



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Fagartikkel

Bacheloroppgave

Opplever sykepleiere på legevakten behov for mer kunnskap om hvordan håndtere situasjoner ved mistanke om at barn er utsatt for omsorgssvikt?

(Do emergency room nurses feel the need for more knowledge about handling situations in which they suspect children are being mistreated?)

Kandidatnummer: 10055

Antall ord: 4256

Norsk sammendrag

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om sykepleierne på legevakten har behov for mer kunnskap om hvordan håndtere situasjoner der de mistenker at barn blir utsatt for omsorgssvikt. Barn utsatt for omsorgssvikt får ofte problemer med kognitiv, psykologisk og emosjonell utvikling. Sykepleiere på legevakten er i en unik posisjon til å mistenke omsorgssvikt, fordi barnepasienter med uavklart sykehistorikk ofte vil ankomme legevakten. Vi utformet og delte ut et spørreskjema som var ment å belyse om respondentene selv opplever et behov for mer kunnskap om nettopp dette temaet. Resultatene viste at 75% selv føler de har behov for mer kunnskap. Gjennom ytterligere analyse av resultatene viste det seg også at det er et misforhold på 50% mellom mistanke og rapportering, dette til tross for et lovverk som er tydelig i sine retningslinjer ved mistanke om omsorgssvikt. Vi ser også at bare halvparten av respondentene vet hvordan de dokumenterer sine mistanker. Vi konkluderer med at sykepleierne på legevakten i Trondheim med fordel kan få mer opplæring i dokumentering og repetisjon av lovverket som gjelder omsorgssvikt.

English abstract

The main purpose of this paper is to find out if nurses at the emergency room feel the need for more knowledge about how to handle situations where they suspect that a child is being mistreated. Children who are being mistreated often develop cognitive, psychological and emotional issues. Nurses at the emergency room have a unique position to suspect child abuse, because children with unknown history of sickness often visit the emergency room. We designed and handed out a questionnaire with the goal of finding out if the respondents themselves feel a need for more knowledge about this subject. Our results show that 75% do in fact feel that need for more knowledge. Through further analysis of our results we discovered a 50% gap between suspicion and reporting, even though the law is clear on the matter of child abuse. We also note that only half of our respondents knows how to document their suspicions. We conclude that the nurses at the emergency room in Trondheim would benefit from more training in documentation and a repetition of the relevant laws concerning suspicions of child abuse.

Introduksjon

Pasienter som ankommer legevakten blir som regel tatt imot av sykepleiere. Dette gjelder også når pasienten er et barn. Dette betyr at sykepleiere ofte vil være de første som har anledning til å oppdage tegn og symptomer på omsorgssvikt (1). På legevakten er det ikke nødvendig med timeavtale før en ankommer, så helsepersonellet har ikke alltid pasientenes tidligere sykdomshistorie eller oversikt over deres familiære forhold. Sykepleierne vil dermed ofte måtte vurdere situasjoner fortløpende, uten assistanse fra journaler. For at barnet skal få den hjelpen det trenger, er det viktig at sykepleiere er dyktige til å oppfatte at noe er galt, og er trygge i sin framgangsmåte for handling og rapportering av omsorgssvikt.

Barn som vokser opp under en eller annen form for mishandling eller neglekt kan nemlig få vedvarende problemer med tanke på kognitiv, neurologisk og emosjonell utvikling (2). Sykepleiernes rolle på legevakten kan dermed argumenteres for å være mer enn bare helsepersonell, de kan også omtales som barns potensielle utvei fra utrygge hjem. I hvilken grad oppdager egentlig sykepleierne på legevakten symptomer og tegn på at barn er utsatt for omsorgssvikt? Hvilke tegn og symptomer kan man se etter? Er sykepleierne kjente med dokumentasjonsprosedyrer og framgangsmåter dersom de mistenker at barn lever under utrygge forhold? Hva sier lovverket? Hva tenker sykepleierne på legevakten om dette temaet selv? Disse spørsmålene vil jeg prøve å finne ut av i denne oppgaven. Problemstillingen min er dermed som følger. «*Opplever sykepleiere på legevakten behov for mer kunnskap om hvordan håndtere situasjoner ved mistanke om at barn er utsatt for omsorgssvikt?*»

Hva er omsorgssvikt?

Omsorgssvikt defineres som: «*Foreldre eller de som har omsorgen for barnet påfører det fysisk eller psykisk skade eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare.*» (3).

Fysisk mishandling av barn blir av Al Odhayani, Watson og Watson definert som direkte harme mot barnets kropp ved en eller flere anledninger. Psykisk mishandling blir definert som når et barns emosjonelle reaksjoner blir ignorert eller avfeid. Denne mishandlingen kan også forekomme blant annet ved form av direkte ydmykelse av barnet, bruk av nedsettende kallenavn og framkallelse av skamfølelse. Neglekt er å ignorere eller unnlate å fylle barns grunnleggende behov, og er den vanligste formen for omsorgssvikt (4).

