



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	277
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7294
Engelsk tittel *:	I carry so much you cant see- nurse interactions with child maltreatment

Egenerklæring *: Ja

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 41
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Jeg bærer så mye du ikke kan se-
sykepleierens møte med barn som er
utsatt for vold og seksuelle overgrep

I carry so much you cant see- nurse
interactions with child maltreatment.

Kandidatnummer: 277

Bachelor i sykepleie

fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap
Fagseksjon for sjukepleie- haugesund

21.04.2021

sammendrag:

Tittel: Jeg bærer så mye du ikke kan se- sykepleierens møte med barn som er utsatt for vold og seksuelle overgrep

Bakgrunn: Sykepleiere møter barn som er utsatt for vold og seksuelle overgrep på mange arenaer i yrkesutøvelsen. Som sykepleier må en forholde seg til gjeldene lovverk, blant annet helsepersonelloven og barnevernloven. Allikevel viser det statistikken at vold og seksuelle overgrep av barn er underrapportert. Dette gjelder ikke bare av sykepleiere, men befolkningen generelt. Jeg ønsker derfor å belyse dette teamet, og rollen en har som sykepleier i identifisering av vold og seksuelle overgrep mot barn.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til tidlig identifisering av barn som opplever vold og seksuelle overgrep?

Hensikt: Målet med denne oppgaven blir derfor å finne ut om sykepleiere kan bidra til tidlig identifisering av vold og seksuelle overgrep med barn, og hvordan de gjør det.

Metode: For å finne relevant forskning har jeg benyttet litteratursøk som metode. Litteratursøket har resultert i 5 kvalitative forskningsartikler som alle bidrar til å svare på problemstillingen.

Funn: Forskingen og teorien i oppgaven bekrefter at sykepleiere er i en unik posisjon både til å identifisere, avverge og varsle på bakgrunn av hva de ser. Allikevel viser det seg at sykepleiere har en rekke utfordringer som gjør at de ikke våger å sette seg selv i posisjonen som gjør at de kan identifisere volds, og overgrep utsatte barn.

Konklusjon: Resultatet i oppgavene er at sykepleiere mangler støtte og kompetanse for å kunne bidra til tidlig identifisering av vold og seksuelle overgrep.

Summary:

Title: I carry so much you cant see- nurse interactions with child maltreatment

Background: As a practicing nurse you encounter children who have been a victim for child maltreatment on many aereas. As a practising nurse you are abliged to follow the laws and guidelines involing childrene ant healthcare providers. Statistics shows that there is an underrapporting of child maltreatment, not only by nurses, but the general public. I want to shred a light on why there is an underrapporting, and the nurses role on identifying child maltreatment.

Problem: How can a nurse contribute in early identification of child maltreatment?

Purpose: The goal of this assignment is to find out if, and how a nurse can identify child maltreatment at an early time.

Method: I have used literature study as a method, which has led to five qualitative papers that can help find an answer to my problem.

Findings: Both the papers I have used in this assignment and the theory shows that nurses are in a unique setting to help identify child maltreatment. Although they are in a unique position, many nurses fail to encounter the children in a way that makes nurses be able to identify child maltreatment, this is due to the nurses' fear of making a mistake.

Conclusion: Nurses need more support both for their colleagues and their leaders. It also shows that nurses feel they don't have the knowledge needed to act on their suspicions.

Innhold

1.0 Introduksjon	5
1.1 Bakgrunn:	5
1.2 Vold og seksuelle overgrep	5
1.3 Psykososiale forhold og utvikling	6
1.4 Følelsesmessige uttrykk og adferd	7
1.5 Fysiske tegn og signaler	8
1.6 Relasjon/samspill mellom foreldre og barn	9
1.7 Lowverk:	9
1.8 Hensikt:.....	10
1.9 Problemstilling:.....	10
1.9.2 Avgrensing:.....	10
2.0 Metode:	11
2.1 Litteraturstudie som metode:	11
2.2 Litteratur-søk og valg av litteratur:	12
2.3 Resultatmatrise:	13
2.3 kildekritikk og etiske aspekter ved forskning:	15
3.0 Resultat og presentasjon av forskningsartikler:	16
3.1 Artikkel 1.....	16
3.2 Artikkel 2.....	16
3.3 Artikkel 3.....	17
3.4 Artikkel 4.....	17
3.5 Artikkel 5.....	18
4.0 Diskusjon	18
4.1 Sykepleierens unike posisjon.....	18
4.2 Manglende kompetanse.....	21
4.4 Frykt for konsekvensene	22
4.5 Barnets beste og varslingsplikt.....	23
5.0 Konklusjon	25
6.0 Referanseliste:	25
7.0 Vedlegg	30
7.1 Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie.....	30

“JEG BÆRER SÅ MYE DU IKKE KAN SE”

*Jeg bærer så mye du ikke kan se
Jeg eier en fortid som tynger meg ned
Det voksne gjorde mot meg som et barn
det holder meg fanget og låst i et garn.*

*Du ser at jeg sliter, men slår blikket ned
og velger det vekk – det er lettere det
Jeg prøver å si det, men får det ikke fram
for ordene stoppes av skyld og av skam.*

*Jeg bærer en bær på en endeløs vei
- behøver din hjelp for å frigjøre meg.
Så våg å være voksen, jeg trenger deg nå*

Og spør meg:

”Men kjære, hva bærer du på?”

*For DA kan jeg svare og lette min bær
til deg som en voksen – fordi at du tør
å møte min gråt og min skadede sjel
Først da kan jeg leges, først da blir jeg hel!*

Gjengitt med tillatelse fra forfatteren.

Tina Vårum

Krisesenteret i Follo

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn:

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer vold som forsettlig bruk, eller trussel om bruk av fysisk makt eller tvang. Dette kan være rettet mot en selv, andre enkeltpersoner eller en gruppe. Resultatet kan være, eller har høy sannsynlighet for å resultere i, død, fysisk eller psykisk skade, eller mangelfull utvikling (WHO, 2021). I WHOs voldsbegrep, child maltreatment, inngår både fysisk vold, seksuelle og psykiske overgrep og omsorgssvikt. De rapporterer at så mange som 1 av 2 barn i alderen 2-17 år har opplevd vold de siste året (WHO, 2021). Videre skriver Helsenorge at vold også kan være seksuell vold, som voldtekt, incest eller uønsket beføling (Helsenorge, 2018).

I følge regjeringen sin rapport om vold og seksuelle overgrep mot barn og unge forteller barn sjeldent om vold og overgrep på eget initiativ. Dette viser seg særlig om overgrepene skjer i nær familie. De skriver videre at det kan være utfordrende å avdekke dette, og at det kan skyldes manglende kompetanse på hvilke signaler barn gir om vanskelige hjemmesituasjoner, og manglende kunnskap om hvordan man kan spørre barn om de opplever vold og overgrep. Mye tyder på at tidlig identifisering av vold mot barn ikke er god nok. Vold og seksuelle overgrep som ikke oppdages, kan naturlig nok heller ikke stoppes (Barne- og familiedepartementet 2021).

En rapport publisert i 2019 viser til at så mange som en av fem barn har opplevd vold i nære relasjoner, men at bare halvparten av disse har fortalte noen om det (Hafstad & Augusti 2019). Historien om Christoffer i 2005 er et eksempel på hvilke fatale konsekvenser det kan få om ikke samfunnet bryter inn og taler barnets sak ved mistanke om vold og overgrep.

1.2 Vold og seksuelle overgrep

I engelsk litteratur brukes begrepet child maltreatment om barn som blir utsatt for direkte fysisk barnemishandling, er eksponert for eller vitne til vold i nære relasjoner eller er utsatt for seksuelle overgrep, emosjonelle overgrep og forskjellige typer omsorgssvikt (Myhre, 2016, s 100). På Norsk har man ikke et godt ord som dekker det samme innholdet. Barn som er utsatt for flere typer krenkelser beskrives som polyviktimserte (Myhre, 2016, s.100). Jeg velger derfor å bruke begrepet child maltreatment videre i oppgaven, nettopp fordi det ikke finnes et godt ord på norsk som omfavner det samme innholdet.

