



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	19-08-2019 09:00	Termin:	2019 HØST
Slutt dato:	10-10-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2019 HØST stord		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 302

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Sjå meg - frå mistanke til handling

Antall ord *: 9500

Navn på veileder *: Frode Skorpen

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Sjå meg – frå mistanke til handling.

See me – from suspicion to action.

Kandidatnummer: 302

Bachelor i sjukepleie, Stord.

Fakultet for helse- og omsorgsvitskap.

Rettleiar: Frode Skorpen.

Innleveringsdato: 10.10.2019

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve i sjukepleie
Høgskulen på Vestlandet, Stord, 2016

Innleveringsdato:

10.10.2019

Antall sider:

52

Antall ord:

9500

Hjertetru

*søster, du va med
du holdt mæ levende
du – som med viljeblick
aldri slapp det ansvaret du fikk
du har vært med å så
sunnhetsfrø og hjertehåp
nære spira, gjør den stor
trygge hender, trygge ord*

*du så, du visst at æ trengt å forstå
en som va der og tok vare på
mæ, som virkelig så mæ
du, ingen å ingen men du
gjennom skya og himmel og sola som snur
va du den som ga hjertet tru*

*bror, har du sjett dem stå
i hele hundre år
tida levne ingen tvil
et løft en varme et smil
va det som ga mæ mot
mura grunn for sliten fot
støtta stødig te æ sto
te æ begynt å gro*

*veien har krevd
dåkker ga, dåkker strevd
no kan ingen glem
den hvite drakta gløde
kæm ga en gave
du kjenne svaret
kæm har no losa mæ gjennom å lev eller dø?*

*du, du så at æ trengt å forstå
en som va der og tok vare på
mæ, som virkelig så mæ
du, ingen å ingen men du
gjennom skya og himmel og sola som snur*
va du den som ga hjertet tru*

(Miriam Holtan, 2011)

Samandrag

Tittel: Sjå meg – frå mistanke til handling

Bakgrunn og val av tema: Gjennom bachelor i sjukepleie er det alt for lite fokus på born. Mange born opplev seksuelle overgrep og vald, noko som gjev blant anna sjukepleiarar eit ansvar om å ha nok kunnskap rundt teikn og signal å sjå etter, samt samtaleteknikkar med born. Dette er min hjartesak, og dermed ein kunnskap eg ynskja å tileigna meg sjølv, men også andre.

Hensikt: Hensikta med litteraturstudien er å tileigne seg meir kunnskap om kva ansvar ein har som sjukepleiar når ein mistenk seksuelle overgrep og vald mot born, og kva som gjer at mange vegrar seg.

Problemstilling: Kva ansvar har sjukepleiar når ein mistenk seksuelle overgrep og vald mot born, og kvifor vegrar mange seg for å melde?

Metode: Oppgåva er eit litteraturstudie basert på funn frå forskingsartiklar funnet i PubMed, SveMed+, Google Scholar og sykepleien.

Resultat: Det å spørje born og unge om de har vore utsett for seksuelle overgrep og vald er noko som viser seg å være assosiert med ubehag og vegring for mange. Dette resulterer i at mange vel å ikkje stille spørsmål til sine mistankar, sjølv om ein burde gjere det. Forsking viser at mange vel å ikkje gå vidare med det, nettopp fordi kunnskapen er for liten og frykta er for stor. Det kjem av usikkerheita rundt manglande kunnskap, gode retningslinjer, mangel på støtte, redsel for å ta feil, og redsel for å trå inn familiars private sfære.

Oppsummering: Som sjukepleiar har me eit ansvar ovanfor utsette born. Dersom ein jobbar med born har ein eit ansvar for å tileigna seg kunnskap og halde seg fagleg oppdatert. Både den som mistenk det, kollegaer, arbeidsplassen og leing. Alle har eit ansvar, og alle born forten at nokon tek ansvar for dei.

Nøkkelord: Seksuelle overgrep, vald, sjukepleie ved seksuelle overgrep og vald, omsorg, ansvar, kunnskap, tabu, samtalen og tillit.

Abstract

Title: See me – from suspicion to action

Background: Through the Bachelor of Nursing there is far too little focus on children. Many children experience sexual abuse and violence, which gives nurses a responsibility to have enough knowledge about signs and signals to look after, as well as conversation techniques with children. This is my heart thing, and a knowledge I would like to devote myself, but also others.

Aim: The aim of this study is to gain more knowledge about what responsibility a nurse has when suspecting sexual abuse and violence against children, and why many choose not to report.

Research question: What responsibility does a nurse have when suspecting sexual abuse and violence against children, and why do many choose not to report?

Method: The thesis is a literature study based on findings from research articles found in PubMed, SveMed+, Google Scholar and sykepleien.

Result: Asking children if they have been subjected to sexual abuse and violence is something that turns out to be associated with discomfort and denial for many. This results that many don't ask questions about their suspicions, even if they should. Research shows that many do not go ahead with it, because the knowledge is too small, and the fear is too big. It comes from uncertainties surrounding lack of knowledge, good guidelines, lack of support, fear of being wrong, and fear of invading families' private sphere.

Summary: As a nurse, we have a responsibility over exposed children. If you work with children, you have a responsibility to acquire knowledge and stay academically up to date. The one who suspects it, colleagues, the workplace and the management. Everyone has a responsibility, and all children deserve someone taking responsibility for them.

Keywords: Sexual abuse, violence, nursing, caring, responsibility, knowledge, taboo, conversation and trust.

Innholdsliste

1	Innleiing.....	1
1.1	Grunngeving av tema og hensikt med oppgåva	1
1.2	Problemstilling	1
1.3	Avgrensing	1
2	Teori	3
2.1	Sjuepleieteori: Kari Martinsen	3
2.2	Seksuelle overgrep	4
2.2.1	Teikn og signal på seksuelle overgrep.....	5
2.3	Vald	7
2.3.1	Teikn og signal på vald.....	8
2.4	Opplysningsplikt	9
3	Metode.....	10
3.1	Kva er metode?.....	10
3.2	Litteraturstudie som metode	10
3.3	Datasamling.....	11
3.4	Søkestrategi	11
3.4.1	Vedlegg 3: Søketablellar	12
3.5	Kvalitetsvurdering	14
3.6	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	15
3.7	Kjeldekritikk.....	15
3.8	Kritisk vurdering av oppgåva	16
3.9	Etiske vurderingar	16
4	Resultat	18
4.1	Samandrag av artiklar:.....	18
4.2	Oppsummering av funn	23
4.3	Vedlegg 4: Tematisk tabell.....	24
5	Drøfting	25
5.1	Behov for auka kunnskap	25
5.2	Tabulagt – beskytte seg sjølv, barnet og familie	26
5.3	Den vanskelege samtalen	28
5.4	Tillit.....	30
6	Konklusjon	32
7	Referanseliste	33
8	Vedlegg	38

8.1	Vedlegg 1: Tiltak ved mistanke om seksuelle overgrep og fysisk mishandling av born.....	38
8.2	Vedlegg 2: Pico-skjema.....	39
8.3	Vedlegg 5: Litteraturlistene	40

1 Innleiing

1.1 Grunngeving av tema og hensikt med oppgåva

Sjukepleiarar kan møte born og unge som opplev seksuelle overgrep og vald i mange ulike situasjonar. For å kunne oppdage og handtere dette må ein ha kunnskap rundt teikn og symptom, samtaleteknikkar og ulike tiltak. Eg har valt temaet seksuelle overgrep og vald mot born, nettopp fordi det er sær viktig, og noko helsepersonell treng meir kunnskap om. Gjennom bachelor i sjukepleie er det lite fokus rundt temaet, og kunnskapen kjennes difor vag. Mange slike sakar blir ikkje fanga opp, og det har gjort meg nysgjerrig på kva som hindrar sjukepleiarar å handtere slike situasjonar. Med denne oppgåva ynskjer eg å tileigna meg sjølv kunnskap omkring temaet, men også å vidarebringe ny kunnskap og auka kunnskapen for komande sjukepleiarar og eksisterande sjukepleiarar. Motivasjonen min for oppgåva er sær stor, då dette er min hjartesak. Med ein gong det er snakk om born blir alt mykje vanskelegare, og desto større bør kunnskapen vera. Ein av dei tinga som har fått meg til å sjå betydninga av å ikkje melde ifrå til tross for mistanke er historia om Christoffer Gjerstad Kihle, den åtte år gamle guten som blei mishandla til døyde. «Eg tenkjer nok du skjønner det sjølv» svara Christoffer alltid når han blei spurt kor alle skadane kom ifrå. Alle såg, men ingen gjorde noko. Eg ynskjer ikkje at sjukepleiarar skal oversjå slike situasjonar dersom ein kjem opp i det, men heller vera den personen som veit kva ein skal sjå etter, ser bornet og handlar deretter.

1.2 Problemstilling

Kva ansvar har sjukepleiar når ein mistenk seksuelle overgrep og vald mot born, og kvifor vegrar mange seg for å melde?

1.3 Avgrensing

Det var fyrst ynskjeleg å skrive oppgåva ut i frå bornas perspektiv, men eg valte til slutt å avgrensa til sjukepleiars perspektiv, då dette var meir relevant for meg sjølv som komande sjukepleiar, og for å få ein djupare forståing for dei ulike utfordringane som ligg til stades for sjukepleiarar som opplev å stå i slike situasjonar. Vald kan bestå av både fysisk og psykisk vald. Eg har avgrensa oppgåva mi til fysisk vald, då det er den type vald som er mest relevant for sjukepleiarane å kunne oppdage ved korte besøk innom anten helsestasjon, legevakt og liknande.

I Noreg er ein born til ein er 18 år, men seksuell lågalder er 16 år, i Sverige er han 15 år, i nokre land er han nede i 13 år og i dei fleste statar i USA 18 år. Mange av desse aldersinndelingane byggjer på behovet for å verne born mot overgrep (Nordhaug, 2018, s. 38). Eg vel å sjå vekk ifrå straffelova si seksuelle lågalder, og fokusere på aldersgruppa 0-18 år.

2 Teori

Her vert det presentert relevant teori som belys problemstillinga i oppgåva. Kari Martinsens omsorgsteori, teori om seksuelle overgrep og vald, samt opplysningsplikt.

2.1 Sjukepleieteori: Kari Martinsen

Kristoffersen (2016, s. 53) skriv at Kari Martinsen ser på omsorg som sjukepleiarens kjerne, og som heilt grunnleggjande i pleiarens møte med sin pasient. Kristoffersen (2016, s. 56-58) skriv at ifølgje Kari Martinsen har omsorg nokre fundamentale kvalitetar, nemleg *felleskap* og *solidaritet* med andre, *forståing* ovanfor andre og *haldning*. Vidare blir engasjement, innleving, moralsk og fagleg vurdering nemnd som grunnhaldninga innan omsorg. Dette i tillegg til yrkesmessig omsorg ved å aktivt handle til beste for den andre. Omsorg er i følgje Martinsen både måten sjukepleiaren *møt* pasienten på, samt måten sjukepleiaren *handlar* på.

Kari Martinsen (1989, s. 69) skriv at omsorga sitt fundament er at det mest grunnleggjande for eit menneske er at vi er avhengig av kvarandre, noko Martinsen (1989, s. 79) hevdar særleg trer i kraft i situasjonar kvar sjukdom, liding og funksjonshemming er til stades, men at den ikkje er avgrensa til slike situasjonar. Kari Martinsen hevdar omsorg har tre grunnpilar. Omsorg er for det fyrste ei praktisk handling som heng tett saman med prinsippet om ansvar ovanfor den svake. Martinsen (1989, s. 15-16) trekk inn den barmhjertige samaritan frå bibelen fram for å illustrere nettopp dette. Samaritanen hjelp ein pleietrengande ved å helle vin og olje på såra hans, dekkja dei til og deretter tok han med til herberget for å pleie han. I følgje Martinsen (1989, s. 16) illustrer dette at ein deltek praktisk i den andre si liding, og at hjelpa blir gitt vilkårslaus. Martinsen (1989, s. 76-77) meiner at å nytte fagkunnskapar gjennom bruken av enkle reiskap som pasient allereie er kjend med er noko av det mest fundamentale i ein omsorgssituasjon. Kristoffersen (2016, s. 55) skriv at Martinsen syn på kunnskap går ut på å lære sjukepleie gjennom eksempellæring og meister-læring-prinsippet. Ho meiner at det er dette sjukepleieforskinga bør være oppteken av, nemleg å avdekkje praktisk kunnskap. Martinsen hevder at sjukepleiarens faglege skjønn og praktiske kunnskap reknast som viktigare enn det teoretiske.

I følge Martinsen (1989, s. 47) har omsorg også ei moralsk side som er knytt til at forholdet mellom menneskjer er prega av makt og avhengigheit, kvar moral spelar ei rolle i forvaltninga av desse. Sjukepleie som omsorg må byggje på moralsk ansvarleg maktbruk som må utøvast i samsvar med prinsippet om ansvar for dei svake (Martinsen, 1989, s. 48). Til slutt er omsorg eit relasjonelt omgrep, noko som omfattar å hjelpe og ta hand om andre menneskjer. Forståinga for den andre sin situasjon er ei føresetnad for det å handle omsorgsfullt, kvar forståinga veks fram frå felles erfaringar (Martinsen, 1989, s. 69). Her peikar Martinsen til dømes på normer, regler eller behov. Tillit blir også sett på som viktig, og bærande i omsorg. Omsorg har med engasjement og innleving å gjere, og handlar om å knytte bånd og å inngå i relasjonar (Martinsen, 2005, s.137).