Men hvilke symptomer og tegn kan en sykepleier observere for å fatte mistanke eller oppdage når et barn er utsatt for omsorgssvikt? McRae viser til flere symptomer og tegn på fysisk mishandling. Blant annet kan det være skitne negler, klær eller kropp, kroppslukt, kroniske utslett, betente sår, brannskader og blåmerker. Noen umiddelbare symptomer på psykisk mishandling kan være endring av atferd og personlighet. Disse kan mer konkret være for eksempel tap av selvfølelse og selvtillit, sosial tilbaketrekking, tap av interesse for aktiviteter de tidligere har hatt glede av, desperat søken etter affekt, svake resultater på skolen, forsøk på å rømme og selvmordsforsøk (5).

Mens de fysiske symptomene potensielt kan leges raskt, kan psykisk mishandling ha en langvarig effekt med alvorlige konsekvenser. Barn som er utsatt for psykisk mishandling kan blant annet utvikle lav selvtillit, depresjon og vanskeligheter med sosiale relasjoner som kan vare livet ut (5).

Det er altså flere tegn og symptomer sykepleierne kan se etter og som kan vekke mistanke. Men hva er sykepleieren pliktig til å gjøre dersom en mistenker at et barn er utsatt for omsorgssvikt?

Helsepersonelloven

Som helsepersonell er sykepleiere underlagt helsepersonelloven. Relevant for dette temaet er § 33 som omhandler opplysningsplikt til barnevernet:

«Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten. Helsepersonell skal uten hinder av taushetsplikt etter § 21 melde fra til barneverntjenesten uten ugrunnet opphold a) når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt.»
(6).

Helsepersonelloven sier altså kort oppsummert at helsepersonell er pliktig å melde fra til barnevernet dersom det forekommer mistanke om omsorgssvikt.

Mistanke og rapportering

Statistisk Sentralbyrå kan opplyse om at det i 2018 ble sendt inn 57013 meldinger som omhandlet temaet barnemishandling (7). Derav var det 4121 som kom fra lege, tannlege eller sykepleier, som tilsvarer 7,2% av alle de innsendte meldingene.

I en studie av Lazenbatt og Freeman fra 2012, ble det sendt et spørreskjema per post til et randomisert utvalg på 979 sykepleiere, leger og tannleger i Nord-Irland. 419 utfylte spørreskjemaer ble returnert, noe som ga en svarprosent på 43%. Resultatene viste at 60% av respondentene på et tidspunkt i yrket sitt hadde mistenkt omsorgssvikt eller barnemishandling, mens bare 47% faktisk hadde rapportert inn slike mistenkelige tilfeller. Dette gir et misforhold på 13% mellom mistanke og rapportering (8). Dette tyder på at helsepersonell i Nord-Irland mistenker mer enn de rapporterer.

I Taiwan utførte Feng og Levine i 2005 en studie der det ble gitt et spørreskjema til 1617 sykepleiere. De fikk 1400 svar, noe som tilsvarte en svarprosent på 88%. Spørreskjemaet tok for seg blant annet sykepleierens holdninger mot og kunnskap om omsorgssvikt mot barn, i tillegg til kunnskaper om relevant lovverk. Resultatene av spørreskjemaet viste at 86% av sykepleierne aldri hadde rapportert inn en omsorgssviktssak. 21% oppga at de hadde opplevd mistanke om en slik sak, men ikke rapportert det (9).

I samme studie var det 80% av respondentene som svarte at de aldri hadde fått noen opplæring om temaet barnemishandling/omsorgssvikt og 75% oppga at de følte deres sykepleierutdanning og praksis var mangelfull (9).

Limandri og Tilden publiserte en studie i 1996, der de blant annet fant at helsepersonell som jobber i små lokalsamfunn kan være bekymret for å bli stemplet som tyster eller sviker dersom de rapporterer inn sine mistanker. Dette fordi det kan være lett for den rapporterte familien å dedusere hvem som har sendt inn bekymringsmelding. Samme studie fant også at terskelen for å rapportere inn mistanker kan være høyere dersom ingen tidligere har rapportert inn slike saker om den aktuelle familien. Sykepleiere var nemlig mer tilbøyelige til, og mer komfortable med å rapportere om mulig omsorgssvikt dersom det allerede var dokumentert tidligere tilfeller av dette. Noe

som kan tyde på at ingen har lyst å være 'den første' varsleren (10). En annen faktor som kan hindre helsepersonell å melde inn potensielle omsorgssviktssaker ble argumentert for i en studie av Crisp & Lister i 2004. Der kom det frem at helsepersonell kan avstå å rapportere av frykt for at den rapporterte familien da kan velge å opphøre mottak av eller unngå å oppsøke nødvendig medisinsk hjelp for barnet, med de dramatiske konsekvensene det kan få (11).

Sykepleiernes erfaring

I 2007 utførte Salonen en studie med et utvalg på 235 finske intensiv- og akutt sykepleiere, der de blant annet ba respondentene om å vurdere sitt eget kompetansenivå innen yrket. Resultatene tydet på at jo lengre en sykepleier hadde jobbet på sin nåværende avdeling, jo høyere vurderte de sin egen kompetanse. Daværende arbeidserfaring viste også en signifikant korrelasjon med selvvalgt kompetansenivå (12).