Tegn og signaler på at et barn lever i en risikosituasjon kan variere ut i fra alder og utviklingsstadium. Om et barn viser tegn til mistriivsel, eller endring i atferd ut fra det som forventes for gitt alder og utviklingsstadium, kan være tegn på at barnet lever i en risikosituasjon (Bufdir 2019).

Barn kan fremvise et stort spekter av symptomer og tegn som kan ha sammenheng med vold og seksuelle overgrep. Allikevel er ingen av disse symptomene eller tegnene helt entydige eller så karakteristiske at det kun er vold og overgrep som kan forklare dem, men noen er vanligere enn andre (Myhre, 2016, s. 102).

1.3 Psykososiale forhold og utvikling

Barn som strever med sosiale forhold, og vanskeligheter med å knytte relasjoner, og som ofte lett kan bli involvert i mobbing, både som utøver og offer (Myhre, 2016 s, 103). Barn som opplever vold eller seksuelle overgrep kan også ha en forsinket utvikling, eller retardert utvikling (Bufdir, 2019). Plagene man kan ha etter traumatisering, avhenger av hvilke livsperiode den inntreffer, hvilken sosial og psykologisk situasjon man er i og hvilken hjelp som tilbys etterpå (Varvin, 2018, s. 450). Det er blitt klart at traumatisering i barndommen, i form av incest, overgrep, tap eller separasjonstraumer er en medvirkende årsak til psykiske lidelser som ofte først blir diagnostisert senere i livet (Varvin, 2018, s. 450).

Eriksons utviklingsteori forteller noe om hvordan barns normalutvikling kan forstås, og hvilke utviklingsfaser barnet gjennomgår.

Den første fasen en går igjennom går fra barnet er født og til ca. 1,5 år. I denne fasen utvikler barnet enten en grunnleggende tillit, eller en grunnleggende mistillit. Han skriver at en grunnleggende tillit utvikles om barnet er omgitt av stabile omsorgspersoner som imøtekommer barnets behov. Om omsorgspersonene har en atferd som er forutsigbar, bidrar det til at barnet opplever verden som en trygg plass å være. Omsorgspersonene må også kunne dempe ubehag hos barnet, som ved sult og smerte, dette for at barnet skal få en følelse av å være verdifull og utvikle grunnleggende tillit til seg selv og omverden (Erikson referert i Renolen, 2010, s.87). Et barn som ikke blir møtt på disse behovene, men isteden opplever vold og eller seksuelle overgrep vil derfor utvikle en grunnleggende mistillit (Erikson refert i Renolen, 2010, s. 86). Samtidig vil barn som utvikler mistillit vil kunne ha vansker med å knytte nære sosiale relasjoner til andre senere i livet. Når barnet ikke får opplevelsen av mestring, kan det oppleve skyld som følge av sine handlinger. Det kan vises

igjen senere som svært forsiktig og tilbakeholdent, eller bli lydige og «veltilpasset» (Håkonsen, 2014, s.56-57).

Erikson mener at grunnholdningen autonomi eller skam og tvil utvikles i fasen mellom 1,5 år til 3-4 (Erikson referert i Renolen, 2010, s.88) Barnet vil ha et behov for å være selvstendig når det utforsker omgivelsene, og vil helst bestemme alt selv. I denne fasen er det ikke alt barnet mestrer, og det blir derfor viktig at omsorgspersonen gir barnet rimelige grenser. For få eller manglende grenser fører til at barnet stadig blir utsatt for situasjoner det ikke mestrer, og kan begynne å tvile på seg selv.

mellom 3-4 og 5-6 år går det over i initiativfasen. Her vil barnet utvikle grunnholdningen initiativ eller skyldfølelse (Erikson referert i Renolen, 2010, s. 88). Initiativ er kjennetegnet ved en positiv respons på utfordringer, å ta ansvar, å lære nye ferdigheter og en opplevelse av mening. På den andre siden vil et barn som til stadighet opplever straff, kan unngå å ta initiativ for å slippe ubehaget som skyldfølelsen medfører (Erikson referert i Renolen, 2010, s. 89)

I ferdighetsfasen som strekker seg fra barnet er 5-6 år og frem til puberteten kjennetegnes ved grunnholdninger som følelsen av å være kompetent eller følelsen av mindreverd (Erikson referert i Renolen, 2010, s.89). Det sosiale nettverket til barnet utvides når det begynner på skolen, og det der får nye venner som har stor betydning for videre psykososial utvikling. Opplevelse av mestring, både faglig og sosialt er viktig for barnet.

Den siste fasen som er relevant i denne oppgaven har Erikson kalt puberteten.

Grunnholdningen som utvikles i denne fasen er enten egoidentitet eller rolleforvirring (Erikson referert i Renolen, 2010, s.89) *Egoidentitet betyr å vite hvem du er, og hvordan du passer inn i resten av samfunnet.* Det kreves at en setter sammen alt en har lært om livet og deg selv til et helt bilde. Han skriver videre at resultatet for mange kan bli rolleforvirring, noe som er et uttrykk på at ungdommen ikke er trygge på sin rolle og identitet (Erikson referert i Renolen, 2010, s.90).

1.4 Følelsesmessige uttrykk og adferd

Ved barn som strever med følelser og adferd kan dette være et symptom bilde på underliggende vold eller seksuelle overgrep. Det samme gjelder barn som er svært urolige eller sliter med å følge med på skolen, eller barn som er utagerende og aggressive. Dette kan

være et resultat av skjevutvikling i hjernen som kan knyttes til opplevelser med vold og overgrep (Myhre, 2016, s.103). Når barn som fremstår deprimerte, triste og har lav selvtillit bør en også utforske muligheten for de kan oppleve vold eller seksuelle overgrep (Myhre, 2016 s. 103). Disse tegnene og symptomene kan ha andre årsaker, men en bør allikevel ta disse på alvor for å kunne avdekke eventuelle overgrep og vold

Barna kan oppleve stor skam og skyldfølelse, spesielt ved tabubelagte krenkelser som seksuelle overgrep. I disse situasjonene er det ofte at overgriper setter barnet i en situasjon hvor de føler et medansvar for det som skjer, for eksempel ved å gi barnet gaver eller spille på at det var barnet selv som tok initiativ eller hadde glede av handlingene (Myhre, 2016, s.104) Å bryte ned barnets selvfølelse og verdi blir derfor en sentral komponent i mange former for overgrep (Myhre, 2016, s. 104). Et annet tegn kan være en lært seksualisert atferd. En skiller mellom seksuell atferd som er en normalatferd og er ofte et uttrykk for barnets utforskning av egne kjønnsorganer, og egen seksualitet. En lært seksualisert atferd kan være et tegn på at barnet er blitt seksuelt krenket. Man kan si som en regel at om atferden inneholder elementer som *tvang, overgrep eller smerte, er av penetrerende karakter, foregår hyppig og det er stor aldersforskjell på de involverte barna, bør atferden vekke bekymring* (Myhre, 2016, s.104).

