



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

Å mistenke barnemishandling

En studie av sykepleiers erfaringer

Kari Skarsaune

Master i klinisk sykepleie SY300H

Innlevering: Desember 2013



Masteroppgave i klinisk sykepleie

Å mistenke barnemishandling – En studie av sykepleiers erfaringer

Kari Skarsaune

Universitetet i Nordland 2013

Avhandlingen inneholder

1. Kappen med problemstilling:
”Hvordan opplever sykepleiere å møte barn og deres foreldre når det er mistanke om barnemishandling?”
2. Vitenskapelig artikkel, innsendt til tidsskriftet ”Vård i Norden” 04.12.2013
”Når sykepleieransvaret settes på prøve ved mistanke om barnemishandling”
3. Populærvitenskapelig artikkel, akseptert av tidsskriftet ”Sykepleien” 28.11.2013
”Sykepleierne trenger kunnskap, selvtillit og mot... når de møter barn og familier der de mistenker barnemishandling”

Sammendrag

Hensikten med denne studien er å beskrive hvordan sykepleiere opplever å stå i situasjoner der barnemishandling mistenkes. Videre å beskrive de utfordringer sykepleierne står ovenfor. Barnemishandling defineres i studien etter WHO's definisjon, kort gjengitt som fysisk, psykisk, seksuelt mishandling og omsorgssvikt, det er noe som kan føre til skade på barnets helse, utvikling eller verdighet.

Tidligere forskning viser et behov for opplæring. Det ses en sammenheng mellom kunnskap og holdninger til barnevernsproblematikk og sannsynligheten for å melde saker videre til barnevernet. Sykepleierne opplever motstridende følelser i forhold til foreldre og barnet. Videre avsløres det, at sykepleierne frykter konsekvensene av å melde barnevernssaker i form av hevn fra foreldre eller konsekvenser for eget arbeid. Ansvarliggjøring og bevisstgjøring av sykepleierne er viktige faktorer for å oppdage flere barn som er utsatt for mishandling.

Sykepleierperspektivet understøttes av Martinsens sykepleierfilosofi der hun beskriver omsorgens grunnleggende kvaliteter. Det er solidaritet, forståelse og anerkjennelse av den andre. Den gode omsorgen vises i praktisk handling. Sykepleieransvaret tar utgangspunkt i Wallinvirtas forståelse, noe som krever modige sykepleiere som våger å vise sin kunnskap og verdier igjennom ansvarlige handlinger.

Studien er en kvalitativ studie med individuelle intervju av 8 sykepleiere som representerer barneavdeling, akutt mottak, barnemottak og legevakt. To sykehus og en kommunal legevakt er representert i studien. Til analysen er det brukt en kvalitativ innholdsanalyse med en latent tilnærming som tolker den underliggende betydning av teksten. Resultatet blir presentert med beskrivelser og sitater fra informantene, i tillegg illustrert med figurer.

Resultatene viser at barnemishandling oppleves ullent og diffust på mange områder. Sykepleierne opplever barnemishandling vanskelig, usikkert og de har behov for støtte. Begrepene ullent og diffust beskriver hvordan sykepleierne ser på barnemishandling. Hele situasjonen oppleves uspesifikk og er preget av usikkerhet på alle områder. Det gjøres en del for og lette situasjonen, men det er likevel mange "vi burde" og ønsker om hvordan ting bør være.

Det konkluderes med at sykepleierne har behov for opplæring, bevisstgjøring, støtte og mot. Noe som er nødvendig for at sykepleierne skal oppdage flere mishandlede barn og makte stå i disse vanskelige situasjonene.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Oppgavens innhold og oppbygging	9
1.3 Begrepsavklaring	10
2 Forskning	11
2.1 Litteratur søk	11
2.2 Tidligere forskning	11
3 Teoretisk perspektiv	14
3.1 Sykepleierfilosofi	14
3.2 Sykepleieransvaret	15
4 Metode	16
4.1 Datainnsamling	16
4.2 Kvalitativ innholdsanalyse	18
4.3 Forskningsetikk	21
5 Presentasjon av resultat	22
6 Diskusjon	29
6.1 Vanskelig	29
6.2 Følelsesmessig vanskelig	31
6.3 Behov for støtte	32
6.4 Hva gjøres?	33
6.5 Metode diskusjon	34
7 Avslutning / konklusjon	36
8 Referanseliste	38

Vitenskapelig artikkel	41
When nursing responsibilities become unclear in situations where child abuse is suspected	42
Når sykepleieransvaret settes på prøve ved mistanke om barnemishandling.....	43
 Populær vitenskapelig artikkel	 58
Sykepleierne trenger kunnskap og mot – når de møter barn og familier der de mistenker barnemishandling.....	59
 Vedlegg	 68
PICO- skjema.	69
Lesematriser.....	70
E – post ved søknad	83
Søknad til ledelsen ved sykehuset / legevakt.....	84
Infoskriv med samtykkeerklæring	86
Intervjuguide.....	88
Bekreftelse Vård i Norden	89
Forfattererklæring	90
Bekreftelse Sykepleien	92
SND godkjenning	93

Forord

Dette er min masteroppgave i klinisk sykepleie. Arbeidet med denne oppgaven har vært lærerikt og gitt meg mulighet til å fordype meg i problematikken. Barn fortjener en trygg oppvekst der de blir sett og hørt. Sykepleierne kan bidra til dette igjennom engasjement og bevissthet om barnemishandling. Tilfeldig kom jeg over et dikt i sluttfasen av studien som er skrevet av Ragnhild B. Waaler. Diktet har tittelen *"La meg være barn"* og er gjengitt etter forordet. Det avsluttes slik: *"La meg ha en barndom. Jeg trenger trygg niste for å vokse."* Vi sykepleiere kan bidra til det ved å ha våkne øyne når barn er i kontakt med helsevesenet.

Jeg ønsker at studien kan være et bidrag til at sykepleierne blir bevist og ansvarlig på dette området. Når jeg søkte etter informanter var det flere som svarte at dette ikke er aktuelt for deres avdeling, tross for at det er barn i avdelingen. Det forteller meg, at her er det en jobb å gjøre.

Ved enden av en masteroppgave er det alltid noen som fortjener en takk, så også i dette tilfellet. Først vil jeg rette en stor takk til min fostersønn som har åpnet mine øyne for dette viktige temaet. Han har vist meg viktigheten av at noen er våken og ser de barna som trenger å bli sett.

Jeg ønsker også å takke min veileder professor Terese Bondas for god veiledning og oppmuntring. Hun har hatt tro på meg og gitt meg inspirasjon i arbeidet. Vil også takke medstudenter, ansatte ved master i klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland. Informantene fortjener også en takk, for å ha delt sine erfaringer.

Gode kollegaer har også vært til stor støtte. Takk for oppmuntrende heining fra sidelinjen og noen ganger også "et spark bak". Dere har vært gode diskusjonspartnere noe som jeg setter pris på.

Sist men ikke minst sender jeg en stor takk til familien min som har holdt ut med meg igjennom hele prosessen. Jeg ser nå fram til å bruke mer tid sammen med dere.

La meg være barn!

La meg sitte på et fang
Mens jeg er liten
Så jeg kan stå oppreist
når jeg er stor

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

La meg holde ei hånd
mens jeg er svak
så kan jeg holde hender
når jeg blir sterkere

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

(Ragnhild B Waaler)

1 Innledning

Hensikten med studien er å beskrive barnemishandling fra et sykepleierperspektiv. Hvordan opplever sykepleierne å møte familier der barnemishandling er mistenkt?

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg er utdannet anestesisykepleier og er i tillegg mor og fostermor. Det er rollen som fostermor som har vekket min interesse for temaet. Som fostermor er jeg blitt kjent med et av mange barn som har behov for at noen ser deres situasjon. Jeg ser hvor sårbart og skjørt et barns liv kan være og som sykepleier tenker jeg, vi har et ansvar ”for å se” disse barna. Det er et tungt og vanskelig ansvar, ofte forbundet med stor usikkerhet. Jeg mener sykepleierne kan være med på å gjøre en forskjell for barn på dette området.

For noen år siden tar jeg imot en baby med benbrudd, dette er babyens andre brudd. Barnemishandling blir mistenkt og vakthavende lege kontakter barnevern. Senere kan vi lese i avisen at faren er dømt for mishandling. Dette barnet blir oppdaget, men det er ikke alltid det ender slik.

Christoffer blir bare 8 år, hans stefar er dømt for mishandling med døden til følge. Det siste året av sitt liv endrer Christoffer seg, fra å være glad og utadvent til en innesluttet gutt. Han får mange uforklarlige blåmerker og etter hvert større skader som må behandles på sykehus. Skolen reagerer på skadene men melder ikke fra, sykehuset reagerer ikke på skadene. Skolen regner med at sykehuset tar affære, ettersom han har vært innlagt. Christoffer dør til slutt av alle skadene uten at noen varsler barnevernet (Gangdal, 2010).

Christoffers tilfelle er ikke enestående, i media hører vi om barnemishandling. Felles for mange av disse sakene er at ”noen” burde ha sett, eller forstått. ”Noen” har sett, uten å se, ”noen” har lukket øynene og vil ikke se. Det slår meg at disse ”noen” også er sykepleiere, og jeg spør meg ”ser sykepleierne disse barna” eller ”vil de se?” Dette er utgangspunktet for min problemstilling som blir formulert slik:

”Hvordan opplever sykepleiere å møte barn og deres foreldre når det er mistanke om barnemishandling?”

1.2 Oppgavens innhold og oppbygging

Masteroppgave i klinisk sykepleie er oppbygd med en vitenskapelig - og en populærvitenskapelig - artikkel og en kappe.

Oppgaven starter med kappen, den innledes med bakgrunn for valg av tema, problemstilling og begrepsavklaring. Deretter blir tidligere forskning presentert, først en gjennomgang av søkeprosessen og deretter en kort oppsummering av forskning på området. Under teoretisk perspektiv blir Kari Martinsens sykepleierfilosofi presentert. Hennes teori brukes for å underbygge sykepleierperspektivet i oppgaven. Sykepleieransvar blir også presentert med utgangspunkt i Eivor Wallinvirtas doktorgradsavhandling.

Neste kapittel presenterer metoden med datainnsamling og analyse samt forskningsetikk. Deretter blir funnene presentert med illustrasjoner i form av figurer. Etter at funnene er presenter kommer diskusjon og metodediskusjon og til slutt avsluttes kappen med en konklusjon.

Etter at kappen er presentert blir artiklene presentert, først en vitenskapelig artikkel med tittelen: *"Når sykepleieransvaret settes på prøve ved mistanke om barnemishandling."* Innsendt til tidsskriftet "Vård i Norden" 04.12.2013.

Den etterfølges av en populærvitenskapelig artikkel med tittel *"Sykepleierne trenger kunnskap, selvtillit og mot... når de møter barn og familier der de mistenker barnemishandling."* Akseptert for tidsskriftet "Sykepleien" 28.11.2013.

Helt bakerst i oppgaven finnes vedleggene med PICO skjema, lesematriser, søknadsbrev til ledelsen og informasjonsskriv med samtykkeerklæring, intervju guide, bekreftelse på innsendte artikler, forfattererklæring og godkjenning fra NSD.

1.3 Begrepsavklaring

Tidlig i studien skilles det mellom omsorgssvikt og barnemishandling. Etter hvert som arbeidet skrider frem er det ikke lenger naturlig med dette skillet. Derfor blir *barnemishandling* eller *mishandling* brukt som en fellesbetegnelse på alle typer mishandling. Alle nære omsorgspersoner som foreldre / steforeldre / fosterforeldre og andre foresatte blir betegnet som *foreldre*.

I studien er alle fra 0 - 18 år regnet som *barn*, dette er i følge barnelovens § 68 (2000) den perioden som foreldrene har det formelle omsorgsansvaret.

Melderutiner: Etter Helsepersonelloven § 33 (1999) pålegges helsepersonell på eget initiativ å melde fra til barnevernet når det er grunn til å tro at barn blir mishandlet i hjemmet.

Melding til barneverntjenesten meldes med eller uten samtykke fra foreldrene og fortrinnsvis skriftlig. (Regjeringen, 2006). Flere sykehusene har egne skjema til dette.

Begrep og definisjon av vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt varierer. Det avhenger av forskerens og forfatterens bakgrunn, perspektiv og forståelse av fenomenet. Andre årsaker er at det er emosjonelt, moralsk, kulturelt ladet dessuten endres fenomenet også i tid (Øverlien, 2012).

I oppgaven er det valgt å benytte World Health Organizations (WHO) definisjon av barnemishandling, som defineres slik:

”Barnemishandling, ofte referert som barnemishandling og omsorgssvikt, omfatter alle former for fysisk og psykisk mishandling, seksuelle overgrep, omsorgssvikt og utnyttelse, noe som kan føre til skade på barnets helse, utvikling eller verdighet. Innenfor denne definisjonen, kan det skilles ut fem undergrupper - fysisk mishandling, seksuelle overgrep, forsømmelse og omsorgssvikt, psykisk mishandling og utnyttelse” (egen oversettelse) (WHO).

Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har utarbeidet en håndbok på oppdrag fra Helsedirektoratet 2012. Håndboken er en nettressurs, der det kan søkes etter ulike symptom / type skader, få tips og veiledning om hvordan avdekke og sikre bevis illustrert med bilder. *”Håndbok for helsepersonell ved mistanke om fysisk barnemishandling”*(NKVTS, 2012).

2 Forskning

2.1 Litteratur søk

Den første fasen av søkeprosessen er preget av tilfeldigheter og lite systematikk, men jeg finner likevel flere aktuelle artikler. For å sikre at søket blir grundig og systematisk settes problemstillingen inn i et PICO – skjema. PICO – skjema er et godt hjelpemiddel i søkeprosessen for å finne de rette søkeordene og kombinasjonene (Strømme, 2007).

Søkeprosessen går fra september 2010 til juni 2013 og PICO – skjemaet blir brukt aktivt gjennom hele prosessen. Det er benyttet ulike søkemotorer og databaser som Scopus, SweMed, Ovid nursing, Google scholar og Nordart. Cinahl har ikke vært tilgjengelig på helsebiblioteket eller ved biblioteket ved Universitetet i Nordland under store deler av søkeperioden og er derfor ikke benyttet. Cinahl er i senere tid blitt tilgjengelig og det gjøres da noen søk, uten andre funn enn det som allerede er kjent via andre databaser.

Søkeord som er benyttet er: *abuse, neglect, maltreatment, battered child syndrome og nurs.*

Det er i hovedsak søkt etter originalartikler, men noen ikke referibedømte artikler, oversiktsartikler, mastergradsoppgaver og doktorgradsavhandlinger er også brukt. I tillegg benyttes sykepleielitteratur og litteratur fra beslektede fagfelt som f. eks. psykologi.

For å finne artikler som er skrevet av og for sykepleiere, er ”nurs*” (trunkering) brukt i de fleste søk. Søkene begrenses til de siste 5 år, men det er også benyttet referanselister og artiklene herfra er ofte eldre. Søkeprosessen kvalitetssikres av bibliotekar, som går igjennom søkene og kommer med nyttige tips for videre søk. Søkeresultatet settes inn i en søketabell som gir oversikt over aktuell litteratur. Når artiklene gjennomgås sattes de inn i en lesematrise, utarbeidet etter en modell av Støren (2010). Utfylte lesematriser finnes som vedlegg.

2.2 Tidligere forskning

Det er forsket en del rundt problematikken barnemishandling, mye av forskningen handler om diagnostisering, symptomer og skademekanismer. Eksempler her kan nevnes ”*Shaken Baby Syndrome*” som Altimier (2008) behandler i sin artikkel. Videre blir symptomer og skademekanismer på barnemishandling beskrevet i flere artikler (Erfurt, Hahn, Roesner, & Schmidt, 2011; C. Lyden, 2011; Walls, 2006). Denne vinklingen av barnemishandling er ikke aktuell for denne studien, men er uansett viktig kunnskap om temaet.

Manglende kunnskap og opplæring.

Flere studier viser til og konkluderer med at sykepleierne trenger kunnskap og opplæring om barnemishandling. Noen av disse studiene blir presentert her.

Crisp og Lister (2006) finner at det er kun helsesøstre som har systematisk opplæring om barnemishandling. De gjennomfører en stor studie der de ser på sykepleiernes oppfatning av kunnskap, opplæring og ferdigheter i å avdekke barnemishandling. Studien avslører store forskjeller og det er derfor behov for strategier når det gjelder trening og opplæring om barnevernsproblematikk. Det er også nødvendig å overbevise sykepleiere om deres viktige rolle i å beskytte barn.

En studie fra Taiwan ser på holdninger og sannsynligheten for at saker blir meldt videre til barneverntjenesten. Studien viser at kunnskap om barnemishandling, melderutiner og kjennskap til lovverket øker sannsynligheten for at saker blir meldt videre til barnemishandling. Studien avslører også at den generelle holdningen i avdelingen har betydning (Feng & Wu, 2005). En annen studie avslører en sammenheng mellom dårlig holdning til problematikken, og det å oppdage og melde barnevernssaker videre. Det er større sannsynlighet for at sykepleiere som er opplært, melder barnevernssaker videre. Denne studien konkluderer med at sykepleierne trenger bedre opplæring. De trenger innføring i lovverket og opplæring om barnemishandling generelt og spesielt om psykisk mishandling. Det hevdes videre at sykepleierne er i en særstilling når det gjelder å oppdage barnemishandling og fokus på holdninger bør derfor styrkes (Fraser, Mathews, Walsh, Chen, & Dunne, 2010).

En polsk studie finner at det oftest observeres omsorgsvikt, til tross for det blir hodeskader og skader på overkroppen oftest rapportert videre. Studien konkluderer med at barnemishandling er et komplekst fenomen og ofte sammensatt av ulike former for barnemishandling. Sykepleierne trenger teoretisk og praktisk opplæring i å avdekke barnemishandling. De trenger også opplæring i hvordan hjelpe på en profesjonell måte og hvordan samarbeide med andre yrkesgrupper (Pabiś, Wrońska, Ślusarska, & Cuber, 2011). Også en finsk studie konkluderer med manglende kunnskap. I tillegg finner denne studien at sykepleierne trenger kunnskap om egne reaksjoner og hvordan de skal ta opp vanskelige emner med familiene (Paavilainen, Åstedt-Kurki, Paunonen-Ilmonen, & Laippala, 2002).

Andre faktorer som påvirker sykepleierne

Tingberg, Bredlöv og Ygge (2008) undersøker hvordan sykepleiere påvirkes når de oppdager mishandling, der de mistenker foreldrene. Studien viser at sykepleierne opplever motstridende følelser til barnet og foreldrene og det er vanskelig å opptre profesjonelt overfor overgriper. Det kommer også frem behov for psykisk støtte og rådgiving. Studien konkluderer med at trening, retningslinjer og erfaring er viktige hjelpemidler til å opptre profesjonell. Bedre samarbeid med andre etater og tilbakemeldinger fra disse er også viktig.

Fire ulike faggrupper (lærere, leger, sykepleiere og sosialarbeidere) intervjues i en studie der det ses på samarbeidet mellom etater. Studien konkluderer med at faggruppene ser ikke helheten i barnevernssaker og ser derfor ikke de andres rolle, bare sin egen. De ulike faggruppene fungerer bra hver for seg, men ikke som et team og trenger trening i teambygging. Studien avslører også at det å melde barnevernssaker blir sett på som risikofylt, med tanke på hevn fra foreldre (Feng, Fetzer, Chen, Yeh, & Huang, 2010). En studie som sammenligner forskning på området finner at sykepleierne frykter konsekvenser av å melde saker videre til barnevernet. De frykter for egen sikkerhet og de frykter for barnets sikkerhet (Piltz & Wachtel, 2009).

Studier viser at sykepleierne opplever etiske dilemmaer i barnevernssaker. De opplever å må velge mellom barn og familien når de avgjør om de skal melde videre. Barnets autonomi eller foreldrenes autonomi, hva veier tyngst? Sykepleierne føler at omsorgen til barnet blir bedre om de bruker mer tid til å forstå situasjonen. Å rapportere barnevernssaker skaper usikkerhet blant sykepleierne, derfor søker de etter bevis for å bli sikker (Feng, Chen, Fetzer, Feng, & Lin, 2012).

Joughin (2003) finner at ansvarliggjøring og bevisstgjøring av sykepleierne er viktige faktorer for å oppdage flere barn som er utsatt for mishandling.

3 Teoretisk perspektiv

For å få en dypere forståelse av sykepleierperspektivet har jeg valgt å bruke Martinsens sykepleierfilosofi med fokus på omsorg og ansvar. Hennes filosofi passer til problemstillingen og er en hjelp til å forstå og beskrive omsorgen. Til å beskrive sykepleieransvaret har jeg brukt Walinvirtas (2011) doktorgradsavhandling om ansvar.

3.1 Sykepleierfilosofi

Omsorgsbegrepet står sentralt i Martinsens sykepleierfilosofi. Ordet *omsorg* er nært beslektet med det tyske ordet "sorgen" som kan oversettes med "omtenksomhet", "å bekymre seg for" eller "sørge for". Det er tre grunnleggende kvaliteter ved omsorgen:

1. Omsorg har med fellesskap og solidaritet å gjøre.
2. Omsorg har med forståelse for andre, ut fra felles erfaringer skapes forståelse.
3. Ekte omsorg handler om å anerkjenne den andre, ut fra dens situasjon.

En forutsetning for god omsorg er også kunnskap og ferdigheter og den gode omsorgen vises igjennom praktiske handlinger (Martinsen, 2003).

Martinsen (1990) snakker om omsorg i sykepleien som en moralsk utfordring der moralen er overordnet. De medfødte livsytringer er: tillit, barmhjertighet, medfølelse og talens åpenhet og viser seg i konkrete situasjoner igjennom handling. De skal ikke begrunnes, det er handlingene som skal begrunnes eller overveies. Handlingene er ikke bestemt av livsytringene alene men også av skjønn og overveielser. Moral handler om hvordan vi forholder oss til livsytringene og hvordan vi bruker skjønn og vurdering.

Livsytringene kan bli ødelagt av ulike årsaker, som konflikter eller når tilliten blir svekket. Det oppstår da behov for regler. Når tillitsforholdet svikter, er reglenes funksjon å ta vare på verdiene slik at omsorgen blir ivaretatt selv om kvaliteten i relasjonen uteblir. God omsorgsrelasjon kan ikke tvinges frem, i slike situasjoner blir lydigheten til normen viktig (Martinsen, 1990).

Solidaritet defineres som å støtte andre, springe inn for dem på basis av noe som er felles. Det som er felles er avhengig av sammenhengen. Solidaritet er etisk ambivalent, ettersom det som er felles kan være både godt og vondt. (Løgstrup & Jensen, 1987).

Etisk ambivalens belyser sykepleiernes vanskelige situasjon, hvem former deres solidaritet? Er det effektivitet, produksjon, systemet eller pasienten? Avdelingskulturen og medarbeiderne

kan også være med og forme sykepleierens solidaritet. Pleiekulturens egne normer kan være med å skyve solidariteten bort fra pasienten til lydighet mot systemet eller overordnede. Når solidariteten ikke er hos pasienten, er ikke sykepleierne sansende til stede i situasjonen og vil miste den næringen sansingen har for god pleie og omsorg. (Martinsen, 2012)

Solidaritet krever *mot*. Mot til å motstå kulturelle eller sykehusets normer og rutiner, men det er også makt i solidariteten. Når solidariteten blir nestekjærlighet, brukes makten til å tjene den andre og sakligheten blir lagt til maktutøvelsen. Det skal mot til å utøve solidarisk makt som et moralsk omsorgsansvar. Omsorg og mot hører sammen.

3.2 Sykepleieransvaret

Ansvar er en grunnleggende norm i allmenmoralen. Som sykepleier pålegges et selvstendig ansvar og et personlig ansvar for egen yrkesutøvelse. Ansvar er noe sykepleierne både tar på seg og blir pålagt. Sykepleierne blir pålagt plikter igjennom lovgivningen og kan stilles til ansvar dersom de ikke overholder disse pliktene (Brodtkorb, 2011).

Innen omsorgsetikken er ansvar for den svake et viktig prinsipp, dette ansvaret kan tolkes som noe sykepleierne selv pålegger seg (Brodtkorb, 2011). Sykepleierne har et eget indre ansvar for de avgjørelser og valg de tar. Her kan de ikke gjemme seg bak organisasjonens regler eller legens ansvar. Dette krever modige sykepleiere, som våger å vise sin kunnskap og verdier igjennom ansvarlige handlinger (Wallinvirta, 2011). Ansvarlige handlinger krever sykepleierne som er bevist det de har ansvar for og aktivt verdsetter dette (Kristoffersen, 2011).