2.2 Seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep mot born er kvar aktivitet av seksuell karakter mellom vaksne og born. Dette gjeld seksuell omgang, seksuell handling og seksuelt krenkande åtferd. Den vaksne utnytt barnets avhengigheit og eiga maktposisjon (Garløv et al., 2015, s. 276).

Garløv et al. (2015, s. 289) skriv at born kan vise mange teikn på belastning etter å ha opplevd eitt eller fleire seksuelle overgrep. Utviklinga til barnet kan stoppe opp, medan barnets indre spenning kan føre til mareritt, nattevæting og engsteleg åtferd. Det kan gå ut over skulemeistringa, då konsentrasjonen kan svekkast. Nokon viser teikn til dissosiasjon, isolering og/eller aggressiv utagering. Vidare hevdar Garløv et al. at kjensla av å være annleis og verdiløus også ofte inntrær.

Myhren & Steinsbekk (2000, s. 45-46) skriv at seksuelle overgrep er eit traume som gjev utslag i spesielle reaksjonar, også kalla indikatorar på seksuelle overgrep. For å avdekke seksuelle overgrep er det viktig med god kunnskap om kva som kjenneteikn eit born som vert utsett for dette, samt korleis borns avdekking av seksuelle overgrep artar seg. I følge Myhren & Steinsbekk (2000, s. 49) vert tankar om eit born blir utsett for seksuelle overgrep oppfatta gjennom signaler, som ofte blir sendt ut som ulike kodar. Dersom barnet skal få den hjelpa det treng, må desse signala tolkast. Dei skriv vidare at seksuelt misbrukte born ofte kommuniser

med doble buskap. På ei side viser dei med åtferd, ord og kroppsspråk at de blir misbrukt, medan dei på den andre sida fornekt det dei kommuniser. Myhren & Steinsbekk hevdar at dette handlar om barnets ynskje om å avsløre overgrepa, samtidig som det er redd for konsekvensane av at overgrepa avdekkast. Dette kan ofte være fordi barnet også er utsett for trusler av overgriparen. Dei hevdar vidare at born ofte nytta seg av kamuflerte måtar å fortelje om overgrepa på i form av ord kvar det fortel om overgrepa som om det var i ein draum, om for eksempel dragar som skadar dei på natta, eller i form av teikningar.

Barnets alder ser ut til å påverke sannsyninga for at det vil fortelje om overgrep det er utsett for. Ei studie viser at born i alderen 7-9 år både lettare ga informasjonen, medan de som var 10-12 år gamle, utsette å fortelje om overgrepa med opptil to år etter slike hendingar (Kvello, 2015, s. 286). Truleg grunna at de eldste barna i studien visste betre om tabua knytt til seksuelle overgrep, og kjende på sitt eiga og andre sitt ubehag ved å fortelje.

2.2.1 Teikn og signal på seksuelle overgrep

Helsedirektoratet (2018, s. 68) skriv i sin rapport om metodar for tidleg identifisering av risiko hos born og unge at born kan sei ting, gjere ting eller vise fysiske teikn på at de har vore utsett for overgrep, sjølv om dette ikkje uttrykkjast eksplisitt. Vidare skriv helsebiblioteket at det kan vera vanskeleg å tyde borns reaksjonar, då born kan opptre ganske forskjellig, og det ikkje finns ein fasit når det kjem til teikn og signal rundt seksuelle overgrep. Helsedirektoratet (2018, s. 68) hevdar at nokre born reager direkte og fortel sjølv om kva som har hendt, medan andre born kan reagere med ulike kjensler, og tie om overgrepet.

SISO (sitert i helsedirektoratet, 2018, s. 70) har utarbeida ei liste over teikn og signal på overgrep mot born.

Tabell 7.4 Tegn og signaler på seksuelle overgrep. Kilde: SISO (2014)

	Sosiale reaksjoner	Fysiske reaksjoner	Psykiske reaksjoner
Små barn	<p>Endringer i atferd.</p> <p>Seksualisert atferd.</p> <p>Overdreven/tvangspreget onani.</p> <p>Uvanlig interesse for og kunnskap om seksualitet utover alder og utviklingsnivå.</p> <p>Konsentrasjonsvansker.</p> <p>Lek med dukker som illustrerer seksuelle overgrep.</p> <p>Regressiv atferd, babyspråk.</p> <p>Utagering, aggressiv atferd, spark, slag, biting.</p> <p>Hyperaktivitet.</p> <p>Følelser av frustrasjon og sinne.</p> <p>Frykt for og aversjon mot bestemte personer eller steder.</p> <p>Umotivert gråt.</p> <p>Konsentrasjonsvansker i lek og samspill med andre.</p> <p>Taushet.</p> <p>Påføre selvforskyldt smerte, stanger hodet i ting, dra i håret, skjære i kroppen eller i bilder.</p>	<p>Rødhet, irritasjon rundt kjønnsorganene og i endetarmsåpning.</p> <p>Smerte, kløe, utslett rundt kjønnsorganene og i endetarmsåpning. Vaginal blødning, blødning fra kjønnsorganene og endetarmsåpning.</p> <p>Blærekatarr, skjedekatarr.</p> <p>Blod i underbuksa.</p> <p>Har problemer med å gå eller sitte.</p> <p>Mage- og fordøyelsesproblemer.</p> <p>Klager over uvelhet.</p> <p>Putter gjenstander inn i skjeden og endetarm.</p> <p>Ufrivillig vannlating, encoprese.</p> <p>Sprekker i munnen, munnsår.</p> <p>Pådrar seg seksuelt overførbare sykdommer.</p> <p>Svelgeproblemer, ubehag i forhold til bestemte matvarer.</p> <p>Uvanlig kroppslukt (sæd).</p> <p>Følger ikke normal vekstkurve.</p>	<p>Humørsvingninger.</p> <p>Tristhet.</p> <p>Angst.</p> <p>Uforklarlig gråt, skriketokter.</p> <p>Mareritt, redd for å sovne.</p> <p>Utviser likegyldighet, robotlignende oppførsel.</p> <p>Ensomhet.</p> <p>Isolasjon.</p> <p>Reagerer ikke på kontakt fra andre, trekker seg inn i seg selv.</p> <p>Mistillit til voksne.</p> <p>Utrygg tilknytning. Dissosiasjon.</p> <p>Ukritisk i kontakt med andre.</p>
Mellomstore barn	<p>Samme som over, og i tillegg:</p> <p>Lærevansker, mangel på konsentrasjon.</p> <p>Utviser voksen seksuell atferd, forførende, flørt.</p> <p>Påfallende antrekk.</p> <p>Begynnende selvdestruktiv atferd.</p> <p>Tap av ferdigheter.</p> <p>Begynnende utvikling av beskyttelsesstrategier.</p> <p>Mobbing.</p> <p>Begynnende selvmordstanker.</p>	<p>Psykosomatiske klager over smerter i underlivet, hodepine, magesmerter etc.</p> <p>Vanskeligheter med kroppskontakt, berøring, mangel på beskjedenhet.</p> <p>Mangelfull eller overdreven personlig hygiene.</p>	<p>Lav selvfølelse.</p> <p>Maktesløshet.</p> <p>Apati.</p> <p>Skyldfølelse.</p> <p>Skamfølelse.</p> <p>Begynnende depresjon.</p> <p>Innadvendthet.</p>
Tenårene	<p>Selvskading, selvmordstanker og -forsøk.</p> <p>Spiseforstyrrelser.</p> <p>Alkohol- og narkotikamisbruk.</p> <p>Utviser pseudomodenhet.</p> <p>Hemmelighetsfull, skamfull.</p> <p>Utvikling av spesielt kroppssoråk. kroppsholdning. analsex.</p>	<p>Tidlig seksuell aktivitet.</p> <p>Tidlig graviditet og abort.</p> <p>Forsøk på å holde tilbake fysisk utvikling.</p>	<p>Depresjon.</p> <p>Mistillit til andre.</p> <p>Manglende identitetsfølelse.</p> <p>Forvirring omkring kjønnsidentitet.</p> <p>Økt skyld- og skamfølelse.</p>

2.3 Vald

Isdal (sitert i Nordhaug, 2018, s. 29) skriv at vald er ein handling retta mot ein anna person, som at gjennom denne handlinga skadar, smerter, skremmer eller krenkjer, får denne personen til å gjere noko mot sin vilje eller slutte å gjere noko den vil (Nordhaug, 2018, s. 29).

Garløv et al. (2015, s. 275) skriv at ein kan skilje mellom psykisk og fysisk mishandling. Psykisk mishandling av born blir beskriven som ein type mishandling som kan påverke barnets psykiske vekst og utvikling. Eksempelvis kan det være å formidle til barnet at det ikkje er bra nok, ikkje er elska eller ynskja. Fysisk mishandling av born er i følge Garløv et al. (2015, s. 276) at ein vaksen påfør eit barn smerte, sjukdom eller kroppsleg skade. Fysisk straffing bruka for å oppdra/disiplinere barn definerast også som fysisk mishandling.

Myhre (2016, s. 171-172) fortel at grunna lojalitet overfor foreldra prøver ofte born å skjule kva som har skjedd for helsepersonell, men også grunna skam og frykt for meir vald. For og då kunne avdekke mishandling når det ikkje blir fortald om, men blir forsøkt haldt skjult, må helsepersonell ha kunnskap om påførte skader. I følge Myhre (2016, s. 172-173) er nokre skadetypar vanlegare som følge av vald, enn andre. Likevel er det viktig å merkje seg at alle skadetypar kan skyldast mishandling, og at ingen skadetype er eit sikkert teikn på mishandling. Myhre skriv at mishandling må vurderast, kvar skade og funn kombinert med historia og det kliniske heilheits bilete skal vekke mistanke. Skader skal vekka mistanke når forklaringa ikkje passar saman med skaden som vert funnet og at skaden er større enn forklaringa til hendinga. Gangdal (2010, s. 120-121) skriv i boka om Christoffer at han pådrog seg nye skadar ofte, noko som skapa mistanke hos blant anna læraren. Ho kjende at noko ikkje var som det skulle, og prøvde gjentatte gongar å få ut av han kva som hadde skjedd. Christoffer svara som regel «hugsar ikkje, eg gjekk på skapet, det skjedde når eg sov, eg tenkjer nok du skjønner det sjølv» og liknande. Skadane samsvara aldri med kva Christoffer sjølv fortalde, og i tillegg visa Christoffer fleire teikn. Likevel blei ikkje bekymringa tatt vidare, då læraren vegra seg av ulike grunnar. Læraren, overlegen, psykologen, barnelegen og sjukepleiarane sa i ettertid at dei burde ha sett kva som skjedde med Christoffer – før det var for seint (Gangdal, 2010, s. 134).

2.3.1 Teikn og signal på vald

Christian & Block (sitert i Myhre, 2016, s. 172-174) har laga ein oversikt over de vanlegaste skadane og funna som skyld mishandling, og som helsepersonell må være ekstra merksam på. Her står det at det er vanleg at born har blåmerke og små skadar, men at ein skal tenkje mishandling dersom barnet har blåmerke med ein form som tyd på slag med hand eller gjenstand, handgrep eller bitt, blåmerke eller sår hos spedborn eller andre born som ikkje kan forflytte seg, blåmerke over områder som kinn, ytre øyre, hals, overarmar, rygg, innside av lår, handflater, fotsåler, genitalier, sete og ellers utanfor beinets framspring. Når det gjeld brannskadar skriv Christian & Block (sitert i Myhre, 2016, s. 173) at alle typar brannskadar kan skyldast mishandling, men at nokon forhold er karakteristiske. Dette er skålodeskadar som indiker tvang, hos born som ikkje kan forflytte seg, brannskade i kombinasjon med andre ferske eller gamle skadar, samt merker etter reiskap eller objekt (for eksempel strykejern, krølltang, sigarettmerke).

Fysiske skadar som brot, spesielt hos born under 18 månadar, kvar historia ikkje harmoner med skada, skal gje mistanke om mishandling. Spesielt dersom der føreligg fleire brot, ribbeinsbrot eller lår- eller overarmsbrot før barnet kan gå, brot gjennom skulderblad, ryggvirvlar, brystbein, bekken og fingrar/tær, samt brot av ulik alder og funn av brot på røntgen utan kjend forklaring. Når det gjeld hovudskadar er alvorleg hovudskade som følge av mishandling hyppigast hos de minste (< 2 år). Kraftig risting av boret, eventuelt i kombinasjon med slag og støt mot hovudet er vanlegast. Symptom på hovudskade hos små born kan mistolkast som sjukdom dersom det ikkje føreligg informasjon om skada. Ofte er det få eller ingen ytre teikn, men symptom som nedsett bevisstheit og/eller endra bevisstheit, krampar og anfall, regelmessig respirasjon og pustestans, auka fontanell spenning, oppkast og spisevanskar og auka hovudomkrets.

NICE, Oslo universitetssjukehus (sitert i helsedirektoratet, 2018, s. 64) sin rapport står det litt omkring ulike åtferdssignal som kan førekomme dersom eit born vert utsett for fysisk vald. Dette er blant anna dersom eit born er vaksam ved vaksenkontakt, engsteleg når andre born

gret, tilbaketrekt og/eller aggressiv åtferd, skremt av foreldre, redd for å gå heim, opplev fysisk kontakt som ubehageleg, sjølvdestruktiv, frykt for å gå stader kvar fysisk vald finn stad, er vaktsam og årvaken i forhold til om noko ubehageleg skal skje, samt har upassande klede for å skjule skadar.

