jeg fortalt at det ofte oppleves vanskelig å balansere mistanke om barnemishandling med støtten til sårbare familier (I. Helle, personlig kommunikasjon 06.mai 2020). Sykepleierne i Lines et al. sine studier forteller om lignende opplevelser samt en bekymring om at sykepleierens rolle som omsorgsgiver skal svekkes ved at sykepleierne følger opp bekymringer om omsorgssvikt (2017, s. 316).

Uavhengig av hva sykepleieren måtte føle for overgriperen i en overgrepssak, vil sykepleiefagets moralske verdier som nestekjærlighet og barmhjertighet måtte stå i fokus

(Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011, s. 16). «En må kunne handle med faglig kyndighet på en medmenneskelig måte» (Kristoffersen & Nordtvedt, 2011, s. 85). Konflikten mellom å ivareta barnets behov og samtidig møte omsorgspersonene med respekt er en etisk vanskelig situasjon, hvor de fire prinsippers etikk kan være til hjelp (Brinchmann, 2014, s. 85.). Det vil være nødvendig å handle etter velgjørenhet- eller ikke-skade prinsippet i møte med barn som er utsatt for omsorgssvikt. Dersom sykepleieren handler til fordel for barnets omsorgspersoner i frykt for sin egen smerte, vil dette være i konflikt med overnevnte prinsipper.

4.2.1 Kunnskap; utdanning, opplæring og etterutdanning

Samtlige studier i denne oppgaven viser at mangel på kunnskap er en av de viktigste faktorene for at sykepleierne føler seg usikre på å identifisere omsorgssvikt i møte med de rammede barna og deres familier (Lines et al., 2017, s.314, Söderman & Jackson, 2011, s. 47; Glasser & Chen, 2006, s. 181; Paavilainen et al., 2002, s. 292). Kunnskapsmangel kan skyldes mangelfull utdanning så vel som fravær av opplæring og etterutdanning på arbeidsplassen.

I artikkelen «Hvorfor overser vi barnemishandling» mener forfatterne at det legges for lite vekt på omsorgssvikt i utdanningen av helsepersonell i Norge (Halvorsen, Killén & Grøgaard, 2013). Et illustrativt eksempel er at det i boken «Pediatri og pediatrik sykepleie» kun er satt av 1,5 side til temaet «omsorgssvikt» i en bok med 389 sider (Grønseth & Markestad, 2011, s.375). I forskriften om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning finner jeg derimot følgende:

Kandidaten har innsikt i sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kan identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer, samt kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre. Videre kan kandidaten samtale med barn om tema som omsorgssvikt, vold og overgrep. (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §6)

Dersom sykepleiere hadde hatt kompetansen som er beskrevet i de nasjonale retningslinjene for sykepleierutdanningen, er jeg overbevist om at flere tilfeller av omsorgssvikt hadde blitt avdekket. Dessverre er det slik at å belyse temaet omsorgssvikt lenge har vært opp til det enkelte studiestedet (Skarsaune og Bondas, 2014), og allerede i 1998 skrev Trine Klette om behovet for mer utdanning på området (1998, s.24). Om det er slik at 200.000 norske barn er utsatt for omsorgssvikt - burde ikke dette temaet ha et mye større fokus i vår utdanning?

Vedrørende opplæring og etterutdanning kommer det frem at sykepleierne i flere av artiklene ønsket kontinuerlig, profesjonell opplæring innen barnevern (Lines et al., 2017, s. 314; Paavialinen et al., 2002, s. 289). I følge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer punkt 1.3, har sykepleieren selv ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Ved at sykepleierens utdanning på temaet tilsynelatende er mangelfull, kan man anta at dette synes som en stor oppgave.

Jeg stiller meg undrende til at et så omfattende og viktig helse- og samfunnsproblem, ofte med enorme konsekvenser for barna og deres fremtid, ikke har høyere prioritet i det norske samfunnet. Det foreligger store samfunnsøkonomiske konsekvenser med årlige kostnader mellom 3,5- 4,5 mrd. kroner som følge av uoppdaget omsorgssvikt (NOU 2017:12, s.11). Penger som med fordel kunne vært brukt på å forebygge omsorgssvikt og vold mot barn og unge, og som samtidig ville gitt mange barn en mye tryggere og gladere barndom.

4.3 Sykepleierens plikt til å handle

Som en brikke i et stort puslespill er sykepleiernes bekymringsmelding til barnevernet og politiet viktig for å bidra til at omsorgssvikt mot barn avdekkes på et tidligst mulig tidspunkt.