Ansvar, frihet og kjærlighet hører sammen og er noe sykepleierne oppfatter som en plikt, et kall eller et livsverk. I sykepleien er den uselviske kjærlighet fremtredende og sykepleierne står fritt i å velge, men bare etter eget ansvar og egne grenser. Friheten styres etter en indre etisk overbevisning der forpliktelse, skyld og kjærlighet påvirker ansvarlige valg (Wallinvirta, 2011). Wallinvirta (2011) beskriver ansvaret som en spenning mellom indre og ytre etikk i samsvar med kunnskap og de etiske normene innen omsorgen.

4 Metode

En kvalitativ metode med intervju og som er analysert etter en kvalitativ innholdsanalyse er valgt, siden denne metoden er best egnet for denne studien. Kvalitativ metode er en forskningsmetode for å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper ved fenomener. Materialet består av tekst som stammer fra intervju eller observasjoner i motsetning til kvantitativ metode som bygger på numeriske data, som tall (Malterud, 2011, p. 26). Ved kvalitativ forskning legges det vekt på forståelse og det er nærhet til informantene. Dette innebærer en åpen interaksjon mellom forsker og informant. I kvantitativ forskning er det avstand mellom respondent og forsker og det legges vekt på forklaring av fenomener i motsetning til forståelse. Forskningsspørsmålet bestemmer hvilken tilnærming som er best egnet for studien (Tjora, 2012, p. 18).

Ingen forsker er nøytral, forskerens faglige ståsted, interesser, motiver og erfaringer er med på å bestemme problemstillingen og hvilke perspektiv som velges. Det er også med å bestemme metodevalg, hvilke utvalg som regnes som relevant, hvordan resultat vektlegges og tolkes (Malterud, 2011, p. 37). Vil i drøftningsdelen komme tilbake til hvordan dette påvirker denne studien.

4.1 Datainnsamling

Informantene er valgt etter et strategisk utvalg, det vil si å velge de informantene som gir den beste informasjonen om temaet. Eller som kan gi best informasjon for tolkning og funn til ny kunnskap om emnet. (Malterud, 2011). Inkluderingskriterier for denne studien er derfor: informantener som er utdannet sykepleier og har stått i situasjoner der de mistenker barnemishandling. Ønsket kontakt med sykepleierne som har meldt fra til barnevernet og sykepleiere som ikke har gått videre med saken. Kjønn og ansiennitet anses ikke som relevant for denne problemstilling, hovedkriteriet er å ha opplevd aktuelle situasjoner. Sykepleierne som deltar i studien er alle kvinner og har over 10 års ansiennitet som sykepleiere. Henvendelsen går til avdelinger som behandler både barn og voksne og til rene barneavdelinger for å gi materialet større bredde.

En forespørsel blir sendt via E- post (se vedlegg) til sykehusledelsen ved flere av landets sykehus og legevakter. I denne E-posten blir det orientert om studien og det blir spurt om tillatelse til å intervju sykepleiere (se vedlegg). Samtidig oppfordres det til å sende henvendelsen videre til aktuelle avdelinger. Etter godkjenning blir lederne ved aktuelle avdelinger kontaktet, hvor noen mener problematikken ikke er aktuell for deres avdeling,

mens andre er positive og behjelpelig med å skaffe informanter. Forespørselen går primært til mottaksavdelinger og legevakter. Ved noen sykehus legges barn direkte inn på barneavdeling og henvendelsen blir derfor videresendt. Til studien melder det seg 8 sykepleiere, 3 sykepleiere jobber i avdelinger som behandler både barn og voksne, mens 5 sykepleiere jobber ved barneavdelinger. Avdelingsmessig fordelte de seg slik:

- Legevakt 1 sykepleier.
- Barnemottak 3 sykepleiere.
- Akutt mottak 2 sykepleiere.
- Barneavdeling 2 sykepleiere.

Blant sykepleierne som blir intervjuet er det flere som har spesiell interesse for temaet, men også sykepleiere som ikke er engasjert i problematikken fra før.

Det er gjennomført et kvalitativt intervju som er en intervjuform som er ustrukturert eller ustandardisert. Denne typen intervju har ingen forhåndsdefinerte eller standardiserte prosedyrer. Det krever metodologiske valg underveis i intervjuet, noe som krever intervjuferdigheter hos forskeren og kunnskap om intervju temaet. Forskeren må ha kunnskap for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 35). Det kvalitative intervjuet er ikke helt ustrukturert og det anbefales derfor å utarbeide en intervjuguide med tema som skal belyses (Jacobsen, 2003, p. 74). Til dette prosjektet er det utarbeidet en intervjuguide i forkant (se vedlegg). Intensjonen er å la informanten snakke mest mulig fritt under intervjuet, for i minst mulig grad å påvirke dem og dette oppfordres de til i forkant av intervjuet. Det stilles oppfølgingsspørsmål underveis etter behov, som f. eks. kan du utdype nærmere? hvordan oppleves det? fortell, har du eksempler? hva tenker du om det? Alle informantene var lett å kommunisere med.

Det første intervjuet blir transkribert, hørt og lest kritisk flere ganger før neste intervju. Etter dette intervjuet oppdages det at intervjuguiden blir for slavisk fulgt og det stilles for dårlige oppfølgingsspørsmål. Det anbefales å bygge tillit til informanten ved å gå litt ”rundt grøten” med ”ufarlige” temaer før man går inn på det som kan være vanskelig å snakke om (Tjora, 2012, p. 107). Intervjuguiden er oppbygd etter denne tankegang. Etter erfaringer fra første intervju, ble intervjusituasjonen friere og informantene får bestemme fremdriften selv. Noe som gir mulighet til å fortelle mer fritt og intervjuguiden blir nå brukt som en sjekklister. Det å stille oppfølgingsspørsmål blir også bedre og intervjuene gir et rikt materiale å jobbe videre med. Intervjuene spilles inn på lydband og er ordrett transkribert. Før intervjuet fikk informantene skriftlig informasjon og samtykkeerklæring (se vedlegg) tilsendt. Intervjuene

blir innledet med en muntlig presentasjon av prosjektet og informasjon om muligheten til å trekke seg underveis, men ingen trekker seg.

4.2 Kvalitativ innholdsanalyse

Til analysen er det brukt en kvalitativ innholdsanalyse, som er en metode for å beskrive og identifisere variasjoner og likheter i en tekst. (Lundman & Graneheim, 2008). Det er brukt en *induktiv analyse*, det er en objektiv tekstanalyse som bygger på informantenes opplevelse av fenomenet og de kodede kategoriene er hentet direkte fra datamaterialet (Lundman & Graneheim, 2008; Vaismoradi, Turunen, & Bondas, 2013).

Analysen har en *latent tilnærming*, som tolker den underliggende betydningen av teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Teksten blir inndelt i *meningsbærende enheter, kategorier og temaer* på ulike nivå. Kategoriene og temaene står i forhold til konteksten og kjennskap til konteksten er derfor nødvendig for tolkningen (Lundman & Graneheim, 2008). Etter transkriberingen av intervjuene blir teksten inndelt i *meningsbærende enheter*. En meningsbærende enhet er ord, en setning eller et avsnitt som er knyttet sammen av innholdet eller konteksten (Graneheim & Lundman, 2004).

Totalt blir det 425 meningsbærende enheter som blir nummerert for å kunne spores tilbake til opprinnelig kontekst. Enhetene blir først inndelt i 3 grupper etter hvem sykepleierne snakket om (sykepleier, barn og samarbeidspartnere). På dette tidspunktet i prosessen sorteres de i konvolutter. ”Sykepleiegruppen” er desidert den største gruppen. De meningsbærende enheter blir videre inndelt i undergrupper, etter innhold. Det jobbes fortsatt på ”konvoluttnivå.” I neste runde settes gruppene av meningsbærende enheter

Analyseverktøy meningsbærende enheter



Bilde 1. Meningsbærende enheter satt opp på plansjer.

opp på plansjer (bilde 1) for å gi bedre oversikt og det blir til slutt 16 undergrupper. Grupperingen av de meningsbærende enhetene blir på denne måten gjennomgått to ganger og noen feilgrupperinger blir luket bort.

De meningsbærende enhetene blir kondensert og de *kondenserte meningsbærende enhetene* blir satt inn i Excel regneark (bilde 2). Med kondensert menes en forkorting av teksten der kjernen i innholdet bevares (Graneheim & Lundman, 2004). Videre i prosessen utvikles *koder* som innbærer å abstrahere innholdet til et høyere logisk nivå. Kode kan også beskrives som en etikett på den kondenserte meningsbærende enhet, noe som krever abstraksjon (Lundman & Graneheim, 2008). Kodene blir samlet i *underkategorier* og deretter *kategorier* som utgjør funnene. En kategori er en samling av koder som har et lignende innhold. Forskjellen fra underkategori til kategori er abstraksjonsnivået, det blir abstrahert litt mer for vært nivå (Lundman & Graneheim, 2008).

Analysevrktøy, koder og kategorier



Bilde 2.
Analysen satt inn i Excel regneark og fargekodet.

4.3 Forskningsetikk

Etiske problemstillinger vil prege hele forløpet av en intervjuundersøkelse, man utforsker menneskers liv for deretter å beskrive og publisere det. Dette krever at det på forhånd tenkes igjennom verdispørsmål og dilemmaer som kan oppstå underveis. Det anbefales å utarbeide en etisk protokoll. En etisk protokoll er en etisk gjennomgang av prosjektet innenfor følgende temaer: tematisering, planlegging, intervjusituasjonen, transkribering, analysering, verifisering og rapportering (Kvale & Brinkmann, 2009). Det gjøres en etisk vurdering av prosjektet etter temaene ovenfor før og underveis i studien. Studien er også vurdert etter etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries, 2003) der følge prinsipper er lagt til grunn: autonomi, å gjøre godt, ikke å gjøre skade og rettferdighet.

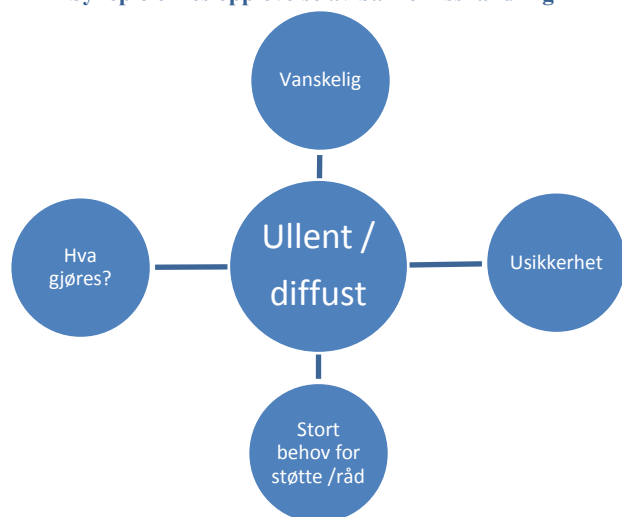
Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS (NSD). Godkjenning fra regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) er ikke nødvendig for denne studien, ettersom studien ikke involverer pasienter. Deltakelse i studien er frivillig og alle informantene får både skriftlig og muntlig informasjon om studien. Det informeres om studiens formål og muligheten for å trekke seg underveis i studien. Alle skriver under samtykkeerklæring, ingen trekker seg underveis.

Datamaterialet er anonymisert slik at verken institusjon, informant eller eksempler som er brukt i studien kan gjenkjennes.

5 Presentasjon av resultat

Studiens hovedfunn er at sykepleierne opplever barnemishandling som *vanskelig og usikkert, med et stort behov for støtte og de opplever at det er uklart hvordan de skal forholde seg til problematikken*. Dette er inndelt i 4 hovedkategorier som vist i figur 2. Begrepene *ullent og diffust* er brukt av sykepleierne til å beskrive hvordan de opplever barnemishandling. Hele situasjonen oppleves uspesifikk og preges av usikkerhet på alle områder. Det gjøres en del for og lette situasjonen, men det er likevel mange ”vi burde” og ønsker om hvordan ting bør være.

Sykepleiernes opplevelse av barnemishandling



Figur 2. Sykepleierne opplever barnemishandling ullent og diffust på alle områder

Barnemishandling oppleves vanskelig og få blir erfaren på dette område. Figuren under viser at det oppleves vanskelig på de fleste områder. Det som er vanskelig er inndelt i tre grupper som vist i figuren under: *vanskelig farvann, vanskelig å stå i og følelsemessig vanskelig*. (Figur 3)

Vanskelig		
<p>Vanskelig farvann</p> <p>Hva er barnemishandling? Hva er rett og galt Har stor makt - kan ødelegge mye Hvem skal melde?</p>	<p>Vanskelig å stå i</p> <p>Klarer det ikke aleine Kan aldri vær sikker Tungt å komme med beskyldninger Konfliktfylt Uoversiktlig</p>	<p>Følelsemessig</p> <p>Gjør noe med følelsene Ubegagelig situasjon Grubler mye Klarer ikke glemme. Vanskelig å tro</p>

Figur 3. Barnemishandling oppleves vanskelig, Det er følelsemessig vanskelig, vanskelig å stå i og det oppleves som vanskelig farvann

Vanskelig farvann. Noe av det som gjør barnemishandling vanskelig er at det ikke finnes noen fasitsvar. *Hva er egentlig barnemishandling?* Sykepleierne ble spurt om å definere begrepet barnemishandling. Det er enighet om at slag, spark, lugging og lignende samt seksuelle overgrep enten det skjer fysisk eller visuelt er barnemishandling, men grensene er diffuse. Når det gjelder omsorgsvikt opplever sykepleierne dette som et mer diffust og komplekst felt, vanskelig farvann og sunn fornuft er uttrykk som brukes for å beskrive omsorgsvikt. En av informantene uttrykte dette slik:

”... nei det er vanskelig å si hva som er omsorgsvikt og hva som er barnemishandling ... tenker umiddelbart på barnemishandling som fysisk og psykisk mer direkte overgrep men grensegangene er veldig diffuse ... det skjønner jeg ... at barn er overlatt til seg selv og ikke blir fulgt opp og tatt hånd om det er veldig ødeleggende ... så ... ja det er glidende overganger mellom omsorgsvikt og barnemishandling”

Sykepleierne kommer med flere eksempler på hva som er omsorgsvikt. For eksemplene foreldre som ikke ser barna sine eller foreldre som er mer opptatt av seg selv. Barn som ikke får tilfredstilt sine fysiske behov som mat og klær m.m. men også psykisk i form av omtanke, omsorg og deltakelse på lik linje med andre barn. Dette er det vanskelig å definere og det er avhengig av den enkeltes oppfatning. Hva betyr det å delta på lik linje med andre barn for eksempel?

Når definisjonene av barnemishandling er diffus og ulen er det vanskelig å vite ”*hva som er rett og galt.*” Det oppleves også at det er ulike oppfatninger i avdelingen både mellom sykepleierne og annet helsepersonell. Her trekkes ofte legene frem, ”*vi får ikke medhold fra legen.*” som flere av sykepleierne sa. Det er vanskelig å melde uten legens samtykke. *Hvem skal melde,* alle sykepleierne var klar over at de både kunne og hadde plikt til å melde på eget initiativ. Ingen av sykepleierne har meldt barnemishandling uten samtykke fra lege eller overordnet. Viljen til å melde ut fra egen overbevisning er til stede, men sykepleierne føler de må være 110 prosent sikker før de gjør det. Det å overprøve legen oppleves vanskelig, en sykepleier uttrykker det slik:

”det er uvant, at vi kan overprøve legen, det er en holdning blant sykepleierne, tenker jeg... kanskje ... ja ... For vi er ikke vant til at vi kan overprøve dem ... he, he...”

Sykepleierne opplever at det er vanskelig å *komme med beskyldninger* og det oppleves vanskelig og *aldri kunne vær sikker* når sykepleierne møter barnemishandling. En av sykepleierne sier det slik: *” jeg føler meg aldri sikker, det er det som gjør det så vanskelig”*

Sykepleierne har kunnskap om at mishandlede barn er sykere enn andre barn og antar derfor at flere av dem er innom helsevesenet uten å bli oppdaget.

Sykepleierne kjenner seg igjen i foreldrenes frykt for å miste barnet sitt og mange av sykepleierne er selv foreldre. En av sykepleierne uttrykte det slik:

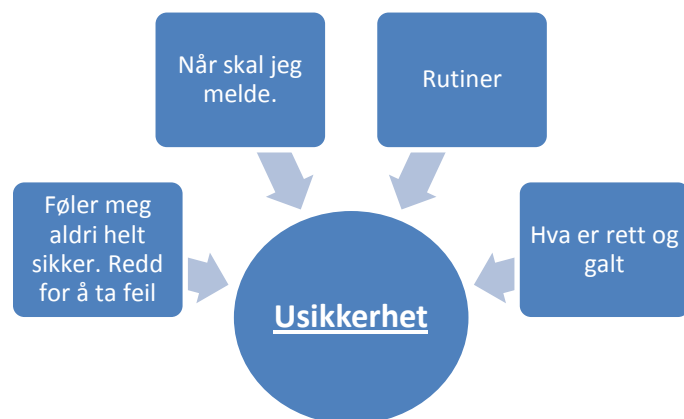
”Det er vanskelig, jeg har heller ikke likt å bli konfrontert med mistanken, som mor vil jeg gå rett i forsvar og det tror jeg de også gjør. Derfor tror jeg ... vi har en følelse av at vi må ha 150 prosent bevis, for å tørre og konfrontere foreldrene. Tror det er en av de vanskeligste konfrontasjonene du kan gjøre.”

Barnemishandling beskrives som vanskelig fordi det er mange faktorer som spiller inn og det oppleves derfor *uoversiktlig*. For eksempel spiller holdninger inn, noe som gjør at ting kan tolkes i flere retninger. Det beskrives som en *”balansegang mellom å male fanden på veggen og rope ulv, ulv.”* Den enkelte sykepleier opplever å ha stor makt, etter hvordan de tolker situasjonen. De opplever at denne makten kan ødelegge mye for familien og barnet. Sykepleierne er redd for å gjøre overtramp og utaler *”her må det være noen nyanser”*.

Sykepleierne snakker også om forholdet til foreldrene. Det er vanskeligere å komme med beskyldninger når de får et godt forhold til foreldrene og motsatt når forholdet ikke er optimalt. En av sykepleierne hadde med seg en beretning om et barn som kom inn til observasjon på grunn av mistanke om barnemishandling. Sykepleierne får et godt forhold til foreldrene og ingen mistenker dem. Noen dager etter utskrivning kommer barnet tilbake og er nesten døende, det er mishandling. Som sykepleieren selv sier, dette er en dyrekjøpt lærepenge, men det går heldigvis bra med barnet i ettertid.

Situasjonene oppleves *følelsesmessig vanskelig* og det setter i gang mange følelser hos sykepleieren som de må håndtere. Noe disse utsagn beskriver: *”har grubla mye i ettertid”* – *”klarer ikke å glemme”* – *”det gjør noe med følelsene våre”* – *”hele spektre av negative følelser”* – *”ubehagelig å stå i”* – *”greier ikke å være objektiv”*.

Barnemishandling oppleves *usikkert* (figur 4) på flere områder, samtidig som det oppleves vanskelig på de samme områdene. Det kan sies at de er innbyrdes avhengig av hverandre, det oppleves vanskelig fordi det er usikkert og motsatt. Det er derfor problematisk å skille mellom det som oppleves vanskelig og det som oppleves usikkert.



Figur 4. Barnemishandling skaper usikkerhet på flere områder.

Det skapes usikkerhet når sykepleierne aldri føler seg sikker på det de ser, tror eller føler og heller ikke er sikker på hvordan situasjonen skal håndteres. Barnemishandling er vanskelig å definere og grensegangene er diffuse, noe som skaper usikkerhet. Her kommer den berømte magesfølelsen inn. Alle sykepleierne snakket om magesfølelsen som sier at noe ikke stemmer, men det er vanskelig å definere hva det er. Dette blir uttrykt på denne måten:

”det er vanskelig for du har en magesfølelse og damer har jo gjerne en magesfølelse uten egentlig å vite hva det er for noe eh ... det er vanskelig når du ikke finner noe konkret og det er vanskelig å vite, når er det nok til å gå videre med det ... ja... jeg tror det, det er det man føler ... man må ha så konkrete bevis for å tørre å gå videre, nesten sånn at man føler... at man må ha så ekstremt med bevis, før en tørr og gjør det.

Hva som er rett og galt oppleves vanskelig og skaper stor usikkerhet, som følgende sitatet illustrerer.

”Det er sånn ... vi veier veldig frem og tilbake, hva er riktig, og skal vi stol på det vi tror eller skal vi stole på det foreldrene sier eller skal vi ... ja ... i det hele tatt...”

Denne veiingen frem og tilbake handler om redselen for å ta feil. Vissheten om at konsekvensen for den berørte familien kan bli stor, uansett hva som gjøres, blir opplevd som belastende.

Det er stor usikkerhet på spørsmål om rutiner, ingen av sykepleierne kunne svare bekreftende på at de hadde klare rutiner. Noen mener de ikke har rutiner, andre vet ikke om de har rutiner og noen mener rutine er for dårlig og at de ikke har rutiner på alle områder. Det kommer frem

et klart ønske om en ”smørbrødtype” over hvordan de skal gå frem og hvordan de skal avdekke ulike typer barnemishandling.

Sykepleierne er opptatt av dokumentasjon og at den skal være rettslig gyldig, men er usikker på hvordan dette skal dokumentere riktig. De avslører også en redsel for å dokumentere. Frykten ved å dokumentere er at de kan bli innkalt som vitne i en rettssak. Tanken på en rettssak opplevdes som skremmende.

Sykepleierne føler seg alene når de skal melde barnevernssaker, det å melde med fullt navn oppleves vanskelig. De er redd for følgene når foreldre får vite hvem som melder. Dette bekymrer sykepleierne og de hevder at saker ikke blir meldt videre på grunn av redsel for hevn. Derfor kommer det frem et ønske om at bekymringsmelding skal gå fra avdelingen og ikke fra den enkelte sykepleier. Noe en sykepleier uttrykker slik:

”det ble sendt en bekymringsmelding på et barn herfra og vedkommende som melder saken får en del reaksjoner fra familien i ettertid, når de får vite hvem det er. Slikt synes jeg vi skal slippe å bli utsatt for, jeg mener det styrker foreldrene ... det er kanskje feigt å si, som sykepleier, men jeg tror det gjør at mange saker ikke blir meldt. Det tror jeg ikke... jeg vet.”

Behov for støtte

Sykepleierne forventer støtte fra leder, men ingen gir uttrykk for at de ikke får støtte. Det de derimot gir uttrykk for, er et ønske om mer støtte. Sykepleierne ønsker at lederne skal veilede og guide de igjennom hele prosessen. Leder har også ansvar for å sette temaet på dagsorden og starte en diskusjon om problemet i avdelingen. Likeledes mener de at leder har ansvar for rutiner og internundervisning.

I følge sykepleierne skal lederrollen være oppklarende og støttende. De ønsker bedre støtte ved tvilstilfeller og når det er uenighet om det som gjøres, slik at de slipper å stå alene med ansvaret i ettertid.

Kollegastøtte er viktig for sykepleierne og flere mener denne støtten er like viktig som støtte fra leder. En grunn er at kollegaene står nærmere saken og kjenner saken bedre enn leder. Tilfeller av barnemishandling diskuteres på bakrommet og sykepleierne får råd og støtte av hverandre. De bruker hverandres erfaringer og de vet hvem som er god på dette og hvem de stoler på.

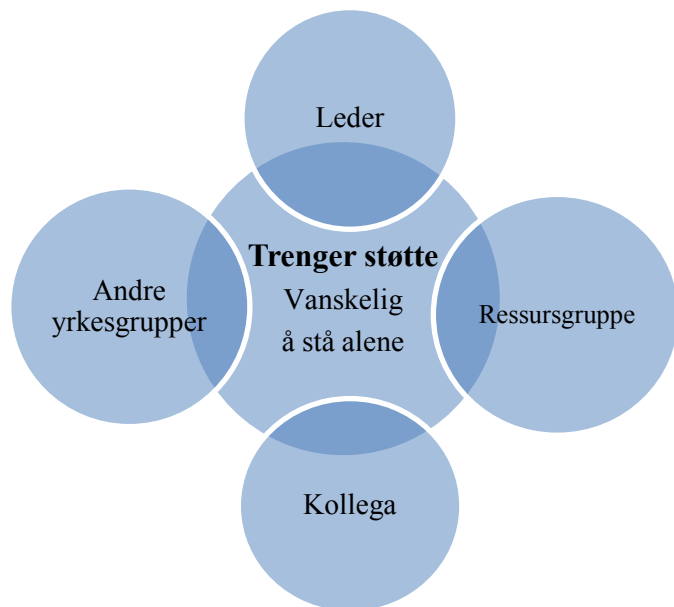
En av de første sykepleierne søker støtte hos ved mistanke om barnemishandling, er legen. Legen oppfattes av mange som den som har ansvaret for å avdekke og ta saken videre. Sykepleierne legger ansvaret på legene, men føler ikke de får den responsen de ønsker og det oppleves frustrerende.