Lignende resultater fikk også en annen finsk studie, utført av Meretoja i 2004. Denne studien hadde et utvalg på 498 finske sykepleiere. Respondentene ble også her bedt om å vurdere sitt eget kompetansenivå innen yrket. Resultatene tydet på at alder og lengde på arbeidserfaring hadde en positiv, dog ikke veldig sterk korrelasjon med sykepleiernes egen vurdering av kompetansenivå (13).

Forskning og faglitteratur antyder altså at de sykepleierne med mest arbeidserfaring føler seg mest kompetente i yrket sitt, og at det eksisterer et misforhold mellom sykepleieres mistanke om omsorgssvikt og deres rapportering. Gjelder dette også sykepleierne på legevakten? Hensikten med denne studien er derfor å undersøke spesifikt om sykepleiere på legevakten opplever behov for mer kunnskap om hvordan håndtere situasjoner ved mistanke om at barn er utsatt for omsorgssvikt.

Metode

Jeg og en medstudent formulerte og designet et spørreskjema sammen med veileder og legevakten i Trondheim. Spørreskjemaet hadde utgangspunkt i artikkelen «Se tegnene på omsorgssvikt» fra Sykepleien.no, som ble publisert både i fysisk utgave og som artikkel på nett i 2017 (14). Spørreskjemaet vårt bestod av 17 spørsmål, derav 7 introduksjonsspørsmål for å kartlegge respondentenes alder, utdanning og arbeidserfaring. De resterende 10 spørsmålene dreide seg om respondentenes kjennskap til handlingsforløp og prosedyrer ved mistanke om omsorgssvikt. Noen spørsmål ble besvart ved avkrysning på en likert-skala med alternativer fra «Svært liten» til «Svært stor» grad, med alternativ 3 som nøytralt, og noen kunne besvares med «Ja», «Nei» eller «Usikker». Spørreskjemaet er vedlagt, med kontaktinfo sensurert.

Valget av spørreskjema som datainnsamlingsmetode ble tatt på logistikkmessig og praktisk grunnlag da en kvantitativ datainnsamling i form av et spørreskjema ga oss muligheten til å innhente flere svar på kortere tid. Hadde vi valgt en annen måte å innhente data på, for eksempel dybdeintervju, ville vi sannsynligvis fått mer detaljerte data. Men på den annen side ville det kostet både ressurser og tid som verken vi studenter eller de ansatte på legevakten hadde. Den kvantitative metoden har også den fordelen at en får data i målbar form. Dette gjør at det enklere å skille og tolke data (15).

Siden vi er studenter på Norges Tekniske-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU), og oppgaven handler om sykepleiere på legevakten, var det naturlig for oss å bare være ute etter respondenter som jobbet som sykepleier på legevakten i Trondheim. For å sikre flest mulig respondenter, fikk vi assistanse av vår veileder som fikk reservert 15 minutter til oss på legevaktens to fagdager. Dette viste seg å være svært fordelaktig for oss, da en del av de ansatte var til stede den ene fagdagen, og en annen del av de ansatte var til stede på den andre fagdagen som befant sted nøyaktig en uke etter.

Selve datainnsamlingen foregikk ved at vi på forhånd hadde fått utskrevet en anstendig mengde spørreskjema. Dermed møtte vi opp på fagdagene til riktig tid. Vi introduserte oss selv, våre problemstillinger og formålet med spørreskjemaet. Vi informerte om frivilligheten til å delta, konfidensialitet, anonymitet og retten til å trekke seg når som helst under utfyllingen av skjemaet. Vi delte deretter ut både spørreskjema og pinner til alle som ønsket å være med i undersøkelsen. Vi var til stede hele tiden dersom noen skulle ha spørsmål til oss. Etter cirka 10 minutter hadde samtlige som besvarte, lagt det ferdig utfylte spørreskjemaet i en pappe i A4-størrelse vi hadde med oss for å bevare anonymiteten til respondentene. Deretter takket vi for deltakelsen, tok med oss pappe og gikk. Så gjorde vi det samme uken etter, med nye respondenter. Totalt var det 46 personer som fylte ut spørreskjemaet vårt, hvor 44 var utdannede sykepleiere. To av respondentene var ikke utdannede sykepleiere, og ble ikke inkludert i analysene. Vi fikk så hjelp av veileder til å analysere dataene og legge resultatene i Microsoft Excel.

På datainnsamlingens tidspunkt var det 74 ansatte sykepleiere på legevakten, noe som ga oss en svarprosent på ~60%. Vi ønsket selvsagt at dette tallet skulle vært høyere, men på grunn av Covid-19-utbruddet ble det vanskelig å innhente ytterligere respondenter, da vi som studenter ikke lenger hadde tillatelse til å oppholde oss på campus eller sykehusområdet.