2.4 Opplysningsplikt

Helsepersonellova § 23 gjer sjukepleiar rett til å utlevere opplysningar til andre dersom det kan hindre at eit born vert utsett for ein skadevoldande handling. Nødvendige opplysningar skal gis til den som kan avverge faren (Helsepersonellova 1999). Sjukepleiarar er pliktige til å vidareformidle opplysningar til nødetatar når det ses som nødvendig for å avverge at born utsetjast for vald eller andre overgrep (Helsepersonellova, 1999, § 31). Vidare har sjukepleiarar etter helsepersonellova § 33 andre ledd utan hinder av teieplikt, opplysningsplikt til barnevernet i sakar der det er mistanke om vald eller overgrep mot born, eller andre former for alvorleg omsorgssvikt.

Søftestad (2008, s. 121) skriv at dersom det er den minste bekymring for at eit born vert utsett for skadelege forhold i sin eigen heim eller frå nære familiemedlem, skal ein vente med å involvere foreldra i mistankane. Dersom ein informer foreldra kan dei reagere med å finne ei felles forklaring på hendingane, barnets situasjon kan bli forverra ved at barnet blir straffa for å ha vekkja mistanke hos andre, bli meir isolert, samt hindre barnevernstenesta og politiet i å innhente mest mogleg informasjon om den konkrete mistanken. Helsebiblioteket (2015) har utarbeida fagprosedyrar som skal gjere det lettare for helsepersonell å iverksette tiltak dersom ein mistenk seksuelle overgrep og fysisk mishandling av born. Meir om dette ligg som vedlegg 1: Tiltak ved mistanke om seksuelle overgrep og fysisk mishandling av born.

3 Metode

3.1 Kva er metode?

Metode er reiskapet vårt i møte med noko ein ynskjer å undersøke. Metoden hjelp oss til å samle inn *data*, som er den informasjonen ein treng til å undersøkinga. Ein vel metode utifrå kva ein tenkjer vil gje god data, og som vidare kan belyse problemstillinga på best mogleg måte (Dalland, 2017, s. 52). Ein skil mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Dalland (2017, s. 52) skriv at kvantitativ metode gjer data i form av målbare einingar, som til dømes prosentar eller statistikk. Medan den kvalitative metoden tek sikte for å fange opp meining og opplevingar som ikkje lar seg talfeste eller måle, men som går meir på erfaringar, meiningar og opplevingar.

3.2 Litteraturstudie som metode

I oppgåva er det nytta litteraturstudie som metode, noko som Dalland (2017, s. 207) skriv er ein metodisk prosess for å hente ut allereie eksisterande data frå fagkunnskap, forskning og teori. Forsberg & Wengstrøm (2013, s. 26-27) inkluderer dette med å søke etter, kritisk granske og samanfatte litteratur innanfor eit bestemt område. Vidare hevdar dei at eit litteraturstudie kan gjennomførast på ulike måtar, og at det ikkje føreligg nokon metodemal. Dalland (2017, s. 214) legg fram at det er viktig å ha ein god struktur, slik at ein får fram alle sider av arbeidet. Her må ein gjere reie for korleis ein søka seg fram til de aktuelle kjeldene, funn og kva kriteriar ein nytta av valet av kjelder til oppgåva. Deretter skal studia som er presentert drøftast, kvar funna om problemstillinga skal diskuterast. Avslutningsvis presenter ein hovudpoenga og resultatet av arbeidet i oppsummeringa. Oppsummeringa leder til ein konklusjon som er ein konsentrert vurdering av det ein har komen fram til. Her fortel ein kva ein har no veit om problemstillinga (Dalland, 2017, s. 215).

3.3 Datasamling

Databasane PubMed, SveMed+, sjukepleien og Google Scholar vart nytta for å finne aktuelle kjelder i oppgåva. Desse databasane vart nytta fordi dei er oversiktleg og gode å søkje i.

3.4 Søkestrategi

PICO-skjema vart nytta for å få ein god oversikt, noko som står for patient – intervention – comparison - outcome. PICO gjer struktur og klargjer spørsmålet for litteratursøk, utval og kritisk vurdering av litteratura (Helsebiblioteket, 2016). Meir detaljert ligg som vedlegg nr 2: PICO-skjema.

I oppgåva har eg seks forskingsartiklar. Søkeorda “SEKSUELLE OVERGREP OG VOLD”, “OVERGREP OG VOLD“, “AVDEKKE OVERGREP“, “SEXUAL ABUSE”, “CHILD SEXUAL ABUSE”, “CHILD ABUSE AND NURSES”, “SEXUAL ABUSE AND NURSES”, ”SUSPECTING CHILD ABUSE” og “NURSE DETECT ABUSE” vart nytta for å finne relevant litteratur. Dei seks mest relevante artiklane blei valt ut, og beskriving av dei ulike artiklane ligg under punkt 4: Resultat og vedlegg 5: litteraturmatriser.

Fem av artiklane var basert på kvalitativ forskning, medan éin artikkel var basert på kvantitativ forskning. Artiklane vart deretter vurdert opp mot helsebiblioteket (2016) sine sjekklister for kvantitativ og kvalitativ forskning for å sikre kvalitet på studia.

3.4.1 Vedlegg 3: Søketablellar

Tabell 1: Søkeshistorikk, PubMed

Søk i PubMed			
Nr.	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Sexual abuse		38211
S2	Sexual abuse	Siste fem år	8666
S3	Child sexual abuse	Siste fem år	3486
S4	Nurse detect abuse	Siste fem år	23
S5	Child abuse and nurses	Siste fem år	229
S6	Sexual abuse and nurses	Siste fem år	189

Søk nr. 4 ga 23 treff. Her fann er to artiklar som omhandla temaet og som også blei valt i oppgåva. Søket ga treff på artikkelen *School nurses avoid addressing child sexual abuse* (Kraft, Rahm & Eriksson, 2017). Artikkelen er relevant for problemstillinga fordi den utforskar korleis helsesjukepleiarar møter born som har blitt utsett for seksuelle overgrep, samt deira evne til å oppdage og støtte desse borna. Same søk ga treff på artikkelen *The school nurses ability to detect and support abused children: A trust-creating process* (Kraft & Eriksson, 2015). Artikkelen belys problemstillinga då den utforskar korleis helsesjukepleiarar oppdag overgrep mot born og sett i gong støttetiltak. Studia tek også for seg de negative helsemessige konsekvensar det har for den som opplev overgrep, og viktigheita rundt tidleg påvising og førebyggjande tiltak. Søk nr. 5 ga 229 treff, då det var avgrensa til dei siste fem åra. Her fann eg artikkelen *Recognition of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals* (Andrade, Ferreira, Ferreira, Guimaraes, Silva-Oliveira & Zarzar, 2019). Artikkelen var interessant, men denne artikkelen blei valt vekk då dei andre artiklane var meir tydelege og betre innhaldsmessig samanlikna med denne artikkelen.

Tabell 2: Søkehistorikk, SveMed+

Søk i SveMed+			
Nr.	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Avdekke overgrep		2
S2	Seksuelle overgrep og vold	Per reviewed	74

Søk nr. 1 ga to treff, då søkeordet kanskje var veldig spesifikt. Artikkelen heiter *Korleis kan vald mot born avdekkast i psykisk helsevern?* (Röberg, 2011). Artikkelen handla om born som har vore utsett for vald, samt korleis vald mot born kan avdekkast i psykisk helsevern. Artikkelen tek for seg fire forutsetningar for å kunne avdekke i slike sakar, noko som var veldig interessant, men artikkelen innehaldt ikkje IMRoD-struktur, noko som gjorde at den då ikkje blei valt.

Søk nr. 2 ga 74 treff, då det var avgrensa til forskning. Her fann eg artikkelen *Langvarig taushet om seksuelle overgrep* (Bjorvatn, Grønli, Milde, Nordhus, Pallesen, Steine & Winje, 2016). Fyrst trudde eg ikkje at artikkelen var heilt relevant då den ikkje samsvara med problemstillinga mi, men lengre nede i teksten står det mykje om kva symptom borna som opplevde seksuelle overgrep hadde, noko som då gjorde den interessant og relevant for oppgåva. Artikkelen var difor brukt for å skrive litt omkring dette temaet.

Tabell 3: Søkehistorikk, Google Scholar

Søk i Google Scholar			
Nr.	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Seksuelle overgrep og vold	Etter 2015	1700
S2	Suspecting child abuse	Etter 2015	17.500

Eg hadde ein del søk i denne databasen, grunna at alle søka gav utruleg mykje treff. Sjølv om søkja var avgrensa gav det framleis veldig mykje treff. Dette gjorde det vanskeleg for meg å drive med systematisk søk. Eg har difor valt å ikkje skrive ned alle søka.

Søk nr. 2 ga 17 500 treff, sjølv om det var avgrensa til artiklar publisert etter 2015. Ein artikkel som låg på fyrste side fanga mi interesse, nemleg artikkelen *Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse* (Bondas & Skarsaune, 2016). Artikkelen beskriv sjukepleiaranes erfaring rundt mistanke om barnemishandling i møte med born og deira omsorgspersonar, og sjåast difor som sær relevant for oppgåva. Eg veit det består mykje av tilfeldighete at eg fann artikkelen, men eg nytta den sidan den var så sentral og spennande.

Tabell 4: Søkehistorikk, sjukepleien

Søk i sjukepleien			
Nr.	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Seksuelle overgrep og vold	Fag og forskning	11
S2	Overgrep og vold	Fag og forskning	22

Søket nr. 1 ga 11 treff, då det var avgrensa til fagartiklar og forskingsartiklar. Blant dei 11 treffa fann eg artikkelen *Helsesøstre må våge å spørje om vald og overgrep* (Strand, 2018). Dette er ein fagartikkel og ikkje forskning, og vart ikkje brukt som forskning i oppgåva. Likevel hadde artikkelen mykje interessant som omhandla helsesjukepleiarar som unnlåt å spørje om vald og overgrep mot born, i frykt for å krenkje eller anklage foreldre, noko som er med på å bekrefte mykje av funna i dei andre forskingsartiklane som er teken med. Søk nr. 2 ga 22 treff, og der i blant artikkel *Helsesøstre har ikkje rutinemessig spurt om foreldre utøv vald* (Hansen, Ingebrigtsen, Odnakk, Sollid & Sundt-Schwebs, 2019). Det står at dette er ein fagartikkel, men den har oppbygginga til ein forskingsartikkel, og vart dermed brukt då den var sær relevant for problemstillinga. Artikkelen omhandlar i kva grad helsesjukepleiarar spør foreldre om de utøv fysisk vald mot barnet sitt, og kva som skal til for at helsesjukepleiarar kan avdekke slike forhold.

3.5 Kvalitetsvurdering

Artiklane er valt ut basert på at dei belys problemstillinga på ein god måte. Deretter blei det tatt ei kritisk vurdering ut frå Helsebiblioteket (2016) sine sjekklister for forskingsartiklar, tatt

ei vurdering om formålet med studia var klart formulert, om metoden var gunstig, samt om utforminga av studien var hensiktsmessig for å svare på problemstillinga i oppgåva. Når eg leita etter forskning var eg open for alt, men det er nytta mest kvalitativ forskning i artiklane, då det var denne type metode som var å sjå hos dei fleste artiklar. Dalland (2017, s. 53-54) skriv at ved kvalitativ undersøkingar er det viktig å ta høgde for at det gjev forfattar rom for å tolke funna og vert kalla «tolkarar», i motsetning til kvantitativ undersøking som vert kalla «tellerer». Vidare vart artiklane vurdert ut i frå om dei hadde ei IMRoD-mal. Modellen er ein mal for korleis ein bygg opp ein vitenskapelig artikkel, og IMRoD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Søk og skriv, 2017).

3.6 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For og verta vurdert i litteraturstudia måtte artiklane anten handle sjukepleiarars erfaring i møte med seksuelle overgrep og vald mot born, eller personar som hadde opplevd dette sjølv som born. I tillegg måtte artiklane være på engelsk, norsk, dansk eller svensk. Artiklar som ikkje omhandla erfaringar, seksuelle overgrep eller vald vart ekskludert.

3.7 Kjeldekritikk

I følge Dalland (2017, s. 158) betyr kjeldekritikk både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som ein har funnet. Hensikta er at lesaren skal få ta del i de refleksjonane ein har gjort kring litteraturens relevans og gyldigheit. Vidare må ein overbevise om at kjelda er tilstrekkelege til å besvare problemstillinga, både når det gjeld relevans og pålitelegheit. Det er også viktig å vise kva kriteriar ein har brukt i valet av litteratur (Dalland, 2017, s. 159).

Artiklane blei sjekka for kva metode som var nytta i saman med kva relevans dei hadde for oppgåvas problemstilling. Dei kvalitative artiklane var dei artiklane som svara best på problemstillinga, då dei omhandla erfaringar hos sjukepleiarar. I fleire av studiane gjekk dei same funna igjen, noko som var med på å styrke artiklanes pålitelegheit og gyldigheit.