Sykepleierne er klar over at de kan melde på egen initiativ, men det oppleves vanskelig. Det blir da lettere å legge ansvaret på legene, noe som blir uttrykt på denne måten; ”... jeg føler vi legger mye ansvar på legene, og at vi gjør det, fordi vi ikke vet ... ”

Sykepleierne er opptatt av at de trenger noen å diskutere sakene med. Hvem de ønsker støtte fra varierer fra avdeling til avdeling. Sykepleierne på barneavdelingene og legevakten ønsker å diskutere med helsesøster. Barneavdelingene ønsket i tillegg kontakt med skole og barnehage, mens sykepleierne fra akuttmottak ønsker et team på barneavdelingen som de kan kontakte ved behov (figur 5)

Det er et ønske om bedre samarbeid på tvers av avdelinger / etater, men som flere sier er det et stort MEN – taushetsplikten. De kan ikke diskutere et barn med andre uten å få tillatelse fra foreldrene og dette opplevdes frustrerende. Sykepleierne opplever det vanskelig å spørre foreldrene om de får ta kontakt med helsesøster eller andre instanser, derfor hevder sykepleierne at ingenting blir gjort. ”Christoffer saken” blir brukt som eksempel på at nettverket er viktig i barnevernssaker. Dersom de ulike etatene snakker sammen vil kanskje saken sett annerledes ut.

På spørsmål om hva som gjøres i avdelingen angående problemstillingen, det kommer frem at det gjøres en del på noen av avdelingene. Sykepleierne føler uansett at de er for dårlig og ønsker å bli bedre. Det fremkommer en stor grad av usikkerhet og det er diffust og ullent. Sykepleierne er usikre når de skal fortelle hva de gjør. ”Ja hva gjør vi egentlig ... ” er en uttalelse som kommer fra flere. Her er det stor forskjell mellom de som jobber på



Figur 5. Sykepleierne ønsker støtte fra ulike hold

barneavdeling og de som er på andre avdelinger. Sykepleierne fra barneavdelingene er mer bevist på hva de gjør, men også de føler behov for å bli bedre og de er tydelig på at det fortsatt er en lang vei å gå.

Alle sykepleierne mener de har behov for undervisning om temaet. Barneavdelingene har det som tema på fagdager, men da i konkurranse med andre emner. De andre avdelingene har lite eller ingen undervisning om dette temaet.

6 Diskusjon

Målet med denne studien er å se på hvordan sykepleierne opplever møtet med barn og deres foreldre når det er mistanke om barnemishandling. Studiens viser at barnemishandling oppleves ullent og diffust på mange områder. Det oppleves vanskelig og usikkert og sykepleierne har behov for mer støtte. Det er også uklart hva som gjøres for å bedre situasjonen. Alle områdene går inn i hverandre og det er derfor vanskelig å skille dem.

6.1 Vanskelig

Barnemishandling oppleves vanskelig og usikkert på mange områder, en grunn er at begrepet barnemishandling oppleves vanskelig å definere. Det finnes ingen fasitsvar på hva som er mishandling og fenomenet endrer seg i tid og rom (Øverlien, 2012). WHO's definisjon er rund og den er avhengig av den enkeltes tolkning. Andre definisjoner har også runde formuleringer som barnekonvensjons (FN, 1989) og forskere definerer det også ulikt (Keane & Chapman, 2008; C. Lyden, 2011). Sykepleierne ønsker klarere definisjoner, men det er vanskelig med en presis definisjon av barnemishandling. Her ligger kjernen til problemet, den er ullen og diffus helt ned på definisjons nivå. Når sykepleierne ikke kan støtte seg til klare definisjoner, må de benytte seg av faglig skjønn og erfaringer. Martinsen (1990) beskriver skjønn som noe mer enn norm og regelkunnskap, skjønn er alltid knyttet til konkrete situasjoner. En dyktig sykepleier benytter en kombinasjon av fagkunnskap og menneskekunnskap omsatt i praktiske handlinger. I tillegg bruker sykepleierne erfaringer og moral når de benytter skjønn. Sykepleierne opplever barnemishandling som komplekse situasjoner som er preget av dilemmaer. Sykepleierne opplever handlingstvang i ulike sammenhenger og de må ta stilling til vanskelige situasjoner og dilemmaer. I slike situasjoner er det viktig å gjenkjenne, løse, eller stå i etiske dilemma på en tilfredsstillende måte (Slettebø, 2012). Sykepleierne har med seg erfaringer fra å stå i dilemmaer og vanskelige situasjoner når de møter barnevernssaker som er vanskelig og konfliktfylt. Denne erfaringen er viktig og det er den som brukes i skjønn. Det som kjennetegner en dyktig sykepleier er at de bruker erfaringer fra en situasjon til en annen og i tillegg bruker vurderinger og overveielser knyttet til moralen. I følge Martinsen (1990) er moral hvordan vi forholder oss til livsytringene og hvordan vi bruker skjønn og vurderinger i den enkelte situasjon. Når sykepleieren bruker skjønn overføres kunnskap og erfaring fra et område til et annet, i tillegg brukes moral og vurderinger for å løse problemet.

Når etiske dilemmaer ikke blir ivaretatt på en god måte kan det gi ubehag (Slettebø, 2012). Flere av sykepleiere beskriver opplevelser, som de ikke har håndtert på en god måte og de sitter igjen med en dårlig følelse. Disse opplevelsene diskuteres ikke med andre, sykepleierne har en følelse av ikke å strekke til og føler skam. Skammens uttrykk er taushet, det blir ikke snakket om, men skammen blir ikke borte av den grunn. Skam er knyttet til redselen for å bli avslørt som en annen enn den man ønsker å være, eller bli blottstilt (Skårderud, 2001). Alle ønsker å være gode sykepleiere og snakker derfor ikke om de vanskelige situasjonene som de ikke lyktes med. Skammen kan også snues, foreldre og barn snakker heller ikke om disse vanskelige følelsene. Foreldrene skammer seg over ikke å strekke til og barna arver denne skammen og forstår at det ikke skal snakkes om. Det gjør det vanskelig å avdekke barnemishandling. Ingen snakker om det, barnet og foreldrene fordi det skammer seg over situasjonen og sykepleierne fordi den gode skammen hindrer de i å stille spørsmål. Den gode skammen er respekten for andre og seg selv, diskresjon eller sosiale normer. Den hindrer oss i å rote i andre sine saker. Skammen blir også kalt den eneste medfødte moralske følelsen (Skårderud, 2001). Martinsen (2012) kaller denne skammen for før – etisk skam og den skal ikke underkjennes. I denne sammenhengen hindrer den gode (før – etiske) skammen sykepleieren i å gå inn i problematikken og den dårlige skammen plager sykepleieren i ettertid når de ikke undersøker saken nærmere. Her blir den gode skammen misforstått, i barnevernssaker blir det å rote i andres privatliv riktig. Det er sykepleiernes plikt i barnevernssaker. Her kommer sykepleieransvaret inn. Wallinvirta (2011) beskriver ansvaret som en spenning mellom indre og ytre etikk. Kunnskap om barnemishandling og lovverket settes opp mot etiske omsorgsnormer og sykepleierne vil da kjenne ansvaret som sykepleier. Dette ansvaret kan de ikke vri seg unna, de kan heller ikke gjemme seg bak organisasjonen eller legens ansvar (Wallinvirta, 2011). Sykepleierne må være seg bevisst sitt etiske og juridiske ansvar. Det viktigste tiltak for å bedre omsorgen for utsatte og vanskeligstilte barn er bevisstgjøring og ansvarliggjøring av sykepleierne. Det må aldri være tvil om at sykepleierne har et ansvar for barn som er utsatt for mishandling. Denne bevisstgjøringen må skje kontinuerlig, og gjentas med jevne mellomrom. Dette stemmer overens med det som Joughin (2003) finner om sammenhengen mellom bevisstgjøring og det å melde barnevernssaker videre. Videre hevder hun at den enkelte sykepleier må ansvarliggjøres og bevisstgjøres i sin rolle ovenfor mishandlede barn.

En studie om etiske og juridiske aspekter ved å melde barnevernssaker videre finner at det fører til komplekse situasjoner og dilemmaer der de etiske prinsippene kolliderer med

hverandre (Feng, et al., 2012). Sykepleierne beskriver situasjonen som en balansegang mellom å storme inn i en familie eller bare å tenke at her er alt i den skjønneste orden. Et valg som nok kan betegnes som et dilemma. Et dilemma er et valg der det ikke er en tilfredsstillende løsning eller uansett løsning gir en uønsket konsekvens (Slettebø, 2012). Sykepleierne opplever det å melde barnevernssaker som et etisk dilemma. Dilemma mellom det de ser og det de tror. Hvem har rett, foreldrene, kollegaer eller sykepleieren selv? Feng et al. (2012) hevder at det er en balansegang mellom etiske prinsipper, personlige verdier og synspunkter. Sykepleierne opplever det som et dilemma når de ikke får medhold fra legen eller kollegaer på mistanken. De blir da usikker og vet ikke hva de skal gjøre, som ofte fører til at det ikke gjøres noen ting.

6.2 Følelsesmessig vanskelig

Sykepleierne opplever barnemishandling følelsesmessig vanskelig, det er ubehagelige situasjoner med mange negative følelser som de i ettertid grubler mye over. Det samme finner Tingberg et. al (2008) følelsene kommer uforberedt på sykepleierne og de blir overrumplet av disse. Sykepleierne må vedkjenne seg disse følelsene som en reaksjon på et traume. Videre må sykepleierne være forberedt på å håndtere sinne både fra seg selv og foreldrene. Når sykepleierne står ovenfor mishandlede barn er sinne en naturlig reaksjon. I Tingbergs et. al. (2008) studie kommer det frem at sykepleierne forventer at de skal opptre profesjonelt i slike situasjoner. Noe de opplever som vanskelig og de klarer ikke å forholde seg til foreldrene når mistanken er der. Dette avdekker et behov for rådgiving og bearbeidelse i ettertid.

Et viktig aspekt er også fornektning, som er en psykologisk forsvarsmekanisme. Det å tro at problemet løser seg av seg selv og bare fortsette som om ingenting har skjedd (Ilstad, 2007). Denne forsvarsmekanismen kan hindre sykepleierne og annet helsepersonell i å oppdage barnemishandling. Når det snakkes om barnemishandling blir det ofte sagt *”du ser det ikke, før du tror det”*. Dette snakket sykepleierne om, en må tro at det skjer, foreldre slår faktisk i hjel ungene sine. ”Christoffer saken” (Gangdal, 2010) er et eksempel på det. Mange vegrer seg for å lese slike beretninger fordi det gjør noe med følelsene. Det er likevel viktig at disse beretningene blir diskutert og snakket om, hvordan skal sykepleierne ellers tro at det skjer hvis de lukker øynene for virkeligheten. Beretningene må brukes, slik at sykepleierne kan lære av dem.

Sykepleierne opplever vanskelige følelsesmessige problemer når de møter mishandlede barn og foreldrene deres. I slike situasjoner blir lydighet til normer og regler viktig for å sikre et

minimum av omsorg, selv om relasjonen ikke er bra (Martinsen, 1990). Den barmhjertige samaritan blir ofte brukt som eksempel på god omsorg. Om levitten og presten i fortellingen vet vi bare at de ser den fremmede og svikter han. De innser kanskje at det er omkostninger ved å hjelpe, det er for eksempel konfliktfylt eller det er fare for selv å bli overfalt. Det koster å hjelpe og vise god omsorg, levitten og presten tar ikke imot barmhjertighetens impuls, de går forbi (Martinsen, 2012). Har sykepleierne mot til å være en barmhjertig samaritan for mishandlede barn? Lyden (2009) hevder at barn fortjener sykepleiere som er villig til å gi god omsorg ved å handle på barnas vegne når intuisjonen forteller at noe ikke stemmer. Videre hevder hun at dette kanskje er barnets sjanse for å bli reddet. Utnytter sykepleierne denne sjansen? Som tidligere nevnt vil bevisstgjøring og ansvarliggjøring av sykepleierne øke sjansen for at de oppdager og handler ovenfor mishandlede barn (Joughin, 2003). Dette ansvaret kan ikke overlates til andre, for å få handling er det viktig at alle er sitt ansvar bevisst. På samme måte som Lindberg, Persson og Bondas (2012) finner i sin studie om integrering av omsorgsvitenskap der alle er enige om at det er viktig, men det er noen andres som har ansvaret. Sykepleieransvaret er derfor viktig å presisere og det må bli et personlig ansvar og ingen andres. Et ansvar sykepleierne aldri kan legge fra seg.

Barnevernssaker gir sykepleierne følelsesmessige utfordringer og det oppstår et behov for støtte. En finsk studie finner at det er behov for opplæring og veiledning i å takle egne følelser (Paavilainen, et al., 2002). Det er viktig for sykepleierne å ta vare på og bearbeide egne følelser slik at de kan fungere som gode omsorgspersoner i fremtiden også.

6.3 Behov for støtte

Sykepleierne forventer og føler behov for støtte når de opplever mistenke om barnemishandling. Den som først nevnes er leder, sykepleierne forventer støtte og veiledning fra lederen. I det Caritative lederskapet som er utviklet av Bondas (2003) er det utformet 5 teser for lederskap. Her hevdes det at lederskap blant annet består av utvikling og veiledning. Medarbeiderne skal verdsettes som unike og deres kompetanseutvikling skal ivaretas. Det skal også legges til rette for refleksjon. Lederne har ansvar for opplæring, men også veiledning av sykepleierne i vanskelige situasjoner. Dette krever kunnskap hos lederne, noe som er i tråd med det Caritative lederskapet som hevder at lederne må ha grundig forståelse av det de leder (Bondas, 2003). Chrisp og Lister (2006) finner også at ledere må ha opplæring om barnevern.

Sykepleierne trenger støtte etter hvordan situasjonen er når avgjørelsen tas, ikke i etterpåklokskapens lys. Sykepleierne må vite at de får denne støtten før de går inn i saker med

barnemishandling. Rowse (2009a) finner at støtte vurderes som uvurderlig. Egenskaper de ønsket hos den som støtter er blant annet kunnskapsrikhet, ikke dømmende, lyttende, pålitelig og tilgjengelig. Tilgjengelighet blir beskrevet som viktig, når de trenger støtte ønsker sykepleierne støtten der og da. Flere av sykepleierne mente kollegastøtte er like viktig som støtte fra leder. Kollegaene er nærmere situasjonen og kjenner den bedre. De spontane samtaler rett etterpå er viktige og sykepleierne vet hvem av kollegaene de kan snakke med i slike situasjoner. Rowse (2009b) finner at sykepleierne kvier seg for å søke støtte av frykt for å bli latterliggjort. Videre beskriver deltakerne opplevelser med sterke følelser som følger de over tid. Det sykepleierne opplever er skam som blir privatisert og den private skammen er vanskelig å identifisere fordi den er knyttet til taushet, den skamfulle forventer forakt fra omgivelsene. Skal skammen deles må de føle trygghet, for at den blir tålt, tatt imot og ikke misbrukt (Skårderud, 2001). Med tanke på at det er vanskelig å snakke om skammen blir tillit til hjelperen av stor betydning. Det har derfor betydning at sykepleierne selv får velge hvem de skal få støtte fra (Rowse, 2009b). Studien konkluderer med at effektiv støtte gjennom hele prosessen er viktig for alle ansatte, men spesielt viktig for de yngste sykepleierne. Det vil redusere langtidseffekten av opplevelsen. Det er derfor viktig for leder og kollegaer, og spørre dem som er involvert om hvordan de har det, om de trenger hjelp / støtte / noen å prate med. Ikke minst gi ros og støtte til det som gjøres.

Når det gjelder å løfte problematikken i avdelingen har leder en viktig rolle. Det at problemet blir snakket om, sier at dette er et viktig tema og det er med å øke bevissthetsnivået. Det kan være med å redusere skammen både fordi sykepleierne er bedre rustet, men også fordi situasjonen ikke oppleves så ensom lengre, skammen blir ikke privatisert og taushetsbelagt.

6.4 Hva gjøres?

Sykepleierne er usikre når de forteller hva som gjøres i avdelingen, men det kommer frem at det gjøres mye bra og flere av sykepleiere er bevist på problemstillingen. Som tidligere diskutert er problematikken vanskelig og usikker på alle områder, noe som er med på å gi en følelse av utilstrekkelighet. NKVTS (2012) nettsted er en nyttig veileder ved mistanke om fysisk mishandling. Den er i stor grad rettet mot legene, ved at den har fokus på diagnostisering, behandling og sikring av bevis. Sykepleierne vil likevel ha nytte av dette nettstedet. Veilederen er ikke lett tilgjengelig på nettet, har bare funnet den på NKVTS sine nettsider. Har søkt etter den på Norsk sykepleierforbund, barnesykepleiernes forening, Den norske legeföreningen og barnelegene sine nettsider uten å finne den. Mulig sykehusene har den tilgjengelig i sine prosedyrer. Her er et forbedringspotensial, både legeföreningen og

sykepleierforbundet med respektive interessegrupper for barn bør ha link til denne veilederen lett synlig på sine nettsider.

Sykepleieren har en viktig jobb når de møter barn i helsevesenet. Det er derfor viktig at sykepleierne er sitt ansvar bevisst. Sykepleierne har et selvstendig ansvar både juridisk og etisk (Wallinvirta, 2011). Det indre etiske ansvaret er nært knyttet til samvittigheten og det er vanskelig å handle på tvers av den.

6.5 Metode diskusjon

Pålitelighet (reliabilitet) handler om forskerens rolle i prosjektet. Innenfor den positivistiske tradisjon er nøytralitet idealet, mens innenfor den fortolkende tradisjon anses nøytralitet som en umulighet (Tjora, 2012). Forskeren påvirker alltid prosjektet, spørsmålet er heller hvordan? Forskerens ståsted, faglige interesse, motiver og egne erfaringer er med på å bestemme forskningsprosessen. Problemstillingen, vinklingen, tolkninger og presentasjon av resultater er avhengig av forskerens interesse m.m. (Malterud, 2011).

Jeg har et stort engasjement om temaet og for meg er det viktig at alle som jobber med barn er bevisst sin rolle i forhold til å se barn som blir mishandlet. Dette engasjementet har jeg med meg inn i studien, noe som vil påvirke studien igjennom hele prosessen. I likhet med informantene er jeg også sykepleier og har også stått i situasjoner der jeg har opplevd barnemishandling. Dette gir meg på den ene siden en forståelse av det de forteller, men på den andre siden vil mine erfaringer påvirke studien. For å identifisere eget ståsted stiller jeg meg selv noen spørsmål slik Malterud (2011) anbefaler. I forkant av studien stiller jeg derfor spørsmål om hvordan mine egne erfaringer kan påvirke studien som sykepleier, men også som mor og fostermor. Jeg har opplevd situasjoner som er vanskelig som sykepleier og som mor har jeg sett hvor viktig det er at disse barna blir sett. Videre spør jeg, hva forventer jeg å finne og hvorfor?

Jeg forventer å finne: Sykepleierne melder for få saker videre og de vegrer seg for å melde. De mangler opplæring og problemet blir ikke satt på dagsorden avdelingene. Dette samsvarer i stor grad med funnene i studien. Spørsmålet er om jeg påvirker informantene eller om mine antagelser stemmer? Min forforståelse er med igjennom hele studien, noe jeg er bevisst på. Derfor er intervjuguiden gjennomtenkt og diskutert med veileder og medstudenter. I intervjusammenheng er jeg derfor bevisst på å ikke stille ledende spørsmål, men oppfordrer informantene til å snakke mest mulig fritt. Bruker oppfølgings spørsmål for å forsikre meg om

at jeg har forstått riktig. Jeg prøver å unngå å gi verbale eller nonverbale tilbakemeldinger under intervjuene. Informantene informeres om dette før intervjuet gjennomføres.

I analyseprosessen og i funnene vil også forforståelse av temaet påvirke prosessen. Selv om jeg er bevist dette kan det ha påvirket måten jeg har analysert og presentert funnene på. Ved at jeg lettere har sett det som stemmer med min forforståelse. På den andre side stemmer mine resultat med annen forskning på området, noe som er med å øke *validiteten* (gyldigheten). Eksempler, kunnskapsmangel, manglende rutiner, opplevelse av usikkerhet og behov for bevisstgjøring om temaet går igjen i flere studier.

Min uerfarenhet som forsker vil også påvirke valg underveis i prosessen. Kvalitativ innholdsanalyse er derfor valgt det er en analyseform som er egnet for nybegynneren (Lundman & Graneheim, 2008). Har selv gjennomført analysen, men med kyndig veiledning av veileder. Begge har lest intervjuene, sett på meningsbærendeenheter, vurdert inndelingen av kategorier og koder. Vi har diskutert funnene, sett på holdbarheten i dem og mulighetene for feiltolkning.

Utvelgelsen av informanter er gjort etter et strategisk utvalg, utgangspunktet er primært mottaksavdelinger. Responsen på henvendelsen er ikke overveldende og ved en del sykehus blir barn sendt rett til barneavdelinger. Det strategiske utvalget blir derfor utvidet til å ta med barneavdelinger også, for å få nok informanter. Det resulterte i et bredt utvalg av informanter som jeg i ettertid ser er med på å berike materialet. Opplevelsene er på mange områder sammenfallende uansett avdeling. Jeg har ingen relasjoner til informantene og de er fra sykehus jeg ikke kjenner.

Fokusgruppeintervju blir også vurdert som et alternativ. siden temaet kan være vanskelig å snakke om, spesielt ved følelse av utilstrekkelighet ble ikke fokusgruppe valgt. Ved fokusgruppe vil dessuten felles refleksjoner være et viktig element som man ikke får i et individuelt intervju, noe som kan gi et annet resultat. Fokusgruppeintervju krever to forskere under intervjuene, noe som gjør det praktisk vanskeligere. Dette er også med å påvirke avgjørelsen om intervjuform.

Generalisering eller overførbarhet til andre kontekster er alltid et spørsmål. I det ligger hvorvidt funn fra en studie kan brukes som indikator for hva som kommer til å skje i en annen sammenheng (Kvale & Brinkmann, 2009). Med det antallet informanter som er med i studien er grunnlaget for generalisering av funnene for lite. Derimot med tanke på at det samsvarer

med annen forskning vil det være et viktig bidrag til ny kunnskap på området. I tillegg er det lite forskning blant sykepleiere i Norge om denne tematikken, det vil derfor være et behov for denne type forskning.

7 Avslutning / konklusjon

Hovedfunnet i denne studien er at sykepleierne opplever barnemishandling som ullent, diffust og vanskelig på alle områder. Det er uklare og manglende rutiner, noe som oppleves vanskelig og det medfører usikkerhet hvordan praktisk håndtere saker i forbindelse med barnemishandling. Følelsesmessig er det også vanskelig og mange situasjoner oppleves som et dilemma. Det kreves mot for å stå i disse vanskelige sakene som kjennetegnes av dilemmaer, usikkerhet og følelsesmessige utfordringer.

Vanskelig og usikkerhet følger hverandre, de samme områdene som oppleves vanskelig oppleves også som usikker. Sykepleierne beskriver også usikkerhet som ”vi kan aldri bli sikker.” Denne usikkerheten må sykepleierne leve med. Sykepleierne har et stort behov for støtte både fra leder, men også fra kollegaer. Opplæring på området er manglende eller mangelfull, derfor må temaet inn i utdanningene og internopplæring på arbeidsplassene må bedres. Det avdekkes ikke bare et behov for opplæring, men og hvordan håndtere situasjonen og egne følelser.

Sykepleierne må bli beviste og engasjerte sykepleiere når det gjelder barnemishandling, noe som krever ansvar og mot. Sykepleierne har et selvstendig ansvar i forhold til lovgivningen når det gjelder barnemishandling, i tillegg har de et moralsk ansvar. Det er viktig å bevisstgjøre sykepleierne på det moralske ansvaret. Det er et tungt ansvar som det koster å etterfølge og noe som vil kreve mot. Hele situasjonen er preget av usikkerhet, derfor trenger de støtte fra leder, kollegaer og andre yrkesgrupper. Sykepleierne forventer støtte, men opplever ikke alltid å få det når de behøver det. Lederne har en viktig rolle både i forhold til å gi støtte, men også når det gjelder å sette problemstillingen på dagsorden i form av opplæring og sørge for at dette blir diskutert i avdelingen.