1.5 Fysiske tegn og signaler

Begrepet «giftig stress» kan forstås som hyppige eller langvarige negative livsopplevelser, som det å vokse opp i et hjem preget av vold og overgrep. Dette giftige stresset kan være skadelig for immunsystemet og hormonsystemet, og skadene kan være langvarige. Skadene kan komme til syne i et komplekst sykdomsbilde, og kan gi opphav til epigenetiske forandringer. Epigenetiske forandringer kan forklares som en mekanisme kroppen bruker for å «skru av og på» gener (Myhre, 2016, s. 102). *Selvet genet er konstant og uforandret, men de epigenetiske mekanismene gjør at informasjonen i enkelte gener blir omsatt til proteiner og tatt i bruk av cellene, mens informasjonen i andre gener blir «skrudd av» og ikke tatt i bruk.* (Myhre, 2016, s.102). Smerter er et symptom som ofte ses hos barn som er utsatt for vold og seksuelle overgrep, dette kan være barn som har vondt i hode, vondt i magen eller muskulære smerter i rygg og bryst. Spesielt vondt i magen kan ses på som et vanlig helseproblem hos voldsutsatte eller barn som opplever seksuelle overgrep. Dette kan vise seg i kombinasjon med forstoppelse, enkoprese eller vannlatingsproblemer. Smerter i

kjønnsorganer, spesielt smerter ved vannlating kan være et problem assosiert med seksuelle overgrep (Myhre, 2016, s. 105). Når en ser på skader hos barn kan en bruke ordtakene «a child who dont cruise don't bruise». Med dette mener en at et barn som ikke er begynt å krype eller gå heller ikke skal ha blåmerker. Videre når barnet blir mer aktivt vil en se flere blåmerker på grunn av lek og uhell, disse finner vi oftest på barnets fremside, og over beinene fremspring, spesielt da foran på knær og legger. En skal reagere på blåmerker som har form av avtrykk, for eksempel etter en hånd eller gjenstand. Et stort antall hudskader, eller skader av forskjellig alder kan også være med på å styrke mistanken om at skadene er påført (Myhre, 2016, s. 109).

1.6 Relasjon/samspill mellom foreldre og barn

Det er mange ulike faktorer som har innvirkning på foreldres omsorgsfunksjon, og dermed barnas trivsel og vekst. Barn som lever i en omsorgssituasjon preget av rus, psykisk sykdom og/eller vold og konflikter mellom foreldrene er i risiko for negativt samspill mellom foreldrene. Når man observerer samspillet mellom foreldre og barn kan dette gi verdifull informasjon om barnets omsorgssituasjon og eventuelt styrke mistanke om vold og seksuelle overgrep. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatiskstress (NKVTS) skriver at risikofylt atferd hos omsorgspersoner kan være at de oppsøker helsehjelp sent, er uvanlig oppfarende eller argumenterende eller truende. Omsorgspersoner som ikke klarer å sette barnas behov over sine egne, eller innrømmer påført skade, men ofte bare delvis. Eller viser likegyldighet til barnet og mangler medfølelse og gir barnet mangelfull respons. Ved samspill mellom barn og deres omsorgsperson må en også være oppmerksom på om omsorgsperson uttaler seg negativt om barnet, gjør narr eller har urealistiske forventninger til barnet, for eksempel til mestring i undersøkelsessituasjon, eller om det kommer til uttrykk gjennom samtale. Andre varseltegn er om omsorgsperson nekter å la barnet ha samtale uten foreldre under legekonsultasjon, eller om omsorgsperson er involvert i annen type seksuell atferd. Eksempel på dette kan være besittelse og bruk av overgrepsmateriale av barn, eller seksuelle krenkelse mot andre enn egne barn (Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatiskstress, 2018).

1.7 Lovverk:

Helsepersonelloven §21. skriver at helsepersonell skal hindre at andre får tilgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold, eller andre personlige

forhold som de får vite om på grunn av at de er helsepersonell. (Lovdata, 1999). §23 viser til begrensninger i taushetsplikten, og omhandler blant annet at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt. § 25. viser også til at helsepersonell kan utlevere taushetsbelagte opplysninger til annet samarbeidende personell når det anses nødvendig for å kunne gi forsvarlig hjelp, med mindre pasienten motsetter seg dette. Dette gjelder også om det er nødvendig å ivareta behovene til pasientens mindreårige barn eller søsken (lovdata, 1999). §33 omhandler opplysningsplikt til barnevernet, og er særs relevant å tekke inn i denne oppgaven. Helsepersonell skal uten hinder av taushetsplikten melde fra til barnevern når det er grunn til å tro at barn bli eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt. Molven skriver at når helsepersonell har en mistanke om at et barn lever i en situasjon hvor de er utsatt for omsorgssvikt, har helsepersonellet en rettslig plikt til å melde fra til barnevernet (Molven, 2019) En skal også melde til barnevernstjenesten om det er grunn til å tro at et barn har en alvorlig sykdom eller skade, og ikke kommer til behandling, eller om et barn viser alvorlige atferdsvansker i form av alvorlig eller gjentatt kriminalitet (lovdata, 1999).

1.8 Hensikt:

Hensikten med denne oppgaven blir å belyse temaet, vold og seksuelle overgrep hos barn og unge. Dette er et globalt problem som en som sykepleier vil komme borti, enten fordi en jobber direkte med barn, eller fordi en har foreldrene som pasienter. Jeg ønsker med denne oppgaven å øke min egen kompetanse til å kunne identifisere, og for å kunne handle på bakgrunn av mistanke.

1.9 Problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til tidlig identifisering av barn som opplever vold og seksuelle overgrep?

1.9.2 Avgrensing:

Jeg ønsker å spisse oppgaven til barn som opplever vold og overgrep i nære relasjoner, enten av foreldre eller søsken som bor i samme husstand, og hvilken rolle sykepleier kan ha for å avdekke disse tilfellene.

2.0 Metode:

2.1 Litteraturstudie som metode:

Metoden forteller oss noe om prosessen for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2013, s111). I denne oppgaven er litteraturstudie hoved metoden som er brukt. Ved bruk av litteratur studie finner man allerede utgitt materiale, søker systematisk, gransker dette kritisk og sammenligner litteraturen. Polit og Beck (2010) skriver at en litteraturstudie handler om å formulere en problemstilling, deretter lage en plan for hvordan man samler inn informasjon, analyserer, og til slutt drøfter og tolker den informasjonen man har samlet inn. Resultatene av litteraturstudiet har ført til funn av flere kvalitative forskningsartikler. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2013, s 112). Spesielt med kvalitative metoder er at de ønsker å få frem best mulig gjengivelse av den kvalitative variasjon, samtidig som de går i dybden og gir mange opplysninger om få undersøkelsesenheter (Dalland, 2013, s.113). Ved kvalitativ forskning er det også et mål å få frem det som er spesielt, eventuelt avvikende. Intervjuet er preget av fleksibilitet, uten faste svaralternativ og har ustrukturerte observasjoner (Dalland, 2013, s. 113). Datasamlingen skjer i direkte kontakt med feltet og tar sikte på å få frem sammenheng og helhet, fremstillingen tar sikte på å formidle en forståelse (Dalland, 2013, s 113). For å konkretisere problemstilling har jeg brukt PICO som hjelpemiddel.

Tabell 1:

	Norske ord	MeSH (emne ord)
Population/problem	Barn som opplever vold og seksuelle overgrep	Child neglect, child maltreatment, child abuse
intervention	Økt kunnskap hos sykepleiere	Nurse role, nurse intervention
comparator		
Outcome/Resultat	Tidligere identifisering av vold og overgrep	Early identification

2.2 Litteratur-søk og valg av litteratur:

Jeg har utført et innledende artikkelsøk i Cinahl, Chrocrane Library og Swemed, med mange resultater. Myhre skriver at i en snever forstand dreier begrepet «child maltreatment» seg om barn som blir utsatt for direkte fysisk barnemishandling, mens en mer utvidet forståelse inkluderer også barn som er eksponert for eller er vitne til vold i nære relasjoner, og i en enda mer utvidet forstand inkluderes barn som er utsatt for seksuelle overgrep (Myhre, 2016, s. 133-134). Dette begrepet dekker derfor et stort område, som er vesentlig for å kunne belyse problemstillingen i oppgaven.