3.8 Kritisk vurdering av oppgåva

Eg var aldri i tvil om at eg ville skrive ei oppgåve om born, og valte difor å skrive om noko som eg syns er veldig viktig og ynskja å læra meir om. I starten av oppgåva hadde eg notert meg ned mange ulike problemstillingar rundt temaet, og starta dermed forskinga og skrivinga. Problemstillinga vart dermed spissa basert på kva forskning eg fann og korleis eg sjølv endra tankegong undervegs. Fordi eg sjølv har born, og har eit stort ynskje om å arbeide med born og unge i framtida, gjev denne oppgåva meg ei stor interesse for å tileigna meg kunnskap samt auka bevisstheita rundt temaet. Ei anna potensiell svakheit er funna i artikkelane, som eg syns bør gje oss ein tankevekkjar.

Litteraturstudien nytta fem kvalitative og éin kvantitativ studie. Dalland (2017, s. 52) fortel at metoden hjelp oss til å samle inn data, som vil seie den informasjonen ein treng til undersøkinga si. Han skriv også at metoden er reiskapet vårt i møte med noko ein ynskjer å undersøke. Oppgåva her hadde truleg ikkje hatt same innhald og vore ei anna oppgåve, hadde ein nytta meir kvantitativ undersøking i staden for kvalitativ.

3.9 Etske vurderingar

I følgje Forsberg & Wengstrøm (2013, s. 145) er god etikk viktig i forskning, og interessa for å hente og skape ny kunnskap må alltid vegast opp mot enkeltpersonar si integritet, velferd og krav om personvern. All forskning som involverar menneskjer er underlagd etisk standard som sikrar og fremmar respekt, og som vern om deira rettigheitar og helse. Alle artikkelane i litteraturstudia vis at personane som var med i undersøkingane var informert om hensikta med studien og godt sikra at dei vart anonymisert. Helsinkideklarasjonen (2013) konstaterer at helsa til ein pasient må vera fyrste prioritering, og at helsepersonell der har ei plikt til verne om kvar og ein pasient si helse. Ein skal ta hensyn til særleg sårbare grupper, då ein utsett dei for risiko.

Som Dalland (2017, s. 164) skriv skal ein ikkje drive med plagiat kvar ein utgjer nokon annan sitt arbeid som om det er ditt eige, men skrive akademisk redelegheit kvar ein gjer lesarane moglegheita til å ta del i dei refleksjonane ein har gjort av valt litteratur, og kva dei ulike

kjeldene har bidratt med i oppgåva. Her er det også viktig å henvise til andre sine tekstar i eiga argumentasjon, vera tru mot kjeldene og sikre at ein gjengjev korrekt. Oppgåva nytta APA-standard for referansar, då det er Høgskulen på Vestlandet sin standard.

4 Resultat

Her vert det presentert samandrag av hovudfunna av forskingsartiklane og deira relevans for problemstillinga.

4.1 Samandrag av artiklar:

1. School nurses avoid addressing child sexual abuse.

(Kraft, Rahm & Eriksson, 2017).

Hensikt: Å utforske korleis helsesjukepleiarar møt born som har blitt utsett for seksuelle overgrep, og deira evne til å oppdage og støtte dei.

Metode: Studien nytta kvalitativ metode, og er ein sekundær analyse med fokusgruppeintervju som vart delt inn i fire grupper. Blant deltakarane var det 23 kvinnelege helsesjukepleiarar med ein alder mellom 46-67 år.

Funns: Funna i vart delt inn i fire hovudpunkt:

Unngåelse: Helsesjukepleiarane hadde ein indre motvilje om å mistenke seksuelle overgrep mot born. Dei foretrakk verken å tenkje eller prate om det, og uttrykte ei usikkerheit om å våge å tru barnet eller å tolke det som noko anna.

Opphisselse av sterke kjensler: Helsesjukepleiarane vegra seg mot å ta grep, då det blei sett på som eit tabuområde kvar ein blei involvert i familiars private atmosfære. Det blei sett på som vanskeleg dersom overgrepet hadde skjedd i familien, medan dei syns situasjonen blei enklare å «takle» dersom overgrepet hadde skjedd utanfor familien.

Avsløringsprosessen: Å avsløre overgrep blei sett på som ein komplisert prosess. Born avslør sjeldan sjølv at dei vert utsett for seksuelle overgrep, og sjukepleiarane syns det var vanskeleg å oppdage teikn kring dette. Det blei brukt ulike strategiar for å få born til å opne seg, som teikning eller skrivning, spørjeskjema om helse, helsedialogar og deltaking i seksualundervisning og open konsultasjon.

Ambivalens hos helsesjukepleiarar: Når born visa teikn til å ikkje ha det bra, vart dette assosiert med andre årsaker, og ingen spørsmål om seksuelle overgrep blei stilt.

Sjukepleiarane var sjølvkritiske og meinte at de ved mange anledningar burde ha stilt litt andre spørsmål. Sjukepleiarane sa dei også sjølv var sårbare og kjende på mangel på støtte og vegleiing.

Konklusjon: Helsesjukepleiarane unngjekk å ta saken vidare dersom det var mistanke om seksuelle overgrep grunna frykt for å vekke sterke kjensler og haldningar hos både born og vaksne, og då spesielt dersom det var mistanke om overgrep i familiar. Born blei sett på som veldig lojale mot familien sin, og helsesjukepleiarane vart redd for å bli sett på som «anklagerar». I studien blei moglege teikn til seksuelle overgrep tolka som symptom på alvorlege medisinske og psykiatriske diagnosar, noko som gjorde at avsløringa vart forsinka.

2. The school nurse's ability to detect and support abused children: A trust-creating process.

(Kraft & Eriksson, 2015).

Hensikt: Å utforske korleis helsesjukepleiarar oppdag overgrep mot born og sett i gong støttetiltak. Studien tek for seg kor negative helsemessige konsekvensar det har for den som opplev overgrep, viktigheit rundt tidleg påvising og førebyggjande tiltak.

Metode: Fokusgruppeintervju blei gjennomført med 23 helsesjukepleiarar.

Funn: Born som vert utsett for seksuelle overgrep skulle få støtte gjennom ein tillitsskapande prosess, som inneheldt fire hovudkategoriar. «Kunnskap og erfaring» som sjukepleiarar tileigna seg gjennom sin utdanning og opplæring. «Å byggje relasjonar» som gjekk på å skape tillit fyrst og fremst til bornet, men også til foreldre og andre partar. «Snakke om kjenslege problem» og «førebyggjande tiltak». Studien avslørte at desse punkta var naudsynte for å oppdage og tolke teikna dersom ein mistenkte overgrep mot born. Vidare understreka dei kor viktig det var med kunnskap om teikn.

Konklusjon: Tillit blei sett på som særskilt viktig, der både tillit mellom sjukepleiar og bornet, samt tillit til seg sjølv og systemet. Det vart lagt vekt på både teoretisk kunnskap og erfaring som vart tileigna gjennom utdanning og praksis. Det kom fram at trening gjennom simulering har vist seg å være ein metode for å utvikle denne typen kunnskap.

Helsesjukepleiarar var nølende med å rapportere bekymring om seksuelle overgrep, då det var bekymring for at det ikkje ville kome bornet til gode, og redsel for reaksjonar frå foreldre.

3. Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse.

(Bondas & Skarsaune, 2016).

Hensikt: Å beskrive sjukepleiarar si erfaring ved mistanke om bornemishandling i møte med born og deira omsorgspersonar.

Metode: Det vart nytta kvalitativ metode med individuelle intervju av åtte sjukepleiarar med ulik bakgrunn, frå ulike sjukehusavdelingar i Noreg. Det er gjort eit strategisk utval ved intervju av kvinnelege informantar som har erfaring med å møte born som har vore utsett for barnemishandling.

Funn: Sjukepleiarane sitt ansvar blei utfordra og i mange tilfelle forsømt når det var mistanke om bornemishandling. Sjukepleiarane opplev usikkerheit rundt symptom, om korleis dei skulle gå fram og kva/korleis dei kunne dokumentere dette. Dei var redde for å ta feil og for kva konsekvensar dette kunne få for bornet, familien og seg sjølv. Dei ynskja støtte frå kollegaer og opplevde situasjonen som vanskeleg dersom ein ikkje fekk det.

Konklusjon: Blant sjukepleiarar som opplev mistanke om bornemishandling føreligg det usikkerheit rundt symptom, mangel på prosedyre for rapportering, redsel for konsekvensar ovanfor barnet, familien og seg sjølv, samt lite kunnskap og støtte. I denne studien dukka den etiske konflikten opp då dei tvilte på kva de såg, kva det betydde og usikkerheita rundt å ikkje vite korleis og eller når ein skal handle.

4. Langvarig taushet om seksuelle overgrep.

(Bjorvatn, Grønli, Milde, Nordhus, Pallesen, Steine & Winje, 2016).

Hensikt: Å gje kunnskap om kva faktorar som har betydning for latenstid, samt kva symptom ein får/har når ein opplev seksuelle overgrep som born.

Metode: Kvalitativ forskning basert på voksne som har opplevd seksuelle overgrep som barn. Studien bygger på data frå prosjektet «Longitudinal Investigation of sexual abuse», som er eit samarbeidsprosjekt mellom universitetet i Bergen og dei fire største sentera mot incest og seksuelle overgrep i Noreg. Totalt svara 508 stykk, 95,1% var kvinner og 4,9% menn i alderen 18-73 år.

Funn: Studien tek opp «latenstid» som er tida det gjekk frå fyrste gong ein blei utsett for seksuelle overgrep og fram til ein fortalte nokon om overgrepa. Dei som aldri fortalte, eller som venta særst lenge før dei fortalte nokon om overgrepa, hadde fleire symptom på posttraumatisk stresslidning, alvorleg depresjon, mellommenneskelege problem, samt seksuelle problem. Symptoma som gjekk igjen i studien var angst, depresjon, posttraumatisk stresslidning og insomni. Gjennomsnittsalder ved fyrste gong man opplevde overgrep var 6,5 år, og 23,3 år fyrste gong ein fortalte nokon om overgrepa. Desto yngre respondentane var da overgrepa starta, desto lengre føregjekk dei. Borna syns det var lettare å opne seg om seksuelle overgrep dersom det blei skapa ei anledning til å fortelje. Studien dreg fram at seksuelle overgrep bør rutinemessig kartleggjast i helseinstansar, noko som kan auke sannsyninga for tidleg avdekking.

Konklusjon: Auka kunnskap om kva faktorar som har betydning for latenstid, kan gje ein indikasjon på kva for tiltak som kan auke moglegheita for at overgrep mot born kan verta oppdaga tidlegare. Studien viser i tråd med tidlegare studiar at ein lengre latenstid er knytt til det å ha større mentale helseproblem seinare i livet. Forskinga framhev behova for systematiske tiltak, som kan gjere at overgrep vert avslørt på eit tidlegare tidspunkt. Studien vis at helsepersonell ikkje systematisk kartlegg overgrepshistorikk, då det fort oppstår usikkerheit kring korleis ein formuler spørsmål og følg opp når ein pasient bekreft å ha blitt utsett for overgrep.

5. Tørr du å spørre?

(Fløtterud, 2017).

Hensikt: Å finne ut kva erfaring og refleksjonar pedagogiske fagpersonar i barneskulen har frå bekymringssamtaler med elever, for å oppdage vald og overgrep i nære relasjonar.

Metode: Ei kvalitativ studie av pedagogars erfaringar frå samtalar med elever i barneskulen ved bekymring for overgrep og vald. Fire pedagogiske fagpersonar som arbeidar i barneskulen var med i studien. Semistrukturerte forskingsintervju vart nytta som metode for å samle inn data.

Funn: Pedagogane opplev å ha eit profesjonelt ansvar overfor dei utsette borna, samt eit sterkt ynskje om å oppdage, ivareta og hjelpe. Hovudelementet som vert dratt fram her er tilgjengelegheit for barna og korleis gje dei anledning til å fortelje. Studia tek for seg den dialogiske samtalemotoden, som er ein systematisk metode utvikla for å prate med born om vanskelege tema.

Konklusjon: Vaksne må leggje til rette og skape ei anledning for at born skal tørre å fortelje og avsløre overgrep og vald, i form av bekymringssamtalar. For at elevane skal tørre å opne seg, vektlegg dei å skape trygghet, etablere tillit, være eit medmenneske, samt ein anerkjennande og aksepterande haldning. Dei dreg også fram kommunikasjonsferdigheitar ved å stille opne spørsmål som særskilt betydningsfullt. Det føreligg ei frykt for å spørje born om vald og overgrep i nære relasjonar av hensyn til foreldre, frykt for å ta feil, beskytte seg sjølv og mangel på kunnskap. Funna indiker at pedagogane ynskjer styrka kompetanse til å oppdage, handtere og snakke med born om overgrep og vald, samt klare retningslinjer for bekymringssamtaler.

6. Helsesøstre har ikkje rutinemessig spurt om foreldre utøv vald.

(Hansen, Ingebrigtsen, Odnakk, Sollid & Sundt-Schwebs, 2019).

Hensikt: Å finne ut i kva grad helsesjukepleiarar spør foreldre om de utøv fysisk vald mot barnet sitt, og kva som skal til for at helsesjukepleiarar kan avdekke slike forhold.

Metode: Kvantitativ spørreundersøkelse blant 72 helsesjukepleiarar som var ansatt på helsestasjon.