Sykepleierperspektivet i forhold til barnemishandling oppsummeres slik. Mange sykepleiere er bevist sin rolle i forhold til barnemishandling, men ikke alle. Bevisstgjøring blant sykepleierne blir derfor en viktig vei videre. Sykepleierne må bli bevist sitt ansvar overfor disse barna. Innen sykepleierfilosofien diskuteres den gode omsorg som tar hensyn til den svake part. Det diskuteres også at å vise god omsorg koster, det koster engasjement og mot.

Studien gir ikke noe entydig svar på hvordan lederne ser på sitt ansvar, en studie om hvordan lederne ser på sin rolle innen barnemishandling vil derfor være interessant som en oppfølgingsstudie.

8 Referanseliste

- Altimier, L. (2008). Shaken baby syndrome. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 22(1), 68-76.
- Bondas, T. E. (2003). Caritative leadership: Ministering to the patients. *Nursing administration quarterly*, 27(3), 249.
- Brodtkorb, K. (2011). Yrkesetikk. In T. E. Mekki, I. M. Holter, L. Nilsen, M. B. Stamsø, K. M. Thorbjørnsen & L. E. Kjerland (Eds.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (pp. 306 - 327). Oslo: Akribe.
- Crisp, B. R., & Lister, P. G. (2006). Nurses' perceived training needs in child protection issues. *Health education (Bradford, West Yorkshire, England)*, 106(5), 381-399. doi: 10.1108/09654280610686603
- Erfurt, C., Hahn, G., Roesner, D., & Schmidt, U. (2011). Pediatric radiological diagnostic procedures in cases of suspected child abuse. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, 7(1), 65-74. doi: 10.1007/s12024-010-9148-y
- Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries. (2003), from <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>
- Feng, J.-Y., Chen, Y.-W., Fetzer, S., Feng, M.-C., & Lin, C.-L. (2012). Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters. *Children and Youth Services Review*, 34(1), 276-280. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.10.026>
- Feng, J.-Y., Fetzer, S., Chen, Y.-W., Yeh, L., & Huang, M.-C. (2010). Multidisciplinary collaboration reporting child abuse: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(12), 1483-1490. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.007
- Feng, J.-Y., & Wu, Y.-W. B. (2005). Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: A test of the theory of planned behavior. *Research in Nursing & Health*, 28(4), 337-347. doi: 10.1002/nur.20087
- FN. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: vedtatt av De forente nasjoner 20. november 1989, ratifisert av Norge 8. januar 1991 : revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*: Barne- og familiedepartementet.
- 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015>
- Gangdal, J. (2010). *Jeg tenker nok du skjønner det sjøl: historien om Christoffer*. Oslo: Kagge.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Lov om helsepersonell m.v., IS-8/2012 C.F.R. (1999).
- Ilstad, S. (2007). *Generell psykologi*. Trondheim: Tapir.
- Jacobsen, D. I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Joughin, V. (2003). Working together for child protection in A&E. *Emergency Nurse*, 11(7), 30-37.
- Keane, C., & Chapman, R. (2008). Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 16(1), 5-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2007.11.006>

- Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleier i organisasjon og samfunn. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende sykepleie 1* (pp. 281 - 341). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & R. Johan, Trans.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindberg, E., Persson, E., & Bondas, T. (2012). 'The responsibility of someone else': a focus group study of collaboration between a university and a hospital regarding the integration of caring science in practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 579-586. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00968.x
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. In M. Grankär & B. Höglund - Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (pp. S. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Lyden, C. (2009). Caring for the Victim of Child Abuse in the Pediatric Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28(2), 61-66
10.1097/DCC.1090b1013e318195d318413.
- Lyden, C. (2011). Uncovering child abuse. *Nursing management*, 42 Suppl, 1-5.
- Løgstrup, K. E., & Jensen, O. (1987). *Solidaritet og kærlighed og andre essays*. [København]: Gyldendal.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien: en moralsk utfordring. In K. Jensen (Ed.), *Moderne omsorgsbilder* (pp. 61-97). [Oslo]: Gyldendal.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. [Oslo]: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- NKVTS. (2012, 30.11.2012). Håndbok for helsepersonell ved mistanke om fysisk barnemishandling from <http://www.nkvts.no/sites/Barnemishandling/Pages/index.aspx>
- Norge. (2000). *Lov om barn og foreldre (barnelova) av 8. april 1981 nr. 7 med endringer, sist ved lov av 28. april 2000 nr. 34 (i kraft 1. juli 2000)*. Oslo: Cappelen.
- Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P., Paunonen-Ilmonen, M., & Laippala, P. (2002). Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 551-557. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02128.x
- Pabiś, M., Wrońska, I., Ślusarska, B., & Cuber, T. (2011). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 384-393. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x
- Piltz, A., & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian journal of advanced nursing*, 26(3), 93.
- Regjeringen. (2006). Opplysningsplikt til barnevernet og barnevernets adgang til å gi opplysninger.
- Rowse, V. (2009a). Children's nurses' experiences of child protection: what helps? *Child Abuse Review*, 18(3), 168-180. doi: 10.1002/car.1073
- Rowse, V. (2009b). Support needs of children's nurses involved in child protection cases. *Journal of nursing management*, 17(6), 659-666. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.00987.x
- Skårderud, F. (2001). Skammens stemmer-om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 121(13), 1613.
- Slettebø, Å. (2012). Ethiske Dilemmaer. In B. S. Brinchmann (Ed.), *Etikk i sykepleien* (pp. 42 - 54). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Strømme, H. (2007). I evidensbasert praksis og forskning. *Sykepleien Forskning* 1(4), 264 - 265.

- Støren, I. (2010). *Bare søk!: praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. [Oslo]: Cappelen akademisk forl.
- Tingberg, B., Bredlöv, B., & Ygge, B.-M. (2008). Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2718-2724. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398-405. doi: 10.1111/nhs.12048
- Wallinvirta, E. (2011). Ansvar som klangbotten i vårdandets meningssammenheng.
- Walls, C. (2006). Shaken Baby Syndrome Education: A Role for Nurse Practitioners Working With Families of Small Children. *Journal of Pediatric Health Care*, 20(5), 304-310. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2006.02.002>
- WHO. (2013). Child maltreatment Retrieved 23, September, 2013
- Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet: barns strategier*. Oslo: Universitetsforl.

Vitenskapelig artikkel

When nursing responsibilities become unclear in situations where child abuse is suspected

Abstract

Aim / Objective. The purpose of this study is to describe the nurses' experience of being in situations where child abuse is suspected.

Method. A qualitative interview study of eight nurses from hospital children's ward, child admissions, and emergency departments are represented. Individual interviews were conducted, transcribed, and analyzed using qualitative content analysis.

Findings. Nurses experience suspicions of child abuse as ambiguous and vague, because it is difficult to define, difficult to expose and difficult to know how it should be handled. There is also uncertainty about when suspected abuse should be reported to the child welfare service. A need for additional education, as well as extra support when nurses detect child abuse, was identified.

Conclusion. Identification of child abuse is experienced as ambiguous and vague, creating uncertainty among nurses. There is therefore a need to develop a training program for both nurses and interdisciplinary professions, and to strengthen cooperation between professions and related help agencies. Local resource groups are also a step in the right direction for the improvement of skills and psychological support.

Når sykepleieransvaret settes på prøve ved mistanke om barnemishandling

Abstrakt

Aim / Mål. Formålet med studien er å beskrive sykepleiernes opplevelse av å stå i situasjoner der barnemishandling mistenkes.

Metode. En kvalitativ intervju studie med 8 sykepleiere fra barneavdeling, barnemottak, akutt mottak og legevakt er representert. Det er gjennomført individuelle intervjuer som er transkribert og analysert etter en kvalitativ innholdsanalyse.

Funn. Sykepleierne opplever barnemishandling ullent og diffust på alle områder. Det oppleves ullent og diffust fordi det er vanskelig å definere, vanskelig å avsløre og vanskelig å vite hvordan det skal håndteres. Det er usikkerhet om når det er grunn til å melde fra til barnevernet og det avdekkes et behov for opplæring og støtte for sykepleierne når de oppdager barnemishandling.

Konklusjon. Barnemishandling oppleves ullent og diffust og skaper usikkerhet blant sykepleierne. Det er derfor behov for å utarbeide et opplæringsprogram, både for sykepleiere, men også tverrfaglig for å styrke samarbeidet mellom yrkesgrupper og etater. Ressursgrupper lokalt er også et steg i riktig retning, for kunnskapsheving og som psykisk støtte.

Innledning

Barnemishandling er stadig opp i media der vi hører om barn som har blitt oversett av sosialtjenesten, skole og helsevesenet. Den mest kjente av disse sakene er ”Christoffer saken” (Gangdal, 2010; Sandli & Midtskogen, 2009) som har versert i norske media igjennom flere år og flere rettsrunder. Ved et raskt søk i 2 av landes største aviser, finnes det bare i løpet av siste halvåret flere overskrifter om barnemishandling.

2. september i år la regjeringen frem en strategiplan for å motarbeide vold og overgrep mot barn og unge. Noen av tiltakene er kunnskapsheving i grunn – og etterutdanninger og bedre samarbeid mellom etater. I planen påpekes mangel på videreutdanning innen temaet vold og overgrep (Regjeringen, 2013).

Barnemishandling med vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt kan være vanskelig å definere. Fenomenet er emosjonelt og moralsk ladet, det er kulturelt betinget og det har også en normativ og en subjektiv dimensjon. Begrepet endres i tid og rom, slik at det som i dag defineres som vold, hadde en annen definisjon for 20 år siden. Dette er årsaken til at begreper og definisjoner varierer. Dette gir begrepsforvirring og kan gi negative konsekvenser for forskningsfeltet, praktikerne og de som er utsatt. (Øverlien, 2012).

World Health Organization (WHO) definerer barnemishandling på denne måten:

”Barnemishandling, ofte referert som barnemishandling og omsorgssvikt, det omfatter alle former for fysisk og psykisk mishandling, seksuelle overgrep, omsorgssvikt og utnyttelse, noe som kan føre til skade på barnets helse, utvikling eller verdighet. Innenfor denne definisjonen, kan det skilles ut fem undergrupper - fysisk mishandling, seksuelle overgrep, forsømmelse og omsorgssvikt, psykisk mishandling og utnyttelse” (egen oversettelse) (WHO).

FNs konvensjon om barnets rettigheter (1989), artikkel 19 sier at partene skal utarbeide lovmessige, sosiale - og opplærings- tiltak som skal beskytte barn mot alle former for fysisk og psykisk mishandling samt seksuelt misbruk fra sine omsorgspersoner. For sykepleierne blir dette blant annet ivaretatt via helsepersonelloven § 33 (1999) som slår fast at de som yter helsehjelp skal være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten. Loven pålegger helsepersonell, på eget initiativ å gi melding til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at barn er mishandlet eller utsatt for andre former for alvorlig omsorgssvikt i hjemmet.

Melding til barneverntjenesten meldes med eller uten samtykke fra foreldrene og fortrinnsvis skriftlig. I alvorlige tilfeller sendes en muntlig henvendelse umiddelbart, som følges opp med en skriftlig henvendelse i ettertid (Regjeringen, 2006). Sykehusene har ofte utarbeidet egne skjema til dette.

I artikkelen brukes begrepet "*barnemishandling*" som et samlebegrep på alle typer mishandling og likedan brukes "*foreldre*" for alle nære omsorgspersoner.

Tidligere forskning

Det finnes en del internasjonal forskning på området, men har ikke funnet tilsvarende forskning blant sykepleiere ved norske sykehus. En studie avdekker at norske helsesøstre opplever behov for mer kompetanse, bedre samarbeid (barneverntjenesten) og behov for støtte. (Bukkøy, 2009). Dette er sammenfattende med internasjonal forskning, som viser at det er emosjonelt vanskelig. Det er behov for rådgiving og opplæring, og bedre samarbeid (Feng, et al., 2010). All forskning er entydig, barnemishandling oppleves vanskelig både for sykepleierne i spesialist- og primær- helsetjenesten. Pabiś, Wrońska, Ślusarska, Cuber (2011b) har sett på hvordan barnemishandling defineres, avsløres og hyppigheten av ulike typer mishandling. Forskning har funnet manglende kunnskap om temaet hos sykepleierne (Paavilainen, et al., 2002). Feng og Wu (2005) har i tillegg sett på sannsynligheten for at sykepleierne melder fra og hva som påvirker dem. Forskning om holdninger og bevisstheten rundt problematikken er ikke like sterkt dokumentert som kunnskapsmangelen. Fokus på usikkerhet ved mistanke om barnemishandling er heller ikke sterkt dokumentert i forskningen. Denne studien vil beskrive sykepleierens opplevelse av å stå i situasjoner der barnemishandling mistenkes.

Teoretisk perspektiv

Ansvar fra et sykepleierperspektiv

Omsorg er et sentralt begrep for sykepleiere. Ordet omsorg er nært beslektet med det tyske ordet "sorgen" som kan oversettes med "omtenksomhet", "å bekymre seg for" eller "sørge for." Dette betyr at omsorg består av minst to parter, med andre ord er omsorg en sosial relasjon. Det er tre grunnleggende kvaliteter ved omsorgen:

- Omsorg handler om fellesskap og solidaritet.

- Omsorg handler om forståelse for andre og ut fra en felles erfaring, skapes forståelse.
- Ekte omsorg handler om anerkjennelse av den andre, ut fra den andres situasjon.

En forutsetning for god omsorg er også kunnskap og ferdigheter og den gode omsorgen vises i praktisk handling (Martinsen, 2003).

Et annet sentralt begrep i sykepleien er *ansvar*, synonymer her er ”forpliktelse” og ”stå til rette for”. Ansvar og etikk hører sammen, etikken er basert på verdiene; det gode, det sanne, det vakre, noe som kommer til uttrykk gjennom ansvarlige gjerninger. Faglig identitet og kunnskap er med å gi sykepleiere en indre etisk overbevisning som gir ansvarlige handlinger. Frihet og mot er nært knyttet til ansvar og en velger selv de gode handlingene, det å virkelig våge og gjøre det du mener er bra for pasienten (Wallinvirta, 2011).

Metode

Har valgt en kvalitativ metode da kvalitativ metode egner seg for å undersøke menneskelige egenskaper som erfaring, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2011). Det er benyttet individuelle kvalitative intervju, en intervjuform som er ustrukturert og ikke forhåndsdefinert (Kvale & Brinkmann, 2009).

Utvalg og intervju

Informantene er valgt etter et strategisk utvalg (Malterud, 2011) og kriteriet for deltakelse er slik: utdannet sykepleier som har opplevd å stå i situasjoner der barnemishandling er mistenkt. Informantene er hentet fra ulike avdelinger, både rene barneavdelinger og andre avdelinger for å belyse problemstillingen fra flere sider. Prosessen med å finne informanter startet med å sende en forespørsel via E- post til ledelsen ved flere sykehus og legevakter over hele landet. I E- posten ble det informert om prosjektet og søkt om tillatelse til intervjuene. Det ble samtidig oppfordret til å sende henvendelsen videre til aktuelle avdelinger. Etter godkjenning ble lederne ved aktuelle avdelingene kontaktet. Noen var ikke interessert og mente problemstilling ikke var aktuell for sykepleierne i deres avdeling mens andre var positive. Lederne valgte informanter til deltakelse og jeg fikk et strategisk utvalg med 8 sykepleiere fra ulike avdelinger og med ulik bakgrunn, noe som ga et godt grunnlag for å belyse fenomenets variasjoner. Følgende avdelinger var representert: barneavdeling, barnemottak, akuttmottak og kommunal legevakt. To sykehus (ett universitetssykehus og ett mindre sykehus) og en

kommunal legevakt (middels stor by) var representert. Informantene er valgt fra ulike kontekster, for å øke bredden i studien

Intervjuene bortsett fra ett ble gjennomført på informantens arbeidsplasser og informanten ordnet selv lokale for intervjuet. Intervjuene varte fra 30 minutter til 1 time og 15 minutter, de fleste varte ca. en time. Flere av informantene jobbet med problemstillingen i ulike sammenhenger, noe som var med å gi datamaterialet et gjennomtenkt og reflekterende innhold. Det ble utarbeidet en *intervjuguide* (temaliste) som ble brukt som huskeliste under intervjuene (Malterud, 2011). Det er et mål at informantene skal snakke mest mulig fritt for ikke å gå glipp av viktig informasjon. Intervjuguiden blir derfor brukt for å sikre at aktuelle tema blir belyst. Alle informantene er lette å prate med. Intervjuene blir tatt opp på lydfil og deretter ordrett transkribert. Intervjuene transkriberes selv, materialet oppleves da i en annen sammenheng og kan gi nyttige innspill til analysen (Malterud, 2011, p. 78). Det ble totalt 75 sider transkribert datamateriale.

Analyse

I analyseprosessen er det brukt en *kvalitativ innholdsanalyse*, en metode som er mye brukt innen sykepleieforskning (Graneheim & Lundman, 2004). Denne metoden benytter en beskrivende tilnærming og liten grad av tolkning. Jeg har brukt en *induktiv analyse* som bygger på informantenes opplevelse av fenomenet og de kodede kategoriene er hentet direkte fra datamaterialet (Lundman & Graneheim, 2008; Vaismoradi, et al., 2013). Analysen er bygd på en *latent tilnærming*, som tolker den underliggende betydningen av teksten (Graneheim & Lundman, 2004).

Etter transkriberingen ble teksten inndelt i *meningsbærende enheter*. En meningsbærende enhet er ord, en setning eller et avsnitt som er knyttet sammen på grunn av innholdet eller konteksten (Graneheim & Lundman, 2004). Det ble 425 meningsbærende enheter som ble nummerert for å kunne spores tilbake til sin opprinnelige kontekst. De ble først inndelt i 3 grupper (sykepleie, barn og samarbeidspartnere), hvor ”sykepleiegruppen” var den desidert største gruppen. De meningsbærende enhetene ble gruppert på plansjer etter innhold (16 grupper). De meningsbærende enhetene ble *kondensert* og satt inn i et Excel regneark. Med kondensert menes en forkorting av teksten der kjernen av innholdet bevares (Graneheim & Lundman, 2004). Videre i prosessen utvikles *koder* som innbærer å abstrahere innholdet til et høyere logisk nivå. Kode kan også beskrives som en etikett på den kondenserte meningsbærende enhet, noe som krever abstraksjon (Helsepersonelloven, 1999; Lundman &

Graneheim, 2008). Kodene ble samlet i *underkategorier* og deretter *kategorier* som utgjør funnene. En kategori er en samling av koder som har et lignende innhold. Forskjellen fra underkategori til kategori er abstraksjonsnivået, det blir abstrahert litt mer for hvert nivå (Lundman & Graneheim, 2008).

Etisk vurdering

Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS (NSD). Deltakelse i prosjektet er frivillig og deltakerne får i forkant muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. Alle intervjuene starter med muntlig informasjon om prosjektet og muligheten for å trekke seg underveis. Ingen av informantene trekker seg i løpet av prosjektet og alle skriver under samtykkeerklæring.

Datamaterialet er anonymisert slik at verken informant eller eksempler som er brukt kan gjenkjennes.

Funn

Vanskelig og usikkert farvann

Sykepleierne opplever at det er vanskelig og definere barnemishandling. Fysisk og seksuell mishandling er det størst enighet om, men også her er det grensetilfeller som er vanskelig å definere. Når det kommer til omsorgssvikt beskriver sykepleierne det som diffust med glidende overganger og mer komplekst. Det er derfor vanskelig å vite når det er grunn til bekymring, noe som blir uttrykt slik:

” ... det er spørsmålet, når skal bjellene ring, når er det grunn til bekymring... Det er det som er så vanskelig...”

Sykepleierne opplever at de har stor makt og de kan ødelegge mye. Denne makten og frykten for å ødelegge holder de tilbake fra å gå videre med saken, ”enn om jeg tar feil.”

Sykepleierne beskriver dette, som en balansegang mellom ”å male fanden på veggen



Figur 1. Usikkerhet hos sykepleierne

og det å rope ulv, ulv.” Her ønsket sykepleierne bedre retningslinjer og mer undervisning for å bli bedre i sine vurderinger.

Det oppleves også stor usikkerhet i forhold til hvem som skal melde saken videre. Alle vet at de kan melde barnevernssaker på eget initiativ, men fra og vite det til å gjøre det er veien lang. Ingen av sykepleierne har tatt det skrittet og alle gir uttrykk for at de helst vil melde via en meldingsansvarlig, leder eller legen. Problemet oppstår når de ikke får medhold i mistankene, hva da? En sykepleier uttrykker det slik:

”Legen går inn til familien og nesten bestandig kommer han ut igjen uten at jeg får støtte, det er sjelden vi er enig. Da havner jeg i et dilemma ... og det som dessverre skjer da, er at jeg ikke gjør noe ... Vi har ikke retningslinjer... det vil være enklere om vi hadde det.”

Sykepleierne opplever situasjoner med barnemishandling vanskelig og de føler seg ensom, de kan aldri føle seg sikker. Det er vanskelig å konfrontere foreldre med mistanken, situasjonen oppleves konfliktfylt og uoversiktlig.

”Det er vanskelig, jeg har ikke likt å bli konfrontert med mistanken og som mor vil jeg gått i forsvar og det tror jeg de også gjør. Derfor tror jeg ... vi har en følelse av at vi må ha 150 prosent bevis, før vi tørr å konfrontere foreldrene. Tror det er en av de vanskeligste konfrontasjonene vi kan gjøre.”

Situasjonene oppleves følelsesmessig vanskelig, det setter i gang mange følelser som må takles. Stikkord her er utsagn som: *”har grubla mye i ettertid” – ”klarer ikke å glemme” – ”det gjør noe med følelsene våre” – ”hele spektre av negative følelser” – ”ubehagelig å stå i det” – ”greier ikke å være objektiv”.* Dette er alle eksempler på at det er følelsesmessig vanskelige *”for det kan jo hende du tar feil.”*

Konsekvensene av det å melde opptar sykepleierne, det at de aldri kan være sikker føles vanskelig. Konsekvensen for familien kan bli stor, men sykepleierne er også redd for sitt eget skinn. Vil det få konsekvenser for arbeidssituasjonen, vil familien ”hevne seg”? I ettertid har noen opplevd å bli innkalt som vitner i rettssaker og det virker skremmende.

Alle informantene snakket om den berømte magefølelsen som sier, her er det noe som ikke stemmer. Det er vanskelig å få tak i hva som ligger bak magefølelsen og beskriver usikkerheten mange føler, man skal ta vare på foreldrene og samtidig være barnets advokat. Denne usikkerhet ble uttrykt på denne måten:

”Det er sånn ... vi veier veldig mye frem og tilbake, hva er riktig, og skal vi stol på det vi tror eller skal vi stole på det foreldrene sier eller skal vi ... ja ... i det hele tatt...”

Vissheten om at uansett hva som gjøres kan skade familien, skaper usikkerhet i forhold til når sykepleierne skal melde. Uklare og manglene retningslinjer er en grunn til at sykepleierne opplever usikkerhet. En ”smørbrøddliste” om hva som kan / bør /må ses etter og hvordan gå frem, er et ønske fra sykepleierne.

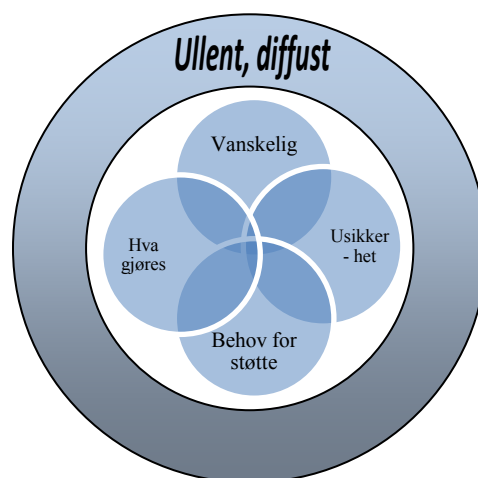
Sykepleierne opplever stor usikkerhet i forhold til dokumentasjon og hva de skal dokumentere. De er samtidig opptatt av at dokumentasjonen må være rettslig gyldig. En sykepleier uttrykte det slik:

”... det har vært litt sånn synsing og mening og vi greie ikke og vær objektiv. Det skal jo vær reine fakta, det vi ser, det som blir sagt osv ... vi har lært at dokumentasjon er veldig viktig ...”