I følge Helsepersonelloven (§ 31 og § 33) har sykepleiere opplysningsplikt til barnevernet og politiet ved den minste mistanke om omsorgssvikt mot barn, uten hinder av taushetsplikten (§ 21) (Helsepersonelloven, 1999). Det er vist at helsepersonell, tross kjennskap til gjeldene lover og etiske plikter, finner det vanskelig å ha nok tiltro til egne vurderinger til å melde i fra ved mistanke om omsorgssvikt (Lines et al, 2017, s.314, Glasser & Chen, 2006, s 181; Paavilainen et al., 2002, s. 292).

På tross av at de i Finland har tilsvarende opplysningsplikt som i Norge, oppgir 86% av sykepleierne i Paavilainen et al. sin studie at deres førstevalg ved mistanke om omsorgssvikt er å konferere med en kollega. Kun 5 % oppga at de umiddelbart tok kontakt med barnevernet eller andre instanser utenfor sykehuset (2002, s.292). Det fremkommer samtidig av studien at det er usikkerhet rundt hensynet til taushetsplikten ved en eventuell bekymringsmelding til barnevernstjenesten (s. 293). Lines et al. forteller om sykepleiere som er dypt engasjerte og bekymret for barna og deres familier, men at de ved manglende tilbakemelding ved innsendte bekymringsmeldinger til barnevernstjenesten opplever å føle seg motløse ved å ikke vite om tiltak iverksettes på vegne av barnet (2017, s. 315). Dette kan tenkes å være annerledes i Norge, da tilbakemelding fra barnevernstjenesten er regulert under Barnevernsloven § 6-7a tilbakemelding til melder.

Som vist er der flere grunner til mangelfull rapportering, og funn fra en australsk studie viser at av 930 sykepleiere hadde 43% avdekket og meldt om omsorgssvikt, mens 21% meldte ikke ifra på tross av at de hadde mistanke. (Fraser, Mathews, Walsh, Chen & Dunne. 2010, s. 149-150) Sykepleierne i Lines et al. sin studie mente at sykehusets retningslinjer var for vage (i klinisk beslutningstaking), og de manglet kunnskap om hvordan de skulle sende en bekymringsmelding (Lines et al., 2017, s314). Disse funnene kan sammen tyde på at det er behov for økt kunnskap om sykepleiernes plikt til å handle ved mistanke om omsorgssvikt, og at det bør være trygt og enkelt å melde i fra. Et steg i riktig retning i Norge, er at det i april 2020 ble det lansert en ny digital portal for bekymringsmelding til barnevernstjenesten. Før måtte disse sendes per post. I følge Barne- og familievernminister Kjell Ingolf Ropstad, vil denne digitale løsningen senke terskelen for å si ifra (Barne- og familiedpartementet, 2020).

I tillegg til opplysningsplikten er sykepleiere pliktig å føre journal for den enkelte pasient (Helsepersonelloven, § 39), og i følge Pasient og brukerrettighetsloven § 5-1 har pasient og nærmeste pårørende rett på innsyn i egen journal. Innsynsretten kan gjøre at mange vegrer seg for å notere mistanke om omsorgssvikt i frykt for å ødelegge relasjoner til familiene, eller fremprovosere irritasjon hos barnets omsorgspersoner, hvilket i verste fall kan føre til mer påført skade på barnet.

I casen er det dessverre ikke blitt oppdaget eller eventuelt meldt fra om mistenkt omsorgssvikt. Som vist i drøftingens ulike deler kan dette være relatert til mangelfull kunnskap om hvordan avdekke omsorgssvikt, vanskelige utfordringer og etiske dilemmaer eller manglende kunnskap om sykepleierens plikt til å handle. Disse områdene er naturligvis ikke uttømmende, men gir slik jeg ser det mange mulige forklaringer på at det gikk som det gikk i casen. Jeg mener at funnene i artiklene og øvrig litteratur identifiserer flere sentrale forbedringsområder på både samfunns- persons- og organisasjonsnivå.

Min oppfattelse er at det i Norge er et stadig økt fokus på vold og omsorgssvikt mot barn, og dagens situasjon med Covid-19 har satt søkelyset på barn og unge som opplever at det å være hjemme med sine omsorgspersoner er vondt og vanskelig. Fra 12. mars til 6. mai 2020 har Alarmtelefonen, Røde Kors, Kirkens SOS og Blå Kors fått inn over 15.000 hendelser, den yngste som tok kontakt var bare 6 år. Innholdet i samtalene er mer alvorlig enn tidligere, barna forteller at de er redde, og at det er økt konfliktnivå i hjemmet på grunn av nye utfordringer. Barnevernstjenesten og politiet melder om færre bekymringsmeldinger i denne perioden, noe som kan skyldes at blant annet helsetjenester og tillitspersoner er utilgjengelige for barna. De mener det er store mørketall (Røren, Lunde, Ringnes & Bredenebekk, 2020). Viktigere enn noen gang er det at vi, sykepleierne, har tilstrekkelig kunnskap om omsorgssvikt. Vi må være tilstede for disse sårbare barna, og det er vår oppgave å ikke svikte dem.