Funn: Mange born vert utsett for fysisk vald av foreldre eller andre omsorgspersonar. Det er eit tabubelagd tema som vert prega av fortvilelse, skuld og skam for bornet og dei rundt. Det kan føre til mindre tryggleik, redusert helse og dårleg livskvalitet hos den gjeldande. De siste åra har det vore auka oppmerksamheit om plikta ein har til å melde ifrå

ved mistanke om vald mot born, som blant anna helsesjukepleiarar har. Førebyggjande arbeid er ei lovpålagd oppgåve for kommunen, og helsestasjonen er ein av dei instansane som syter for at born mottok hjelpa dei har behov for. Vald mot born har blitt eit eiga tema i Nasjonal fagleg retningslinjer for det helsefremmande og førebyggjande arbeidet i helsestasjonar, skulehelsetenesta og helsestasjonar for ungdom.

Konklusjon: Helsesjukepleiarar spurte ikkje rutinemessig om foreldre utøv vald mot born på helsestasjonen. Det blei tatt opp ved mistanke, og då indirekte ved spørsmål om grensesetjing og sinnek kontroll. Det var ynskje om meir kunnskap og kompetanse kring fysiske overgrep mot born, symptom og teikn frå dei aller fleste helsesjukepleiarane. Opparbeida tillit til familiar blei nemnd som ein viktig barriere for å avdekke vald. Vald og overgrep er i dag inkludert i helsestasjonsprogrammet, noko som kan hjelpe helsesjukepleiarar å identifisere utsette born.

4.2 Oppsummering av funn

Basert på funna i studia viser fleire at mange sjukepleiarar vel og ikkje tru det verste, sjølv om det føreligg mistanke om seksuelle overgrep og vald. Sjukepleiarar uttrykk eit behov for auka kunnskap om korleis ein systematisk kan oppdage seksuelle overgrep og vald mot born, og sette i gong støttetiltak. Mange sjukepleiarar vegrar seg mot å ta saka vidare, då dei er redde for å involvere seg i familiars private sfære og redsla for å ta feil. Ansaret krev mot til å våge å snakke og handle til tross konsekvensane. Forsking vis at sjukepleiarar etterlys gode retningslinjer og støtte frå kollegaer/leing i slike vanskelege sakar. I tillegg kjen mange seg usikker på korleis ein direkte skal spørje born om de vert utsett for noko. Forskinga viser at oppbygging av tillit til barnet og tidleg identifisering er viktig både for barnet og for å sikre bevis i saka, noko som gjev sjukepleiarane eit ansvar mot å tørre å trå ut i det ubehagelege.

4.3 Vedlegg 4: Tematisk tabell

	Behov for auka kunnskap	Tabu	Samtalen	Tillit	Eventuelt anna tema
Artikkel 1	X -Mistolking av teikn	X -Unngåelse -Indre vegring -Familiens privatliv	X -Verbale og non-verbale forteljingar	X -Tillit i prosessen	-Mangel på støtte -Born lojal mot foreldre.
Artikkel 2	X -Viktig med kunnskap		X - Bekymringssamtale	X -Tillitsskapande prosess	
Artikkel 3	X -Usikkerheit -Retningslinjer -Betre rapportering -Betre dokumentering	X -Familien			-Auka bevisstheit rundt temaet -Behov for støtte frå kollegaer og leiing -Redd for å ta feil
Artikkel 4	X -Auka kompetanse betydning for latenstid		X -Anledning -Hensikt -Tematisk forbindelse	X -Anledning til å fortelje	-Ansvaret ligg ikkje på barna, men på dei vaksne.
Artikkel 5	X -Retningslinjer -Styrka kompetanse	X -Kulturelt tabu -Skyld og skam - Forsvarsmekanisme	X -Dialogisk samtalemetode -Anledning -Opne spørsmål	X - Tilgjengelegheit -Tryggleik -Tillit	-Profesjonelt ansvar -Ynskje om å oppdage
Artikkel 6	X -Auka kompetanse	X -Tabu, skuld og skam	X -Rutiner på å snakke med foreldre om vold -Vanskelig tema å ta opp	X -Tillit til familiar	- Må tørre å spørje om vald.

5 Drøfting

Under er hovudpunkta basert på funna/resultata i artikkelane blitt drøfta i lys av teoretisk perspektiv og relevant litteratur for å svare på oppgåvas problemstilling.

5.1 Behov for auka kunnskap

Forskinga til Kraft, Rahm & Eriksson (2017) viser at når born viser teikn til å ikkje ha det bra, vart dette ofte knytt til andre årsaksforhold enn overgrep. Sjukepleiarane var sjølvkritiske og kjende at dei ved mange anledningar burde ha handla annleis ved å stille meir opne spørsmål. Her peiker dei på behovet for auka kunnskap og betre bevisstheit rundt temaet. Det kom fram fleire tilfeller der teikn på overgrep hadde føra til ulike diagnosar som til dømes spisevegring, sjølv mordstankar og angst, og dermed forhindra eller forsinka påvising om overgrep. Kraft, Rahm & Eriksson (2017) dreg fram eit eksempel kvar ei jente på ungdomsskulen hadde vanskeleg for å ete, mista håret og hadde vondt i magen. Ho hadde oppsøkt skulehelsetenesta fleire gongar, samt sjukehus. Seksuelle overgrep vart ikkje avslørt før lenge etter, då ein av søskena rapporterte det til politiet. Dette er tilsynelatande eit problem som går igjen, og som indiker at ein sit med for lite kunnskap. Det ville kanskje vore enkelt å sagt at jenta lida av spisevegring, utan å tenkje utanfor boksen. Ein må gjere seg tankar om kva som gjer at denne jenta ikkje spis, og ikkje kun sjå diagnosar, men også kva som eventuelt føra til dei ulike diagnosane.

Mange overgrepsutsette born ventar svært lenge før dei fortel om overgrepa, og forstår ofte ikkje kva dei vert utsett for. Dette viser at born allereie frå tidleg av bør få kunnskap om seksuelle overgrep, og kven dei skal sei ifrå til dersom ein vert utsett for overgrep (Bjorvatn, Grønli, Milde, Nordhus, Pallesen, Steine & Winje, 2016). Sett på ei anna side er det viktig at ansvaret ikkje ligg på dei overgrepsutsette barna, men at vaksne aktivt tek ansvar for å kunne oppdage dette. Bjorvatn et al. (2016) hevdar at born syns det var lettare å betru seg om seksuelle overgrep dersom det vart skapt ein anledning for det. I studia gjekk det i gjennomsnitt 17,2 år før respondentane fyrste gong fortalde om seksuelle overgrep dei hadde

vore utsett for i barndommen. Konsekvensane av dette kan vera store, noko som gjev oss eit ansvar til å ha nok kompetanse til å oppdage tidleg.

I Fløtterud (2017) si forskning kjem det fram at det føreligg fleire utfordringar som hindrar fagpersonar i å gå inn i samtalar om kjenslege tema og problem. Dette går ut på privatlivet til foreldrene, frykt for å ta feil, beskyttelse overfor seg sjølv, samt mangel på kompetanse. Samla sett viser funna at fleire ynskjer og styrke kompetansen til å kunne oppdage, handtere og snakke med born om vald og overgrep. Dette er også i tråd med Bondas & Skarsaune (2016) som fortel at mange syns det var vanskeleg å vite når det var grunn til bekymring og om ein skulle tørre å følgje magekjensla eller ikkje. Usikkerheita rundt rapportering var også eit stort problem hos mange, samt mangel på klare retningslinjer. Vanskane rundt å skulle konfrontere foreldra på bakgrunn av mistankar opplevast som ei utfordring, i redsel for å ta feil, noko som gjorde at sjukepleiarane kjende dei ville vera heilt sikre før dei turte å gå vidare. Betydninga av dette vil vera at mange born som opplev overgrep og vald ikkje vil bli oppdaga, som igjen vil resultere i at mange born ikkje vil få den hjelpa de treng. I lov om kommunale helse- og omsorgstenester vis til at kommunen har eit ansvar for at helsesjukepleiarar har tilstrekkeleg kompetanse og ressursar, men og at helsesjukepleiarane sjølv er pliktige til å halde seg fagleg oppdatert (Hansen, Ingebrigtsen, Odnakk, Sollid & Sundt-Schwebs, 2019).

5.2 Tabulagt – beskytte seg sjølv, barnet og familie

Når noko er tabu og me ikkje snakkar om det, er risikoen stor for at det som ikkje snakkast om, skjer. I tabukulturen kan den som krenkjer andre, gjere det i vissheit om at offeret antakeleg ikkje vil sei det til nokon, og heller ikkje bli trudd. Tabu er på mange måtar overgriparanes beste venn (Thorkildsen 2015, s. 64). Vidare skriv Thorkildsen (2015, s. 64) at ein høg del av dei som vert utsett for seksuelle overgrep og vald kjenn på kjensla av skam, ansvar og skuld. Ikkje berre born kjen på tabukulturen, men også vaksne. Søftestad (2008, s. 50) hevdar at tabuet kan føre til at både privatpersonar og offentleg tilsette kan få vanskar med å tru at overgrep mot born kan førekomme, noko som artikkane i litteraturstudien illustrerer godt. Var det nettopp dette som skjedde med historia om Christoffer? Var det for vanskeleg å tru at nokon kunne utsette denne guten for noko så forferdeleg, som då resulterte i

at ingen gjorde noko til tross for bekymringane? Gangdal (2010, s. 107) skriv at ti dagar før Christoffer døyde, fantes det ikkje ein einaste skrifteleg mistanke om at guten var utsett for mishandling, sjølv om bekymringa var stigande hos fleire. Men så lenge kvar og éin gjer sine observasjonar kvar for seg, ser ingen mønsteret.

Kraft, Rahm & Eriksson (2017) peiker på at helsesjukepleiarane hadde ei indre motstand mot å ta grep når det var mistanke om seksuelle overgrep mot born, grunna tabuområdet rundt det. Dette var spesielt visst overgrepa føregjekk i familiar, som blei beskriven som den følsame private sfære, bekymring for defensive haldningar hos born, foreldre, samt seg sjølv. Sjukepleiarane la fram at dei kjende seg fagleg sårbare, då mangel på støtte og vegleiing ofte førekom. Sjølv om mange vegrar seg mot å gå vidare med sine mistankar, er det heldigvis nokon som gjer det. Funna til Fløtterud (2017) indiker at pedagogane opplevde å ha eit sterkt ynskje om å oppdage og hjelpe utsette born, og kjende på eit profesjonelt ansvar overfor dei. Likevel er eit sentralt funn at fleire vegrar seg for å vinkle samtalane inn på vald og overgrep dersom der føreligg ein vag magekjensle og antydingar. Utfordringane som kjem fram er frykt for å spørje born om vald og overgrep i nære relasjonar av hensyn til foreldre og privatlivet, frykta for å ta feil, fagpersonanes eigne kjenslege reaksjonar, samt opplevinga av mangel på kompetanse i konkrete samtaleteknikkar (Fløtterud, 2017). Dette stemmer overeins med forskinga til Bondas & Skarsaune (2016) kvar sjukepleiarane fortalde at dei ofte vegra seg for å beskytte seg sjølv. Redsel for kva konsekvensar det skulle få for dei, arbeidsplassen, familien og bernet var stor. Mange kjende på ei stor makt, men også ei stor frykt for å kunne øydelegge, noko som gjorde at mange ikkje gjekk vidare med saken – «kva vist eg tek feil?». I den sentimentale omsorga vår er vår deltaking i den andre si liding avgrensa til mine eigne kjensler (Martinsen, 2005, s. 145). Betyr dette at nokre rett og slett beskytt seg sjølv mot smerta? Her kan ein stille seg spørsmålet om kva som faktisk er drivkrafta til oss menneskjer, og kva som gjer at nokon vel å ikkje ta det vidare, sjølv om det føreligg mistankar. Blir ein utbrent? Lærer ein å bli overflatisk og kanskje la ting gå for å beskytte seg sjølv frå det vonde? Eller er det rett og slett mangel på kunnskap og erfaring som gjer at så mange ikkje klarer å stå i det? Å gje eintydig svar på desse spørsmåla vil vera vanskeleg. Men å stille seg spørsmål er viktig, då det gjev oss moglegheita til å reflektera og tenkje over det.

5.3 Den vanskelege samtalen

Det å snakke med born, unge eller sine pasientar om seksuelle overgrep er noko som basert på forskinga til Bjorvatn et al. (2016) viser seg å være assosiert med ubehag og vegring for mange sjukepleiarar. Ein konsekvens av dette er at mange vel å ikkje stille spørsmål til sine mistankar, sjølv om ein burde gjere det. Å tørre å trå ut i det ubehagelege kan utgjere ein moglegheit for tidleg hjelp, stoppe pågåande overgrep, førebyggje nye, samt å bearbeide seinskadar for den det gjeld. Sjukepleie som omsorg må bygge på moralsk ansvarleg maktbruk, og moralsk ansvarleg maktbruk må utøvast i samsvar med prinsippet om ansvar for dei svake (Martinsen, 1989, s. 48). Sjukepleiar har kanskje ei form for makt i denne situasjonen, på same måte som pasienten har makt til å velje å ikkje avsløre, som i denne samanheng kan vera eit sjukepleiefagleg etisk dilemma. Forsking viser at born ofte er lojale overfor sine nære, men betyr det at ein skal respektera at dei ikkje vil sei ifrå? Born veit kanskje ikkje alltid at det dei vert utsett for ikkje er greitt, og treng gjerne vegleiing frå nokon som har kompetanse til det. Ein skal sjølvsagt respektere born, men samtidig skal ein også handle ut i frå kva som er etisk rett. Det er sjukepleiars plikt å melde ifrå dersom ein mistenk overgrep.