Sykepleierne føler et sterkt behov for å diskutere problemet med noen, fordi dette er saker som er vanskelig å stå alene i. Det kommer frem ulike alternativer, noen ønsker støtte fra leder som kan guide de igjennom prosessen mens andre vil ha støtte fra kollegaer. Flere ønsker et sterkere samarbeid med helsesøster, barnehage og skole. Et forslag er ressursgrupper på tvers av avdelinger, som kan hjelpe og støtte i aktuelle saker. ”Vi klare det ikke alene” er en gjennomgangs tone.

Studiens hovedfunn er, sykepleierne opplever barnemishandling *ullent og diffust* på alle områder slik figur 2 viser. Når sykepleierne mistenker barnemishandling, oppleves det *vanskelig* og de føler et sterkt *behov for støtte* fra kolleger og leder. Hele situasjonen er uspesifikk og preges av *usikkerhet*. Det *gjøres en del* for og lette situasjonen, men det er mange ”*vi bør*” og ønsker om hvordan situasjonen bør være. Det *diffuse og ulne* ligger som en klam hånd rundt hele situasjonene.

Sykepleierne opplever barnemishandling følelsesmessig vanskelig og det oppleves ullent og diffust på mange områder. Barnemishandling er vanskelig å definere, det er vanskelig å vite når det er grunn til bekymring og sykepleierne



Figur 2. Barnemishandling er ullent og diffust på alle områder.

opplever å ha stor makt som kan ødelegge mye. Sykepleierne er aldri sikker og trenger derfor støtte, men får ikke den støtten de trenger. Vissheten om at uansett hva som gjøres kan skade, er tung å bære for sykepleierne.

Diskusjon

Barnemishandling oppleves vanskelig. WHO's definisjon favner vidt og det oppleves vanskelig å definere barnemishandling. I sykehusene er det ulike oppfatninger og det skaper usikkerhet blant sykepleierne. Lyden (2011) definerer barnemishandling på denne måten, fysisk skade på barnet med alt fra blåmerker, brudd til hodeskader. Psykisk mishandling er vanskeligere å definere fordi det er snakk om udekket følelsesmessige behov som hengivenhet, omsorg, og positiv oppmerksomhet. Lyden (2009) hevder i en annen artikkel at omsorgssvikt er vanligst blant barn under 8 år mens fysisk mishandling er vanligst blant barn under 4 år. Når sykepleierne definerer barnemishandling er enigheten størst ved fysisk mishandling, men når det kommer til omsorgssvikt er det mer vagt og ullent. Ved mistanke om barnemishandling må sykepleierne bruke faglige skjønn. Når Martinsen (1990) snakker om skjønn er det alltid knyttet til konkrete situasjoner og reglene inngår i skjønnet som en påminnelse om verdiene.

Sykepleierne er opptatt av at de kan skade familier ved å melde barnevernssaker, tanken på familien ligger der som et klamt teppe "*enn om jeg tar feil.*" De etiske og juridiske utfordringene blir en balansegang mellom rettferdighet, autonomi, velgjørenhet og det å ikke volde skade (Feng, et al., 2012). Sykepleierne settes i et dilemma, hvor ligger lojaliteten? Mange av sykepleierne har selv barn og de identifiserer seg med foreldrene. Sykepleierne er opptatt av at de har stor makt og derfor også kan ødelegge mye, spørsmålet blir derfor hvordan sykepleierne bruker sin makt? Når makten brukes med nestekjærlighet, brukes makten for å tjene andre. Makten blir pålagt saklighetens bittel (Martinsen, 2012), ved at sykepleieren bruker sin makt til å tjene andre vil hensynet til den andre veie tyngst. Her trengs faglig skjønn og da trenger sykepleierne kunnskap. Dette er i tråd med Martinsens (2003) tenkning, forutsetningen for god omsorg er kunnskap og ferdigheter. Forskningen er entydig, sykepleierne og helsepersonell har for dårlig kunnskap og opplæring når det gjelder barnemishandling (Feng & Wu, 2005). Det samme bekreftes av Bannon og Carter (2003) i en leder artikkel. Pabi et al. (2011b) studie viser i at sykepleierne trenger teoretisk og praktisk opplæring i å avdekke barnemishandling. Eisbach og Driessnack (2010) finner at sykepleierne er redd for å ta feil og vil være sikker før de rapporterer. Videre finner de at rapportering er

avhengig av hvor raskt mistanke om mishandling blir stilt. Fysisk mishandling avsløres raskere enn omsorgssvikt. Undervisningen er i større grad rettet mot fysisk mishandling enn omsorgssvikt. Studien konkluderer med at dette avslører en brist i undervisningsopplegget som gir grunnlag for endringer. Dette stemmer med usikkerheten sykepleierne føler, den har grobunn i manglende kunnskap og forståelsen av hva som er mishandling. Dette blir uttrykt som synsing og mening, noe det ikke skal være og det oppleves som vanskelig uten faste holdepunkter. Magefølelsen er vanskelig å komme bak og hvordan skal den tolkes. Magefølelsen kan da tolkes i alle retninger som gjør at faren for maktovergrep vil være der. Anmodningen fra Martinsen (2012) om å bruke makten til å tjene andre er alltid der. I en maktposisjon er det spørsmål om sympati og mot, hvor ligger sympatien, er den hos barnet, foreldrene, systemet, ledelsen eller kollegiet? Feng et. al. (2012) finner at når sykepleierne føler sympati med foreldrene vanskeliggjør det videre melding. Flere av sykepleierne uttrykte at sympatien skal være hos barnet som er den svake part. Likevel opplever sykepleieren et dilemma som f. eks. når legen ikke er enig i deres mistanker, eller det er lett å kjenne seg igjen i foreldrenes fortvilelse. Sykepleierne trenger mot for å utøve makt på en god måte med solidariteten på rett plass, der hensynet til barnet veier tyngst. Selv om sykepleieren har mot og bruker makten på en god måte vil fortsatt usikkerheten være der, ”vi kan aldri vær sikker” uttrykker sykepleierne. Vissheten om at uansett hva som gjøres kan familien skades vil alltid være der. Det ligger til sakens kjerne og denne usikkerheten må sykepleierne leve med.

Usikker på konsekvenser

Sykepleiernes usikkerhet er ikke bare i forhold til det å avdekke eller redselen for å ta feil. Sykepleierne er også opptatt av konsekvensene for egen del. Sykepleierne ga uttrykk for en redsel for at foreldrene ville hevne seg. Noen hadde også opplevd trusler som ”jeg vet hvor du bor” eller ”jeg vet hvem barna dine er”, noe som skaper stor usikkerhet og uttryggighet. Andre studier finner at både lærere, leger og sykepleiere frykter at de skal oppleve gjengjeldelse fra foreldrene når de melder saker til barnevernet. Derfor ønsker de at å melde videre, primært ikke skal være deres oppgave (Feng, et al., 2010). Denne holdningen har også sykepleierne i denne studien, de ønsker at meldingen skal gå fra avdelingen til barnevernet. Når det skal meldes direkte fra sykepleierne, frykter de at saker ikke blir meldt videre av redsel for å bli involvert i noe, som for eksempel en rettssak. Det er en del av sykepleieryrket som sykepleieren må være forberedt på, selv om det er utfordrende og vanskelig. Støtte og oppbakking vil ha avgjørende betydning for sykepleierne i slike situasjoner. Sykepleierne trenger støtte generelt igjennom hele prosessen i barnevernssaker. Vi klarer det ikke alene sier

sykepleierne, behovet for støtte er stort men de opplever ikke alltid å få den støtten de trenger verken fra ledelse, kolleger eller legene. Feng (2010) finner at lærere, leger og sykepleiere ønsker å diskutere saken med noen og de henvender seg til sykehusets sosionom eller skolens rådgiver. Sykepleierne opplever at de ikke får den støtten de trenger fra legene, de føler seg avvist og legene vil ikke diskutere saken med dem. Noe som skaper frustrasjon hos sykepleierne. Denne uviljen kan skyldes at også legene er usikker og frustrerte som Feng (2010) påpeker. Legene og sykepleiere burde støtte og utfylle hverandre, legene med sin medisinske tenkning og naturvitenskapen og sykepleierne har sykepleiertenkningen med større vekt på omsorg og mellommenneskelige forhold. Dårlig kommunikasjon og samarbeid mellom fagfolk og etater avdekkes (Joughin, 2003) det er derfor grunnlag for forbedringer. Vi trenger modige sykepleiere som tørr å gå inn i situasjonen med et undrende og åpent sinn. Martinsen (2012) snakker om betydningen av å være undrende som sykepleier. Når man undres, våger man å være mottakelig og lyttende til det som kommer frem. Det å kunne kombinere problemløsning og kunnskap med undring er med å skape nysgjerrighet. En nysgjerrighet som ikke blir overmodig men som brukes målrettet til beste for pasienten. Undring og tenkning er langsomme prosesser, noe det er lite plass til i vårt effektive helsevesen (Martinsen, 2012). Når sykepleierne møter familier der magesfølelsen forteller at noe ikke stemmer, må de gå undrende inn i situasjonen. Sykepleierne sier, vi må tørre å stille de vanskelige spørsmålene, vi må være litt undrende, men samtidig uttrykker de at dette er vanskelig. Det avdekker også et behov for opplæring i hvordan takle vanskelige og følsomme situasjoner. Paavilainen et. al. (2002) finner også et behov for opplæring på dette feltet.

Sykepleierne er i en spesiell situasjon når det gjelder å avdekke barnemishandling, de representerer ikke myndighetene, de forbindes med omsorg og ingen reagerer på at sykepleieren stuller rundt sengen til pasienten. Slik kan sykepleieren være nær pasienten, observere og undres. Selv uttrykker sykepleierne, vi må være inn på rommet hos barnet og observere hva som skjer.

Når sykepleieren mistenker barnemishandling er det viktig å ha noen å diskutere med og søke støtte hos. En studie viser at støtte er av avgjørende betydning for hvordan sykepleierne håndterer barnevernssaker både under og etter saken. Egenskaper som sykepleierne ønsker hos den støttende er; imøtekommende, kunnskap, til å stole på, ikke dømmende, villig til å lytte, pålitelige, lyttende, lett å snakke med, tilgjengelige og støttende. Det konkluderes med at det trenges erfarne støttespillere (sykepleiere) i praksis som kan gi opplæring, veiledning og emosjonell støtte når det er behov for det. (Rowse, 2009a) En av sykepleierne foreslo

ressursgrupper på tvers av avdelingene. Denne gruppen skulle ha en rådgivende funksjon og være en diskusjonspartner i aktuelle saker. I Benners teori (Benner, 1984) fra novis til ekspert snakker hun om hvordan sykepleierne går fra å være uerfarne til ekspert i praktisk sykepleie innenfor ulike områder. På området barnemishandling er de fleste sykepleierne noviser og preget av nybegynnerens famlende og regelbundne praksis, de ser ikke helheten (Benner, 1984). En ressursgruppe av erfarende og kompetente sykepleiere på et høyere nivå av kompetansestigen, til hjelp og støtte for sykepleierne er ønskelig. Dette synet støttes av Joughin (2003) som også foreslår ressursgrupper. Både familien og sykepleierne vil tjene på en ressursgruppe som kan gi sykepleierne kyndig veiledning og hjelp til å se helheten i situasjonen.

Metode diskusjon

I studien er det intervjuet 8 sykepleiere som alle har bidratt til et rikt datamateriale. Deltakelse til studien ble rekruttert via avdelingssykepleier. Sykepleierne som deltar har ulik bakgrunn i forhold til problemstillingen. Noen av sykepleierne er ”god på dette” ved at de har spesiell interesse eller arbeidsfelt innen problematikken. Lederne rekrutterer nok disse sykepleierne p.g.a. deres engasjement. Disse sykepleierne framstår som kunnskapsrik og reflekterende, noe som sannsynligvis har påvirket resultatene. Ved å rekruttere sykepleiere f. eks. via sykepleiertidsskrift, vil gi andre informanter. Det vil antakelig gi flere sykepleiere med negative opplevelser, som de ikke klarer å glemme og derfor ønsker å delta. Samtidig antas det vanskeligere å finne deltakere via tidsskrifter, men det vil sannsynligvis gi andre resultater.

Informantene representerer ulike avdelinger for å få en bredere tilnærming, noe som også er med å påvirke resultatet, men jeg ser at det er det samme som opptar sykepleierne uansett avdeling.

Jeg har et stort engasjement for problemstillingen og denne forforståelse er med meg, både i intervju situasjonen og analyse prosessen. Er bevist denne forforståelsen, men kan likevel ikke utelukke at det påvirker resultatene.

Studien bygger på 8 intervju, som er et for lavt antall til at funnene kan generaliseres til lignende kontekster. Resultatene er sammenfallende med både kvalitativ og kvalitativ forskning og studien er med å gi ny kunnskap om emnet.

Konklusjon

Barnemishandling oppleves diffust og ullent for sykepleierne og det oppleves vanskelig og usikkert på mange områder. Det er behov for mer kunnskap på alle områder, som hvordan avdekke, hvordan melde og hvordan håndtere vanskelige situasjoner. Det er også et behov for et bedre samarbeid og forståelse innad i sykehusene og mellom ulike etater. Temaet må inn i grunnutdanningen for sykepleiere både for å øke kunnskapsnivået blant sykepleiere, men også for å øke bevisstheten og holdningen rundt temaet. Studien viser behov for holdningsendring og et opplæringsprogram for sykepleierstudenter og sykepleiere.

Det er behov for yterligere forskning på området. Sykepleierne legger et stort ansvar på lederne, som blant annet holdes ansvarlig for undervisning og den generelle holdningen i avdelingen. Det er derfor et behov for en oppfølgingsstudie om hvordan lederne ser på sin rolle innenfor barnemishandling.

Referanser

- Bannon, M. J., & Carter. (2003). Paediatricians and child protection: the need for effective education and training. *Archives of disease in childhood*, 88(7), 560.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Bukkøy, E. K. (2009). *Magefølelse utløser bekymringsmelding til barneverntjenesten: intervjuer av helsesøstre om hvilke faktorer som utløser avgjørelsen om å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten*. Bergen: E.K. Bukkøy.
- Eisbach, S. S., & Dreissnach, M. (2010). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses. *Journal for specialists in pediatric nursing*, 15(4), 317-323. doi: 10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x
- Feng, J.-Y., Chen, Y.-W., Fetzer, S., Feng, M.-C., & Lin, C.-L. (2012). Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters. *Children and Youth Services Review*, 34(1), 276-280. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.10.026>
- Feng, J.-Y., Fetzer, S., Chen, Y.-W., Yeh, L., & Huang, M.-C. (2010). Multidisciplinary collaboration reporting child abuse: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(12), 1483-1490. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.007
- Feng, J.-Y., & Wu, Y.-W. B. (2005). Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: A test of the theory of planned behavior. *Research in Nursing & Health*, 28(4), 337-347. doi: 10.1002/nur.20087
- FN. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: vedtatt av De forente nasjoner 20. november 1989, ratifisert av Norge 8. januar 1991 : revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*: Barne- og familiedepartementet.
- Gangdal, J. (2010). *Jeg tenker nok du skjønner det sjøl: historien om Christoffer*. Oslo: Kagge.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Lov om helsepersonell m.v., IS-8/2012 C.F.R. (1999).
- Joughin, V. (2003). Working together for child protection in A&E. *Emergency Nurse*, 11(7), 30-37.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & R. Johan, Trans.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. In M. Granskär & B. Höglund - Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (pp. S. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Lyden, C. (2009). Caring for the Victim of Child Abuse in the Pediatric Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28(2), 61-66
10.1097/DCC.1090b1013e318195d318413.
- Lyden, C. (2011). Uncovering child abuse. *Nursing management*, 42 Suppl, 1-5.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien: en moralsk utfordring. In K. Jensen (Ed.), *Moderne omsorgsbilder* (pp. 61-97). [Oslo]: Gyldendal.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. [Oslo]: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.

- Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P., Paunonen-Ilmonen, M., & Laippala, P. (2002). Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 551-557. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02128.x
- Pabiś, M., Wrońska, I., Ślusarska, B., & Cuber, T. (2011). Paediatric nurses' identification of violence against children Identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 384-393. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x
- Regjeringen. (2006). Opplysningsplikt til barnevernet og barnevernets adgang til å gi opplysninger.
- Regjeringen. (2013). Barndommen kommer ikke i reprise Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017). Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Rowse, V. (2009). Children's nurses' experiences of child protection: what helps? *Child Abuse Review*, 18(3), 168-180. doi: 10.1002/car.1073
- Sandli, E., & Midtskogen, R. (2009). Mishandlet til døde. Christoffer ble bare åtte år. Han ble sviktet av alle., *Dagbladet.no* Retrieved from http://tablet.dagbladet.no/2009/04/06/nyheter/den_ene/barn/unicef/barnemishandling/5642873/
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398-405. doi: 10.1111/nhs.12048
- Wallinvirta, E. (2011). Ansvar som klangbotten i vårdandets meningssammenheng.
- WHO. (2013). Child maltreatment Retrieved 23, September, 2013
- Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet: barns strategier*. Oslo: Universitetsforl.

Populær vitenskapelig artikkel

Sykepleierne trenger kunnskap og mot – når de møter barn og familier der de mistenker barnemishandling

Hovedbudskap: Barnemisshandling er ullent og diffust og sykepleierne trenger kunnskap, bevisstgjøring, selvtillit og mot i møtet med barn som er utsatt for barnemisshandling.

Søkeord: Barnemishandling, omsorgssvikt, sykepleier.

Innledning

Denne artikkelen er en del av min masteroppgave med tittelen: ”*Å mistenke barnemishandling - En studie av sykepleiers erfaringer.*”

Min interesse for problematikken kom da jeg ble kjent med et barn som hadde behov for at noen så det. Jeg så sårbarheten, og jeg så hvor avhengig barn er av ansvarsfulle voksne som ser deres situasjon. Dette er bakgrunnen for studien og jeg ønsker å finne ut hva sykepleierne gjør innenfor denne problematikken. Internasjonalt er det gjort flere lignende undersøkelser, eksempelvis Sverige, Finland, England, Taiwan og Australia. Til tross for stor geografisk og kulturell spredning er resultatene sammenfallende. Manglende opplæring og kunnskap går igjen i de fleste studiene. Jeg har ikke funnet tilsvarende studier blant sykepleiere i spesialisthelsetjenesten i Norge. I norske media hører vi om barnemishandling der helsevesenet blir kritisert for manglende inngripen.

Barnemishandling er et stort og vanskelig tema. Helsepersonelloven § 33 (Norge, 2012) krever at sykepleierne melder mistanke om barnemishandling til barnevernet, men temaet er dårlig belyst i utdanningene. Barnemishandling er ikke nevnt i rammeplan for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008), det samme gjelder flere videreutdanninger for sykepleiere (Sogn, 2007), om temaet blir belyst er derfor opp til det enkelte studiested. På arbeidsplassene er internopplæring ofte tilfeldig og mangelfull. Det er vanskelig for sykepleierne å ivareta kravet fra helsepersonelloven (Norge, 2012) når temaet ikke blir satt på dagsorden. Det kreves også mot, tørr sykepleierne å se dette problemet? Hvordan forberedes sykepleierne til denne virkeligheten?

For å finne svar på mine spørsmål har jeg intervjuet 8 sykepleiere som alle har opplevd å stå i situasjoner der de mistenker barnemishandling. Disse spørsmålene ble stilt: *hvordan oppleves det å stå i slike situasjoner, samarbeidet med foreldre, støtten fra -leder -kollegaer, opplæring og rutiner og hva skal til for at barnemishandling skal bli lettere å håndtere?*

Sykepleierne mangler kunnskap og bevisstgjøring i barnevern saker

Ifølge opplysninger fra Statistisk sentralbyrå ble det i 2011 startet undersøkelser på bakgrunn av 35090 innkomne meldinger og av dem kom 1909 fra sykehus, noe som utgjør vel 5 % av meldingene (Statistisk sentralbyrå. Statistics Norway, 2011).

Det er også en allmenn oppfatning at barnemishandling er vanskelig og avdekke. Det er derfor viktig at sykepleieren har kunnskap og ferdigheter som gjør de i stand til å oppdage utsatte barn (Keane & Chapman, 2008). I følge en finsk undersøkelse er personalets bevissthet rundt temaet, manglende kunnskap og en travel hverdag med på å vanskeliggjøre barnevern saker. Sykepleierne mener de trengte mer opplæring, fordi grunnutdanningen ikke tar opp problematikken eller den er for dårlig belyst (Paavilainen, Åstedt-Kurki, Paunonen-Ilmonen, & Laippala, 2002). Fra Taiwan oppga ¾ av de spurte sykepleierne at de aldri har fått opplæring om barnemishandling, verken i grunn- eller videreutdanning. Samme undersøkelse viser at sannsynligheten for at sykepleierne melder saker, øker med kunnskapsnivået (Feng & Wu, 2005).

Kearne og Chapman har sett på forskning på området og finner også at sykepleierne mangler kunnskap. De foreslår sjekklister for å sikre at alle barn blir vurdert med tanke på barnemishandling. Videre hevder de at sykepleierne er i en spesiell situasjon til å oppdage barnemishandling og observere barn og foreldre. Sykepleierne bruker mye tid sammen familien, både før og etter medisinsk behandling, derfor denne unike situasjonen (Keane & Chapman, 2008).

Sykepleierne trenger selvtillit og mot i barnevernssaker

Tingberg, Bredlöv og Ygge viser i sin studie fra 2008 at sykepleierne opplever barnemishandling vanskelig og spesielt når de mistenker foreldrene. De opplever motstridende følelser der de på den ene siden er dømmende (etterforskningsarbeid) og på den andre siden utøver omsorg (Tingberg, Bredlöv, & Ygge, 2008).

Martinsen snakker om 3 dimensjoner i omsorgen en relasjonell, en praktisk, og en moralsk, der moralske veier tyngst. Det er de medfødte livsytringene som tillit, barmhjertighet og medfølelse som gir den etiske fordringen som fører til handling. Det er ikke livsytringene alene, men menneskekunnskap, erfaringskunnskap og en forståelse av situasjonen, veid opp mot reglene – faglig skjønn. I vanskelige situasjoner der livsytringene mangler for eksempel når tilliten er borte eller i konflikter trenger vi regler slik at omsorgen blir ivaretatt (Martinsen, 1990).

Mitt hovedfunn er at barnemishandling oppleves *ullen og diffus* på alle områder. Situasjonen oppleves vanskelig fordi man er usikker, redd for å ta feil, mangler klare retningslinjer og får ikke den støtten som trengs fra leder og kollegaer. Dette viser kompleksiteten i situasjonene og som gjør at den er vanskelig å stå i. Sykepleierne blir usikre når de skal fortelle hva de gjør. *”Ja, hva gjør vi egentlig ...”* er et spørsmål flere stiller seg. Her opplever jeg stor forskjell på de som jobber med barn og de som jobber på avdelinger med både barn og voksne. Sykepleierne fra barneavdelingene er mer bevisst problemet, men også de mener de fortsatt har en lang vei å gå. Barneavdelingene har temaet på undervisningsplanen, men i konkurranse med andre emner, som også krever undervisning. Det kommer også frem usikkerhet i forhold til, hva de trenger undervisning om. Flere har en forståelse av at dette kan jeg for lite om, men jeg vet egentlig ikke hva jeg trenger. Andre var tydelig på at dette er et tema som man aldri blir utlært på og det må repeteres hele veien for å holde fokuset oppe. En av sykepleierne uttrykte det slik:

”... det med opplæring er viktig. Vi må ha opplæring, slik at vi er en sykepleierstab som kan noe om omsorgssvikt. Ellers ... kommer det som ”julekvelden på kjærringa” hver gang ... og du blir fryktelig utrygg og du vet ikke hva du skal gjøre...”

Variasjon mellom avdelingene er stor når det gjelder rutiner. Ingen av sykepleierne kan med sikkerhet si, ja vi har klare rutiner. Ved noen av avdelingene jobber de med utarbeidelse av rutiner og har det på noen områder. Andre opplever usikkerhet i forhold til hvilke rutiner som egentlig eksisterer på dette området noe som ble uttrykt på denne måten:

”rutiner ... nei... vi har vel ikke det ... jeg tenker, det er for dårlig ... jeg har ikke fått det med meg ... i alle fall ...”

Det fremkommer et ønske om felles rutiner for hele sykehuset men også nasjonale retningslinjer. En annen ting sykepleierne tar opp er at temaet må opp til diskusjon i avdelingen for å øke bevisstheten rundt problematikken. Her legges det mye ansvar på

lederne. Lederne skal sette tema på dagsorden, skal guide de igjennom, spesielt i vanskelige saker. De skal også være støttende, rådgivende og kalle inn til formelle møter.