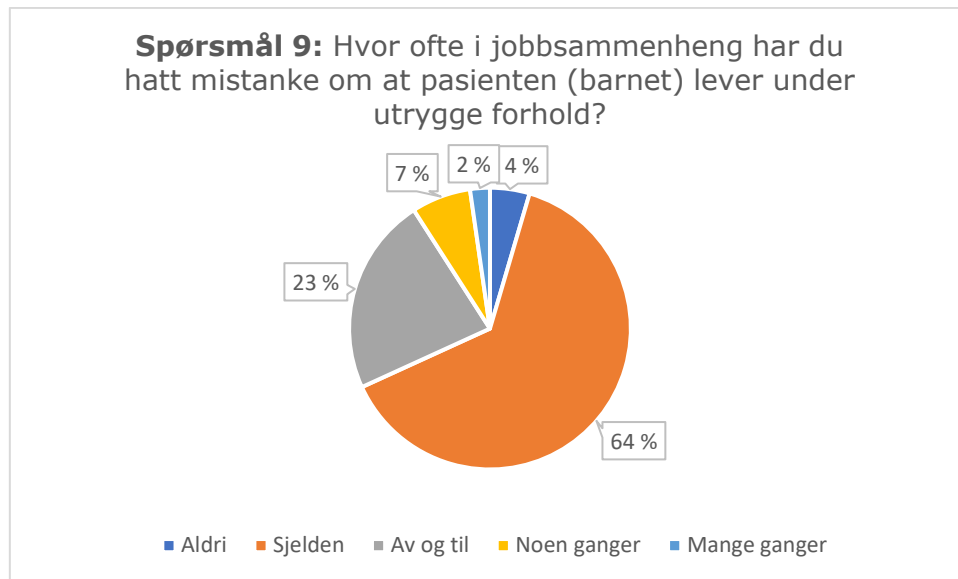
Resultater

I tabell 1 nedenfor ser vi at de fleste respondentene er mellom 26-35 år. Det store flertallet er kvinner. Nesten halvparten av utvalget vårt har over 10 års erfaring som sykepleier. Det er også like mange som har 5-10 års erfaring på legevakten som over ti år. Flertallet har verken videreutdanning innen sykepleie eller annen utdanning.

Alder	20-25 år	26-35 år	36-45 år	46-55 år	>55 år	SUM
	7	16	10	5	6	44
Kjønn	Mann	Kvinne	Ønsker ikke å oppgi			
	5	39	0			44
Arbeidserfaring som sykepleier	0-2 år	2-5 år	5-10 år	mer enn 10 år		
	5	13	6	20		44
Jobbet på legevakten	0-2 år	2-5 år	5-10 år	mer enn 10 år		
	12	14	9	9		44
Har du videreutdanning innen sykepleie?	Ja	Nei				
	9	35				44
Har du annen utdanning?	Ja	Nei				
	13	31				44

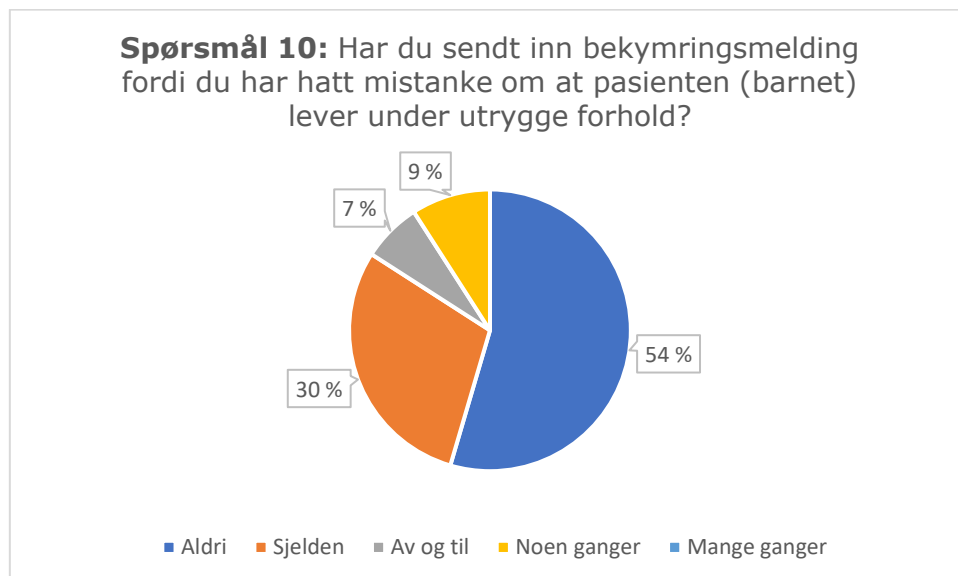
Tabell 1.

Figur 1 viser at 64% av respondentene sjelden har hatt mistanke, og at 4% aldri har hatt mistanke. 32% har av og til eller oftere hatt mistanke.



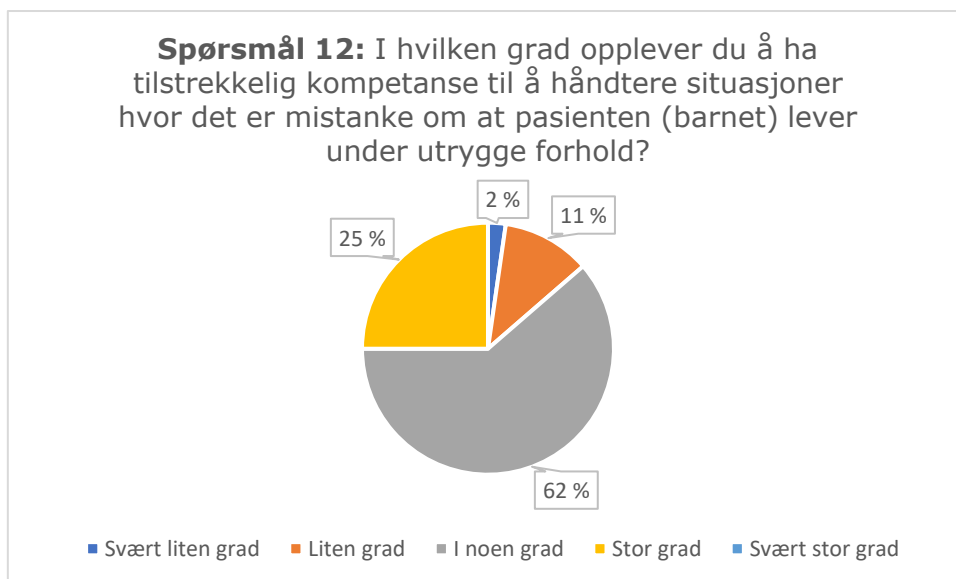
Figur 1

Figur 2 viser at over halvparten av respondentene aldri har sendt inn bekymringsmelding. Ingen av respondentene har sendt inn bekymringsmelding mange ganger.



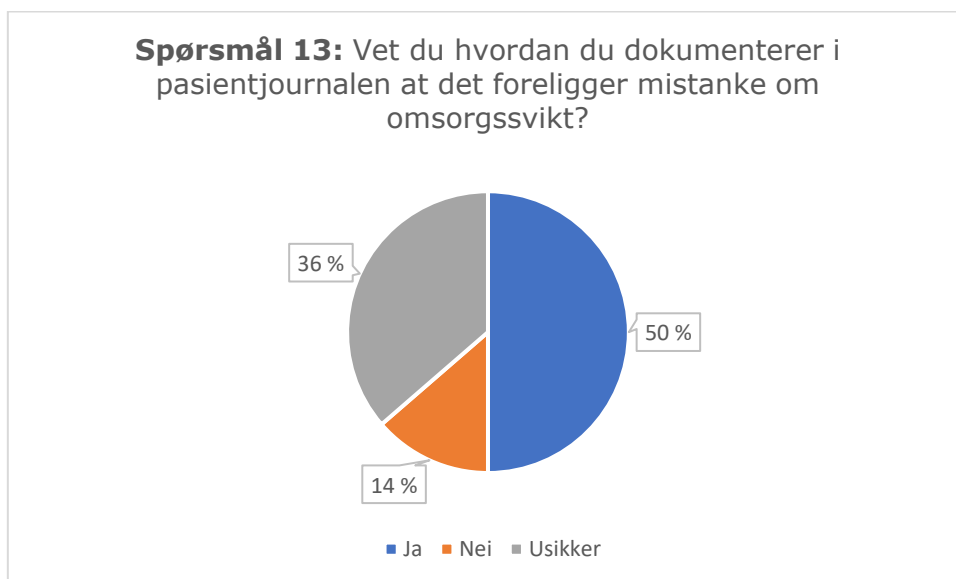
Figur 2

Figur 3 viser at 87% av respondentene opplever å ha i noen grad eller i stor grad tilstrekkelig kompetanse. Ingen av respondentene mener i svært stor grad at de har tilstrekkelig kompetanse.



Figur 3

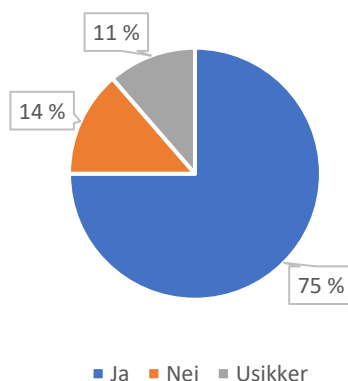
Figur 4 viser at halvparten av våre respondenter oppgir at de vet hvordan de dokumenterer mistanke om omsorgssvikt i pasientjournalen.



Figur 4

Figur 5 viser at 75% av respondentene oppgir at de har behov for mer kunnskap om hvordan håndtere situasjoner med mistanke om omsorgssvikt.

Spørsmål 14: Har du behov for mer kunnskap om hvordan håndtere situasjoner hvor det er mistanke om at pasienten (barnet) lever under utrygge forhold/er utsatt for omsorgssvikt?



Figur 5

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke om sykepleiere på legevakten opplever behov for mer kunnskap om hvordan håndtere situasjoner ved mistanke om at barn er utsatt for omsorgssvikt?»

Ved gjennomgang av resultatene (figur 5) vil man nok kunne argumentere for at dette faktisk er tilfelle, da 75% av respondentene svarte «Ja» på spørsmål 14, altså «*Har du behov for mer kunnskap om hvordan håndtere situasjoner hvor det er mistanke om at pasienten (barnet) lever under utrygge forhold/utsatt for omsorgssvikt?*». Ifølge våre data er det altså et stort flertall som oppgir at de opplever behov for nettopp dette.