Tabell 2:

Søkeord:	Cinahl:	PubMed	Swemed	Medline	Leste artikler	Inkluderte artikler
Nurse or nurse role or nurse-patient role #1						
Child abuse or neglect #2	15508	44	510	536	3	-
Child maltreatment#3	10930	17153	431			
Nurse#1 and child abuse or neglect	463	23	24	235	17	1
Nurse #1and child maltreatment#3	317	1741	20	107	23	3

Tabell 3:

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Problem	<ul style="list-style-type: none"> - Kunnskapen sykepleier trenger for å avdekke omsorgssvikt - Sykepleiere sine opplevelser knyttet til temaet 	<ul style="list-style-type: none"> - Følger av omsorgssvikt - Tiltak som kan gjøre konsekvensene av omsorgssvikt mindre
Studiedesign	- Alle typer studiedesign	- Uttalelser som ikke følger forskningsdesign
Informanter	Helsepersonell generelt, men fokus på sykepleiere uavhengig av kjønn, alder, nasjonalitet og videreutdanning. I tillegg til barns egne erfaringer, der det er mulig.	Barneverns personell og sosialarbeidere. Dette fordi det ikke besvarer problemstilling i forhold til sykepleierens rolle.
Språk	Skandinaviske(?) eller engelskspråklige studier	Artikler på andre språk enn de inkluderte
Årstall	5 år eller nyere. 2015/16-2021, (med unntak av en artikkel publisert i 2005)	Eldre en 5 år. utgitt før 2015/16

2.3 Resultatmatrise:

Tabell 4:

Forfatter og utgivelsesår	land	Metode:	Hensikt	deltakere	resultat
Lines, M.L.E, Grant, J.M &Hutton, A (2020)	Australia	Kvalitativ studie	Kartlegge hvordan sykepleier responderer og jobber med familier ved mistanke eller bekreftet child maltreatment	21 sykepleiere som jobber med barn	Sykepleiere er i en unik posisjon til å kunne identifisere vold og seksuelle overgrep, samtidig som en kan fortsette et relasjonelt arbeid med foreldrene for å tale barnas sak.
Dahlbo,M., Jakobsson, L & Lundqvist P. (2017)	Sverige	Kvalitativ studie	Kartlegge sykepleierens erfaringer i møte med familier hvor en enten mistenker child maltreatment, eller dette er identifisert.	8 sykepleiere mellom 35-62 år. Erfaringer mellom 10-41 år.	Sykepleiere befinner seg i en unik posisjon for å kunne avdekke, identifisere og rapportere vold og seksuelle overgrep. Allikevell rapporteres mindre en 50% av tilfellene. Sykepleierene forteller at de har manglende kunnskap for å kunne rapportere om dette.
Jensen, T.K., Gulbrandsen, W., Mossinge, S., Reichelt, s & Tjersland, O.A (2005)	Norge	Kvalitativ studie	Kartlegge hvilke omstendigheter som ska til for at barna selv skal kunne fortelle om vold og seksuelle overgrep	Intervjuer av 20 familier, med totalt 22 barn.	Barna er redde for å bli missforstått. De trenger trygge rammer og støttende struktur for å kunne fortelle om vold og seksuelle overgrep.
Lines, L, Grant. J & Hutton. A. (2018)	Australia	Scoping review	kartlegge omfanget av arbeid som sykepleiere utøver for å beskytte barna, og hvilke type arbeid som er mest hensiktsmessig	41 studier fra totalt 7 land. CINAHL, Medline, Scopus, Web of Science) and grey literature were searched	32 av studiene viser at sykepleier er i en god posisjon til å kunne forhindre. Sykepleiere er også i en posisjon til å avdekke og respondere på vold og seksuelle overgrep. Det viser seg at sykepleiere har for lite kunnskap og ikke er trygge nok til å kunne handle.

Skarsaune, K & Bondas T (2015)	Norge	Kvalitativ studie	Beskrive sykepleierens erfaringer ved mistanke om mishandling.	8 sykepleiere	Sykepleiere er i en unik posisjon til å kunne identifisere og iverksette tiltak, men frykter konsekvensene for å handle feil. De forteller også at de både mangler kunnskap, og støtte fra kollegaer.
--------------------------------	-------	-------------------	--	---------------	---

Jeg har også benyttet sekundære søk på bakgrunn av funn både fra regjeringen og Bufdir, som også er med både for å konkretisere problemstillingen, men også for å få frem relevant forskning og planer nasjonalt. Resultatet av dette søket førte til at jeg fant en rapport av Hafstad & Augusti gjort i 2019. Jeg har også funnet en del stoff både fra Bufdir, Regjeringen, Stinesofiestiftelsen og nettsiden NKVTS.no som er et nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatiskstress som jeg ønsker å trekke inn i oppgaven min for å belyse temaet.

Dette søket førte også frem til en norsk forskning av Jensen, Gulbrandsen, Mossinge, Reichelt, & Tjersland som viser til hvor vanskelig det kan være for barn å fortelle om seksuelle overgrep, spesielt om dette forekommer i familien. Dette er den eldste forskningen som blir brukt i oppgavene, men da det ikke foreligger relevant ny forskning fra Norge som belyser temaet i denne oppgaven har jeg valgt å ta denne med.

2.3 kildekritikk og etiske aspekter ved forskning:

Kunnskapsdepartementet skriver at forskere og forskningsinstitusjoner har et lovfestet ansvar for å sikre at all forskning skjer i henhold til forskningsetiske normer. Videre er det regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningskomite (REK) som vurderer alle forskningsprosjekter som inkluderer mennesker, eller menneskelig materiale (Kunnskapsdepartementet, 2020). De generelle retningslinjene for forskningsetikk er fulgt i de inkluderte artiklene. De generelle retningslinjene sier noe om at informantene har samtykket til forskningen, og at deltakerne er anonymisert (De nasjonale forskningsetisk komiteene, 2019).

Kildene og forskningen som er brukt i denne oppgaven er hentet fra anerkjente søkemotorer, og søkebasen som er anbefalt fra studiestedet. Forskninger er også blitt vurdert ut i fra helsebiblioteket sin sjekkliste for kvalitativ forskning og er fagfellevurdert

(peer review). (Dalland & Trygstad, 2013, s. 78) Forfatterne av forskningen i denne oppgaven har alle publisert forskning tidligere, og flere av forfatterne er nevnt i annen forskning eller fagartikler. Samtlige forskningsartikler som er inkludert i oppgaven er oversatt fra engelsk, noe som kan føre til at noe informasjon har gått tapt i oversetningen.

3.0 Resultat og presentasjon av forskningsartikler:

3.1 Artikkel 1

Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse

Kari Skarsaune og Therese Bondas

Målet med denne studien var å beskrive sykepleiere sine erfaringer da de hadde mistanke om barnemishandling i møte med barn og deres familier i ulike helsesammenhenger. De viser til at sykepleiere er i en unik posisjon til å stoppe, identifisere og iverksette tiltak ved mishandling mot barn. Dette fordi en som sykeleier møter familien og barna i ulike helsefaglige sammenhenger. Sykepleierne forteller at de opplevde at det var utfordrende, både når de valgte å rapportere om mistanken, men også de tilfelle hvor de ikke rapporterte videre. Dette førte til at de stilte spørsmål ved sine egne observasjoner, og var redde for konsekvensene ved å rapportere. Samtidig opplevde sykepleierne lite støtte fra kollegaer og ledere. De opplevde at deres kunnskap om tegn på mishandling, dokumentasjonen og rapportene var mangelfulle, og ikke gode nok. Dette er et tydelig tegn på at sykepleiere trenger mer kunnskap om vold og seksuelle overgrep mot barn, men også i forhold til etisk vurdering og støtte fra kollegaer.

3.2 Artikkel 2

How do nurses keep Children Safe from abuse and neglect and does it make a difference?

Lauren Lines, Julian Grant & Alison Hutton

Denne forskningen bekrefter at sykepleier på mange måter forhindrer, oppdager og responderer til child maltreatment. Samtidig kommer det frem i forskningen at sykepleiere ikke alltid har nok kunnskap, eller ikke er trygge nok på å kunne reportere ved mistanke om child maltreatment.