Sykepleierne ønsker et bredere samarbeid med andre etater, som skole, barnehage og helsesøster, slik at de kan ta en telefon og spørre, hva er dette for noe? Eller følg med... Det juridiske rundt dette var for flere uklart.

Sykepleierne er avhengig av støtte, kunnskap og tro på egen dømmekraft for å makte å stå i slike saker. Dette utrykte en av informantene slik: ” ... vi må få mer selvtillit ... vi som sykepleiere, for å vite at det vi gjør er rett. ” På spørsmål om, ”hva som gjøres i avdelingen... ” kommer det frem at det gjøres en del, samtidig som de sier ”vi bør gjøre... dette er vi ikke god nok på ...” Når jeg setter opp ”vi gjør” mot ”vi bør” ser jeg at det er de samme områdene som går igjen. Også her, ligger det diffuse og ulne bak som et teppe. Sykepleierne blir usikre på hva de egentlig gjør, samtidig som de sitter med mange ”vi burde” (Figur 1).



Figur 1. Hva sykepleierne sier de gjør og hva de bør gjøre når de mistenker barnemishandling

Diskusjon

Målet med studien er å undersøke hvordan sykepleierne handler og opplever det, når de møter barn og familier der de mistenker barnemishandling? I utgangspunktet hadde jeg en formening om at dette er vanskelig, derfor stilte jeg meg spørsmålet hva er vanskelig og hva kan gjøres for at det skal oppleves lettere?

Sykepleierne har et lovpålagt krav, men også et moralsk krav om å reagere på barnemishandling. I følge Martinsen utøver sykepleierne skjønn ved og involverer seg emosjonelt i den andre, for å finne det rette handlingsalternativet (Martinsen, 2005).

Sykepleierne opplever mange motstridende følelser, når de mistenker barnemishandling og det påvirker det faglige skjønnnet. Som en av dem utrykte det; ”hele spektret av følelser alt fra sinne, forakt til omsorg og omtanke.” Tingberg et. al. (Tingberg, et al., 2008) viser også at det er vanskelig å opptre profesjonelt når en opplever disse motstridende følelsene. Martinsen

(Martinsen, 1990) beskriver dette som ødelagte livsytringer, som er tillit, barmhjertighet og medfølelse. Når sykepleierne mistenker barnemishandling er tilliten borte og det oppleves ubehagelig. Derfor etterlyser sykepleierne regler for å håndtere situasjonen og for at omsorgen skal bli ivaretatt. Tingberg et. al. (2008) peker på tre viktige elementer for å gi profesjonell sykepleie; trening, rådgiving og erfaring. Dette er i tråd med annen forskning på området som bl.a. anbefaler bruk av sjekklister (Keane & Chapman, 2008) og casestudier (Lee, Fraser, & Chou, 2007). Sykepleierne mente de trengte mer opplæring og kunnskap ellers ”kommer det som julekvelden på kjørringa” hver gang. Det er derfor viktig og sette problemet på dagsorden, slik at det blir snakket om, noe som er med på å gi sykepleierne bevissthet og selvtillit rundt problematikken.

Feng et.al. finner at sykepleierne ikke vil ”blande seg i folks privatliv” og barneoppdragelse og disiplin blir sett på som en privat sak, noe man ikke blander seg i (Feng, Chen, Fetzer, Feng, & Lin, 2012). Sykepleierne jeg snakker med er ikke like tydelig på at dette er en privat sak, men de er likevel redd for å forstyrre den private svære. Det kreves mot for å stå i slike situasjoner. Sykepleierne ga uttrykk for at de ønsket noen som kunne ”overta saken” noen vil ha inn barneavdelingen, mens andre ville snakke med helsesøster, legen, avdelingsledelsen. Situasjonene oppleves såpass vanskelig at de egentlig ikke vil stå i den men, hvem kan de overlate ansvaret til? Det avsløres motløshet og avmakt i en studie om ansvar for samarbeid og integrering av teori i praksis. Informantene i studien beskriver ansvaret som noen andre sitt (Lindberg, Persson, & Bondas, 2012). Gjør sykepleierne det samme her? Alle er enige om at problemet skal tas på alvor, men hvem sitt ansvar er det, sykepleieren som står ved sengen, legen, en annen avdeling, helsesøster eller avdelingsleder? Helsepersonelloven (Norge, 2012) er klar, det er den enkelte helsearbeider sitt ansvar. Med andre ord ansvaret kan ikke overlate til andre og det kreves mot for å stå i disse situasjonene. Det krever mot til å gå inn i situasjonen, men også til å tørre å se situasjonene. Sykepleieren må ha mot til å ta den vanskelige samtalen, mot til å stille de vanskelige spørsmålene. De må være nysgjerrig, undrende men, også direkte og konfronterende. Skau skriver om møter mellom mennesker, hun snakker om de meningsfylte møtene som kan være pinefull og vanskelige (Skau, 2011). Det er nettopp det disse møtene kan være, det er vanskelig, sykepleierne føler seg på gyngende grunn. Det er mange faktorer som er diffuse og ulne og sykepleierne er følelsesmessig engasjert. I tillegg er spørsmålet om sykepleierne tørr å se disse barna? Eller er konsekvensene for store, de vil ikke bli involvert i noe, da er det lett å gå videre uten å gjøre noe med det, uten å se.

Feng et.al. (Feng & Wu, 2005) hevder at holdningen i avdelingen har stor betydning for hvordan sykepleierne handler. De sykepleierne jeg snakket med la mye ansvar på lederne som skulle være hjelpende og støttende. Crisp og Lister (Crisp & Lister, 2004) finner at også leder trenger opplæring og trening om temaet, for å kunne veilede og støtte sykepleierne. Lederne har ansvar for å legge føringer for hvordan holdningen i avdelingen skal være på de enkelte områder. Leders holdning har betydning for hvordan sykepleierne takler situasjonen men, til sist er det den enkelte sykepleier som må stå i det og må takle det der og da. Da blir støtte fra kollega og leder viktig og likedan den generelle holdningen i avdelingen (Feng & Wu, 2005). Sykepleierne må føle seg trygg på at de får støtte før de går inn i situasjonen. Støtte er en viktig faktor for å redusere negative konsekvenser av stress. Det viktigste er å ha minst en som støtter en, ikke antallet i seg selv. (Ilstad, 2007).

Flere studier viser at opplæring og rutiner har betydning for sykepleiernes handlingsmønstre (Keane & Chapman, 2008). Rammeplanen for sykepleierutdanning i Norge sier ingenting om opplæring om barnemishandling, der er heller ikke barn nevnt som et eget tema (Kunnskapsdepartementet, 2008). Blant nyutdannede svenske barneleger er temaet mangelfullt belyst (Mårtensson & Janson, 2010). Det er grunn til å tro at forholdene i Norge og Sverige er sammenlignbar og at det også blant norske leger er mangelfull opplæring. Sykepleierne ønsker støtte fra legene i slike saker, men opplever ikke få den støtten de trenger. Hierarkiet har stor betydning, når legene ikke er enige blir ikke saken meldt videre (Feng, Fetzer, Chen, Yeh, & Huang, 2010). Det er på mange måter et paradoks, ettersom legene nødvendigvis ikke har mer kunnskap på dette området. Samtidig som sykepleierne bruker mer tid sammen familien, noe som gir de et annet grunnlag for observasjon. Sykepleierne har også en annen måte å kommunisere på ved å ta utgangspunkt i pasienten mens legene tar utgangspunkt i biomedisinen (Collins, 2005).

Felles opplæring på tvers av etater og profesjoner er foreslått som en løsning (Feng, et al., 2010). Det vil hjelpe oss å få en felles forståelse og hvordan andre yrkesgrupper jobber. Case studier er også foreslått som en undervisningsmetode over temaet (Lee, et al., 2007). Det å bruke caser til denne typen opplæring er med på å gi ”kjøtt på beinet”. Rollespill kan være en metode, der en får føle på kroppen hvordan det er å stå i situasjonen. Det er med å styrke selvtilliten og motet til å stå i det. Tverrfaglighet er en fordel, felles front – felles styrke og bedre forståelse mellom yrkesgruppene og / eller etater.

Konklusjon / avslutning

Sykepleierne legger mye ansvar på lederne. Lederne har et stort ansvar både i forhold til opplæring, oppfølging og det å sette problemet på dagsorden, men det fraskriver ikke sykepleierne ansvar. Det er sykepleierne som står ved sengen og må takle situasjonen der og da, nødvendig støtte fra leder og kollegaer blir derfor viktig. Sykepleiernes møte med barnemishandling er vanskelige noe som kan ha avgjørende betydning for barna og deres familier. Barna har krav på sykepleiere som tørr å se de og stå i situasjonen. Det blir derfor viktig å skolere sykepleierne slik at de er modne til å ta utfordringen når den kommer.

Problematikken vil alltid være ullent og diffust, temaet må derfor diskuteres faglig i avdelingen for og øke bevisstheten og klargjøre fenomenet. Alle sykehusavdelinger bør ha et undervisningsopplegg der en legger inn tid til diskusjon og erfaringskunnskap. På den måten kan man i fellesskap gi hverandre psykisk forberedelse til å takle problemet når en møter det. Dette har med holdning å gjøre og kanskje trenger vi en holdningsendring både blant sykepleiere og ledere for å komme videre?

Sykepleierne trenger økt bevisstgjøring, mer kunnskap, selvtillit, støtte og MOT.

Referanser

- Collins, S. (2005). Explanations in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *Medical Education*, 39(8), 785-796. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02222.x
- Crisp, B. R., & Lister, P. G. (2004). Child protection and public health: nurses' responsibilities. *Journal of Advanced Nursing*, 47(6), 656-663. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03154.x
- Feng, J.-Y., Chen, Y.-W., Fetzer, S., Feng, M.-C., & Lin, C.-L. (2012). Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters. *Children and Youth Services Review*, 34(1), 276-280. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.10.026>
- Feng, J.-Y., Fetzer, S., Chen, Y.-W., Yeh, L., & Huang, M.-C. (2010). Multidisciplinary collaboration reporting child abuse: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(12), 1483-1490. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.007
- Feng, J.-Y., & Wu, Y.-W. B. (2005). Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: A test of the theory of planned behavior. *Research in Nursing & Health*, 28(4), 337-347. doi: 10.1002/nur.20087
- Ilstad, S. (2007). *Generell psykologi*. Trondheim: Tapir.
- Keane, C., & Chapman, R. (2008). Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 16(1), 5-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2007.11.006>
- Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for sykepleierutdanning: fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet
- Lee, P.-Y., Fraser, J. A., & Chou, F.-H. (2007). Nurse Reporting of Known and Suspected Child Abuse and Neglect Cases in Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 23(3), 128-137. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70387-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70387-0)
- Lindberg, E., Persson, E., & Bondas, T. (2012). 'The responsibility of someone else': a focus group study of collaboration between a university and a hospital regarding the integration of caring science in practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 579-586. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00968.x
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien: en moralsk utfordring. In K. Jensen (Ed.), *Moderne omsorgsbilder* (pp. 61-97). [Oslo]: Gyldendal.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Mårtensson, T., & Janson, S. (2010). Few future pediatricians are educated in child abuse. A national questionnaire shows insufficient training at the large pediatric clinics. [Artikkel]. [Få blivande barnläkare utbildas om barnmisshandel. Största utbildningsbristerna på landets stora barnkliniker, visar nationell enkät]. *Läkartidningen*, 107(35), 1996-1998.
- Norge. (2012). *Helsepersonelloven med kommentarer* (Vol. IS-8/2012). Oslo: Direktoratet.
- Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P., Paunonen-Ilmonen, M., & Laippala, P. (2002). Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 551-557. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02128.x
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.
- Sogn, H. (2007). *Undervisning om vold ved universiteter og høyskoler: forslag til nasjonal implementeringsplan for å styrke ulike grunn-, videre- og spesialistutdanninger med hensyn til kunnskap om vold i nære relasjoner* (Vol. nr. 2/2007): Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress.
- Statistisk sentralbyrå. Statistics Norway. (2011, 21.12.2012). *Barnevern Tabell. 09082. Undersøkingsaker starta av barnevernet, etter innhald i meldinga, kven som melde*

saka og alder Retrieved 27.05.2013, from
<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=barneverng&CMSSubjectArea=sosiale-forhold-og-kriminalitet&checked=true>
Tingberg, B., Bredlöv, B., & Ygge, B.-M. (2008). Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2718-2724. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x

Vedlegg

PICO- skjema.

PICO – skjema.			
<i>Problemstilling: ”Hvordan opplever sykepleiere å møte barn og deres foreldre når det er mistanke om barnemishandling.”</i>			
<u>Population</u>	<u>Intervention</u>	<u>Comparison</u>	<u>Outcome</u>
Populasjon	Intervensjon / fenomen	Sammenligning	Utfall / resultat Tiltak
<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleier • Helsepersonell 	<ul style="list-style-type: none"> • Barne mishandling • Omsorgsvikt • Overgrep 		<ul style="list-style-type: none"> • Melde til barnevernet • Opplevelse • Handling • Oppdage • Avsløre
<ul style="list-style-type: none"> • Nurse • Health professionals 	<ul style="list-style-type: none"> • Children Abuse • Neglect • Maltreatment • Care Failure • Molestation • Battered child syndrom 		<ul style="list-style-type: none"> • Reported to Child Welfare • Children protection • Experience • Action • Detect / discovering • Revealing / uncover

Lesematriser

Artikkeltittel	Nurse Reporting of Known and Suspected Child Abuse and Neglect Cases in Taiwan
Forfatter	Pei- Yu Lee, Jennifer A. Fraser, Fan-Hao Chou
Publisert årstall	2007
Formål	Hensikten med denne studien er å vurdere betydningen av sykepleiernes oppfatninger, holdninger, kunnskap, mistanke og rapportering. De ville også se om loven om meldeplikt er vellykket.
Nøkkelpbegrep	attitude; child abuse and neglect; knowledge; perception; suspecting and reporting
Søkeord / dato	Children abuse and neglect (overgrep mot barn og omsorgssvikt) nurse,
Design	Kvantitativ studie med et strukturert spørreskjema
Utvalg	300 sykepleiere. Sykepleiere fra nødnummer enheter, pediatrik avdeling og helsestasjon. 8 sykehus i sørlige Taiwan. sykepleiere som snakket mandarin eller taiwansk med minst 3 mnd. Erfaring og villig til å delta. Svarprosent på 79,3 %. (238)
Datainnsamlings metode	Strukturert spørreskjema
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleiere trenger mer kunnskap om barnemishandling. • Ca. halvparten av sykepleierne vet hvordan de melder barnemishandling. • Sammenheng mellom holdninger og kunnskap om barnemishandling. • Administrativ oppgave å legge til rette og sette temaet på dagsorden.
Konklusjoner og nye spørsmål	Case studier kan være viktig i opplæring om BM. Evnen til å vurdere og identifisere BM mulig årsak til at få saker meldes
Anvendelse i praksis	
Svakheter i studien	Lavt antall respondenter.
Artikkeltittel	Nurses' perceived training needs in child protection issues
Forfatternavn	Beth R. Crisp, Pam Green Lister,
Publisert årstall	Health Education Vol. 106 No. 5, 2006
Formål	Sykepleiernes oppfatning av sin ferdigheter, kunnskap og opplæring for å identifisere tilfeller av barnemishandling og deres forståelse av sine roller.
Nøkkelpbegrep	Barnevern, sykepleiere, helsesøstre Child welfare, Nurses, Health visitors
Søkeord / dato	21.09.10 / child abuse AND nursing)) AND ((maltreatment)) AND (nurse)
Design	Multi metode – både kvalitativ og kvantitativ metode. Spørreskjema og dybdeintervju
Utvalg	Spørreskjema sendt til alle sykepleiere(ca 1900) innenfor området hjemmetjeneste innenfor en kommune i Skottland. 667 svar på spørreskjemaet fordelt på ulike avdelingstyper 24 intervjuer både i grupper (2 – 10 stk)og individuell, til sammen 99 sykepleiere fra ulike arbeidsområder og nivå (menig – leder)
Datainnsamlings metode	Semistrukturerte intervju utført av 2 sosionomer, en tilstede på vært av intervjuene. Intervjuene ble ikke tatt opp på band men referert under intervjuet. Tematisk analyse i forhold til temaene i spørreskjemaet.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Helsesøstre har fått opplæring mens mindre andel av de andre sykepleierne har ikke fått opplæring. • Konsentrasjon av opplæring av helsesøstre sender signaler til andre sykepleiere at dette har ikke dere noe med. På ledernivå • Behov for ledere som har forståelse / kunnskap om temaet og kan gi veiledning og hjelp er avgjørende • Graden av opplærings behov variert og det var også et økonomisk perspektiv
Konklusjoner og nye spørsmål	Opplæring og strategier trenges for sykepleiere. Ulikt opplegg på de ulike arbeidsplasser. Helsesøstre var den eneste gruppen som fikk systematisk opplæring
Anvendelse i praksis	
Systematiske feil	Sykepleiere ved barneavdelinger, akuttavdelinger var ikke med i studien, dette hadde noe med organiseringen av helsevesenet i Skottland

Artikkeltittel	Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents
Forfatternavn	Björn Tingberg, Britt Bredlöv and Britt-Marie Ygge
Publisert årstall	2008; 17 Journal of Clinical Nursing
Formål	Målet med denne studien var å identifisere sykepleierens erfaringer i klinisk arbeid med barn som opplever overgrep. Målet var å vurdere hvordan sykepleiere forblir profesjonelle spesielt når den mistenkte gjerningsmannen er en forelder.
Forskings spørsmål	
Nøkkelbegrep	child abuse, critical incident technique, maltreatment, nurses, nursing, paediatric care
Søkeord / dato	
Design	Kvalitativ studie
Utvalg	Intervju av 11 sykepleiere med erfaring med BV fra et større barnesykehus
Datainnsamlings metode	Semi strukturert intervju
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleierne opplevde motstridende følelser i forhold til barnet og foreldrene (gjerningsmannen / kvinnen) noe de var uforberedt på. Vanskelig å innta en profesjonell holdning ovenfor overgriperen. • Det kom også frem at det var behov for rådgivning av profesjonell karakter men også psykisk støtte fra kollegaer • Alle visste at de hadde plikt til å melde men at de ikke visste hvordan de skulle gjøre det • Samarbeid mellom etatene, hvordan jobber de, tilbakemelding osv.
Konklusjoner og nye spørsmål	Trening, retningslinjer og erfaring blir fremhevet som viktige hjelpemidler for å bli bedre profesjonell i arbeidet. Videre forskning vil et strengere retningslinjer gjøre sykepleierne mer profesjonell. Svarene kan ikke generaliseres, hva med de som ikke meldte seg til studien? Er det ikke et problem for de eller er det et så stort problem at de ikke tør snakke om det.
Anvendelse i praksis	Jeg syns det sier noe om hvor skoen trykker og at det gir tanker om hvordan vi organiserer praksisen.
Systematiske feil	
	Aktuell artikkel tar for seg aktuell problem stilling hvordan sykepleiere reagerer på mishandling
Artikkeltittel	Nurses' contribution to child protection
Forfatternavn	Marie Land, Lesley Barclay
Publisert (årstall)	Neonatal, paediatric and child health nursing (vol.11 NO.1 march 2008)
Formål	Utforske hvordan sykepleierne ser på sin rolle i å identifisere barnemishandling
Nøkkelbegrep	nurses; child protection; interdisciplinary collaboration; family support. (sykepleiere, barnevern, tverrfaglig samarbeid, støtte fra familien)
Søkeord / dato	child abuse AND nursing) AND ((maltreatment)) AND (nurse)
Design	Kvalitativ studie
Utvalg	8 + 2 sykepleiere som arbeidet jevnlig med barn fra akuttavdelinger og samfunnsbasert sykepleietjenesten (helsestasjon?) 2 års praksis. To sykepleiere ble tilknyttet studiet underveis, dataene ble fort mettet slik at det ikke var behov for flere.
Datainnsamlings metode	Semistrukturert intervju Åpne spørsmål, koding og tematisk analyse
Analyse	Tematisk koding linje for linje, systematisert i sub temaer, tre hovedtemaer ble til slutt resultatet.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Deltakerne i studiet hadde god forståelse for meldeplikten spesielt i klare fysiske overgrep • Mer diffust ift grå sone barn • Konflikt mellom omsorg og anmelder • Dårlig kommunikasjon mellom etatene (enveis) • Manglende opplæring og avdelings kulturer
Konklusjoner og nye spørsmål	En rekke faktorer er med på å påvirke sykepleieres forståelse av sin rolle i saker med barnemishandling. Studien har vist et behov for opplæring for å sikre seg at sykepleiere er bevisst sitt ansvar i følge loven.
Anvendelse i praksis	

Artikkeltittel	Multidisciplinary collaboration reporting child abuse: A grounded theory study
Forfatternavn	Jui-Ying Feng a, Susan Fetzer, Yi-Wen Chen a, Lily Yeh, Mei-Chih Huang
Publisert årstall	27 januar 2010
Formål	Se på fagfolks erfaringer og perspektiv for å jobber sammen andre fagfolk om barneverns saker.
Forsknings spørsmål	Rapporteringen av barnemishandling krever et tverrfaglig samarbeid. Dynamikken i et tverrfaglig team med rapportering av barnemishandling er uklart.
Nøkkelbegrep	Keywords: Child protection, Mandated reporter, Collaboration, Multidisciplinary team Nøkkelord: Barnevern, påbudt rapportering, samarbeid, tverrfaglige team
Søkeord / dato	Anbefalt artikkel fra veileder
Design	En kvalitativ studie med grounded theory
Utvalg	21 fagfolk fra fire disipliner sa ja til å delta. Utvalget besto av 5 leger, 5 sykepleiere, 6 sosialarbeidere, og 5 lærere. Alder fra 25 – 59 år Arbeidserfaring fra 3 – 34 år (gjennomsnitt 12,5 år) 17 hadde rapportert en sak til barnevernet mens 8 hadde hatt mistanke uten å rapportere
Datainnsamlings metode	Individuelle intervju av 21informanter fra 4 ulike disipliner av fagfolk.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Alle yrkesgruppene kviet seg for å melde saker til barnevernet pga frykt for hevn fra familiemedlemmer. • Hierarkiet spilte en rolle, dersom legen var uenig i mistanken ble ikke saken meldt. • Manglende tilbakemeldinger fra barnevernet hvordan gikk det. • De ulike etater tvilte på hverandres evne til og videreføre stafetten. Mye pga uvitenhet om hvordan de ulike profesjoner jobber • Det å melde barneverns saker kan være risikofyllt • Felles opplæring kan være en løsning
Konklusjoner og nye spørsmål	Fagfolk er uklare på helheten i barnevernet ser bare sin egen profesjons rolle. De ulike profesjonene spiller sin rolle bra, men fungerer dårlig som et team. Systemer som bygger team - bygging er nødvendig. Utdanningene bygger opp profesjonen men gir lite i forhold til samarbeid og team bygging.
Anvendelse i praksis	Opplæring viktig, tverrfaglig Hvordan få til et bedre samarbeid etatene/ fagene imellom
	Mange ting her i forhold til samarbeid yrkesgrupper imellom der de vegrer seg om å ta det spranget ut å melde saker. Tilbakemelding fra barnevernet etterlyses, det blir enveis kommunikasjon.