Basert på forskinga til Kraft, Rahm & Eriksson (2017) vart avsløring av overgrep sett på som ein komplisert prosess både for barnet og for sjukepleiaren. Born avslør sjeldan spontant at dei har vore utsett for seksuelle overgrep, og sjukepleiarane syns det var vanskeleg å oppdage teikn kring dette. Dei legg vekt viktigheita rundt det å stille og bruke opne spørsmål med born og unge ved mistanke. I intervjuet kom det fram at born ofte bruka verbale og non-verbale forteljingar. De indikerte at born syns det er vanskeleg å setje ord på det de opplevde, medan dei på ei annan side kunne gje ei metaforisk beskriving av overgrepa. Sjukepleiarane beskriv i forskinga til Kraft, Rahm & Eriksson (2017) at det kunne vera vanskeleg å tolke desse teikna og forteljingane, og ofte tok det lang tid.

Kraft, Rahm & Eriksson (2017) skriv at sjukepleiarane nytta ulike strategiar for å få born til å «opne opp». Det gjekk ut på å la barna teikne eller skrive opplevingane sine, som dei deretter kunne diskutere saman. Andre nytta spørjeskjema om helse, helsedialogar, seksualundervisning og liknande. Her kunne det være spørsmål om korleis det hadde det

heime, om nokon hadde skada dei, trivsel osv. I forskinga kom det fram at ein sjukepleiar hadde opplevd at ei jente avslørte seksuelle overgrep gjennom ein slik spørjeundersøking, som vidare vart politimeldt. Sjukepleiarane drog fram viktigheita rundt det å ikkje ha foreldre til stades under helsedialogar, då dette kunne føre til at eventuelle overgrep ikkje kom fram (Kraft, Rahm & Eriksson, 2017).

Fløtterud (2017) peikar på at vaksne må tilretteleggje for at born skal fortelje om sine vanskelege opplevingar ved å gje det ein *anledning* til å kunne fortelje, ei *hensikt* å fortelje og at det blei skapa *forbinding* til temaet. Den vaksne måtte innta posisjonen som lyttar, formidle at ein orka å høyre på, samt ta i mot historia på ein trygg måte. Martinsen (1989, s. 69) peikar på at når ein forstår pasienten sin situasjon, kan ein også handle omsorgsfullt. Ved å ta den vanskelege samtalen, kan ein forstå pasienten og situasjonen, og slik kan ein som sjukepleiar handle omsorgsfullt. Fløtterud (2017) drar fram viktigheita rundt å vite kva ein skal spørje om og vise barnet at ein trur på det som vert sagt. Det var særskild viktig at barnet opplevde å bli teken på alvor. Ein må gje barnet friheit til å uttrykkje seg i fri forteljande form, men samtidig utan å påverke barnet i noko retning. Fløtterud (2017) skriv om den dialogiske barnesamtalen i forskinga si, som også helsedirektoratet (2018) har med i sin rapport om *metodar for tidleg identifisering av risiko hos born og unge*. Helsedirektoratet (2018) skriv at NKVTS har utgitt ein rapport (Langballe et al., 2010) og eit vegleiingshefte (Langballe, 2011) som omhandlar den dialogiske barnesamtalen. Denne metoden er utvikla basert på intervju med born som er føreteken av barnevernet eller politiet. Metoden består av sju fasar; forberedande fase, kontaktetablering, innleiande prosedyrar, introduksjon til tema, fri forteljing, sondering og avslutning. Her står det at den fyrste fasen består av at den vaksne skal forberede seg mentalt, i den andre fasen er målet å etablere kontakt og tillit med barnet, den tredje består av å motivere barnet, den fjerde har som formål å introdusere temaet for samtalen, målet med den femte fasen er at barnet skal uttrykkje seg fritt, den sjette fasen består av å skaffe nødvendig informasjon frå barnet, medan den sjuande fasen består av å summere opp samtala med barnet. Meir detaljert oppbygging av denne metoden ligg som link i referanselista, og er noko eg vil oppfordre alle til å ta ein kikk på.

5.4 Tillit

Kristoffersen (2016, s. 60-61) skriv at ifølgje Martinsen må sjukepleiaren vera villig til å setje seg inn pasientens situasjon, noko som betyr å forsøkje å fortolke realiteten til den andre, å fange opp kva den andre erfarer, å forstå og å møte den andre ut i frå korleis ein sjølv ville ha handle i den gitte situasjon. Tillit blir sett på som heilt grunnleggjande i yrkesmessig omsorg mellom sjukepleiar og pasient, kvar pasienten gjennom tillit kan tru seg til sjukepleiaren. Tillit er eit interaktivt og etisk fenomen, og er heilt sentralt i sjukepleia si omsorg (Martinsen, 2005, s. 136).

For at sårbare born skal kunne dele sine erfaringar fremstår etablering av tryggleik og tillit som grunnpilar i relasjonen. Born har behov for ein sterk vaksen som tek ansvar, skaper trygge situasjonar, og som ikkje vik unna utfordringane (Fløtterud, 2017). Tilliten mellom barnet og den vaksne avheng av korleis fagpersonen er, og inneber å møte barnets behov, halde avtalar, snakke med barnet, være positiv, truverdig og forutsigbar. Hansen et al. (2019) si forskning dreg ikkje berre fram tilliten mellom barnet og sjukepleiaren, men også tillit til familien. Mange helsesjukepleiarar peika på at det var viktig å ha eit godt forhold til familien basert på samarbeid og tillit, men at denne tillita også gjorde det vanskeleg å ta opp tema som til dømes vald.

Kraft & Eriksson (2015) si forskning viser at helsesjukepleiarane gav born som hadde vore utsett for overgrep støtte gjennom ein tillitsskapande prosess. Prosessen bestod av fire hovudkategoriar som bestod av kunnskap og erfaring, å byggje relasjonar, snakke om kjenslege problem og førebyggjande tiltak. I følgje forskinga til Kraft & Eriksson (2015) var *kunnskap og erfaring* nødvendig for å kunne oppdage og tolke teikna ved mistanke om overgrep. Eit viktig reiskap her er helsedialogar, dokumentasjon, fråværsregistrering og liknande. Vidare hevda dei at korleis born uttrykkja seg var delvis avhengig av alder. Yngre born var meir spontane og kunne seie det rett som det var, medan litt eldre born kunne uttrykkje seg mindre. Å *byggje relasjonar* var noko som vart bruka mykje tid på, og her vart helsedialogen trekt fram som hovudgrunnlaget, samt viktigheita rundt det å vera tilgjengeleg. Å byggje tillit vart sett på som ein tidkrevjande prosess, og for å sikre at bekymringa for barnet var verkeleg, måtte etiske og juridiske spørsmål også vurderast før ein prata om

kjenslege problem. Her ynskja dei på den eine sida å støtte barna, medan dei på den andre sida risikera å skade barnets tillit dersom ein iverksette visse tiltak. Det var viktig å stille spørsmål på ein nøyaktig og bevisst måte, kvar eit roleg miljø og tillitsfullt forhold vart lagt vekt på som nøkkelement for at barna starta å prate. Sjølv om helsesjukepleiarane visste dei var pliktige til å rapportere dersom det var mistanke om overgrep, opplevde dei at det ikkje alltid kom bornet til gode å lage denne rapporten, noko som tydde til eit dilemma.

Kraft & Eriksson (2015) forklarar korleis helsesjukepleiarane såg at barnet ofte havna i «ingenmannsland» utan støtte frå foreldre, sosiale tenester eller skulen. Eit anna problem var også at foreldre ikkje tillat barnet å ha meir kontakt med helsesjukepleiaren, og/eller flytta. Då sat dei igjen med kjensla om å ha forrådt barnets tillit og gitt falske forhåpningar, noko som kunne resultere at dei ikkje rapporterte neste sak. Siste punkt i forkinga var *førebyggjande tiltak*, kvar viktigheita rundt teikn til eit misbrukt born var viktig. Opplæring for andre ansatte var viktig, møter, god støtte, klare retningslinjer og konsultasjonar. Det er klart at ein her kjem over eit etisk dilemma, sjølv om ein kanskje veit kva som er etisk rett å gjere. Å unnlata å rapportere i frykt for at foreldra nektar kontakt eller for eksempel flyttar kan ikkje vera eit hinder i å hjelpe eit born som treng det. Sjølv om ein risiker at dette kan skje, kan også det motsette skje, nemleg at bornet får hjelp. NSF sine yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar (2019) skriv at sjukepleiarar har eit fagleg, etisk og personleg ansvar for eigne handlingar og vurderingar i all utøving av sjukepleie. Sjukepleiarane skal erkjenna grensene for eiga kompetanse, praktisera innafor desse og søkja vegleiing i vanskelege situasjonar (NSF, 2019). Dette vil sei at dersom ein kjen at kunnskapen sin er vag på enkelte områder som er aktuelle i sin utøving av sjukepleie, så må ein sjølv søkja vegleiing og halde seg oppdatert. Det står også at ein som sjukepleiar skal beskytte pasienten sin mot det ulovlege.

6 Konklusjon

Hensikta med litteraturstudia var å tileigne seg meir kunnskap om kva ansvar ein har som sjukepleiar når ein mistenk seksuelle overgrep og vald mot born, og kva som gjer at mange vegrar seg. Eg har heile vegen vore open for å finne ulike erfaringar og meiningar rundt temaet, men studiane vis at mange sei og mein det same. Det å spørje born og unge om de har vore utsett for seksuelle overgrep og vald er noko som basert på forskning viser seg å være assosiert med ubehag og vegring for mange. Dette kan resultere i at mange vel å ikkje stille spørsmål til sine mistankar, sjølv om ein burde gjere det. Forsking viser at mange vel å ikkje gå vidare med det, nettopp fordi kunnskapen er for liten og frykta er for stor. Det kjem av usikkerheita rundt manglande kunnskap og redsel for å trå ut i det tabulagte.

Bondas & Skarsaune (2016) dreg fram viktigheita rundt det å oppmuntre sjukepleiarar til å ta ansvar i situasjonar der det er mistanke om overgrep og/eller vald. Å tørre å trå ut i det ubehagelege kan utgjere ein moglegheit for tidleg hjelp, stoppe pågåande overgrep, førebyggje nye, samt å bearbeide seinskadar for den det gjeld. Sjukepleiarar har både eit etisk og juridisk ansvar som dei må vera bevisst rundt, og kvar sjukepleiar må vete at det er deira ansvar som ein ikkje slepp unna. I dag er overgrep og vald eit tema i ny fagleg retningslinjer, noko som har forsterka ansvaret som helsepersonell har i dag. Gode retningslinjer er viktig, men manglande retningslinjer må ikkje vera ein unnskyldning for å unnlate det. Sjukepleiarar må overvinne frykta for å bli involvert, ein må ha betre samarbeid og forståing på arbeidsplassane, og ein må oppmuntre kvarandre til å ta ansvar. Sjukepleiarar kan spele ei viktig rolle i å hjelpe born ut av ein vanskeleg situasjon, og må bruke si profesjonelle dømekraft. Før eg starta på oppgåva kjende eg at kunnskapen var låg. I løpet av desse vekene har eg tileigna meg sjølv kunnskap, og kjenn meg mykje tryggare i mi rolle som komande sjukepleiar i møte med born. Kvar og ein har eit ansvar for å tileigna seg kunnskap og halde seg fagleg oppdatert, og saman må me gjere det vanskelegare å vera overgripar, og lettare å vera born.

7 Referanseliste

- Bjorvatn, B., Grønli, J., Milde, A. M., Nordhus, I. H., Pallesen, S., Steine, I. M., & Winje, D. (2016). *Langvarig taushet om seksuelle overgrep: Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn*. Henta 20.08.19 frå: <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/11/langvarig-taushet-om-seksuelle-overgrep?redirected=1>
- Bondas, T., & Skarsaune, K. (2016). *Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse*. Henta 21.08.19 frå: <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/2367031/Bondas.pdf?sequence=3>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2013). *Helsinkideklarasjonen*. Henta 15.09.19 frå: <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Eriksson, U. B., & Kraft, L. E. (2015). *The school nurses ability to detect and support abused children: A trust-creating process*. Henta 23.08.19 frå: <https://journals-sagepub-com.galanga.hvl.no/doi/pdf/10.1177/1059840514550483>
- Eriksson, U. B., Kraft, L. E., & Rahm, G. (2017). *School nurses avoid addressing child sexual abuse*. Henta 23.08.19 frå: <https://journals-sagepub-com.galanga.hvl.no/doi/pdf/10.1177/1059840516633729>
- Fløtterud, E. (2017). *Tør du å spørre?* Henta 25.08.19 frå: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/58163/1/Masteroppgave-2017-Fløtterud.pdf>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg.). Stockholm: Natur och kultur.

Gangdal, J. (2010). *Jeg tenker nok du skjønner det sjøl*. Oslo: Kagge Forlag.