3.3 Artikkel 3

Reporting possible sexual abuse: A qualitative study om childrens persepectives and the context for disclosure

Tine K. Jensen, Wenke Gulbrandsen, Svein Mossige, Sissel Reichelt & Odd Arne Tjersland

Målet med forskningen var å kartlegge hvilke omstendigheter som måtte legges til rette for at barn skulle klare å fortelle om seksuelle overgrep, og hva som gjorde det vanskelig for barna å fortelle om dette. Barna følte det var vanskelig å finne situasjoner som inneholdt nok privatliv og trygghet at de kunne dele sine erfaringer. De var også følsomme overfor andres reaksjoner, og om deres avsløringer ville bli feiltolket. Når barna fortalte om vold og seksuelle overgrep ble dette gjorde det i situasjoner der temaet seksuelle overgrep mot barn var adressert eller aktivert. Resultatene tyder på at avsløring er en fundamentalt dialogisk prosess som blir mindre vanskelig hvis barna oppfatter at det er en *mulighet* til å snakke, og en *hensikt* for å snakke, og en *forbindelse* er etablert til hva de snakker om.

Det er vanskelig for barn å starte en samtale om noe hemmelig, tabubelagt og gjerne skamfullt hvor det er få samtalerutiner i en familie for å snakke om slike temaer. Barn er også følsomme for behovene til sine omsorgspersoner og frykter konsekvenser for sin familie. Barn trenger en støttende struktur for å avsløre sine erfaringer med seksuelle overgrep.

3.4 Artikkel 4

Keeping the child in focus while supporting the family: Swedish child healthcare nurses experiences of encountering families where child maltreatment is presented or suspected
Madeleine Dahlbo, Liselotte Jakobsen & Pia Lundqvist

Child maltreatment kan føre til alvorlige og langvarige konsekvenser, og det er derfor viktig å kunne identifisere dette tidlig. Sykepleiere er i en posisjon hvor de kan bidra til tidlig identifisering da de jobber med barn og foreldrene fra en tidlig alder. Hensikten med denne forskningen er å kartlegge sykepleierens erfaringer i møte med familier hvor child maltreatment er identifisert eller mistenkt. Et av hovedfunnene i forskningen er at sykepleiere opplevde det viktig å holde barnet i fokus, samtidig som de ønsket å støtte familien. Det viser seg også at mindre en 50% av mistenkte tilfeller av child maltreatment blir rapportert. Dette kan skyldes manglende kunnskaper, eller frykt for konsekvensene ved å

rapportere. Forskningen viser også at dette var noe som gikk hardt inn på sykepleiere som jobbet med disse barna, og familien. De legger vekt på at det var viktig å holde et åpent sinn og at kommunikasjonen var bygget på åpenhet og ærlighet. Sykepleierne etterspør også profesjonell hjelp til å bearbeide og lære av situasjonene til fremtidige møter.

3.5 Artikkel 5

How can we work together? Nurses using relational skills to adress child maltreatment in Australia

Lauren Elizabeth Lines, Julian Meree Grant & Alison Hutton

Sykepleiere som jobber med barn kommer ofte opp i situasjoner hvor de mistenker child maltreatment. Sykepleierens rolle i forhold til rapportering er godt kjent, men det som er mindre kjent er hvilke andre måter sykepleiere responderer til child maltreatment.

Forskningen viser at sykepleiere er i en unik posisjon til å kunne identifisere child maltreatment. Sykepleierne opprettholdt et terapeutisk forhold til foreldrene for å sikre at noen talte barnas sak. Sykepleierne så hvor viktig det var å ha barnet i fokus. Dette styrker også viktigheten med at sykepleier kontinuerlig jobber med relasjonelt arbeid for å bedre fremtidsutsiktene for barna.

4.0 Diskusjon

4.1 Sykepleierens unike posisjon

Felles for de fleste forskningsartiklene jeg har brukt i denne oppgaven er sykepleierens unike posisjon til å kunne identifisere, avdekke og rapportere vold og seksuelle overgrep.

Sørlandet sykehus er en del av prosjektet «Barn under radaren». Om pasientene som kommer inn grunnet intoksikasjon, alvorlig rusproblematikk, selvmordsforsøk, alvorlig psykisk lidelse eller vold skal helsepersonellet stille et viktig spørsmål, har du ansvar for barn under 18 år? Om pasienten svarer ja, henter de frem en sjekklister. Sjekklisten inneholder 20 spørsmål og skal fange opp barna som helsepersonellet ikke ser, men som lever i risikosituasjoner (Helmers, 2021). Denne sjekklisten har ført til 8 ganger så mange varslinger grunnet omsorgssituasjonen til barnet (Helmers, 2021).

FHI skriver at konsekvensene av vold omfatter alvorlige fysiske skader, psykiske og somatiske helseplager og sykdom, atferdsforstyrrelse og utviklingsavvik (Reneflot, 2020). Videre skriver

de at opplevelsene kan være så grufulle, eller mange at reaksjonene til barnet kan være så kraftige eller at tilgangen på hjelp er så liten at barnet kan bli sykt (Reneflot, 2020). Barn som er utsatt for vold og seksuelle overgrep er oftere innlagt på sykehus. Dette kan være med akutte infeksjoner, eller akutt forverring av kroniske sykdommer som astma eller diabetes (Reneflot, 2020).

Når et barn bli innlagt på sykehus vil det være et mål å skape et trygt, forutsigbart og anerkjennende miljø. En forutsetning for å kunne skape dette er at barnet og foreldrene møtes med respekt og anerkjennelse. Sykepleierens opptreden og tiltakene som igangsettes skal i tillegg til å være bygget på sykepleiefaglig kompetanse, også bygges på barnefaglig kompetanse (Grønseth & Markestad, 2017, s. 67). Barnefaglig kompetanse vil si en kunnskap om hva som må tas hensyn til for å støtte barns og unges utvikling, og hva som bidrar til trygghet og mestring på de ulike alders- og utviklingstrinn (Grønseth & Markestad, 2017, s. 70). Ved sykepleie til barn vil en samle inn data ved hjelp av observasjon, intervju, innleggelsesskriv og pasientjournal. Barnet trekkes inn i samtalen når det er modent nok til å svare på spørsmål (Grønseth & Markestad, 2017, s. 49). Denne kartleggingen vil også være med på å finne ut mer om barnets hjemmeforhold.

I følge FNs barnekonvensjon har barn rett til å bli hørt i saker som angår dem (Barnekonvensjonen, 1989). Fra barnet er 12 år, har de også rett til å ha innflytelse på beslutninger om undersøkelser og behandlinger, og det skal heller ikke gis opplysninger til foreldre dersom barnet av grunner som bør respekteres ikke ønsker det (helsedirektoratet). Fra barnet fyller 16 år vil det være andre juridiske aspekter som legges til grunn for informasjon og bestemmelse. Pasienter over 16 år regnes som helserettslig myndige, og kan derfor selv samtykke til videre utredning og, eller behandling. foreldrenes rett til å få informasjon vil da bli begrenset (helsedirektoratet). Som nevnt tidligere vil det være grunn til mistanke om omsorgsperson nekter barnet å ha samtale med lege eller sykepleier uten å selv være tilstede.

Barn som er innlagt på sykehus eller spesialisthelsetjenesten (BUP) skal fortrinnsvis tas hånd om av det samme personalet gjennom hele oppholdet. Kjente personer og primærsykepleier bidrar til trygghet for barnet. Sykepleier som virker kompetent og trygg i rollen vil bidra til å redusere usikkerheten hos barnet, og omsorgspersonen (Grønseth & Markestad, 2019, s. 71). En vil derfor som primærsykepleier komme i en posisjon ovenfor barnet hvor en har

mulighet til å bli godt kjent. En kan trekke inn lek i samhandlingen med barn på sykehus. Lek er en naturlig og svært viktig aktivitet for alle barn, og de fleste barn i alle kulturer bruker mye tid på å leke (Grønseth & Markestad, 2019, s. 81). Lek stimulerer barnets utvikling, gir glede, latter, mestingsopplevelse og mening. Gjennom lek vil også redusere barnets engstelse samtidig som den bekrefter barnets friske sider. Lek kan brukes både terapeutisk i kommunikasjon, forberedelser før undersøkelser og for å bearbeide opplevelsene som følger med sykdom og sykehusinnleggelse (Grønseth & Markestad, 2019, s.81). Barn som opplever vold eller seksuelle overgrep vil gjerne ha en skjevutvikling, noe som også kan gi utslag i lek.