Artikkel tittel	Paediatricians and child protection: the need for effective education and training
Forfatter navn	M J Bannon, Y H Carton
Publisert årstall	2003 Archives of Disease in Childhood
Formål	Kommenterer en gjennomgang av barnevernets prosedyrer i forhold til barnemishandling. Denne artikkelen omhandler kommentarene som går spesielt på helsepersonels rolle og da spesielt legenes
Nøkkelbegrep	
Søkeord / dato	Referanseliste
Design	Usikker på om den er forskningsbasert
Utvalg	
Datainnsamlings metode	Henviser til forskning på området
Resultater	Opplæring viktig det er behov for variert opplæring etter legens funksjon og arbeidssted. Ulike undervisningsmetoder bør vurderes
Konklusjoner og nye spørsmål	Samarbeid viktig med alle som har med barnet. Medisinsk utdanning nødvendig for å sikre en korrekt tilnærming
Artikkeltittel	Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses.
Forfatternavn	Shelly S. Eisbach and Martha Driessnack
Publisert årstall	2010
Formål	<ul style="list-style-type: none"> • Beskrive prosessen av rapportering av barnemishandling fra pediatrike sykepleieres perspektiv • Få innsikt i formidling og hva som påvirker rapporteringsprosessen.
Forsknings spørsmål	Hensikten med denne studien var å utforske prosessen med rapportering av barnemishandling av pediatrike sykepleiere.
Nøkkelbegrep	Child maltreatment, mandatory reporting, nursing Barn, mishandling, obligatorisk rapportering, sykepleie
Søkeord / dato	21.07.2011 OvidNursing (Maltreatment and Child* and Nurse*).af
Design	Kvalitative beskrivelse ved hjelp av en grounded theory
Utvalg	23 sykepleiere. 10 skole helsesøstre 7 barnesykepleiere, 6 mental helsesøstre? Sykepleierne ble vervet via 3 sykepleier organisasjoner og alle hadde erfaring med å melde BM
Datainnsamlings metode	Intervju; ikke over en time, personlig eller via telefon
Resultater	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifisere BM 2) Rapportere til BV <p>Dersom s.pl. nølte på første punkt ble det en forsinkelse i de neste punktene. Lett å identifisere når det er tydelige tegn da gikk prosessen lett og s.pl. trengte ikke videre utredninger. De vanskelige sakene som gikk på en følelse av at noe var galt, der prøvde s.pl. å undersøke mer selv og de påvirket de 2 siste punktene i prosessen</p>
Konklusjoner og nye spørsmål	Studien viser at s.pl. melder raskt når det er konkrete bevis på mishandling men er mer nølende når bevisene er mer ullen. Da går de inn i en behandlende rolle og legger til rette og prøver å hjelpe familien før de melder. Opplæring går på avdekking av konkrete bevis og i liten grad mykere bevis, noe som bør endres i opplærings programmet. De sykepleierne som ikke valgte å rapportere - hva med de?
Anvendelse i praksis	Rimelig mistanke til BM er subjektivt, sykepleiere oppfordres til å dele caser og erfaringer for å bli flinkere til å avsløre BM
Systematiske feil	Studien tar bare for seg de sykepleierne som har valgt og rapportert og sier ikke noe om de som ikke har meldt videre. Alle sykepleierne er erfarne. Vil det blitt samme resultat med nyutdannede s.pl.?

Artikkel tittel	Nurses' Intention to Report Child Abuse in Taiwan: A Test of the Theory of Planned Behavior
Forfatternavn	Jui-Ying Feng, Yow-Wu B. Wu
Publisert årstall	(2005) Research in Nursing & Health, 2005, 28, 337–347
Formål	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avdekke faktorer som har betydning for sykepleierens vilje til å rapportere mistanke om barnemishandling i Taiwan. ✓ Fastslå den empiriske (erfaringsmessige) effekten av teorien om planlagt adferd (TPB)
Forsknings spørsmål	Taiwan har et lovpålagt meldesystem i likhet med bl.a. USA som likevel viser en underrapportering på 40 – 60 %. Kinesisk kultur kan ha et annet syn på barnemishandling der hard disiplin, straff og krav til å adlyde foreldre har en sterkere plass i samfunnet. Forskerne ønsker å se på holdningen og sannsynligheten for at sykepleiere vil melde BM. og hva påvirker viljen og holdningene på dette punktet.
Nøkkelbegrep /	theory of planned behavior; child abuse and neglect; nurses; intention to report
Søkeord / dato	child abuse AND nursing)) AND ((maltreatment)) AND (nurse)
Design	Kvantitativ
Utvalg	Sykepleiere fra akuttmottak, psykiatriavdelinger og barneavdelinger fra hele Taiwan, inndelt i 4 soner. 1362 (84 %) svar av 1617 spørreskjema fra 39 ulike sykehus. Alle sykepleierne jobbet med barn.
Datainnsamlings metode	Sykepleierne fikk 8 skriftlige caser av hypotetiske situasjoner (fire ulike typer mishandling og alvorlighetsgrad) som de skulle ta stilling til. Etterpå skulle de besvare et spørreskjema med 5 spørsmål til hver case.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Kun 14 % av sykepleierne hadde tidligere rapportert BM. 21 % hadde hatt mistanke om BM uten å rapportere hyppigste årsak (79 %) var da "usikker på bevis" • 80 % oppga aldri hatt om BM i sykepleierutdanningen og 87 % aldri hatt om BM i videreutdanning. • Flertallet (75 %) mente at sykepleierutdanningen var utilstrekkelig for problematikken, likedan internundervisning (83 %) som enten var mangelfull eller fraværende • Sannsynligheten for rapportering var større om s.pl. trodde det ville ha positiv effekt for barnet og familien om de rapporterte. • Sannsynligheten for rapportering var større om s.pl. <ul style="list-style-type: none"> ○ hadde større kunnskapsnivå om BM og ○ kunnskap om lovverket ○ oppfattet at andre generelt og spesifikt mente de skal melde ○ følte at de hadde kontroll over det og melderutiner • Trenger klar definisjon og konkrete retningslinjer om BM
Konklusjoner og nye spørsmål	Funnene belyser en begynnende forståelse av individuelle faktorer som påvirker sykepleierne i rapporteringen av BM. en studie over tid må til for å endelig stadfeste forholdet mellom intensjon og rapportering av BM og for å kunne sette inn og evaluere målrettede tiltak
Anvendelse i praksis	Selv om denne studien ikke har noen konkrete løsninger gir den en indikasjon på hvor skoen trykker noe som også samsvarer med andre studier.

Artikkeltittel	Paediatric nurses' identification of violence against children
Forfatternavn	Małgorzata Pabiś Irena Wrońska Barbara Ślusarska Tomasz Cuber
Publisert årstall	Journal of Advanced Nursing 2011
Formål	Artikkelen hensikt er å vurdere pediatrike sykepleiere vurderinger og diagnostiske ferdigheter og tiltak i forhold til barnemishandling
Forsknings spørsmål	Barnemishandling skjer i alle miljøer, helsevesenet trenger mer kunnskap teoretisk og praktisk for å gi barn behandling tidlig.
Nøkkelbegrep	Mishandlet barn syndrom; barnemishandling; pediatrike sykepleiere; Polen
Søkeord / dato	Anbefalt av Terese
Design	Kvalitativ undersøkelse med spørreskjema
Utvalg	160 sykepleiere (80 %) deltok fordelt på et barnesykehus og barneavd. Rekruttert ved at en forskerassistent oppsøkte praksisfeltet og rekrutterte deltakere som sa seg villig til å delta og fikk spørreskjema.
Datainnsamlings metode	Tverrsnittsstudie gjennomført i Polen des. 2005 til mars 2006 anonymt Spørreskjema med strukturerte og åpne spørsmål, 25 spørsmål som gikk på Identifisering, oppfattelse, opplevelser, omsorgs behov og generelle spørsmål (kjønn ansettelsesforhold m.m.)
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Den formen for barnemishandling som oftest var observert var forsømmelse (30 %) psykisk vold (8,75 %) fysisk vold (6,25 %) seksuell mishandling hadde ingen observert. • Hyppigste meldte skade plassering er hode (71 %) og overkropp (60 %) • Hyppigste symptom innen psykisk, fysisk og sosiale forhold <ul style="list-style-type: none"> - psykomotorisk agitasjon, gråt, redsel, selvmordforsøk - hematom, ødem, brudd, sig. brennmerker - ikke noe forskjell på alene og to - foreldre, alkoholproblematikk. • Barnet opplever: kraftløshet, hygiene og oppmerksomhet • Skaden forklares ofte med fall fra sykkel, trapp, badekar etc. foreldrene har vanskelig for å forklare hendelsesforløpet fordi de ikke var tilstede akkurat når det skjedde • Sykepleierne observerte foreldrenes oppførsel mot sine barn <ul style="list-style-type: none"> - omtanke 33 %, over beskyttende 20 %, likegyldig 14 %, aggresjon 8 %
Konklusjoner og nye spørsmål	Sykepleiere trenger teoretisk og praktisk opplæring i å identifisere mishandlet barn, hvordan de skal hjelpe dem på en profesjonell måte, og hvordan du arbeider med andre fagfolk, som leger og psykologer, i å håndtere dette problemet. Barnemishandling er et komplisert fenomen og barns skader er ofte kombinert med ulike former for omsorgssvikt, for eksempel emosjonell vold eller seksuelle overgrep, noe som fører til følelsesmessig underskudd.
Artikkeltittel	Uncovering child abuse
Forfatternavn	Lyden, Catherine
Publisert årstall	Nursing Management (Springhouse) Issue: Volume 42 Critical Care Insider, Spring 2011
Formål	
Forsknings spørsmål	Ikke en forskning artikkel
Søkeord / dato	Anbefalt av
Design	Artikkel som tar for seg definisjoner på mishandling og kjennetegn på mishandling. Hvordan identifisere skader
Resultater	Gjennomgang av <ul style="list-style-type: none"> • Definisjoner av BM • Kjennetegn på BM • Skademekanismer • Hyppige tillegg diagnoser ved BM. eks. hyppige innleggelse, forstoppelse • Identifisering av mønster i hendelsene • Bevis og dokumentasjon
Konklusjoner og nye spørsmål	Alle barn fortjener sykepleiere som er våken og engasjert i.f.t. BM når de blir innlagt på sykehus. Videre hevder de at dette kan være barnets mulighet til å komme seg ut av BM

Artikkel tittel	Caring for the Victim of Child Abuse in the Pediatric Intensive Care Unit
Forfatternavn	Catherine Lyden
Publisert årstall	2009 Dimens crit care nurs. 2009;28(2):61/66
Formål	Beskrivelse av hvordan oppdage BM
Nøkkelbegrep	Abuse, Child abuse, Neglect
Søkeord / dato	(22.07.11) Abuse or Care Failure and Report.af. child abuse
Design	
Utvalg	
Datainnsamlings metode	
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Definisjon av ulike typer BM • Kjennetegn og skademekanismer • Oppdag BM. <ul style="list-style-type: none"> ○ rettslige tilfeller ○ mistenksomme faktorer ○ identifiser mønster i skademekanismene ○ bevis innsamling / dokumentasjon
Konklusjoner og nye spørsmål	Barn som er innlagt på en barneintensiv har krav på sykepleiere som er villig til å handle på deres vegne når det er oppstår mistanke om BM. Det krever aktuell kunnskap og hvordan dokumentere og avsløre. Økt bevissthet om problemet Lederne er i en unik rolle til å påvirke ansatte til helhetlig tenkning der også bevisstheten rundt dette temaet er med.
Artikkel tittel	Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department
Forfatternavn	Carolyn Keane. Rose Chapman
Publisert årstall	International Emyrgency Nursing (2008) 16, 5 - 13
Formål	Diskutere eksiterende forskning og kunnskap om barnemishandling og gi forslag til videre forskning på området.
Forsknings spørsmål	Hvordan sykepleierne i akuttmottak kan spille en viktig rolle for å stanse syklus av misbruk
Nøkkelbegrep	Child abuse, emergency department, intervention, detection, education <i>Barnemishandling, legevakta, Intervention, Detection, Utdanning</i>
Søkeord / dato	22.07.2011 Ovid Nursing ((Abuse or Care Failure) and Report*).af.
Design	Paper
Utvalg	Tidligere forskning på området
Datainnsamlings metode	
Resultater	Gjennomgang av ulike typer mishandling. BM er vanskelig å avdekke. Sykepleiere (og helsearbeidere) har for dårlig kunnskap Sjekkliste anbefales
Konklusjoner og nye spørsmål	Viktig at sykepleiere har nødvendig kunnskap og ferdigheter til å avdekke BM. Det planlegges en studie om legevaktens håndtering av dette i Australia. Sjekk den opp!

Artikkel tittel	Få blivande barnläkare utbildas om barnmisshandel
Forfatternavn	Thomas Mårtensson, Staffan Janson
Publisert årstall	2010 Läkartidningen nr 35
Formål	
Forsknings spørsmål	
Nøkkelbegrep	
Søkeord / dato	
Design	
Utvalg	
Datainnsamlings metode	
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Av nyutdannede barneleger i Sverige har bare en tredjedel hatt noen formalisert form for utdanning innen BM. • 1 av 4 av de under utdanning har hatt noen form for utdanning. • De laveste tallene fant man ved de største sykehusene ca. halvparten. • Det er kjent blant sjefene at slik opplæring mangler • Det mangler tilbud om denne typen opplæring • Burde vært obligatorisk
Konklusjoner og nye spørsmål	
Anvendelse i praksis	
Systematiske feil	
Artikkel tittel	Caring for maltreated children: a challenge for health care education
Forfatternavn	Eija Paavilainen, Päivi Åstedt-Kurki, Marita Paunonen-Ilmonen, Pekka Laippala
Publisert årstall	2001 Journal of Advanced Nursing 37(6)
Formål	Målet med studien er å fastslå om pediatrike sykepleiere og leger trenger tilleggsutdanning for å identifisere barnemishandling og vurdere behov for endringer i grunn og videreutdanninger om temaet. Hensikten er å skaffe en oversikt og på den måten kunne utvikle et utdannings og omsorgsopplegg.
Nøkkelbegrep	helsefaglig utdanning, barnemishandling, barn fysisk mishandling, omsorg for barn og familier.
Søkeord / dato	Fra referanse til artikkel 11
Design	Kvantitativ og kvalitativ Spørreundersøkelse spørreskjema 317 svar (62 % svarprosent) strukturerte spørsmål og åpne spørsmål Analysert med statistisk metode og kvalitativ innholdsanalyse
Utvalg	Pediatrikpersonell ved universitetets sykehus, ulike yrkesgrupper men over halvparten var sykepleiere, leger utgjør ca. 9 %. Under halvparten jobber i barneavdelinger eller barnepoliklinikk.
Datainnsamlings metode	Spørreskjema med strukturerte spørsmål og åpne spørsmål
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Under halvparten av de spurte hadde tatt imot / tatt vare på barn der det var mistanke om BM. Under 1 av 5 hadde hatt mistanke og 40 % hadde aldri opplevd mistanke. • 71 % mente det å identifisere BM var vanskelig, de som hadde opplevd det mente det var vanskeligere en de som ikke hadde opplevd det. • Ting som var med å vanskeliggjøre saken var personellens uvitenhet om temaet, travelhet i hverdagen og en generell lav bevissthet over temaet. • 73 % mente de trengte trening og opplæring om temaet. Supplerende utdanning. (tabell over hva de mente de trengte opplæring i) • Mange mente (67 %) at grunnutdanningene var for dårlig på temaet. (se tabell om årsaker til behov for opplæring)
Konklusjoner og nye spørsmål	Funnene i undersøkelsen gir grunnlag for å utvikle undervisningsprogram både for grunn og videreutdanninger. Først og fremst teoretisk og forskningsbasert. Kunnskap om lovgivningen på problemet er mangelfull. Kunnskap om egne reaksjoner og hvordan ta opp vanskelige temaer trengs også.
Anvendelse i praksis	Hvordan lage et best mulig tilrettelagt opplæringsprogram

Artikkel tittel	Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis
Forfatternavn	Jennifer A. Fraser, Ben Mathews, Kerryann Walsh, Linping Chen, Michael Dunne.
Publisert årstall	2009
Formål	Hensikten med denne studien var å undersøke forholdet mellom kjennetegn, opplæring, kjennskap til lovgivende rapporteringsplikten og holdningsmessige faktorer for rapportering, av sykepleiere av ulike typer barnemishandling og omsorgssvikt. Hjelp til å utarbeide klinisk opplæring
Forsknings spørsmål	
Nøkkelbegrep	Child abuse and neglect Mandatory reporting Professional training Nurse reporting
Søkeord / dato	nurs* AND abuse OR neglect OR maltreatment AND wooly OR diffuse OR uncertain* (Scopus 23.01.2013)
Design	En tverrsnittstudie om barnemishandling og omsorgssvikt
Utvalg	Sykepleiere fra både by, land og avsidesliggende steder i Queensland, Australia.
Datainnsamlings metode	Spørreskjema, 930 deltok Deltakerne ble presentert for 8 caser av barnemishandling med ulike typer som de skulle ta stilling til i forhold til om det var BM og meldeplikt. Etterpå svarte de på et spørreskjema
Resultater	Sykepleiere står i en spesiell stilling til å avdekke mishandling. Nylig innført lovpålagt meldeplikt i Australia. Obligatorisk elektronisk opplæring innført etter lovpålegget. Noen også opplæring face to face. <ul style="list-style-type: none"> • En stor andel av sykepleierne kjente igjen ulike typer barnemishandling men psykisk mishandling viste seg å være vanskeligere å kjenne igjen. • Sykepleierne ville rapportere sakene i casene videre men det var merkbart færre som ville rapportere sakene med psykisk mishandling • Det var mer sannsynlig at sykepleiere som hadde spesiell opplæring rapporterte saker videre. • Et stort antall hadde ikke klart for seg hva de var lovpålagt å melde. • Det er større sannsynlighet for at sykepleierne som hadde fått opplæring ville melde saken videre • Dårlig holdning til meldeplikten, viser at sjansen for å oppdage og melde saker henger sammen • Sykepleierne var generelt positiv til meldeplikten og gjenkjente mishandling.
Konklusjoner og nye spørsmål	Sykepleierne gjenkjente ulike typer bm noe mindre på psykisk mishandling. Viljen til å rapportere varierte. Forbedret opplæring i forhold til lovverket. Bedre opplæring om barnemishandling spesielt psykisk og omsorgssvikt med fokus på holdningen til å melde
Anvendelse i praksis	
Svakheter	<ul style="list-style-type: none"> - Undersøkelsen er gjort rett etter et nytt lovpålagt vedtak er satt i kraft og pålagt undervisning er gitt. Om resultatene er overførbar over tid er usikkert - Undersøkelsen måler intensjonen til å melde, ikke hva som faktisk blir meldt, noe som må sees på i ettertid hva som blir meldt når loven har virket en tid. - Sykepleiere ble presentert for ulike caser og skulle gjenkjenne ulike former for bm. Ville det vært like stor gjenkjennelse i det daglige når fokuset på bm ikke er det samme.

Artikkeltittel	Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters
Forfatternavn	Jui-Ying Feng, Yi-Wen Chen, Susan Fetzer, Ming-Chu Feng, Chiao-Li Lin
Publisert årstall	Children and Youth Services Review Volume 34, Issue 1, January 2012, Pages 276–280
Formål	Hensikten med denne studien var å beskrive fagfolk etiske dilemmaer og juridiske utfordringer til rapportering barnemishandling.
Forsknings spørsmål	
Nøkkelbegrep	Child abuse; Mandated reporter; Ethical challenge; Taiwan
Søkeord / dato	23.01.2013 (scopus) nurs* AND abuse OR neglect OR maltreatment AND wooly OR diffuse OR uncertain*
Design	Kvantitativ undersøkelse - grounded theory – individuelle intervju
Utvalg	fagfolk, som hadde opplevd misbrukte barn. 13 hadde rapportert bm 5 innrømmet å ikke ha rapportert minst et tilfelle av bm 18 ulike fagfolk fordelt slik: 4 sosialarbeidere (3 jobbet på s.h. og 1 i b.v.), 3 leger, 6 sykepleiere, 5 lærere.
Datainnsamlings metode	Intervju med strukturert intervjuguide. Fagfolkene ble bedt om å beskrive de mest uforglemmelige og betydelige tilfellene av barnemishandling de hadde opplevd. Det ble til sammen 56 ulike tilfeller av mishandling. Vanligste type var fysisk mishandling.
Resultater	3 temaer: konflikter, tid og lov som tilflukt. Det å rapportere bm er beslutning som påvirker alle der en må prioritere, vurdere og finne Konflikter Rapportering kan være gunstig for barnet men ugunstig for foreldrene. Prinsippet mellom velgjørenhet – volde skade. Viktig å fjerne barnet, men barnet vil ikke. Tidsbruken ved misbrukte barn er stor og de føler det tar tid fra andre trengende. Søken etter bevis, konkrete bevis gjør det lettere. Usikkerhet. Fagfolk føler det konfliktfylt og fjerne barnet fra hjemmet, ingen plass er bedre en hos sine foreldre. <i>Konflikt mellom velgjørenhet og ikke volde skade skaper usikkerhet.</i> Rapportering skaper stigma for familien. For å unngå stigmatisering unnlater fagfolk å rapportere. Sympati versus ansvar Sympati med foreldrene vanskeliggjør rapporteringen. Fagfolk vil ikke rapportere en skade de trodde var utilsiktet eller om de ikke har tilstrekkelig med bevis. Kulturelle normer versus plikt Vil ikke blande seg i familieanliggende, disiplin er en familiesak Tid Tidsfrister gjør det vanskelig å vurdere saker (Taiwan 24 timer). Fagfolk mener de trenger mer tid til å vurdere og evaluere hele saken for de kan melde Usikker fremtid Tanken på hva det gjør med barnets fremtid bekymrer fagfolk. Rapportering kan gjør situasjonen verre for barnet. Loven virker som en tilflukt Rapporteringsloven gjør det lettere for oss å rapportere Loven virker som en beskyttelse for fagfolk når andre alternativ er prøvd. Overgripere vet at loven / fagfolk vil gripe inn om de gjør noe med barna sine
Konklusjoner og nye spørsmål	Etiske og juridiske utfordringer ifm rapportering av BM fører til komplekse utfordringer og dilemmaer for fagfolk. Etiske prinsipper kolliderer mellom barnets rettigheter og foreldrenes rettigheter Støttende systemer og utdanning er nødvendig for å bistå fagfolk i deres meldeplikt og dilemmaer
Anvendelse i praksis	Undervisning nødvendig Åpenhet om problematikken (temaet på dagsorden)

Artikkeltittel	Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect
Forfatternavn	Anne Piltz, Tracey Wachtel
Publisert årstall	2009 Australian Journal of Advanced Nursing. Volume 26 Number 3
Formål	Gjennomgang av nyere litteratur for å avdekke potensielle barrierer som hindrer sykepleiere i å melde bv- saker
Forsknings spørsmål	
Nøkkelbegrep	child abuse and neglect, nurses, mandatory reporting, barriers
Søkeord / dato	Fra referanseliste
Design	Sammenlignende forskning (An integrative review)
Utvalg	Tidligere forskning både kvalitativ, kvantitativ og blandede studier publisert på engelsk i tidsrommet 1996 – 2007
Datainnsamlings metode	Database søk fra Cinal, Medline, psycINFO, Proquest og Journal @ Ovid
Resultater	<p>1) Identifisering av barnemishandling og omsorgssvikt.</p> <p>Fleire studier viser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - at sykepleiere har begrenset kunnskap om overgrep og bm. spesielt psykisk og omsorgssvikt. - at sannsynligheten for å avsløre fysiske bm med tydelige fysiske tegn var størst. - Risikofaktorene for bm og omsorgssvikt var ukjent og s.pl. hadde lite kunnskap om å avdekke bm uten fysiske tegn. - Nylig utdanning / opplæring økte sjansen for å oppdage og melde <p>2) Erfaring i å gjenkjenne og rapportering barnemishandling og omsorgssvikt,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mange studier viser at erfaring og utdanning innen bm har stor betydning for avdekking og melding av bv saker - Erfarne sykepleiere bruker intuisjon når de avdekker bm. - Erfarne sykepleiere opplever også vanskeligheter med å avdekke og melde saker. Hovedårsak sjelden at de ser saker <p>3) Frykt for konsekvensene ved å melde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierens frykt for egen og egen families sikkerhet. - Konsekvenser for barnet - Tidligere neg. erfaringer med bv - Manglende dokumentasjon
Konklusjoner og nye spørsmål	<p>Sykepleierne har ofte den første kontakten med misbrukte barn men er ikke de som melder oftest.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierne mangler utdanning. Utdanning er ikke obligatorisk til tross for meldeplikt. - Fleire hindre for melding av bm <ul style="list-style-type: none"> o Utdanning og erfaring o Dårlig dokumentasjon o Negativ oppfatning av bv o Frykt for konsekvenser
Anvendelse i praksis	Sykepleierne trenger utdanning / opplæring om bm Inn i skolesystemet

Artikkeltittel	Working together for child protection in A&A AT LEAST ONE CHILD DIES EVERY WEEK AS THE RESULT OF AN ADULT'S CRUELTY
Forfatternavn	Victoria Joughin
Publisert årstall	2003 Emergency nurse vol. 11.
Formål	Undersøke hvordan akuttmottak ansatte jobber tverrfaglig for å beskytte barn. Prosedyrer er gjennomgått og svakheter avslørt.
Søkeord / dato	23.01.2013 Referanse fra artikkel 15.
Design	Litteraturstudie ? Refferi
Utvalg	Tidligere forskning
Datainnsamlings metode	
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Bevissthet rundt faremomenter, belyst med plansjer. • Fagfolk som er bekymret, må være i stand til å gå videre med saken • Ved screening av alle barn oppdages flere. • Kommunikasjon mellom etatene • Helsepersonell må være bevist sin rolle • Mer sannsynlig at sykepleiere mistenker BM enn leger. Sykepleiere bedre egnet. • Legger frem forslag til prosedyrer • Ansvarlig gjøring av den enkelte
Konklusjoner og nye spørsmål	Ansvarlig gjøring og bevissthet
Anvendelse i praksis	Mange forslag til forbedringer i praksis
Svakhet med studien	Ikke beskrevet metoden som er brukt
Artikkeltittel	Support needs of children's nurses involved in child protection cases
Forfatternavn	Vicki Rowse
Publisert årstall	2009
Formål	Identifisere sykepleiere som hadde vært borti saker med BM og undersøke følelser, opplevelser, støttebehov og forstå forskjeller i støttebehov samt utvikling av støtte og opplæring.
Søkeord / dato	children; nurses; research; safeguarding; support
Design	Kvalitativ studie med en fenomenologisk tilnærming.
Utvalg	13 barnesykepleiere og 2 jordmødre. (6 jobbet på nyfødtenhet, 3 på barneavd. i kommunehelsetjenesten)
Datainnsamlings metode	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju, tematisk analyse
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedyrer i barnevernssaker viktig. Ser ikke hvordan de virker før en står i det. • Sykepleierne føler behov for guiding igjennom prosessen. Trenger en leder som gir god støtte. De trenger også støtte fra en de stoler på. Sykepleierne er redd for å gjøre noe galt slik at gjerningsmannen går fri. • Manglende støtte – sykepleierne føler seg sårbar og alene. De er ikke forberedt på å argumentere for barnemishandling i møter med sosialtjenesten. De er heller ikke forberedt til å stille som vitne i en rettsak og hva det innebærer. • Opplæring slik den fungerer, forbereder de ikke til virkeligheten.
Konklusjoner og nye spørsmål	Sykepleierne har behov for effektiv støtte, noe som er spesielt viktig for de yngre sykepleierne. Sykepleierne følte seg uforberedt på mange av de situasjonene de kom i ved mistanke om BM. Forslag: liste over sykepleiere som var villig til å hjelpe, støtte, dele erfaringer.
Svakhet i studien	Leder som intervjuer egne ansatte.