5 Konklusjon

«Hvordan kan sykepleiere bidra til å oppdage omsorgssvikt hos barn innlagt på sykehus?»

Omsorgssvikt er et svært viktig tema med omgripende konsekvenser for både enkeltpersoner, familier og samfunnet rundt. Slik det fremkommer av oppgaven er det mye man som sykepleier både kan og skal gjøre for å bidra til å oppdage omsorgssvikt hos barn innlagt på sykehus. Sykepleiere er tett på både barn og deres omsorgspersoner og står i en unik posisjon til å bidra i positiv retning i denne vanskelige problemstillingen. Dessverre har det vist seg gjennom kunnskapsgrunnlaget for denne oppgaven at det er mange områder der sykepleiere av ulike grunner ikke nødvendigvis klarer å gjennomføre dette på ønsket vis. I Norge er det nå heldigvis flere momenter som kan virke positivt på dette. Nyere, detaljert forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, ny digital portal for bekymringsmeldinger og økt fokus på temaet i media i forbindelse med Corona-epidemien er alle momenter som på sikt kan bidra til å bedre sykepleierens evne til å oppdage omsorgssvikt.

Det etableres nå flere og flere pakkeforløp innenfor helsevesenet i Norge, og jeg har et håp om at det på sikt kan etableres et pakkeforløp ved mistanke om omsorgssvikt. Dette må inneholde tydelige retningslinjer for avdekking av omsorgssvikt, innspill til håndtering av moralske og etiske dilemma, et solid kunnskapsgrunnlag samt en god veileder for gjeldende lovverk inkludert melde- og taushetsplikt.

6 Litteraturliste

Augusti, E. (Red) (2019) *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten. En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år.* (NKVTS rapport 4/2019). Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf

!!! Barne og familiedepartementet!!!! <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/kan-du-varse-barnevernet-digitalt/id2698021/>

Barneombudet. (2018) *Hadde vi fått hjelp tidligere hadde alt vært annerledes. Erfaringer fra barn og unge utsatt for vold og overgrep – 2018.* Hentet fra [http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2018/03/Barn og unge vold og overgrep.pdf](http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2018/03/Barn_og_unge_vold_og_overgrep.pdf)

Barnevernloven. (1999). Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>

Berg-Nielsen, T., S. (2008). Barns biologisk baserte tilknytningsbehov. I Kvello., Ø (Red.), *Oppvekst: Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø.* (1.utg., s.191-201) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Best practice. (2020, April). Child Abuse. Hentet fra <https://bestpractice.bmj.com/search?q=child+maltreatment%2C+nurse>

Bratland, I. (2017). *Bror.* Hentet fra <https://ingebjorgbratland.no/#bio>

Brinchman, B. S. (2014). *Etikk i sykepleien.* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Brandtzæg, I., Smith, L. og Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner. Tilknytning og behandling.* Bergen: Fagbokforlaget

Bufdir. (2018, 15. november). Barn utsatt for vold i familien. Hentet fra https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Vold_og_overgrep_mot_barn/Barn_utsatt_for_vold_i_familien/

Bufdir. (2018, 21. desember). Tegn på vold og overgrep. Hentet fra <https://bufdir.no/vold/TryggEst/Overgrep/>

Caneira, L., Myrick, K., M. (2015) Diagnosing Child Abuse: The Role of the Nurse Practitioner. *The Journal for Nurse Practitioners - JNP* (s. 640-646) 11, (6), s. 640-646.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.03.017>

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H., Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019) [LOV-2005-04-01-15-§3-2](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412)
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>

Fraser, J.A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L. & Dunne, M. (2010) Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2) , 146-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015>

Gamst, T. K. (2011). *Profesjonelle barnesamtaler. Å ta barn på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget

Glasser, S. & Chen, W. (2006). Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect. *Israel Medical Association Journal*. 2006(8) ,179-183.