Når man ser på forskningen av Jensen et.al er det mange forhold som må ligge til rette for at et barn skal føle seg trygge nok til å fortelle om vold eller seksuelle overgrep. Som sykepleier på en barneavdeling, BUP, eller andre plasser hvor en arbeider med barn kan man komme i en god posisjon til å skape disse rammene som barna trenger for å dele sine erfaringer. Forskningen viser at barna er redde for å bli misforstått eller ikke tatt alvorlig. De sier at de må føle at de har muligheten til å fortelle, at det å fortelle det til noen har en betydning, i tillegg som en må lage en åpning for at de skal kunne fortelle (Jensen et.al, 2005).

Lines et.al skriver i sin forskning at den lovgitte rapporteringen av barn som opplever vold og seksuelle overgrep er godt dokumentert. Det som er mindre dokumentert er de andre måtene sykepleier responderer på child maltreatment. Sykepleiere i denne forskningen viser til at de med å danne et grunnlag for tillit kunne få ``en fot innenfor``, også når andre instanser ikke når frem. De forklarer dette med at barnevernet kommer når det oppstår problemer, eller mistanke om det. På den andre siden opplevdes sykepleiere mer ufarlige, da de er der for barnet. Denne kontakten med de foresatte førte til at sykepleiere ofte fikk observert og kartlagt tegn og symptomer på child maltreatment (Lines et.al, 2020).

Sykepleiere kunne også trygge de foresatte på at det ikke var deres jobb å ta barnet ut fra familien, men heller samarbeide med de foresatte for å finne en måte for at barnet fortsatt kunne bo hos dem. De forteller at denne form for samhandling var viktig, både for å innhente informasjon om hvordan barnet hadde det, men også for å vise tilstedeværelse, noe som de mente kunne forhindre volden (Lines et.al, 2020), forskningen i Dalbo et.al støtter dette da de skriver at å ha et åpent sinn, og kommunikasjon basert på tillit opplevdes viktig i samhandlingen (Dalbo et.al, 2017).

4.2 Manglende kompetanse

Som nevnt innledningsvis tyder det på at det er for lite kunnskap om vold og seksuelle overgrep hos barn. Konsekvensene for dette er at barn som blir utsatt for vold og seksuelle overgrep ikke får den hjelpen de trenger. En rapport fra regjeringen bekrefter nettopp dette, og skriver at vold og seksuelle overgrep som ikke oppdages, heller ikke kan stoppes (Regjeringen, 2021). Dalbo et.al skriver i sin forskning at underrapportering av vold og seksuelle overgrep er faktum, de skriver videre at dette kan skyldes manglende kunnskap (Dalbo et.al 2017). Skarsaune og Bondas` forskning støtter opp om dette utsagnet. De skriver i sin forskning at sykepleierne opplevde at de hadde manglende kunnskap om hva som er kjennetegnene, samtidig som de var usikre på dokumentasjonen og rutinene ved rapportering (Skarsaune & Bondas, 2015). Kompetanse kan oppfattes som en personlig egenskap, eller kunnskapen en innehar. På en annen side kan man også legge vekt på tidsaspektet, hvor en tenker at en eldre sykepleier er mer klinisk kompetent da den har jobbet lenger. En annen, og gjerne mer eksakt forklaring er at en blir profesjonell fordi en utvikler kompetanser som er relevante for å løse faglige oppgaver innenfor et praksisfelt. (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2018, s. 53).

Norge har, som flere andre land, en veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner (NKVTS). Denne gir god informasjon om hva en skal se etter, og hvordan en skal handle. Denne er uten tvil en god hjelp for å kunne kartlegge, avdekke og varsle, men det er allikevel ikke nok. Kunnskap og generelle holdninger hos sykepleiere er viktig for å kunne varsle. Det kommer tydelig frem at sykepleiere har vanskelig for å kunne identifisere vold og seksuelle overgrep fra et sykepleiefaglig perspektiv. Dette mener de skyldes manglende grunn trening og veiledning i forhold til hvordan en skal kunne identifisere vold og seksuelle overgrep. Flere av sykepleierne i forskningen forteller at de opplever at de kjenner på magefølelsen når det er noe som ikke stemmer. Denne følelsen klare de ikke å sette fingeren på, og de føler seg usikre på hvordan de skal handle på bakgrunn av denne følelsen (Skarsaune & Bondas, 2015). En av informantene til denne forskningen seier «Det er som.. vi veier det frem og tilbake, mye. Hva er rett, og skal vi stole på de vi føler, eller skal vi stole på foreldrene.. ja.. alt» (Skarsaune & Bondas, 2015). Samtidig kan det være en barriere å snakke med barna grunnet frykten for at det kan være skadelig for barnet å snakke om vold og seksuelle overgrep (Barne- og familiedepartementet, 2015). Forskning

på dette temaet viser at det er langt større konsekvenser knyttet til å ikke spørre barna om disse opplevelsene (Barne- og familiedepartementet, 2015). Videre viser de til at prosedyrene rundt varsling fører til usikkerhet blant sykepleiere, de er alle klar over at de kan varsle, men det viser seg å være en lang vei fra å vite, til å handle. Ingen av sykepleiere i forskningen har varslet, men mindre leder, lege eller kollegaer har støttet de i avgjørelsen (Skarsaune & Bondas, 2015).

I forskningen til Skarsaune og Bondas etterlyser sykepleierne et bedre samarbeid mellom sykepleiere, helsesøster, barnehage og skole. Det kommer frem at det manglende samarbeidet og kommunikasjonen mellom etatene ofte er grunnen til at en ikke når frem i disse sakene (Skarsaune & Bondas, 2015). De trekker også frem at sykepleiere ikke er godt nok forberedt på å varsle, samtidig som det bør være den ansvarlige sykepleier for barnet som også varsler (Skarsaune & Bondas, 2015). En kunnskapsoversikt av NKVTS i 2010 skriver at Opplæring og trening av helsepersonell i å identifisere mulige fremtidige overgripere og å henvise dem til terapeutiske tilbud kan hjelpe til å bryte sirkelen av vold og redusere antallet nye mishandlingsaker (Glad, Øverlien & Dyb, 2010). Barne- og familiedepartementet (BFD) skriver også at det trengs økt kompetanse i alle sektorer og tjenester for å sikre at volden blir oppdaget og stoppet. Planen viser til særskilt ansvar fra offentlig virksomhet for å bekjempe vold og overgrep, og for å etablere gode samarbeidsstrukturer på tvers av tjenester og sektorer (barne- og familiedepartementet, 2021).