Mistanke og rapportering

Selv om så mange av våre respondenter oppgir at de selv føler de har behov for mer kunnskap om temaet, trenger ikke det nødvendigvis bety at de faktisk ikke er kompetente nok. Å alltid hunge etter og søke etter mer kunnskap vil vel sjeldent være negativt. Ser en litt nærmere på studien av Lazenbatt og Freeman fra Nord-Irland, var det som tidligere nevnt 60% av deres utvalg som hadde hatt mistanke, og 47% som hadde rapportert. Dette ga 13% misforhold mellom mistanke og rapportering (8). Sammenligner vi resultatene deres med våre resultater ser vi at 96% av respondentene våre på et eller annet tidspunkt har hatt mistanke om at pasienten (barnet) lever under utrygge forhold (figur 2). Samtidig oppgir bare 46% at de faktisk har skrevet bekymringsmelding (figur 3). Altså 20 av 44.

Dette betyr at våre funn indikerer et misforhold på 50% mellom mistanke og rapportering. Hele 37% mer enn det nord-irske utvalget. Dette kan være noe overraskende med tanke på at ifølge helsepersonelloven § 33 er sykepleierne pliktige til å melde ifra til barnevernstjenesten dersom det er grunn til å tro at barnet er utsatt for omsorgssvikt (6). På den annen side kan det argumenteres for at en «mistanke» ikke er det samme som en «grunn til å tro», og at disse begrepene kan tolkes og defineres ulikt fra person til person.

Det faktum at så mange oppgir å ha hatt mistanke om at pasienten (barnet) lever under utrygge forhold kan på den ene siden bety at de er dyktige på å se og oppdage tegn og symptomer. Dette kan være noe betryggende. På den annen side kan det være noe urovekkende at misforholdet mellom mistanke og rapportering er på 50%. Hva kan grunnen til dette være? Som Limandri og Tilden skriver kan terskelen for å sende bekymringsmelding være høyere dersom det ikke er dokumentert tidligere tilfeller (10). En annen mulighet kan være som Crisp og Lister argumenterer for, at de er bekymret for at dersom familien blir meldt inn, kan de velge å ikke oppsøke medisinsk hjelp for barnet (11). Vårt spørreskjema tok dessverre ikke for seg hvilke ulike grunner sykepleierne måtte ha for å ikke melde inn sine mistanker, men en mulig enkel årsak til dette kan være at sykepleierne på legevakten er usikre på hvordan de skal dokumentere i pasientjournalen at det foreligger mistanke om omsorgssvikt.

Manglende opplæring?

Våre resultater fra spørsmål 13 «*Vet du hvordan du dokumenterer i pasientjournalen at det foreligger mistanke om omsorgssvikt?*» (figur 4) viser nemlig at 22 svarte «Ja», 6 svarte «Nei» og 16 svarte «Usikker». Det er altså bare 50% av våre respondenter som oppgir at de vet hvordan de dokumenterer i pasientjournalen at det foreligger mistanke om omsorgssvikt.

Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor 75% opplever mer behov for kunnskap om temaet. Men hvis vi sammenligner med studien av Lazenbatt & Freeman, ser vi at resultatene deres viste at 74% av deres utvalg var kjent med prosedyrene og fremgangsmåtene for å rapportere barnemishandling, samtidig som at 79% ønsket mer opplæring og kunnskap om dette (8).

Så selv om de nord-irske sykepleierne tilsynelatende er mer kjente med prosedyrer for rapportering enn våre respondenter fra legevakten, er det fortsatt omtrent en like stor andel som ønsker mer opplæring og kunnskap om det. I studien av Feng og Levine var det 80% som svarte at de aldri hadde fått noen opplæring om temaet barnemishandling/omsorgssvikt, og 75% oppga at de følte deres sykepleieutdanning og sykepleiepraksis var mangelfull (9). Kanskje grunnen til at så mange sykepleiere på legevakten ikke vet hvordan de skal rapportere, er fordi de ikke har hatt tilstrekkelig opplæring i det, og at det er dette kunnskapsbehovet de gir uttrykk for at de har? Det bør nevnes at det var en viss forskjell i utvalget fra henholdsvis Nord-Irland og Taiwan, der førstnevnte besto av både leger, tannleger og sykepleiere, mens sistnevnte besto kun av sykepleiere.

I lys av disse resultatene kan det altså argumenteres for at noe så enkelt som bedre opplæring i pasientjournaldokumentering ved legevakten ikke bare muligens vil kunne tilfredsstille deres kunnskapsbehov, men også redusere misforholdet mellom mistanke og rapportering betraktelig. Noe som i beste fall kan bidra til at flere barn som lever under utrygge forhold får den hjelpen de trenger.

Hvis vi så ser på resultatene på spørsmål 12, «*I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelig kompetanse til å håndtere situasjoner hvor det er mistanke om at pasienten (barnet) lever under utrygge forhold?*» (Figur 3), ser vi at bare 11 av respondentene svarte «I stor grad» Noe som tilsier at hele 33 av 44, altså 75%, mener de ikke har stor grad av kompetanse på å håndtere slike situasjoner.

Arbeidserfaring

Dette kan kanskje forklares ved å se på arbeidserfaringen til respondentene. Det vil jo være nærliggende å tro at sykepleiere som har praktisert yrket lengre har opparbeidet seg mer erfaring og selvtillit i forhold til de som er relativt 'ferske' sykepleiere? Dette støttes jo også opp av Meretojas resultater, som viste en positiv, dog ikke veldig sterk korrelasjon mellom yrkeserfaring og selvvurdert kompetanse (13).

Ved gjennomgang av resultatene ser vi at av de 44 sykepleierne som besvarte spørreskjemaet vårt var det 20 stykker som hadde jobbet mer enn 10 år som sykepleier og at 75% av dem opplevde å ha behov for mer kunnskap om hvordan håndtere situasjoner hvor det er mistanke om at pasienten (barnet) lever under utrygge forhold/utsatt for omsorgssvikt.

Dette kan tyde på at erfaring som sykepleier faktisk ikke har så stor betydning, og at det alltid er behov for mer kunnskap om temaet, uavhengig av hvor mange år man har jobbet som sykepleier. Meretojas resultater antyder jo bare at sykepleierne med mest erfaring selv føler de er de mest kompetente, og sier ingenting om hvorvidt de ønsker eller føler behov for mer kunnskap. Det kan jo hende sykepleierne på legevakten ønsker mer kunnskap om temaet, uavhengig av hvor erfarne de er i yrket sitt.

Kanskje er det selve erfaringen på legevakten som gir mest utslag på behovet for mer kunnskap, og ikke generell sykepleiererfaring? En kan jo tenke seg at en sykepleier som for eksempel har jobbet i over ti år innen geriatrien, har mindre kompetanse rundt temaet omsorgssvikt/barnemishandling enn en sykepleier som har jobbet over ti år på legevakten. Salonens studie med akutt- og intensivsykepleiere viste at desto lengre en sykepleier hadde jobbet på sin nåværende avdeling, desto høyere vurderte de sin egen kompetanse. Deres daværende arbeidserfaring viste også en signifikant korrelasjon med selvvurdert kompetansenivå (12). Våre resultater viser at av de sykepleierne som har jobbet mer enn 10 år på legevakten opplever 66% mer behov for kunnskap om temaet, 22% er usikre, og bare 11% opplever ikke mer behov. Av de sykepleierne som har jobbet på legevakten mellom 5 og 10 år, er det også 66% som opplever mer behov, men 33% som ikke opplever mer behov. Disse tallene tyder dermed på at de som har mellom 5-10 års erfaring på avdelingen, ikke opplever samme behov for mer kunnskap som de som har over 10 års erfaring.

En mulig forklaring på dette kan være «Dunning-Kruger-effekten». Et psykologisk fenomen som kort oppsummert går ut på at jo mer kunnskap en har om et tema, jo mer bevisst er en også over sine egne mangler i kunnskapen om samme tema, mens de med mindre kunnskap ofte overvurderer sitt eget kunnskapsnivå (16). Våre funn kan altså tyde på at sykepleiere på legevakta i Trondheim er ofre for nettopp dette fenomenet, men på grunn av et noe lavt utvalg vil det være vanskelig å konkludere med dette.

Svakheter med studien

En svakhet med vår studie kan være at svarprosenten vår ikke er så høy. På tidspunktet vi samlet inn våre data var det 74 ansatte sykepleiere på legevakten, og i løpet av de to fagdage fikk vi inn 44 besvarelser av de 44 sykepleierne som var til stede på fagdage. Samtlige som deltok på fagdage fylte dermed ut skjemaet, men av de totalt 74 ansatte på legevakten ble det dermed en svarprosent på 59%. 44 besvarelser kan muligens være et for lite utvalg til å være representativt.

Det kan også utpekes flere svakheter med spørreskjemaet vi utformet og benyttet oss av. Det kan for eksempel argumenteres for at i et såpass kvinnedominert yrke vil det være vanskelig å overholde fullstendig anonymitet for de herrene som valgte å besvare vårt spørreskjema, i og med at vi bare fikk inn fem skjemaer besvart av menn. Det vil dermed muligens ikke være veldig vanskelig å koble opp de ulike besvarelsene til hver enkelt mann, kanskje spesielt siden de også oppga hvilken aldersgruppe de tilhører. Dette er noe beklagelig, og ble også poengtert av en av respondentene under innsamlingen. Vi tok selvkritikk på det punktet, og understreket samtidig at det var fullstendig frivillig å delta. Vi ser også i etterkant at det kunne være vanskelig å trekke seg i denne situasjonen, da kollegaene som var til stede overhørte hele samtalen.

Et noe upresist skalasystem med bare fem svaralternativer kan også være en svakhet. Det kunne vært ønskelig med flere alternativer langs skalaen for å fange opp flere nyanser og variabler blant respondentene. Spørsmålene kunne også muligens vært formulert mer presist, da for eksempel spørsmål 11 og 16 kanskje kan tolkes som ganske like spørsmål, da de henholdsvis spør om hvorvidt respondenten opplever at det er *utfordrende og håndtere*, og om hvorvidt vedkommende føler seg *utrygg på hva en skal gjøre* i situasjoner der de har mistanke om omsorgssvikt.

Respondentene kan også i mer eller mindre grad ha blitt påvirket av hverandre, siden de satt relativt tett under utfyllingen av skjemaet, uten særlig mulighet for skjerming av sine svar. Noen kan kanskje tenkes å ha besvart falskt for ikke å 'miste ansikt' ovenfor sine kolleger, eller rett og slett kopiert kollegers besvarelse for å slippe å tenke selv. Det er også mulig respondentene diskuterte spørsmålene seg imellom, noe som også kan ha påvirket deres svar i mer eller mindre grad.

Tiden de fikk på å besvare kan også være en påvirkende faktor. Selv om 15 minutter i vår vurdering er rikelig med tid, kan det være at noen respondenter opplevde noe stress under besvaringen, noe som kan ha påvirket deres svar.

I og med at vi benyttet oss av avdelingens to fagdager med en uke imellom, vil det ikke være umulig at noen av de ansatte fra den første gruppen har pratet og diskutert spørreskjemaet med ansatte som tilhører den andre gruppen, og dermed kanskje 'forberedt' eller påvirket deres utgangspunkt eller holdninger mot spørreskjemaet. Kanskje verdt å merke seg er at vi fikk tildelt våre minutter nærmere slutten av fagdage, noe som kan bety at respondentene har vært slitne, umotiverte eller trette i hodet under utfyllingen av skjemaene, noe som kan ha påvirket dataene.

En diskusjon basert på forskjell hos de to ulike kjønnene kunne vært interessant å begi seg ut på, men på grunn av at det bare var 5 av 44 respondenter som var menn, har jeg valgt å ikke gå videre inn på akkurat dette, da jeg mener utvalget menn er altfor lavt.

Begrensninger med oppgaven

Covid-19-pandemien og dens følger har påvirket oppgaven i den forstand at vi ikke har fått besøke eller oppholde oss på skolen og dens bibliotek. Og dermed ikke fått tilgang til bøker eller fagartikler i en lang periode. Mange fagartikler har også kun tilgang igjennom skolen sitt internett, noe som gjorde det utfordrende å finne fagartikler som ikke var låst bak en betalingsmur.

Konklusjon

For å svare på problemstillingen min. Ja, sykepleiere på legevakten opplever behov for mer kunnskap om hvordan håndtere situasjoner ved mistanke om at barn er utsatt for omsorgssvikt. Resultatene våre viser at 75% av våre respondenter svarte «ja» på spørsmål 14 i spørreskjemaet vårt.

Resultatene våre kan også tolkes dithen at det er et misforhold på 50% mellom sykepleiere som fatter mistanke om omsorgssvikt og sykepleiere som melder inn sine mistanker.

Resultatene våre viser også at bare 50% av sykepleiere på legevakten er sikre på hvordan de dokumenterer i pasientjournalen at det foreligger mistanke om omsorgssvikt. Det er også 75% som mener de ikke har stor grad av kompetanse på å håndtere situasjoner hvor det er mistanke om at pasienten (barnet) lever under utrygge forhold. Misforholdet på 50% mellom mistanke og rapportering kan også være en god indikator på at det er behov for mer kunnskap.

Disse resultatene sett under ett antyder ikke bare at sykepleierne på legevakten faktisk har behov for mer kunnskap, de antyder også at bedre opplæring i dokumentering og en oppfriskning av relevant lovverk vil kunne dekke en stor del av dette behovet.

Sykepleiernes erfaring ga også et lite utslag på deres egen vurdering av kunnskapsbehovet, men dette gjaldt bare de med mellom 5-10 års erfaring. Det bør dog tas i betraktning at utvalget vårt muligens er for lite til å trekke konklusjoner, og at spørreskjemaets utforming ga minimalt rom for nyanser i besvarelsene.

Referanser:

1. Powell C. Protecting children in the Accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*. 1997;5(2):76-80.
2. Myhre M, Lindboe A, Dyb G. Oppdager Sykehusene Barnemishandling [Internett]. Nkvts.no. 2010 [hentet 27. Mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/oppdagersykehusenebarnemishandling.pdf>
3. Killén, K. Sveket: 1 : Barn i risiko- og omsorgssituasjoner (4 ed.). Kommuneforlaget; 2009
4. Al Odhayani A, Watson W J, & Watson L. Behavioural consequences of child abuse. *Canadian family physician*. 2013;59(8):831-836.
5. McRae R. Child Abuse: Signs, Symptoms, and the Role of the School Counselor [Internett]. OpenRiver. 2020 [hentet 31. Mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://openriver.winona.edu/counseloreducationcapstones/52/>
6. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr. 64
7. Barnevern. Statistikkbanken [Internett]. Ssb.no. 2020 [Hentet 27. Mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/list/barneverng/>
8. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56(3):227-236.
9. Feng J, Levine M. Factors associated with nurses' intention to report child abuse: A national survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse & Neglect*. 2005;29(7):783-795.
10. Limandri B, Tilden V. Nurses' Reasoning in the Assessment of Family Violence. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*. 1996;28(3):247-252.
11. Crisp B, Lister P. Child protection and public health: nurses' responsibilities. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;47(6):656-663.
12. Salonen A, Kaunonen M, Meretoja R, Tarkka M. Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *Journal of Nursing Management*. 2007;15(8):792-800.
13. Meretoja R, Isoaho H, & Leino-Kilpi H. Nurse competence scale: development and psychometric testing. *Journal of advanced nursing*. 2004;47(2):124-133.
14. Thorvaldsen I, Kirchhoff J. Se tegnene på omsorgssvikt! *Sykepleien*. 2017;(1):50-53.
15. Dalland, O. Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal akademisk; 2003
16. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999;77(6):1121-1134.