Artikkel tittel	Strategies for Saving and Improving Children's Live
Forfatternavn	Emalee G. Flaherty, Robert D. Sege, Tammy Piazza Hurley, Alison Baker,
Publisert årstall	Pediatrics Vol. 122 No. 1, September 1, 2008
Formål	Beskrive fagfolks analyser, hindringer og strategier for å bedre situasjonen for misbrukte barn.
Forsknings spørsmål	
Nøkkelbegrep	child abuse child protective services
Søkeord / dato	30.05.2013
Utvalg	Deltakere ved konferanse om BM dvs. eksperter og ulike fagfolk diskuterte og utviklet ulike strategier for videre arbeid.
Datainnsamlings metode	<ul style="list-style-type: none"> - Diskusjoner i små grupper, presentert i plenum og plenum debatter. - Evaluering fra deltakerne etter konferansen (Før de reiste), aksjonsgruppe på 8 stk. for å følge opp resultatene av konferansen
Resultater	<p>Fem hindringer for effektiv beskyttelse av barn ble stadfestet som de viktigste.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Varierende tolkning av barnemishandling. Begrensede muligheter til tilbakemelding fra BV – <i>strategi</i>: utvikle forskrifter og bedre kommunikasjonen 2. Fagspesifikk forskning som gir faglige resursteam – <i>strategi</i>: Tverrfaglige sentre og forskning. 3. Tynt befolkede områder, kan ikke ha egne spesialister – <i>strategi</i>: mobile service team. 4. ingen standarder for opplæring av leger – <i>strategi</i>: utvikle helhetlig og ensartede strategier for opplæring og etterutdanning. 5. dårlig kommunikasjon mellom fagfolk som vurderer barn, mulig årsaker liten forståelse for andres arbeid – <i>strategi</i>: avklare hverandres roller, oppmuntre og legge til rette for samarbeid. Invitere andre fagfolk i opplærings og trenings opplegg.
Konklusjoner og nye spørsmål	Aksjonsgruppens arbeid har ført til retningslinjer med beskrivelse av roller og ansvar for ulike faggrupper.
Artikkel tittel	Children's Nurses' Experiences of Child Protection: What Helps?
Forfatternavn	Vicki Rowse
Publisert årstall	2009 Child Abuse Review
Formål	Undersøke sykepleiere og jordmødre som har vært involvert i barnevern med fokus på følelser og behov for støtte. Foreslå evt endringer i opplæring og støtte rutiner for sykepleierne.
Forsknings spørsmål	
Nøkkelbegrep	nursing; phenomenology; Named Nurse; child protection
Søkeord / dato	22.10.2013. Google scholar. Forfatter navn
Design	Kvalitativ semi strukturert intervju undersøkelse. Fenomenologisk fortolkende tilnærming.
Utvalg	15 deltakere (13 barnesykepleiere og 2 jordmødre) som meldte seg selv.
Datainnsamlings metode	Intervju
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Kjernetemaer: engasjement i bv har varig innvirkning på enkeltpersoner. Under saken er prosedyrekunnskap trinn for trinn avgjørende hjelp. Sykepleierne trenger emosjonell støtte fra rett pers. til rett tid. • Magefølelsen - vanskelig å overbevise andre fagfolk • Støttende egenskaper imøtekommende, kunnskapsrik, synlig, pålitelig, ikke dømmende, dynamisk, villig til å lytte, pålitelig, lyttende, lett å snakke med, tilgjengelig og støttende. • God støtte beskrives som uvurderlig hjelp • Når støtten uteble eller var dårlig førte det til sinne og frustrasjon
Konklusjoner og nye spørsmål	Systemer som fanger opp behovet for støtte og veiledning er av avgjørende betydning for å takle BM BM setter i gang et spekter av følelser og behov for støtte er stort.
Anvendelse i praksis	Trenger erfarne støttespillere (sykepleiere) i praksis som kan gi opplæring, veiledning og emosjonell støtte.
Svakheter med studien	Undersøkelsen er gjennomført av en leder i egen avdeling. Det kan derfor stilles spørsmål til om informantene har vært 100 % ærlige.

E – post ved søknad

Forespørsel om intervju av sykepleiere

Sykehus / Legevakta

Sender en søknad der jeg ber om tillatelse til å gjøre intervju av sykepleiere ved sykehuset. Jeg er masterstudent i klinisk sykepleie og temaet for min masteroppgave er: ”Hvordan opplever og handler sykepleiere i møtet med barn og deres foreldre når det er mistanke om mishandling eller omsorgssvikt.” (se vedlegg). I den forbindelse er jeg interessert i å komme i kontakt med sykepleiere ved mottaksavdelinger som tar imot barn som kommer akutt inn til sykehuset.

Vil også på denne måten informere ledelsen ved sykehuset og ber om hjelp til å videresende søknaden til de /den rette avdelingen.

Vedlegg til denne mail teksten er søknad til ledelsen og informasjonsskriv med samtykkeerklæring.

Søknad til ledelsen ved sykehuset / legevakt

Kari Skarsaune,
Høgskrenten 19,
8027 Bodø.

Bodø 5.09.2011.

Til

Ad: Søknad om adgang til å gjøre intervju med sykepleiere ved legevakt og i akutt mottak / mottaks avdelinger / barnemottak i forbindelse med min mastergrads oppgave.

Jeg er student ved Universitetet i Nordland og tar en master i klinisk sykepleie. Startet studiet høsten 2009 og det som nå gjenstår er min mastergrads oppgave.

Mastergrads oppgave er lagt opp som en kvalitativ studie der jeg ser på hvordan sykepleiere opplever og handler når de får misstanke om barnemishandling og eller omsorgsvikt.

Resultatet av undersøkelsen skal presenteres i to artikler, en vitenskapelig og en populærvitenskapelig artikkel som skal publiseres. I tillegg skal jeg utarbeide en kappe over prosjektet.

Faglig ansvarlig for Master i klinisk sykepleie ved universitetet er: Professor Berit Støre Brinchmann berit.store.brinchmann@uin.no og professor Terese Bondas terese.bondas@uin.no
Adresse: Profesjonshøgskolen. Avd. for helsefag, Universitetet i Nordland, Postboks 1490, 8049 Bodø. Professor Terese Bondas er også min veileder i forbindelse med mastergrads oppgaven.

Hensikten med min studie er å se på hvordan sykepleiere opplever og handler når de mistenker barnemishandling / omsorgsvikt. I den forbindelse ønsker jeg å intervju sykepleiere som jobber ved legevakter og i mottaksavdelinger der barn kommer akutt inn til sykehuset. Jeg ønsker å høre deres erfaringer og håper at deres erfaringer kan hjelpe meg å få svar på følgende spørsmål: Ser vi sykepleiere de barna som lider? Hva skal til for at vi ser de? Melder vi saker videre til barnevernet? Hvorfor / hvorfor ikke? Hvordan er kulturen i avdelingen rundt dette teamet? Hvordan er opplæringen på området? Dette er noen av spørsmålene jeg er interessert i å få svar på. Barnevernsaker er uhyre vanskelige saker der man kan gjøre stor skade for familien uansett hva man gjør. Dersom man ikke melder saker som burde vært meldt, kan det få store og alvorlige konsekvenser for barnet. På den andre siden melder man fra der det ikke er grunnlag for mistanken, får det også store konsekvenser for familien. Dette er også et område som vi ikke opparbeider oss erfaring i og det vil derfor

også føles vanskelig. Uansett hvordan man handler, er dette saker som vil følge oss lenge etterpå.

Jeg ønsker å gjennomføre individuelle intervju av sykepleierne og ber om at henvendelsen blir videreformidlet til aktuelle avdelinger. Min tanke er å henvende meg til sykepleierne via avdelingsledelsen og at sykepleierne som ønsker å delta kontakter meg direkte. Jeg henvender meg til flere sykehus og legevakter av ulik størrelse og geografisk plassering og det vil i ettertid ikke være mulig å spore hvor jeg har hentet informasjon. Jeg ser også for meg at deltakelse i studien også kan holdes hemmelig overfor overordnede og andre kollegaer dersom informanten ønsker det. Dette med bakgrunn i at det kan være et vanskelig tema å snakke om spesielt dersom man lurer på om man har handlet rett. Minner også om at taushetsplikten må opprettholdes slik at historier som blir fortalt må anonymiseres.

Intervjuet vil ta ca. en time og vil bli tatt opp på lydband. Det vil i ettertid bli skrevet av ordrett. Dette lydbandet vil bare jeg ha tilgang til, veileder vil få tilgang på utskrifter av intervjuet. Det foretas en analyse og tolkning av alle intervjuene der en ser etter fellestrekk. Det er ikke de sensasjonelle historiene jeg er ute etter men jeg leter etter fellestrekkene i historiene. På den måten håper jeg å lære noe om hvordan sykepleiere handler og opplever slike saker og som i neste runde kan hjelpe oss å bli bedre på området. Alle data vil bli slettet når studien er ferdig. Studien er meldt inn til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS (NSD) og er godkjent der.

Jeg håper på et velvillig svar og hjelp til å komme i kontakt med aktuelle sykepleiere som kan tenke seg å bli med i prosjektet. Dersom jeg ikke mottar svar innen 14 dager, tar jeg kontakt per telefon.

Med vennlig hilsen

Kari Skarsaune,
Masterstudent i klinisk sykepleie,
Universitetet i Nordland.
Mobil: 996 14 935, Arbeid: 75 51 78 14
kari.skarsaune@uin.no

1. vedlegg:
Informasjonsskriv med samtykkeerklæring.

Infoskriv med samtykkeerklæring

Til informant:

Informasjonsskriv om intervju undersøkelse.

Jeg er masterstudent i klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland og jobber nå med min avsluttende masteroppgave. I den forbindelse ønsker jeg å gjennomføre en intervju undersøkelse der jeg ser på hvordan opplever og handler sykepleieres når de misstenker at barn ikke har det bra.

I denne oppgaven har jeg tenkt å se på hvordan sykepleiere ser på sin rolle i forhold til det å melde saker til barnevernet. Hva er det som gjør at vi melder saker og hva er det som gjør at vi ikke melder? Slike saker er vanskelige, vi har alle en frykt for å ta feil, når misstanken om barnemishandling dukker opp.

Fra tid til annen hører vi i media om barnevern saker. Da kommer det ofte frem at noen burde ha skjont, sett eller forstått, at her er det noe som ikke stemmer. Disse ”noen” kan godt være sykepleiere. Barn som er utsatt for mishandling er avhengig av at noen ser dem. Sykepleiere har et moralsk og juridisk ansvar overfor disse barna. Hva er det som gjør det vanskelig og hva kan vi gjøre med det? Hvordan kan vi bli bedre til å skille ut de som skal meldes? Har dette noe med avdelings kulturer, lederskap, kunnskap eller er det personlige egenskaper hos den enkelte?

Dette er noen av de spørsmålene jeg selv har stilt meg og for å finne ut mer om dette ønsker jeg å intervju sykepleiere som jobber i mottaksavdelinger og på legevakt. Jeg vil høre deres erfaringer angående mistanke om barnemisshandling. Jeg ønsker å komme i kontakt med sykepleiere som har meldt saker og sykepleiere som vet/lurer på om de burde ha meldt fra. Hva er det som skal til for at saker blir meldt og hva er med på å hindre at saker blir meldt videre?

Jeg trenger 6 – 10 informanter som kan delta på et intervju, som vil ta omtrent en time. Både deltakelse og hvilke sykehus som er med i undersøkelsen blir behandlet konfidensielt. Minner likevel om taushetsplikten og at fortellinger som blir fortalt under intervjuet må anonymiseres slik at de involverte ikke kan gjenkjennes. Under intervjuet vil jeg bruke båndopptaker og ta notater. Intervjuet vil i ettertid bli avskrevet ordrett. Når prosjektet er ferdig eller senest 31.12.2016 vil alle personopplysninger, opptak og avskrifter bli slettet / destruert.

Det er frivillig å være med og du kan når som helst trekke deg fra studien, uten å måtte begrunne det. Da vil navnet ditt og alle data bli slettet, så godt det lar seg gjøre i forhold til de øvrige dataene og hvor langt i prosessen studien er kommet.

Studien er meldt inn til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS (NSD).

Har du lyst å være med på intervjuet?

Håper noen er interessert i å være med på intervju og jeg ber de kontakte med meg direkte på mail, telefon eller per brev. Tid og sted for intervjuet blir vi enig om i felleskap. Ta gjerne også kontakt om du vil ha flere opplysninger om studien før du bestemmer deg. Min veileder er professor Terese Bondas ved Universitetet i Nordland, og hun kan også kontaktes på mail terese.bondas@uin.no

Alle som deltar må skrive under samtykkeerklæringen nedenfor.

Med vennlig hilsen

Kari Skarsaune,
Høgskrenten 19,
8027 Bodø.
Telefon arb. 75517814 / mobil 99614935
Mail adr. kari.skarsaune@uin.no

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien og ønsker å stille til intervju.

Ja	Nei
----	-----

Signatur: _____

Sted og dato: _____

(tas med underskrevet til intervjuet)

Intervjuguide

Tema liste for intervju i forbindelse med master i klinisk sykepleie

1. Hva betyr begrepene barnemisshandling og omsorgssvikt for deg?
2. Kan du fortelle hvordan rutiner dere har i avdelingen ved barneverns saker?
 - a. Hvem melder?
 - b. Hva er sykepleiernes oppgave?
3. Er det noen form for opplæring om temaet i avdelingen?
 - a. Har du fått noen form for opplæring om temaet?
 - b. Hvordan kan du tenke deg at slik opplæring bør være?
4. Har du opplevd en eller flere situasjoner der du har mistenkt barnemishandling?
 - a. Fortell om situasjonene?
 - b. Hvordan handlet du?
 - c. Hvordan opplevde du situasjonen?
 - d. Hva var vanskelig, hva var lett å takle?
5. Hvordan er opplever du samarbeidet med pårørende når de er mistenkt?
6. Hva mener du skal til for at slike saker skal bli lettere å takle
 - a. Hva skal til for at saker blir meldt?
 - b. Hva er det som gjør at man ikke melder saker?
 - c. Har du forslag til hvordan din avdeling kan bli bedre til å takle slike situasjoner?
7. Leder / kollegaer?
 - a. Hvilken betydning har leder og kollegaenes rolle?
 - b. Avdelingskulturen, hvilken rolle spiller den?

Bekreftelse Vård i Norden

Kari Skarsaune

Fra: Marit Helgerud [Marit.Helgerud@sykepleierforbundet.no]
Sendt: 4. desember 2013 16:36
Til: Kari Skarsaune
Kopi: Terese Bondas
Emne: SV: Vitenskaplig artikkel. Vård i Norden

Takk for spennende artikkel Kari. Du hører mer fra meg litt senere 😊

Marit

Fra: Kari Skarsaune [mailto:Kari.Skarsaune@uin.no]
Sendt: 4. desember 2013 16:35
Til: Marit Helgerud
Kopi: Terese Bondas
Emne: Vitenskaplig artikkel. Vård i Norden

Hei

Oversender en vitenskaplig artikkel som jeg håper å få publisere i "Vård i Norden". Tittelen på artikkelen er: "Når sykepleieransvaret settes på prøve ved mistanke om barnemishandling."

Artikkelen er en del av min masteroppgave som leveres før jul.

Sender som vedlegg:

- Artikkelen både i Word format og PDF
- Engelsk tittel og abstrakt
- Forfatteropplysninger
- Forfattererklæring

Med vennlig hilsen

Kari Skarsaune,
Masterstudent i klinisk sykepleie
Universitetet i Nordland
Telefon 75517814 / 99614935
kari.skarsaune@uin.no
<http://www.uin.no>

Tenk miljø – ikke skriv ut denne om det ikke er absolutt nødvendig!

Forfattererklæring



Vård i Norden

Forfatterskapsklæring

Manuskriptets tittel:

Korrespondanseansvarlig forfatter

Adresse Høgskolentun 19, 8027 Bodø
email kari.skarsaune@uin.no Telefon 75517814 / 99614935

Det erklæres

- ✓ At manuskriptet eller deler av dette ikke er publisert annet sted.
- ✓ At manuskriptet ikke er under bedømmelse i et annet tidsskrift eller er akseptert for publisering annet sted.
- ✓ At gjeldende vitenskapsetiske regler og retningslinjer er fulgt.
- ✓ At det ikke er forbundet interessekonflikter med innholdet i artikkelen.
- ✓ At opphavsrettslige krav er fulgt.
- ✓ At nødvendige tillatelser vedrørende publisering er innhentet (pasientopplysninger m.m.).
- ✓ At personer og institusjoner som evt. nevnes i takksigelsen har akseptert dette.
- ✓ At alle forfattere oppfylder Vancouverreglerne, d.v.s. at de har bidratt med idé og design, eller analyse og tolkning av data, utarbeiding av tekst eller revisjon av tekst med hensyn til viktig intellektuelt innhold og endelig godkjenning av artikkel for publisasjon.

Manuskriptets forfattere

Dato

Underskrift

(Anført i den rekkefølgen de nevnes i artikkelen)

1. KARI SKARSAUNE 4/12-13 Kari Skarsaune
2. TERESE BONDAS 4/12-13 Teresse Bondas
3. _____
4. _____
5. _____

Scannes og mailes marit.helgerud@sykepleierforbundet.no eller sendes med ordinær post/faks

Marit Helgerud
Vård i Norden
Postboks 456 Sentrum
NO - 0104 OSLO
Fax +47 22 04 32 80

Vedlegg

Forfattererklæring vitenskapligartikkel.

Tittel: "Når sykepleieransvaret settes på prøve ved mistanke om barnemishandling."

Forfattere: Kari Skarsaune og Terese Bondas.

Artikkelen er innsendt til tidsskriftet "Vård i Norden." den 4. desember 2013.

Begge forfatterne er ansvarlig for studien. Kari Skarsaune hadde ideen til studien. Innsamling av datamateriale og analysen er gjennomført av Kari Skarsaune, men under tett samarbeid, nyttige innspill og korrektur fra Terese Bondas.

Artikkelutkast er skrevet av Kari Skarsaune, Terese Bondas har lest manus og kommet med kritiske innspill.

Begge forfatterne har lest igjennom artikkelen og godkjent den før innsending.


Kari Skarsaune


Terese Bondas

Bodø
4. desember 2013

Bekreftelse Sykepleien

Kari Skarsaune

Fra: Torhild Apall [Torhild.Apall@sykepleien.no]
Sendt: 28. november 2013 12:33
Til: Kari Skarsaune
Emne: SV: Artikkel til sykepleien

Til Kari Skarsaune

Manus er mottatt og jeg har lest det med interesse. Det du skriver er aktuelt og interessant. Vi trykker dette i Sykepleien, men har stor pågang på fagstoff. Det betyr at det tar noen måneder før du hører nærmere fra oss.

Torhild Apall Dybvik
Fagredaktør
tlf.22043376

Fra: Kari Skarsaune [mailto:Kari.Skarsaune@uin.no]
Sendt: 13. november 2013 10:13
Til: Torhild Apall
Kopi: Terese Bondas
Emne: Artikkel til sykepleien

Som vedlegg sender jeg en populærvitenskaplig artikkel med tittelen: *"Sykepleierne trenger kunnskap og mot... når de møter barn og familier der de mistenker barnemishandling."*

Artikkelen er en del av min masteroppgave i klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland som jeg skal levere i desember.

Masteroppgavens tittel er *"Barnemishandling fra et sykepleierperspektiv –Uansett hva du gjør, kan du skade"*. Masteroppgaven består av to artikler en vitenskaplig, en populærvitenskaplig og ei kappe.

Jeg er klar over at dere ønsker å få tilsendt to artikler en kort og en lang, jeg har ikke kapasitet til å skrive en kort artikkel nå i innspurten til masteren og håper på forståelse for det. Sender artikkelen både som Word og PDF fil

Kontonr. 6428 1198279

Med vennlig hilsen

Kari Skarsaune
Mobil 99614935
Kari.skarsaune@uin.no

Tenk miljø – ikke skriv ut denne om det ikke er absolutt nødvendig!

SND godkjenning

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Terese Bondas
Profesjonshøgskolen
Universitetet i Nordland
8049 BODØ

Vår dato: 31.08.2011

Vår ref: 27506 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.06.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 25.08.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27506

Hvordan opplever og handler sykepleiere i møte med barn og deres foreldre når det er mistanke om mishandling eller omsorgssvikt

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder
Terese Bondas
Kari Skarsaune

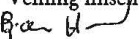
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen


Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26
✓ Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Kari Skarsaune, Høgskolentun 19, 8027 BODØ

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no



Prosjektets formål er å beskrive hvordan sykepleiere opplever og handler i møte med barn og deres foreldre, når det er mistanke om barnemishandling og omsorgssvikt. Utvalget består av sykepleiere som har opplevd situasjoner der de har hatt mistanke om barnemishandling. Førstegangskontakt opprettes via informantenes arbeidsgiver. Det skal gjennomføres personlige intervju.

Gjennom de personlige intervjuene vil det registreres opplysninger om hva begrepene barnemishandling og omsorgssvikt betyr for informanten, informantens beskrivelse, opplevelse av og handlingsmønster knyttet til situasjoner hvor dette mistenkes, hva informantene mener skal til for at slike saker blir enklere å håndtere, leder/kollegaers rolle, og hvorvidt informanten har fått opplæring på temaet. Datamaterialet vil være indirekte personidentifiserende og det vil registreres navn, adresse, e-post og tlf.nr. Datamaterialet og lydopptak vil lagres på privat PC. Ombudet legger til grunn at bruk av privat PC er i tråd med Universitetet i Nordland sine rutiner for datasikkerhet.

I meldeskjemaet var det krysset av for at det vil registreres opplysninger om tredjepersoner (for eks. foreldre som mistenkes for omsorgssvikt). Etter kommunikasjon med ombudet ble det imidlertid klart at dette var en feilkryssing, og at det ikke skal innhentes informasjon om tredjepersoner. Sykepleierne oppgir kun anonymisert informasjon til student, noe som også er presisert i informasjonsskrivet.

Det vil gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Ombudet har mottatt informasjon/samtykke skriv 25.08.2011 og finner dem tilfredstillende utformet. Behandlingen kan hjemles i personopplysningsloven § 8 (samtykke).

Prosjektsslutt er angitt til 31.12.2016. Senest ved prosjektsslutt vil lydopptakene være slettet, og datamaterialet anonymisert. Ombudet minner om at et anonymt datamateriale kun består av opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler, eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel.