Garløv, I., Grøholt, B., Sommerschild, H., & Weidle, B. (2015). *Lærebok i barnpsykiatri*. (5.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Hansen, E. H., Ingebrigtsen, A., Odnakk, G., Sollid, M. F., & Sundt-Schwebs, T. (2019). *Helsesøstre har ikke rutinemessig spurt om foreldre utøver vold*. Henta 20.08.19 frå: <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-74018.pdf?c=1558431180>

Helsebiblioteket. (2016). *PICO*. Henta 12.09.19 frå: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016). *Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning*. Henta 13.09.19 frå: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritiskvurdering/sjekklister>

Helsebiblioteket. (2015). *Seksuelle overgrep mot barn*. Henta 16.08.19 frå: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/sekuelle-overgrep-mot-barn>

Helsebiblioteket. (2015). *Fysisk mishandling av barn*. Henta 17.09.19 frå: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-fysisk>

Helsedirektoratet. (2018). *Kunnskapsgrunnlag: Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge*. Henta 16.09.19 frå:

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-metoder-for-tidlig-identifisering-av-risiko-hos-barn-og-unge/Kunnskapsgrunnlag%20%E2%80%93%20metoder%20for%20tidlig%20identifisering%20av%20risiko%20hos%20barn%20og%20unge.pdf/_attachment/inline/d41f4072-ab66-4747-90e9-e9dcfe96ff65:ad36b31ca6167e7b8b1a61acab675effd970366a/Kunnskapsgrunnlag%20%E2%80%93%20metoder%20for%20tidlig%20identifisering%20av%20risiko%20hos%20barn%20og%20unge.pdf

Helsedirektoratet. (u.å). *Avklar om det foreligger opplysningsplikt til barnevernstjenesten*.

Henta 31.08.2019 frå:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder/informasjon-og-stotte-til-barn-som-parende/opplysningsplikt-til-barnevernstjenesten/avklar-om-det-foreligger-opplysningsplikt-til-barnevernstjenesten>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Henta 06.09.2019 frå:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6

Holtan, M. (2011). *Hjertetru*. Henta 25.09.19 frå:

https://www.google.no/search?source=hp&ei=GU6LXcf4B_eIk74P_PO24Ak&q=hjertetru+tekst&oq=hjertetru+tekst&gs_l=psy-ab.3..0.1676.3606..4106..0.0..0.106.1132.14j1....2..0....1..gws-wiz.....0i131j0i30.nV3KS1WMm3g&ved=0ahUKEwiH6buD7uvkAhV3xMQBHfy5DZwQ4dUDCAU&uact=5

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I Kristoffersen, N. J., Noretvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (Red). *Grunnleggende sjukepleie, bind 3*. (s. 15-64). (3.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Langballe, Å. (2011). *Den dialogiske barnesamtalen*. Henta 25.09.19 frå:
<https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/den-dialogiske-barnesamtalen-hvordan-snakke3.pdf>

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie, medisin*. Oslo: Tano.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Gyldendal Norsk Forlag.

Myhren, L. & Steinsbekk, S. (2000). *Avdekking av seksuelle overgrep mot små barn*. Fagbokforlaget.

Myhre, M. C. (2016). Helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevd omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. I Hauge, M. I., Schulz, J. H., & Øverlien, C. (Red). *Barn, vold og traumer*. (s. 169-182). Oslo: Universitetsforlaget.

Nordhaug, I. (2018). *Kva ser vi kva gjer vi?* Fagbokforlaget.

NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 04.10.19 frå:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Søftestad, S. (2008). *Avdekking av seksuelle overgrep: veier ut av fortielsen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Søk og skriv. (2017). *IMRoD-modellen*. Henta 15.06.19 frå:

<https://sokogskriv.no/skriving/struktur-og-argumentasjon/imrod-modellen/>

Thorkildsen, I. M., (2015). *Du ser det ikke før du tror det*. Vigmostad & bjørke.

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Tiltak ved mistanke om seksuelle overgrep og fysisk mishandling av born

Tiltak ved mistanke

Tiltak ved mistanke om seksuelle overgrep mot barn (6):

- Dokumentere eventuelle utsagn og/eller andre symptom som gir grunn til mistanke
- Ta evt. kontakt med Sosialpediatrisk seksjon, OUS, Ullevål 23015510 eller Barnemottak 23015500
- Medisinsk undersøkelse/differensialdiagnoser gjøres av kompetent personell – sosialpediatrisk seksjon/barnemottak – sporsikring (vanligvis i saker hvor politiet er koblet inn), eksempelvis biologisk spormateriale, blodprøver, mikrobiologiske prøver og foto-/videodokumentasjon
- Sporsikring må skje snarest mulig innen 24 timer (4) hos barn før pubertet, ofte settes grensen på 72 timer etter pubertet (avhengig av overgrepets art).
- I tilfelle sporsikring kan bli aktuelt, bør barnet ikke spise, drikke eller gå på toalettet før undersøkelsen er gjort. Om trengende samles den første urinen etter overgrepet i et glass og medbringes
- Vurder melding til barnevern og/eller politi

Tiltak ved mistanke

Tiltak ved mistanke om fysisk mishandling av barn (6, 16)

- Varsle politi og barnevern slik at de kan iverksette arbeidsoppgaver parallelt med våre helseundersøkelser.
- Dokumenter funn ved undersøkelser (foto, røntgen, video)
- Anamnese og foresattes forklaring skal dokumenteres grundig.
- Alle funn skal dokumenteres godt i et språk som kan forstås av ikke-medisinere.
- Skader skal beskrives med detaljert utseende, størrelse og lokalisasjon i journalen.
- Alle skader skal fotodokumenteres (bruk linjal ved behov)
- Dokumentere utsagn
- Vurdere melding til barnevern og politi; se prosedyre: [Mishandling, overgrep eller omsorgssvikt av barn - bekymring, mistanke og melding](#)

8.2 Vedlegg 2: Pico-skjema

Comparison vart ikkje nytta her, då det ikkje var relevant for problemstillinga i oppgåva.

P (Patient)	I (Intervention)	O (Outcome)
Sjuepleie i møte med seksuelle overgrep og vald mot born	Seksuelle overgrep og vald	Sjuepleie Erfaringar Kunnskap Ansvar
Nurse in the face of sexual abuse and violence against children	Sexual abuse and violence	Nursing care Experience Knowledge Responsibility

8.3 Vedlegg 5: Litteraturmatriser

Litteraturmatrise 1: Eriksson, U. B., Kraft, L. E., & Rahm, G. (2017). *School nurses avoid addressing child sexual abuse*

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Funn	Relevans for oppgåve?
-----------	------------------	------------------------	--------	------	--------------------------

<p>Eriksson, U. B., Kraft, L. E., & Rahm, G. (2017). <i>School nurses avoid addressing child sexual abuse</i>. The Journal of School Nursing 2017, Vol. 33(2) 133-142</p>	<p>Hensikt: Hensikta med denne studien var å utforske korleis helsesjukepleiarar møter born som har blitt utsett for seksuelle overgrep, og deira evne til å oppdage og støtte desse borna.</p> <p>Problemstilling:</p>	<p>abuse, mental health, middle/junior/high school, school nurse knowledge/perceptions/self-efficacy, qualitative research</p>	<p>Kriterier: Det kom ikkje fram at det var nokon kriterier.</p> <p>Utval: Blant deltakarane var det 23 kvinnelege helsesjukepleiarar med ein alder mellom 46-67 år. Desse hadde tilfredsstillande erfaring og kunnskap, og frå 3-38 år med erfaring.</p> <p>Datasamling: Studien nytta kvalitativ metode for å få ei djupare forståing av temaet. Denne studien er ein sekundæranalyse av data som vart samla for å avdekke sjukepleiarar si evne til å avdekke og støtte born som var misbrukt. Det vart nytta fokusgruppeintervju leda av ein moderator, som intervjuar utifrå ein tematisk intervjuguide. Intervjua varte rundt to timar, og vart tatt opp og transkribert. Intervjua hadde og ein transkriptør som kunne gjenta påståander etter intervjuar slik at intervjuobjekta kunne bekrefte eller avkrefte påstandar.</p> <p>Dataanalyse: for å få ei forståing vart det gjennomført ei tematisk analyse ved hjelp av retningslinjene til Braun og Clarke (2006)</p>	<p>*Funna i studien vart delt inn i dei fire hovudpunkta; «unngåelse», «oppvisselse av sterke kjensler», «avsløringsprosessen» og «ambivalens hos helsesjukepleiarar».</p> <p>*Studien avslørte at helsesjukepleiarane hadde ein indre vegring mot å mistenke seksuelle overgrep mot born. Dei føretrakk verken å tenkje eller prate om det.</p> <p>*Det kom fram at det var ei usikkerheit rundt å våge å tru barnet eller å tolke det som noko anna.</p> <p>*Når born hadde vist teikn til seksuelle overgrep, blei det ofte tolka som andre årsaker enn seksuelle overgrep.</p> <p>*Det kom fram at det blei sett på som eit tabuområde kvar ein blei involvert i familiars private atmosfære.</p> <p>*Dersom overgrepet hadde skjedd innad i familien vart det sett på som veldig vanskeleg å ta opp. Det var oppfatta som enklare å takle dersom det hadde skjedd «utanfor» familien.</p> <p>*Å avsløre overgrep blei sett på som ein komplisert prosess både for barnet og for sjukepleiaren. *Born avslør sjeldan sjølv at dei vert utsett for seksuelle overgrep, og sjukepleiarane syns det var vanskeleg å oppdage teikn kring dette.</p>	<p>Artikkelen er relevant for problemstillinga fordi den utforskar korleis helsesjukepleiarar møter born som har blitt utsett for seksuelle overgrep, samt deira evne til å oppdage og støtte desse borna.</p>
---	---	--	--	---	--

		<p>Etisk godkjenning: Forskinga fekk godkjenning frå den etiske forskingskomiteen i Uppsala.</p> <p>study was approved by the Ethical Research Review Board in Uppsala (Dnr 2013/ 160).</p>	<p>*Born nytta ofte verbale og non-verbale forteljingar, då mange born syns det var vanskeleg å setje ord på. På ei anna side kunne dei også gje ei metaforisk beskriving av overgrepet, fråvær og å utsette seg sjølv for risiko.</p> <p>*Sjuepleiarane beskrev at det blei brukt ulike strategiar for å få born til å opne seg opp om moglege overgrep. Teikning, helsedialogar, seksualundervisning og open konsultasjon vart nytta for å avdekke overgrep.</p> <p>*Når born viste teikn til å ikkje ha det så bra, vart dette assosiert med andre årsaker, og ingen spørsmål om seksuelle overgrep blei stilt.</p> <p>*Sjuepleiarane i studien var sjølvkritiske og meinte at de ved mange anledningar burde ha handla på ei anna måte ved å stille litt andre spørsmål.</p> <p>*Sjuepleiarane sa dei også sjølv var sårbare og kjende på mangel på støtte og vegleiing.</p>	
--	--	--	--	--

Litteraturmatrise 2: Kraft, L. E. & Eriksson U-B. (2015). The School Nurse's Ability to Detect and Support Abused Children: A Trust-Creating Process

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Funn	Relevans for oppgåve?

<p>Kraft, L. E. & Eriksson U-B. (2015). <i>The School Nurse's Ability to Detect and Support Abused Children: A Trust-Creating Process</i>. The Journal of School Nursing 2015, Vol. 31(5) 353-362</p>	<p>Hensikt: Å utforske korleis helsesjuepleiarar oppdager overgrep mot born og sett i gong støttetiltak. Studien tek for seg kor negative helsemessige konsekvensar det har for den som opplev overgrep, og kor viktig det er med tidleg påvising og førebyggjande tiltak.</p> <p>Problemstilling:</p>	<p>child abuse, child protection, focus groups, grounded theory, health dialogue, school nurse, social relations, trust</p>	<p>Kriterier: For å bli inkludert i studien måtte intervjuobjekta være helsesjuepleiarar ved erfaring frå små og store fylker, frå skuler med varierende aldersgrupper (6-18 år), tilstrekkeleg spesialistutdanning, to år med arbeidserfaring og nytte «the developed health tool» i deira helsedialogar.</p> <p>Utval: For å sikre variasjon vart det gjort eit strategisk utval, slik at ein kunne nå deltakarar som hadde erfaring knytt til problemstillinga i studien.</p> <p>Datasamling: Data vart samla gjennom fokusgruppeintervju hausen 2013. Det blei danna fire fokusgrupper med fire til seks deltakarar per gruppe. Fokusintervjua vart sett på som beste måte å utforske korleis haldningar blir forma og korleis ein kan avdekke, identifisere og forklare gapet mellom teori og praksis. Fokusgruppeintervjua vart gjennomført med ein tematisk guide som dekkar fire ulike temaer, og intervjua blei gjennomført i eit nøytralt/ ufarleg miljø.</p> <p>Dataanalyse: Intervjua vart analysert ved å nytte databasert teoriutvikling, utvikla av Glaser (1998) og inkluderer kontinuerleg koding, kategorisering og konstant samanlikning av indikatorar ein finn i datasamlinga. Dei transkriberte intervjua blei lest og gjenlest av forskarane for å sikre at data som blei koda var representert i avskrifta, for å minske risikoen for partiskhet.</p>	<p>*Born som vert utsett for seksuelle overgrep skulle få støtte gjennom ein tillitsskapande prosess, som inneheldt fire hovudkategorier; «kunnskap og erfaring» som sjuepleiarar tileigna seg gjennom sin utdanning og opplæring. «Å bygge relasjonar» som gjekk på å skape tillit fyrst og fremst til bornet, men også til foreldre, lærarar og andre partar. «Snakke om kjenslege problem» og «førebyggjande tiltak».</p> <p>*Studien avslørte at desse punkta var naudsynte for å oppdage og tolke teikna dersom ein mistenkte overgrep mot born.</p> <p>*Studien understreka kor viktig kunnskap om teikn til misbruk er for helsesjuepleiarar om dei skal avdekke misbruk.</p>	<p>Artikkelen er relevant for problemstillinga fordi den tek for seg korleis ein som helsesjuepleiarar kan oppdage overgrep mot born og deretter iverksette støttetiltak. Studien tek også for seg kva negative helsemessige konsekvenser overgrep har for den som er utsatt for det og kor viktig det er med tidlig påvising og førebyggjande tiltak.</p>
---	--	---	---	--	--

			<p>Etisk godkjenning:</p> <p>Studien vart godkjent av den etiske forskingskomiteen i Uppsala.</p> <p>(Ethical Review Board in Uppsala?)</p>		
--	--	--	--	--	--

Litteratormatrise 3: Skarsaune, K. & Bondas, T. (2016). Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse.

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Funn	Relevans for oppgave?
Skarsaune, K. & Bondas, T. (2016). <i>Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse.</i>	Hensikt: Å beskrive sjukepleiarar si erfaring ved mistanke om bornemishandling i møte med born og deira omsorgspersonar. Problemstilling:	Nurse, Nursing responsibilities, Children, Child abuse, Child maltreatment, Neglect, The battered child syndrome	Kriterier: Kriterier for å delta i studien var at informantane hadde erfaring frå situasjonar der det var mistanke om overgrep eller vald mot born. Utval: Det er gjort eit strategisk utval ved intervju av kvinnelege informantar som har erfaring med å møte born som har vore utsett for barnemishandling. Datasamling: Det vart nytta kvalitativ metode med individuelle intervju av åtte sjukepleiarar med ulik bakgrunn, frå ulike sjukehusavdelingar i Noreg. Tilnærminga i intervjuet var ustrukturerte og ikkje definert på førehand for å best få tak i sjukepleiarar si erfaring. Det vart knytta individuelle intervju fordi det var sett på som meir passande med tanke på tema som skulle utforskast. Dataanalyse: Forskinga hadde eit beskrivande utforskande forskingsdesign som nytta innhaldsanalyse. Dette vart nytta for studien fordi denne tilnærminga var sett som hensiktsmessig for å utforske folk sine erfaringar, handlingar, tankar, forventingar, motiv og haldningar.	*Sjukepleiarane sitt ansvar blei utfordra og i mange tilfelle forsømt når det var mistanke om barnemishandling. Fire tema gjekk igjen i forskinga. *Sjukepleiarane opplev usikkerheit rundt symptom, om korleis dei skulle gå fram og korleis dei kunne dokumentere dette. *Sjukepleiarane var redde for å for å ta feil og redde for kva konsekvensar dette kunne få for bornet, deira familie og seg sjølv. Dei ynskja støtte frå kollegaer og opplevde situasjonen som særst vanskeleg dersom ein ikkje fekk det.	

			Etisk godkjenning: Studien vart godkjent av norsk senter for forskingsdata.		
--	--	--	--	--	--

Litteratormatrise 4: Bjorvatn, B., Grønli, J., Milde, A. M., Nordhus, I. H., Pallesen, S., Steine, I.M. & Winje, D. (2016). Langvarig taushet om seksuelle overgrep.

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Funn	Relevans for oppgåve?
<p>Bjorvatn, B., Grønli, J., Milde, A. M., Nordhus, I. H., Pallesen, S., Steine, I.M. & Winje, D. (2016).</p> <p><i>Langvarig taushet om seksuelle overgrep.</i></p> <p>Tidsskriftet for norsk psykologforeining. Vol 53, nummer 11, 2016, side 888-899</p>	<p>Hensikt:</p> <p>Å gje kunnskap om kva faktorar som har betydning for latenstid, samt kva symptom ein får/har når ein opplev seksuelle overgrep som born.</p> <p>Problemstilling:</p>	<p>childhood sexual abuse, delayed disclosure, predictors and correlates of delayed disclosure</p>	<p>Kriterier: ingen tydelige?</p> <p>Utval: Utvalet besto av personer som hadde opplevd seksuelle overgrep som born.</p> <p>Datasamling: data er samla utifrå data frå 508 informantar som svara på spørjeundersøkinga Longitudinal Investigation of Sexual Abuse (LISA), eit samarbeidsprosjekt mellom universitetet i Bergen og dei fire største sentra mot incest og seksuelle overgrep i Noreg. Brukarar av sentra fekk i 2009 og 2011 tilbod om å bli med i undersøkinga.</p> <p>I alt 458 personer svarte på undersøkinga i 2009, noko som utgjør en svarprosent på 32,7 %. I 2011 vart nye senterbrukarar invitert til å delta, med hensikt å auke det totale atalet respondentar i undersøkinga. Ytterlegare 79 personer deltok, som auka talet på respondentar til 537. For å ivareta anonymitet vart utsendinga av spørjeskjema gjort av tilsette ved sentra.</p>	<p>*Studien tek for seg «latenstid», tida det gjekk frå fyrste gong ein blei utsett for seksuelle overgrep og fram til fyrste gong ein fortalte nokon om overgrepa.</p> <p>*Angst, depresjon, posttraumatisk stresslidning og insomni var symptom som gjekk igjen.</p> <p>*Dei som aldri hadde fortald, eller som venta sær s lenger før dei fortalde nokon om overgrepa, hadde fleire symptom på posttraumatisk stresslidning, alvorleg depresjon, mellommenneskelege problem, samt seksuelle problem.</p> <p>*Gjennomsnittsalder ved fyrste gong man opplevde overgrep var 6,5 år, og 23,3 år fyrste gong ein</p>	

			<p>Dataanalyse:</p> <p>Frekvensanalyser/krystabellar vart nytta for å illustrere samanhengar mellom alder ved første og siste overgrep, varighet av overgrepa og latenstid. Pearsons produkt-moment-korrelasjon vart nytta for å undersøke samanheng mellom latenstid og symptomskårer. For å undersøke prediktorar for lang latenstid vart det nytta hierarkisk regresjonsanalyse med variabelen <i>latenstid</i> som kriteriumvariabel. Prediktorvariablane som vart valt ut var basert på funn av tidelegare studiar.</p> <p>Etisk godkjenning:</p> <p>Studien fekk godkjenning av personvernombodet for forskning, regionale komitear for medisinsk og helsefagleg forskingsetikk og av helsedirektoratet.</p>	<p>fortalde nokon om overgrepa.</p> <p>*Desto yngre respondentane var da overgrepa starta, desto lengre føregjekk dei. Desse funna understrek nødvendigheita av tiltak som kan avdekkje og stoppe overgrep mot born så tidleg som mogleg.</p> <p>*Born syns det var lettare å opne seg om seksuelle overgrep dersom det blei skapa ei anledning til å fortelje.</p> <p>*Seksuelle overgrep bør rutinemessig kartleggjast i helseinstansar.</p>	
--	--	--	--	--	--

Litteratormatrise 5: Fløtterud, E. (2017). Tørr du spørje?

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Funn	Relevans for oppgåve?
Fløtterud, E. (2017). <i>Tørr du spørje?</i> Ikkje publisert i noko tidsskrift?	Hensikt: Å finne ut kva erfaring og refleksjonar pedagogiske fagpersonar i barneskulen har frå bekymringssamtaler med elever, for å oppdage vald og overgrep i nære relasjonar. Problemstilling:	Ingen nøkkelord?	Kriterier: Det var ynskjeleg at informantane skulle ha ei pedagogisk utdanning og arbeide i nær kontakt til elevane. Dei vart og avgrensa til fagpersoner som arbeider med born i aldersgruppa 6-12 år. Det var og naudsynt med erfaringer frå samtaler med born og born som lever med vald og overgrep i nære relasjonar for å unngå synsing. Det var ynskjeleg at informantane skulle representere fleire skuler for å få større variasjonsbredde i svara. Utval: Utvalet består av fire pedagogiske fagpersonar som arbeidar i barneskulen. Datasamling: Datasamlinga vart gjort gjennom ei kvalitativ studie av pedagogar si erfaring frå samtaler med elevar i barneskulen, der det var bekymring for overgrep og vald. Det vart nytta semistrukturerte forskingsintervju for å samle inn data. Dataanalyse: For å sikre systematikk og struktur i analyseprosessen, vart det nytta ein framgangsmåte inspirert av systematisk tekstkondensering. Etisk godkjenning:	Funn: *pedagogar opplev å ha eit profesjonelt ansvar ovanfor dei utsette borna, samt eit sterkt ynskje om å oppdage, ivareta og hjelpe. Hovudelementet som vert dratt fram her er tilgjengelegheit for barna, korleis gje dei anledning til å fortelje. Studia tek for seg den dialogiske samtalemetoden, som er ein systematisk metode utvikla for å prate med born og vanskelege tema. Dette går på å hjelpe barnet til å kjenne seg trygg, delta aktivt i samtalen og forstå hensikt med den, samt at den vaksne kan la vare på og lytte til bornet. *Vaksne må leggje til rette og skape ei anledning for at borna skal tørre å fortelje om og avsløre	

			<p>Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.</p>	<p>overgrep og vald. Dette i form av spontane og planlagde bekymringssamtalar.</p> <p>*Skal elevane tørre å opne seg for dei vektlegg dei å skape trygghet, etablere tillit, være eit medmenneske, samt ein anerkjennande og akseptierende haldning.</p> <p>*Kommunikasjonsferdigheitar relatert til å stille opne spørsmål som sær betydningsfullt.</p> <p>*Det var ein vegring for å spørje born om vald og overgrep i nære relasjonar fordi ein frykta å ta feil.</p> <p>*Pedagogar ynskja ein styrka kompetanse til å oppdage, handtere og snakke med born om overgrep og vald, samt klare retningslinjer for slike samtalar.</p>	
--	--	--	--	---	--

Litteratormatrise 6: Hansen, E. H., Ingebrigtsen, A., Odnakk, G. Sollid, M. F. & Sundt-Schewbs, T. (2019). Helsesøstre har ikke rutinemessig spurt om foreldre utøver vold

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Funn	Relevans for oppgåve?
<p>Hansen, E. H., Ingebrigtsen, A., Odnakk, G. Sollid, M. F. & Sundt-Schewbs, T. (2019).</p> <p><i>Helsesøstre har ikke rutinemessig spurt om foreldre utøver vold.</i></p> <p>Tidsskriftet</p>	<p>Hensikt: Å finne ut i kva grad helsesjukepleiarar spør foreldre om de utøver fysisk vald mot barnet sitt, og kva som skal til for at helsesjukepleiarar kan avdekke slike førehald.</p> <p>Problemstilling:</p>	<p>Barn, Helsestasjon, Overgrep, Tverrsnittstudie, Vold</p>	<p>Kriterier:</p> <p>Utval: utvalet besto av helsesøstre tilsett ved 14 helsestasjoner på Austlandet.</p> <p>Datasamling: Det vart innhenta data gjennom ei kvantitativ spørjeundersøking. Data vart samla inn av helsesøsterstudentar ved vidareutdanninga ved Universitetet i Sørøst-Noreg i anledning ei avsluttande fordjupingsoppgåve i 2015. Spørjeskjema besto av faste svaralternativer basert på kva dei ynskja å få svar på. Det var og lagt inn mogleik til å kome med forslag slik at ein kunne spesifisere dersom ein opplevde at det mangla eit svaralternativ. 14 helsestasjoner på Austlandet vart invitert til å delta.</p> <p>Dataanalyse: Spørjeskjema besto av faste alternativ. På fire av spørsmåla var det mogleik for å legge til fritekst sjølv.</p> <p>Desse forslaga vart systematisert i nye kategoriar som vart koda for analyse og presentert i tabellar.</p>	<p>Funn:</p> <p>*Overgrep og vald er eit tabubelagd tema som vert prega av fortvilelse, skuld og skam.</p> <p>*Dei som opplev overgrepa kjenn på mindre tryggleik, redusert helse og dårleg livskvalitet.</p> <p>*Det har dei siste åra vore ei auke i merksemda rundt plikta om å melde frå ved mistake om fysisk vald mot born.</p> <p>*Førebyggjande arbeid er ei lovpålagd oppgåve for kommunen, og helsestasjonen er ein av dei instansane som syter for at born får hjelpa dei har behov for.</p> <p>*Helsesjukepleiarar spør ikkje rutinemessig om foreldre utøv vald mot born på helsestasjonen.</p>	

Sykepleien			<p>Helsesøsters erfaring var ein variabel som vart fordelt i tre kategoriar. Datamaterialet vart så koda og analysert i SPSS (versjon 22, 2013).</p> <p>Etisk godkjenning:</p> <p>Kan ikkje finne noko i artikkelen? Veit du om den har noko godkjenning eventuelt ikkje treng sidan den er fagutvikling?</p>	<p>*Helsesjokepleiarar ynskjer meir kunnskap og kompetanse kring fysiske overgrep mot born, symptom og teikn.</p> <p>*Det var ingen forskjell mellom helsesøster si arbeidserfaring og i kva grad dei spurte om overgrep/vald.</p> <p>*Fleire meinte at årsaka til at dei ikkje spurte var at det ikkje inngjekk i det anbefalte helseprogrammet.</p> <p>*Opparbeida tillit til familiar blei nemnd som ein viktig barriere for å avdekke vald.</p>	
------------	--	--	--	---	--