4.4 Frykt for konsekvensene

Forskningen brukt i denne oppgaven viser til at sykepleiere er redde for konsekvensene ved å varsle om vold og seksuelle overgrep. Skarsaunes og Bondas` s viser til at sykepleierne frykter reaksjonen til foreldrene, om de kommer til å ville hevne seg, i tillegg til arbeidsrelaterte konsekvenser. Sykepleiere kan føle skam, skyld og frustrasjon når de snakker med foreldre om vold og overgrep. Mange velger derfor å unngå temaene eller distansere seg fra dem (Graathaug, 2020). Disse følelsene fører også til at de ikke dokumenterer mistanken tilstrekkelig (Skarsaune & Bondas, 2017). Dette kommer også frem i forskningen til Dalbo et.al. De forteller at de ikke har nok kjennskap til saken, og frykter at varsling fører til flere negative konsekvenser, både for barnet og resten av familien (Dalbo et.al 2017). Sykepleierne forteller også at de opplever å måtte balansere mellom rettferdighet og å ikke skade. Dette fører til at sykepleierne ikke varsler før det er helt sikre i

sin sak. Norsk sykepleierforbunds politikk som omhandler varsling innebærer at studenter etter endt utdanning skal ha kunnskap nok til å kjenne igjen situasjoner der omsorgssvikt, vold eller misbruk kan ha forkommet. Sykepleiestudentene skal derfor få undervisning i gjeldende varslingsrutiner (Helmers, 2020). Denne opplæringen under studiene vil forhåpentligvis føre til at en har bedre kunnskap, og er bedre rustet til å varsle når de kommer ut i arbeidslivet som sykepleier.

Til tross for konsekvensene sykepleierne ytrer bekymring for i forskningen, vil konsekvensene ved å ikke handle på mistanken være så store for de utsatte barna at en må, som profesjonell å sette egne bekymringer til sides. Det forskes stadig mer på konsekvensene barn kan få ved både vold og seksuelle overgrep. Disse konsekvensene er på ingen måte noe en kan velge å lukke øynene for, og det kreves handling fra den profesjonelle sykepleier. På en annen side viser også forskningen til at det økte fokuset på feil behandling fra barnevernet i media de siste årene kan være en stor påkjenning for de som jobber med barn. De viser til at de kan bidra til en økt frykt for å gjøre feil i rapportering, samtidig som de kan føre til at færre søker deg til den type arbeid (Skarsaune & Bondas, 2015).

En annen faktor som spiller en stor rolle i hvordan sykepleiere forholder seg til identifisering og varsling er den kollegiale støtten. Både Dalbo et.al og Skarsaune & Bondas` forskning viser at sykepleier ikke varsler alene, og at de er stort behov for støtte både i forkant og etterkant av varsling. Skarsaune & Bondas` forskning viser at de overordnede lederne ikke ønsket å stille til intervjuer, da det ikke angikk dem. Dette kan forklare hvorfor sykepleierne føler seg usikre i forhold til varsling, da de ikke har lederne sine med seg, verken for støtte eller refleksjon. Flere forteller også at de ikke føler støtte fra kollegaer, og ikke har muligheten til å diskutere mistanken med dem (Skarsaune & Bondas, 2017).

4.5 Barnets beste og varslingsplikt

Margrete Østerhus jobber som avdelingsleder ved Barnevernvakt, mottak og alarmtelefonen i Kristiansand kommune. Hun har også vært en del av prosjektet «barn under radaren» ved Sørlandet sykehus. Hennes generelle oppfordring til helsepersonell er å ta en telefon og drøfte saken om en er i tvil på hvordan en skal gå videre. Hun sier også «*ha fokus på barn, spesielt de som er så små at ikke kan si fra selv*» (Helmers, 2021). Å ha barnet i fokus er noe

som også kommer frem i forskningen som en positiv vinkling. Videre vil det fra 1. januar 2022 komme en ny barnevernsreform. Denne skal være i tråd med FNs barnekonvensjons prinsipper om barns rett til informasjon, til å bli hørt, beslutninger til barnets beste og barns rett til privatliv (Barne- og familiedepartementet, 2021).

Lines et.al skriver at deltakerne i studien hadde stort fokus på å se, høre og tale for barna. De beskriver at det ikke alltid var lett å sette barnas behov i fokus i samhandling med foreldrene og deres behov, men den kollegiale støtten gjorde at de klarte å holde fokus på barnet (Lines et.al 2020). En deltaker i studien sier «det å holde barnet i fokus, og holde det trygt er de viktigste i jobben vi gjør» (Lines et.al, 2020). Skarsaune og Bondas skriver at barn trenger modige sykepleiere som tørr å involvere seg i disse sakene, og møter med en undrende og spørrende holdning (Skarsaune & Bondas, 2015). Flåm bekrefter også dette. I saker med familievold, og hvor barn er tilstede viser hun til at barn er avhengig av at voksne tar ansvar. I hennes artikkel kommer det også frem at barna blir satt på sidelinjen med tanke på oppfølging, til tross for at det foreligger kunnskap om konsekvensene for barna (Flåm 2016). Dette viser at informantene i forskningen som er lagt til grunn i denne oppgaven, ikke følger lovverket med tanke på varsling.

En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17- åringen viser at mange av de vold og overgrep utsatte følte seg sviktet av noen de trodde skulle støtte dem, samtidig som mange ikke anmelder forholdene selv (Myhre, Thoresen & Hjemdal, 2015). Jensen et.al skriver at barna ofte ga hint og tegn i håp om at noen skulle forstå, og legge forholdene til rette for at de kunne fortelle om sine opplevelser (Jensen et.al 2005) Som sykepleier har man et lovfestet ansvar i henhold til helsepersonelloven §33 og barnevernloven § 6-4 å melde til barnevernet når det foreligger grunn til å tro at barnet blir mishandlet hjemme, eller det foreligger andre former for omsorgssvikt. I henhold til straffeloven § 196 har en plikt til å forsøke å avverge blant annet seksuelt misbruk av mindreårige barn (Molven, 2019). Politiet skriver i en rapport at de opplever at flere personer kan være involvert før politiet får kjennskap til saken. De skriver videre at dette i noen tilfeller skyldes at barnet ikke har nådd frem i sine første forsøk på å fortelle om overgrepene (Haukaas, 2016). De rapporterer også at det er avgjørende at personer som får vite at noen er utsatt for seksuelle overgrep, reagerer og følger opp informasjonen. En overgriper begår ofte overgrep mot flere personer (Haukaas, 2016). I 2005 blir 8 år gamle Christoffer mishandlet til døde av stefar, uten at

noen handlet på tegnene han viste på mishandling. Christoffer hadde den siste tiden en rekke synlige skader, allikevel grep hverken familie, skole, SFO, BUP eller helsevesenet inn (Andersland & Mevik, 2016, s. 40). Man kan på grunn av forskningen i denne oppgaven trekke paralleller til Christoffer- saken. Jeg stille meg undrende til hvorfor sykepleiere opplever det å vanskelig å varsle på bakgrunn av mistanke når en husker så godt konsekvensene for Christoffer.

5.0 Konklusjon

Sykepleiere er i en unik posisjon til å identifisere vold og seksuelle overgrep. Mange rapporter at de får en følelse av at noe ikke stemmer, men er usikre på hvordan de skal handle på bakgrunn av denne følelsen. Forskningen tyder på at sykepleier har mulighet til å identifisere vold og seksuelle overgrep. Forskningen viser også til manglende kunnskap og kollegial støtte. Et aspekt som kommer dårlig frem i forskningen, er plikten en har til å avverge, og varsle når en mistenker at barnet er utsatt for vold og overgrep. Man kan ikke grunnet manglende kunnskap og usikkerhet unnlate å varsle da dette er lovfestet. Som sykepleier må en heller tørre å stille spørsmål, og våge å se tegnene på vold og seksuelle overgrep. Utøvende sykepleier skal holde seg faglig oppdatert, samtidig som en er forpliktet til å handle å tråd med gjeldene myndighetskrav. Så hvordan kan sykepleier bidra til tidlig identifisering av barn som opplever vold og seksuelle overgrep? Sykepleier kan absolutt bidra til tidlig identifisering av vold og seksuelle overgrep, men mye tyder på at forholdene må ligge til rette for at sykepleier skal våge å identifisere. Det trengs økt støtte for sykepleiere, både i form av kollegialstøtte men også fra lederne på den aktuelle arbeidsplass. Om sykepleiere opplever en økt støtte vil de gjerne være tryggere i avdekkingen, og utnytte den unike posisjonen en er i.