Gravdal, H., Sandnes, H., L. (2020). Å ivareta barn på generell intensivavdeling – intensivsykepleieres erfaringer. *Sykepleien Forskning*, 15 (80265) (e-80265) DOI: 10.4220/Sykepleienf.2020.80265

Grønseth, R. og Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Halvorsen, S., Killén, K. & Grøgaard, J. (2013). Hvorfor overser vi barnemishandling?. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 133 (16-7), doi: 10.4045/tidsskr.12.0801

Helsebiblioteket. (2016, 17. juni). Kvalitativ metode. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hernæs, N. (2019). Våger å tenke mishandling. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2013/04/vager-tenke-mishandling>

Jonassen, T. (2016, 25. juni). Det verste du kan true et barn med er tap av omsorgspersonen. *Barnehage.no*. Hentet fra <https://www.barnehage.no/artikler/det-verste-du-kan-true-et-barn-med-er-tap-av-omsorgspersonen/427437>

Killén, K. (2012). *Sveket I, barn i risiko og omsorgssviktsituasjoner*. (4. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Killén, K., (2019) *Barndommen varer i generasjoner*. (4. utg.). Oslo: Kommuneforlaget

Kirkevold, K. (1998). *Sykepleieteorier -Analyse og evaluering*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

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*. (NOVA rapport 17/2007). Hentet fra http://www.nova.no/asset/2721/1/2721_1.pdf

Kloppen, K. (2014, 17. oktober). Volden truer bak lukkede dører. *Bergens tidene*. Hentet fra <https://www.bt.no/btmeninger/kronikk/i/k8kgA/volden-truer-bak-lukkede-drer>

Kloppen K., Mæhle M., Kvello Ø., Haugland S., and Breivik K. (2015) Prevalence of Intrafamilial Child Maltreatment in the Nordic countries: A Review, *Child Abuse Review*. 24, 51–66, <https://doi.org/10.1002/car.2324>

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug E.A. (2011). Om sykepleie. I Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2.utg., s.15-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2.utg. s. 83-127). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie – sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kynø, N. M., Lindboe, A., Vetlesand, N., Skotte, L. H., Bjaanes., A. K. S., Syversen, M., Randklev, S. (2015) *Barnevern: Bekymring, mistanke og melding*. Oslo Universitetssykehus. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-fysisk#references>

Lines, L. E., Hutton, A. E., Grant, J. (2016). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing*, 73 (2), s. 302-322. doi: 10.1111/jan.13101

Lines, L. E., Hutton, A. E., Grant, J. (2018). How do nurses keep children safe from abuse and neglect, and does it make a difference? A scoping review. *Journal of Pediatric Nursing*. 43, s.75-84. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.010>

Mossige, S. & Stefansen, K (red.). 2016. *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007-2015*. (NOVA Rapport nr. 5 / 2016). Oslo: Norsk institutt for forskning på oppvekst, aldring og velferd. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/vald-og-overgrep-mot-barn-og-unge---omfang-og-utviklingstrekk-2007-2015/id2503766/>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svik: Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/?ch=3#kap3>

NOU 2017: 12 (2017). *Samfunnsøkonomiske konsekvenser av omsorgssvikt og vold mot barn*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/3be8090f3c354f5eb821535142071c50/2.-samfunnsokonomiske-konsekvenser-av-omsorgssvikt-og-vold-mot-barn-ingeborg-rasmussen-og-haakon-vennemo.pdf>

Olsen, T. Å., (2019). Tar vi vare på faglig og etisk kompetanse? *Sykepleien*. 107 (e-76754)
DOI: [10.4220/Sykepleiens.2019.76754](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76754)

Paavilainen, E., Merikanto, J., Åstedt-Kurki, P., Laippala, P., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital. *International Journal of Nursing Studies*. 39 (2002) 287-294.
[https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(01\)00035-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(01)00035-9)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Røren, I., Lunde, A. L., Ringnes, T., Bredenbekk, (2020, 16.mai). B. Alle snakker om de utsattebarna. Dette melde de selv fra om da Norge var stengt. *Aftenposten*. Hentet fra

https://www.aftenposten.no/a-magasinet/i/50Kvre/alle-snakker-om-de-utsatte-barna-dette-meldte-de-selv-fra-om-da-norge-var-stengt?spid_rel=2

Skarsaune, K., Bondas, T. (2014). Må vite mer om barnemishandling. *Sykepleien*. (10) DOI: 10.4220/sykepleiens.2014.0134

Smith, L. (2006). Bowlbys teori om barnets bånd og empiriske studier av tilknytning. I L. M. Gulbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling* (139-171). Oslo: Universitetsforlaget

Statistisk sentralbyrå. (2019). *Barnevern*. Hentet fra <https://www.ssb.no/sok?sok=10675>

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

Strømme, H. (2019). Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis og forskning. *Sykepleien Forskning, Forskningens ABC*, 24-27. DOI: 10.4220/sykepleienf.2019.61015

Södermann, A., Jackson, K. (2011). Barn som far illa i sin hemmiljö — BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen. *Vård i Norden*, 31(4), 38–42.

<https://doi.org/10.1177/010740831103100408>