6.0 Referanseliste:

Andersland, G.K & Mevik, K (2016). Barns rettsvern ved mistanke og avdekking av vold- er lovverket godt nok? Mevik, K., Lillevik, O. G., & Edvardsen, O. (2016). *Vold mot barn: teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger*. Gyldendal akademisk.

- Barne- og familiedepartementet (2015). *NOU:12 svikt og svik- gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. NOU 2017: 12 - regjeringen.no
- Barne- og familiedepartementet (2021). Vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/bekjemper-vold-og-seksuelle-overgrep-mot-barn-og-ungdom/id2398050/>
- Barne- og familiedepartementet (2021). *Prop. 133 L (2020-2021) Lov om barnevern(barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernloven* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-133-l-20202021/id2842271/?ch=1>
- Dahlbo, M., Jakobsson, L., & Lundqvist, P. (2017). Keeping the child in focus while supporting the family: Swedish child healthcare nurses experiences of encountering families where child maltreatment is present or suspected. *Journal of Child Health Care*, 21(1), 103–111. <https://doi.org/10.1177/1367493516686200>
- Dalland, O (2013.) *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Norsk Forlag (5. utg.)
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2013). Kilder og kildekritikk. *metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Norsk Forlag (5. utg. s. 63-80)
- Danielsen. E.M, Solberg A, Grøvdal Y (2016). *Kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner. En kvalitativ intervjuundersøkelse*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2016. Rapport 8/2016. Tilgjengelig fra: https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/09/NKVTS_Rapport_8_2016_Kommunale-helse-og-omsorgstjenesters.pdf (lastet ned 12.03.2021)
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer* <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Elden, J.C: *seksuell omgang* i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 7. mars 2021 fra https://snl.no/seksuell_omgang

Flåm, A. M. (2016). Høyr meg og sjå meg! Barns røyst ved vold i familien. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 53(6), 450-

7. http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=464541&a=3

Glad, K.A., Øverlien, C & Dyb, G (2010). *Forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn. En kunnskapsoversikt 2010*

https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/forebyggingavfysiskeogseksuelleovergrepmotbarn_kunnskapsoversikt.pdf

Grønseth, R & Markestad, T (2019). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.) Vigmostad & Bjørke AS

Hafstad, G.S & Augusti, E-M(red.) (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten*

https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf

Haukaas, K (2016). *Seksuelle overgrep mot barn under 14 år*. Politiet, Kripos

https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/seksuelle-overgrep-mot-barn-under-14-ar_web.pdf

Helmers. A-K. B (2020). *Mener sykepleierstudenter bør drilles i varslingsrutiner* [Mener sykepleierstudenter bør drilles i varslingsrutiner \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no/nyheter/mener-sykepleierstudenter-bor-drilles-i-varslingsrutiner)

Helmers. A-K. B (2021). *Sjekkliste ved bekymring for mishandling og omsorgssvikt: passer på så barna ikke går under radaren* [Passer på så barna ikke går under radaren \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no/nyheter/sjekkliste-ved-bekymring-for-mishandling-og-omsorgssvikt)

Helsedirektoratet (2019). *Ansatte som arbeider med barn og unge bør være oppmerksomme på tegn og signaler som gir grunn til bekymring for barn eller unge og dokumentere disse* Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 03. desember 2019, lest 25. mars 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge/fra-kunnskap-til-handling-hos-ansatte-som-arbeider-med-barn-og-unge/ansatte-som-arbeider-med-barn-og-unge-bor-vaere-oppmerksomme-pa-tegn-og-signaler-som-gir-grunn-til-bekymring-for-barn-eller-unge-og-dokumentere-disse>

Helsedirektoratet (2018). *Barns medvirkning- hvem har rett til å få informasjon og hvem kan samtykke til helsehjelpen.*

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/innholdselementer-gjenbruk-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus/barns-medvirkning--hvem-har-rett-til-a-fa-informasjon-og-hvem-kan-samtykke-til-helsehjelpen>

Helsebiblioteket (20216). *Sjekkliste* <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>

Helsenorge (2018). Vold og overgrep. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/vold-og-overgrep/>

Helsepersonelloven (1999). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Håkonsen, K.M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jensen, T.K, Gulbrandsen, W, Mossige, S, Reichelt, S & Tjersland, O. A. (2005). *Reporting possible sexual abuse: A qualitative study om children`s perspectives and the context for disclosure* <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.07.004>

Kleven, R (2019). https://www.nrk.no/nar-foreldre-skader-barn/fem-barn-i-hver-skoleklasse-har-vaert-utsatt-for-vold-hjemme-_fagfolk-roper-varsko-1.14778847

Kunnskapsdepartementet (2020). *Etikk i forskning* <https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>

Mevik, K., Lillevik, O. G., & Edvardsen, O. (2016). *Vold mot barn: teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger*. Gyldendal akademisk.

Molven, O (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.) Gyldendal Norsk Forlag.

Myrhe, A. K (2016). Hvordan se det vi ikke ønsker å se- fysiske og psykososiale symptomer.

Mekvik, K., Lillevik, O. G. & Edvardsen, O. (2016) *Vold mot barn: teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger*. Oslo. Gyldendal akademiske

Myhre, M. C., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten: En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringene*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 1/2015).

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2018). [Samspill mellom barn og foresatt - NKVTS - En veileder om vold i nære relasjoner](#)

Lines, M. L. E., Grant, J. M., & Hutton, A. (2020). "How can we work together?" Nurses using relational skills to address child maltreatment in Australia: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, 1–9. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.pedn.2020.05.008>

Lines L, Grant J, Hutton A. (2018). *How do nurses keep children safe from abuse and neglect, and does it make a difference?* A Scoping Review. *J Pediatr Nurs*. 2018 Nov-Dec;43:e75-e84. doi: [10.1016 / j.pedn.2018.07.010](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.010) Epub 2018 Jul 29. PMID: 30064706.

Littler, N. (2019). A qualitative study exploring school nurses' experiences of safeguarding adolescents. *British Journal of School Nursing*, 14(4), 169–176. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.12968/bjsn.2019.14.4.169>

Polit D.F & Beck C.T (2010). *Litterature Reviews: Finding and Reviewing Research Evidence i Essentials og Nursing Research Appraising Evidence of Nursing Practise Seventh Edition*

Reneflot, A (2020). *vold og seksuelle overgrep*
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/?term=&h=1>

Renolen, Å (2010). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag (2.utg)*
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Skarsaune, K. & Bondas, T. (2015). *Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse*. *Clinical Nursing Studies*, 4(1), 24-32. <http://dx.doi.org/10.5430/cns.v4n1p24>

Skårderud. F, Haugsgjerd. S & Stanicke. E. (2018). *Psykiatriboken. Kropp- sinn – samfunn*. (2.utg) Gyldendal Akademiske

Varvin, S (2018). *Alvorlig traumatisering: oppfølging og behandling*. Skårderud. F, Haugsgjerd. S & Stanicke. E. *Psykiatriboken. Kropp- sinn – samfunn*. (2.utg) Gyldendal Akademiske

World Health Organisation (2021). https://www.who.int/health-topics/violence-against-children#tab=tab_1

7.0 Vedlegg

7.1 Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisen?

Sjekklisen består av tre deler:

A: Innledende vurdering

B: Hva forteller resultatene?

C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisen

Sjekklisen er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisen er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler.

Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et

forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisen?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Skarsaune, K. & Bondas, T. (2015). *Neglected nursing responsibility when suspecting child*

abuse. *Clinical Nursing Studies*, 4(1), 24-32. <http://dx.doi.org/10.5430/cns.v4n1p24>

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?

Hvorfor ville de finne svar på det?

Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

Er det gjort rede for hvem som ble valgt **ut og hvorfor?**

Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?

Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?

Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?

Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?

Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?

Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?

Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?

Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
utforming av problemstilling

datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting

analyse og hvilke funn som presenteres

På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?

Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.

Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?

Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen? Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?

Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?

Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?

Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?

Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?

Har studien avdekket behov for ny forskning?

Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: