

BACHELOROPPGAVE: SPL 3903

Du ser det ikke før du tror det. Ikke alle hemmeligheter skal holdes

Hvilken kunnskap trenger sykepleiere for å rapportere om omsorgssvikt ovenfor barn?

FORFATTER: GRETHE BREIREM-SVEEN

Dato: 19.05.17

Sammendrag

Tittel:	Du ser det ikke før du tror det, ikke alle hemmeligheter skal holdes.	Dato : 19.05.17
Hvilken kunnskap trenger sykepleiere for å rapportere om omsorgssvikt ovenfor barn?		
Deltaker(e):	Grethe Breirem- Sveen	
Veileder(e):	Hege Kletthagen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk) :	Sykepleie, barnemishandling, rapportering	
Antall sider/ord: 41/7987	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja
<p>Bakgrunn: Barnemishandling og omsorgssvikt er et alvorlig samfunnsproblem, med store omkostninger for de involverte barna, familien og samfunnet. Barnemishandling er ett globalt fenomen, og forskning og kunnskap rundt temaet er begrenset. Den begrensede kunnskapen er en av faktorene som påvirker underrapportering blant sykepleiere.</p> <p>Hensikt: Avdekke mulige årsaker til underrapportering blant sykepleiere, for så å anvende tilgjengelig forskning og litteratur til å innhente den manglende kunnskapen omkring det å gjenkjenne kliniske tegn, symptomer og tiltak mot omsorgssvikt hos barn.</p> <p>Metode: Litteraturstudiet. Det ble gjennomført systematiske og usystematiske søk i databaser som: Chinal Complete, Pubmed og Ovid Medline. Søket ble delt i tre på grunn av manglende forskning, og ut fra dette ble det valgt ut seks artikler som kunne svare på problemstillingen.</p> <p>Resultat: Artikkelen belyser hvilke verktøy og kunnskaper sykepleiere trenger for å kunne avdekke barnemishandling, og hvilke egenskaper pasienter setter pris på hos sykepleiere.</p> <p>Konklusjon: For å kunne ivareta varslingsansvaret må man styrke sykepleiers kompetanse, både på å gjenkjenne tegn og symptomer på omsorgssvikt, men også ved å håndtere lovens krav om varsling.</p>		

ABSTRACT

Title:	You won't see it until you believe it. Some secrets should never be kept.	Date : 19.05.17
	What knowlege does nursing staff need to possess in order to report child abuse and neglect?	
Participants/	Grethe Breirem- Sveen	
Supervisor(s)	Hege Kletthagen	
Employer:		
Keywords (3-5) :	Nurse, Child Abuse, Reporting	
Number of pages/words:	41/7987	Number of appendix: 0
		Availability: Open
<p>Background: Child abuse and neglect is a big social problem, with big impacts for the involved children, their family and the community. Child abuse is a global phenomena. Available research and knowledge on the subject is limited. The lack of knowledge among nursing staff is one of the major factors affecting underreporting of such cases.</p> <p>Purpose: Revealing potential causes of underreporting, utilizing available research and literature to gather knowledge around recognizing clinical signs and symptoms pointing to child abuse.</p> <p>Method: Literature study. Systematic and unsystematic searches were conducted in databases such as Chinal Complete, PubMed and Ovid Medline. The searches were done in several databases, due to a lack of available research on the subject. Six articles were chosen as suitable to answer the topic question.</p> <p>Result: The articles found highlights the tools and knowledges nursing staff need to possess in order to reveal cases of child abuse, and what relevant characteristics patients appreciate in nursing staff.</p> <p>Conclusion: To ensure that reporting responsibility is assumed, competence levels with regard to recognizing signs and symptoms of child abuse has to be strengthened. Education on relevant laws and demands with regard to reporting child abuse is also of high importance.</p>		

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
1.0 INNLEDNING	4
1.1 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	5
2.0 BAKGRUNN	7
2.2 HVA ER BARNEMISHANDLING OG OMSORGSSVIKT?	8
2.3 KLINISKE TEGN	8
2.4 KOMMUNIKASJON MED BARN	10
2.5 BARNES RETTIGHETER	11
2.6 OPPGAVENS HENSIKT	11
2.7 PROBLEMSTILLING	12
3.0 METODE	13
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	13
3.2 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	14
3.3 LITTERATURSØK	15
3.4 ETIKK	19
3.5 TEMATISK ANALYSE.....	20
4.0 RESULTATPRESENTASJON	22
4.1 OPPSUMMERING AV RESULTATER	27
5.0 DRØFTING	29
5.1 METODISKE OG FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER.	32
6.0 KONKLUSJON	35
7.0 LITTERATURLISTE	36

Antall ord: 7987

1.0 Innledning

Verdens Helseorganisasjon [WHO] (2017) definerer vold som intensjonell bruk, eller trussel om bruk av makt eller tvang rettet mot en selv, en annen person, gruppe eller samfunn, som enten resulterer i eller har høy sannsynlighet i å resultere, død, fysisk/psykisk skade, feil utvikling eller invalidisering. I WHOs voldsbegrep inngår; fysisk vold, seksuelle og psykologiske overgrep og omsorgssvikt (WHO, 2017).

WHO anslår at i løpet av det siste året har opp til en milliard barn opplevd fysisk, seksuell eller psykisk vold. En av fire barn lider av fysisk mishandling, og nesten en av fem jenter blir seksuelt misbrukt minst en gang i livet. WHO anslår at omtrent 2000 barn dør hver dag av ”uhell”, som kunne vært unngått (WHO, 2017).

I Norge er dette et underkommunisert samfunnsproblem. Mange blir daglig utsatt for vold og seksuelle overgrep. Temaet er svært tabubelagt og blir ofte forbundet med skam, fortielse og skyld (Reddbarna, 2017).

Titusener av barn i Norge blir utsatt for vold og seksuelle overgrep i løpet av oppveksten, og mange av disse barna vokser opp uten at voksne er klar over overgrepene eller bidrar til at barna får den hjelpen eller beskyttelsen de trenger (ReddBarna, 2017).

Det finnes noen undersøkelser som viser til forekomst av ulike former vold og seksuelle overgrep, men forskere definerer vold forskjellig, noe som bidrar til at omfangstall spriker og resultatene blir vanskelig å sammenligne. Forskere har begrenset mulighet til å innhente data fra mindreårige uten foreldrenes samtykke, og mindre barn inngår sjelden eller aldri som primærkilde for forskningen. Det er derfor grunn til å anta at det foreligger mørketall (Regjeringen, 2017).

1.1 Sykepleiefaglig relevans

”Som sykepleier yter vi ikke bare helsehjelp, men vi får i mange tilfeller også kjennskap til årsaken som utløser behovet for helsehjelp” (Thorvaldsen og Kirchhoff, 2017, s. 50).

Sykepleiers fundamentale plikt er å fremme helse og forebygge sykdom, god sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Som sykepleier skal man også holde seg oppdatert om forskning og utvikling, og bidra til at ny kunnskap blir anvendt i praksis. Dette er med på å bidra til at sykepleiere aktivt reflekterer over etiske situasjoner i sin arbeidshverdag. Sykepleier har også ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom. Sykepleier skal gi håp, mestring og livsmot hos pasienten, og skal fremme åpenhet og godt tverrfaglig samarbeid. (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2016).

I helsepersonelloven kapittel 6 (1999), står det at helse- og omsorgspersonell skal være oppmerksomme på symptomer og funn som kan gi mistanke om barnemishandling. Helsepersonell skal bidra til å beskytte barn mot videre overgrep, og er lovpålagt å melde til barnevernstjenesten når det er grunn til å tro at barnet blir utsatt for omsorgssvikt. I noen tilfeller vil ikke barnevernstjenesten gi rask nok beskyttelse. Helsepersonell plikter da å varsle. Taushetsplikten §21, skal ikke hindre helsepersonell i å gi opplysninger til barnevernstjenesten når det er grunn til å tro at det foreligger omsorgssvikt (Lov om helsepersonell, 1999).

Helsepersonell har plikt til å hindre at straffbare handlinger blir begått. Plikten gjelder så lenge det fortsatt er mulig å avverge nye straffbare forhold. Avvergingsplikten gjelder blant annet for følgende straffbare handlinger som kan ha relasjon til opplysningsplikten til barnevernet (Lov om straff, 2005):

- §274- Grov kroppsskade
- §282- Mishandling i nære relasjoner
- §283- Grov mishandling i nære relasjoner
- §312- Incest
- §314- Seksuell omgang med andre nærstående.

På bakgrunn av dette må sykepleiere derfor ha kunnskap om symptomer på vold og overgrep, og skal alltid vurdere dette som en mulig årsak til helseplager hos barn. Sykepleier møter disse barna i mange ulike situasjoner, og for å finne og avdekke mishandling som blir holdt skjult, er det viktig å ha kunnskap om dette. (Nasjonalt Kunnskapscenter om Vold og Traumatisk Stress [NKVTS] 2015).

2.0 Bakgrunn

De første internasjonale rapportene som dokumenterte at barn ble mishandlet til en slik grad at de fikk varige skader eller døde, kom på 1960-tallet. Disse rapportene vakte stor oppmerksomhet og endte opp i Europarådet, som vedtok en anbefaling om å iverksette alle nødvendige tiltak for å sikre trygghet for mishandlede barn (NKVTS, 2011).

Barnemishandling er et alvorlig samfunnsproblem med store omkostninger for de involverte barna, familien og samfunnet. I Norge kom barneloven i 1987, og stortinget har nylig vedtatt at loven skal presisere at all vold mot barn, også fysisk avstraffelse, er forbudt. (NKVTS, 2011).

Barnemishandling og omsorgssvikt er et globalt fenomen, og forskning og kunnskap rundt temaet er begrenset (Poreddi mfl, 2016).

I en studie gjort av Plitz og Wachtel (2009) kom det frem at begrenset erfaring og utdanning i å gjenkjenne tegn og symptomer på misbruk, var en stor faktor som påvirket underrapportering. Det kom også frem at den begrensede erfaringen gjorde at sykepleiere dokumenterte dårligere, og ikke rapporterte mistanker da man hadde for lite kunnskap rundt barnevernet og dets oppgave. Mange av sykepleierne var redde for konsekvensene og for ikke å få støtte fra resten av avdelingen. Sykepleiere i denne undersøkelsen mente utdanningen hadde et ansvar, og ikke hadde gitt tilstrekkelig opplæring på området.

I Feng og Levines (2005) studie ble 1400 sykepleiere spurt om deres kunnskap rundt rapportering, holdninger og lover rundt barnemishandling, 80% av disse sykepleierne hadde ingen eller lite kjennskap rundt dette. Sykepleierne var enig i at fysiske avstraffelser ikke var lovlig og at dette ble ansett som fysisk mishandling. De mente som sykepleierne i Plitz og Wachels studie at utdanningen hadde et ansvar, og at arbeidsplassen også måtte gi videreutdanning på området.

Poreddi m.fl (2016) styrker Plitz og Vachtels (2009) og Feng og Levines (2005) undersøkelser, da hans studie kom frem til at nyutdannede sykepleiere ikke hadde tilstrekkelig kunnskap rundt barnemishandling og omsorgssvikt etter endt utdanning. Studien viste at eldre studenter ofte hadde mer kunnskap rundt dette sammenlignet med de yngre studentene.

Poreddi m.fl (2016) konkluderte derfor med at utdanningsprogrammet måtte forbedre pensum, og at innholdet i pensum burde innholdet vurderinger og rapportering i forhold til

barnemishandling og omsorgssvikt. Han mente at ved faglige endringer kunne sykepleiere redusere forekomsten av barnemishandling og omsorgssvikt.

2.2 Hva er barnemishandling og omsorgssvikt?

Barnemishandling kan defineres slik: en voksen person som utsetter et barn for psykisk eller fysisk vold, seksuelle overgrep, krenkelser, eller unnlater å dekke barnets grunnleggende behov (NKVTS, 2015).

Ved å ha kjennskap til barn og unges normale utviklingsmønster er det lettere for sykepleier å kunne gjenkjenne avvik som kan komme av omsorgssvikt i hjemmet. Ved en sykehusinnleggelse skal man også være klar over at barn og unge kan oppleve usikkerhet, ubehag og stress, som igjen kan gi utviklingsmessige særtrekk ut fra ulike alders- og utviklingstrinn (Grønseth og Markestad 2011).

2.3 Kliniske tegn

Fysisk mishandling:

Fysisk mishandling innebærer at en voksen person påfører barn smerte, kroppslig skade eller sykdom. Typiske symptomer på dette kan være:

- Blåmerker på steder hvor det ikke er naturlig å påføre seg skade gjennom lek. For eksempel øyne, øre, munnhule, hals, rygg, mage, bryst, overarmer, innsiden av lår, håndflater, fotsåler og kjønnsorganer.
- Brannskader som ikke stemmer med forklaringen som blir gitt. Kan ses som merker etter gjenstander. Eksempelvis bestikk og strykejern.
- Bitemerker med mer enn tre cm mellom hjørnetennenes avtrykk er mest sannsynlig fra voksne.
- Skjelettskader og brudd sees ofte som ribbeinsbrudd eller brudd i lange rørknokler, men kan også lokaliseres på uvanlige steder som skulderblad, ryggvirvel, brystbein og bekken.

- Hodeskader som gir endret bevissthet, kramper, uregelmessig respirasjon, brekninger eller skallebrudd.
- Forgiftning: barnet har nedsatt bevissthet og kramper, kaster opp og har diaré (Myhre, 2016).

Psykisk mishandling:

Dette er den mest udefinerbare formen for mishandlingen, og er det som kan påvirke barnets psykiske vekst og utvikling. Dette er handlinger hos omsorgspersoner som ødelegger for eller forhindrer utvikling av det positive selvbildet hos barnet. dette kan være i form av sårende kritikk, gjentatte forhør, kontroll og ignorering (NKVTS, 2015)

Typiske symptomer på dette er:

- Angst og uro.
- Depresjon
- Utviklingsvansker
- Spisevansker
- Lav selvfølelse
- Symptomer på stress og posttraumatisk stress
- Selvskading
- Redusert psykomotoriske prestasjoner (NKVTS, 2015)

Seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep er en enhver aktivitet av seksuell karakter som involverer barn som på grunn av sin modenhet eller funksjonsnivå ikke kan samtykke til aktiviteten. Dette gjelder seksuell omgang, handlinger og seksuell krenkende adferd. Former for misbruk inkluderer alt fra beføling, samleie, seksuell adferd og blotting for å nevne noe. Tegn som kan vekke mistanke er:

- Barns utsagn og atferd.
- Atferdsmessige symptomer som angst, sinne, konsentrasjonsvansker, seksualisert adferd.

- Sårhet og/eller vondt i underlivet.
- Blødninger, utflod og gjentatte urinveisinfeksjoner (Legevakthåndboken, 2015)

Det er ulike reaksjoner i de forskjellige aldersgruppene, men man kan ofte se at de minste barna fra 0 til 2 år kan ha angst under stell, være generelt engstelig, ha et forstyrret søvnmønster, få panikkanfall, generelt mistrives og være utrøstelige (Helsebiblioteket, 2015). I alderen 3 til 5 år kan barna selv fortelle at de er blitt utsatte for overgrep, de kan gi uttrykk for at de ikke tør eller ikke vil snakke om noe. De kan ha smerter i mage og hode, og/eller smerter og sårhet i underlivet. Barna kan ha problemer med vannlatning og avføring etter at de har blitt renslige. Mareritt, fjerne/stirrende perioder, fortvilelse og depresjon kan forekomme. De kan ha problemer med tannpuss og spising, dette spesielt om barnet er blitt misbrukt oralt.

Fra 6 til 12 år kan barn gi uttrykk for at de ikke ønsker å leve lenger, de kan føle sterk skam og skyld, og isolerer seg fra andre barn. De blir ofte mimikkfattige, innadvendte og deprimerte. I puberteten er selvskading, spiseforstyrrelser og angst- og tvangslidelser ofte å se hos de som er blitt utsatt for overgrep (Helsebiblioteket, 2015).

2.4 Kommunikasjon med barn

Kommunikasjon er i følge Travelbee (1999) en prosess hvor man formidler tanker og følelser til hverandre. Det er en gjensidig prosess som sykepleier bruker for å søke og gi informasjon. Barns alder er en viktig faktor for hva og hvordan ting forstås. Man må som sykepleier ta hensyn til de ulike aldersfasene når man bruker ord, begreper og nonverbal kommunikasjon (Eide og Eide 2009)

Barn kan som voksne overdrive, fantasere, dikte og lyve. Dette kan gi sykepleier rom til å feiltolke. Barn blir i større grad enn voksne påvirket til å huske eller oppfatte hendelser feilaktig, og de uttrykker seg ikke like presist og logisk som voksne (Gamst 2011). Som sykepleier må man derfor tilpasse kommunikasjonen, og forstå barns måte å uttrykke seg på. Sykepleier vil kanskje måtte sette sammen bruddstykker i barns fortellinger til en forståelig helhet.

Ved å sette barnet i fokus helt fra starten av, og ved å vise tydelig interesse, åpner man lettere døren til å etablere god kontakt og en god samarbeidssituasjon (Gamst 2011).

Som voksne har også barn et behov for å bli sett og tatt på alvor. Dette forutsetter aktiv oppmerksomhet rundt barnets innspill og signaler. Når barn er innlagt på sykehus er det viktig at man hilser på barnet før man henvender seg til voksne som eventuelt ledsager barnet. Dette viser tydelig at man er til stede for barnet (Gamst 2011).

2.5 Barns rettigheter

FNs generalforsamling vedtok i 1989 den første internasjonale menneskerettighetskonvensjonen som gir barn en særlig juridisk status: FNs konvensjon om barns rettigheter, populært kalt Barnekonvensjonen. Fordelen ved å ha en slik konvensjon er at alle bestemmelser som gjelder vern av barn, er samlet på ett sted. I dag er det 196 land som har sluttet seg til denne konvensjonen.

FNs barnekonvensjon definerer barn som alle mennesker under 18år, med mindre barnet blir myndig tidligere etter gjeldene lovgivning. Konvensjonen skal sikre at barnet får den beskyttelsen og omsorgen som er nødvendig for barnets trivsel. Og skal blant annet sikre at barnet møter kvalifisert helsepersonell når det blir innlagt på sykehus. (FN- Sambandet 2017). Konvensjonen legger stor vekt på at det ytes nødvendig legehjelp og helseomsorg, samt at alle egnede tiltak skal brukes for å verne om barnet og sikre barns helse (FN- Sambandet 2017)

2.6 Oppgavens hensikt

Mange sykepleiere mangler kunnskap i å gjenkjenne kliniske tegn og symptomer på omsorgssvikt hos barn. Dette har ført til en underrapportering blant sykepleiere. Manglende kunnskap gjør at de ikke dokumenterer godt nok, og at mishandling derfor ikke oppdages ved eventuelle senere innleggelser.

Hensikten med oppgaven er å bruke tilgjengelig forskning og litteratur til å innhente manglende kunnskap omkring det å gjenkjenne kliniske tegn, symptomer og tiltak mot omsorgssvikt hos barn.

2.7 Problemstilling

Basert på oppgavens hensikt er problemstillingen:

-Du ser det ikke før du tror det. Ikke alle hemmeligheter skal holdes.

Hvilken kunnskap trenger sykepleiere for å rapportere om omsorgssvikt ovenfor barn?

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er det litteraturstudie som skal gi svar på problemstillingen. Og i følge Aveyard (2014) er målet med en slik studie å kunne kritisk vurdere og identifisere eksisterende litteratur på temaet det søkes etter. Blir dette gjennomført på en god måte vil det kunne gi et lite stykke forskning i seg selv. Aveyard (2014) viser til to tilnæringsmåter innen forskningsmetode; kvantitativ og kvalitativ metode.

Kvantitativ metode er en metode som bruker tall til å innhente data (Aveyard 2014). Informasjonen er gjort om til målbare data som igjen kan gi mulighet for regneoperasjoner, gi eksakt faktakunnskap, og er hensiktsmessig når en vil ha direkte svar på et spørsmål. For eksempel: hvor mye..? hvor ofte..? Når man bruker en kvantitativ metode for å innhente informasjon brukes spørreskjemaer med faste svaralternativer (Thiedemann 2015). Tradisjonelt sett er det ingen kontakt mellom forsker og deltakere i undersøkelsen (Aveyard, 2014). En kvalitativ metode gir forskeren mulighet til å samle inn informasjon og meninger som ikke lar seg tallfeste, men som innhentes via intervjuer. Det er ingen, eller lite bruk av statistikk i denne type forskning, da resultatene skal være beskrivende og fortolkende (Aveyard 2014). Hensikten er å få kunnskap om egenskaper som tanker, forventninger og motiver, få frem nyanser og finne meningssammenheng. Metodens kjennetegn er dybdekunnskap, hvor man får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thiedemann, 2015)

I forskning kan det være svakheter ved en metode, som igjen kan oppveies av sterke sider i en annen metode. Ved å kombinere de ulike metodetilnærningene kan man forsterke et forskningsprosjekt. Teknikken kalles metodetriangulering.

Denne metodetrianguleringen vil si å kombinere kvantitative og kvalitative tilnæringer, slik at man veier opp for svakhetene som kan oppstå ved kun å bruke en metode (Thiedemann, 2015)

Ved å søke systematisk og analysere relevant litteratur, vil det kunne gi ny innsikt innenfor fagfeltet, noe som ikke kunne latt seg gjøre om man kun så på kun én studie (Aveyard 2014).

Uansett hva slags kunnskap man velger å bruke til en oppgave, er det viktig å tydeliggjøre hvor kunnskapen er hentet fra. Det finnes en rekke ulike kilder til kunnskap, og i mange tilfeller vil det være nødvendig å bruke flere typer kilder for å få svar på problemstillingen (Bjørk og Solhaug 2008). Bjørk og Solhaug (2008) refererer i sin bok til Primærkilder og Sekundærkilder.

Primærkilder er en førstehåndskilde, altså originalen. Dette kan være rapporter fra enkeltstående forskningsprosjekter, og konkret dreier det seg gjerne om artikler publisert i tidsskrifter. Det kan også være upublisert materiale, som for eksempel masteroppgaver. Sekundærkilder er andrehåndskilder, der materialet fra primærkilden er bearbeidet, bøker kan i noen tilfeller være sekundærkilder (Bjørk og Solhaug 2008).

I denne oppgaven er det anvendt både primær- og sekundærkilder.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det er flere metoder for å innhente informasjonen om et emne. For å kunne forenkle utvelgelsen av artikler er det viktig å inkludere det som er viktig for oppgavens relevans, og ekskludere det som ikke har noe med oppgaven å gjøre. For å sikre at relevante artikler skal identifiseres, må man søke bredt. Noe som vil gi mange irrelevante treff som man må sile vekk (Bjørndal, Flottorp og Klovning, 2013). Det er derfor viktig å sette noen kriterier for søket, slik at man systematisk kan finne artikler rettet mot problemstillingen (Bjørndal, Flottorp og Klovning, 2013).

Noen av inklusjonskriteriene for denne oppgaven blir derfor å benytte IMRAD-strukturen. IMRAD – strukturen gjør det lettere å finne frem til den informasjonen man er på jakt etter. Og oppbyggingen av vitenskapelige artikler innenfor medisin og helsefag følger ofte denne strukturen. IMRAD er en modell og en forkortelse for Innledning, Metode, Resultat og (And) Diskusjon (Bjørndal, Flottorp og Klovning, 2013).

Det er lagt vekt på at artiklene er fagfellevurdert, noe som innebærer at to eller tre, anonyme og upartiske eksperter innenfor fagfeltet vurderer og godkjenner artiklene. Ved en slik

vurdering brukes et skjema, der det stilles mange spørsmål rundt forskningens kvalitet. Blir den godkjent, sendes den til publisering hos et tidsskrift (utdanningsforskning.no, 2016).

I tabellen under vises det til inklusjons- og eksklusjonskriterier som er lagt vekt på i denne i oppgaven:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Barn utsatt for vold i nære relasjoner	Kulturelle forskjeller
Språk	
Publiseringsår (ikke eldre enn 10 år)	

3.3 Litteratursøk

Hørmann (2011) referer til Rienecker og Stray (2005) som skiller mellom tre grunnleggende søkemetoder; bevisst tilfeldig søk, kjedesøk og systematisk søk.

Bevisst tilfeldig søk innebærer å lete etter noe man kan la seg inspirere av, noe man for eksempel finner i avisen, hører på radioen eller ser på TV (Hørmann, 2011). I dette søket kan man risikere å finne mye som ikke er av betydning for temaet, og man må ta seg tid til å lete og luke ut.

Kjedesøk er søk der man tar utgangspunkt i en allerede kjent artikkel eller bok, går igjennom referanselisten og ser om det er noe man kan bruke (Hørmann, 2011). På denne måten kan man finne artikler og stoff man vanligvis ikke hadde funnet, og man kan se utviklingen av de ulike primærkildene. Ulempen er at man kan miste forståelsen av hvorfor det ble forsket på området i utgangspunktet.

Ved systematisk søk bruker man søkeord og søkestrategier og kan også søke på forfatternavn (Hørmann, 2011). Her tar man ofte utgangspunkt i kjedesøk og bevisst tilfeldig søk for å finne aktuelle søkeord på området.

I denne oppgaven er alle tre søkemetodene benyttet. Ved å sette søkemetodene sammen vil man få et bedre utgangspunkt for å finne relevant litteratur til oppgaven.

I starten av oppgaven ble det brukt bevisst tilfeldig søk for å innhente inspirasjon og få et innblikk i temaet. Det ble i hovedsak brukt ”sykepleien” og ”Google”. Det gikk så over til kjedesøk, der referanselistene ble kritisk gjennomgått og flere artikler dukket opp. Basert på disse to søkemetodene var det flere søkeord som skilte seg ut. Disse ble brukt i det systematiske søket i de ulike databasene.

Det ble systematisk søkt i flere databaser, som ”Cinahl”, ”PubMed”, ”Svemed”, ”Medline” og ”Ovid”. De forskjellige databasene har ulike søkekriterier, men felles for de fleste helsefaglige databasene er at de er engelskspråklige, og man må derfor bruke engelske søkeord (Bjørndal, Flottorp og Klovning, 2013). Ved å starte og søke bredt øker sannsynligheten for at man får med seg flest mulig relevante artikler, og man sitter gjerne igjen med tusenvis av treff som alle utgjør potensielle referanser (Bjørk og Solhaug 2008). Derfor må man snevre inn søket ved å bruke relevante søkeord og kombinere disse med bolske operatoren AND. Underveis i søkeprosessen kan det dukke opp nye idéer og innfallsvinkler som bør tas hensyn til. Det er derfor viktig å ikke låse seg til søket.

Til dette litteraturstudiet ble det brukt søkeord og tekstord som: ”nurse”, ”nurses”, ”Nurse reporting”, ”Experience” ”trust”, ”graduate”, ”mandatory Reporting”, ”Children”, ”Child Abuse”, ”Hospital”, ”Competence”, ”screening”, ”Emergency Department”, ”Diagnostic” og ”Detection”.

Det ble også undersøkt om de ulike søkeordene fantes som egne emneord eller MeSh-termer i databasen. Der hvor dette ikke var tilfelle ble det brukt emneord som lå nærmest til valgt søkeord. Ved å anvende emneord vil man kunne dykke dypere i søket og finne underordnede emner, som kan være hensiktsmessig å ta med. Emneordsøk er den mest presise søkemetoden, men i noen tilfeller vil det være nødvendig og supplere med tekstord. Ved å anvende tekstordsøk vil man få treff på termer og fraser slik de er brukt i artikkelen (Bjørk og Solhaug 2008)

Gjennom det systematiske søket ble fagartiklene valgt bort, da det var forskningsartiklene som var av interesse. Det var ingen artikler som ga direkte svar på valgt problemstilling, derfor ble det plukket ut flere artikler, delt inn i tre kategorier:

- Hva er grunnen til underrapportering av omsorgssvikt?
- Hva setter pasienter pris på hos sykepleier?
- Hvilke verktøy/rutiner trenger sykepleier for å kunne rapportere om omsorgssvikt

Søkestrategi:

Søking og resultat (26.01.2017)

Artikkel 1: Graduate nurses' experiences of developing trust in the nurse-patient relationship

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Nurses	Ovid Medline		243 360
2. Graduate			55 232
3. Experience			553 451
4. Trust			7604
		1 AND 2	5613
		1 AND 2 AND 3	853
		1 AND 2 AND 3	
		AND 4	5

Søking og resultat (26.01.2017)

Artikkel 2: Hospitalized children's view of the good nurse

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Hospital	Chinal		237 645
2. Children			225 296
3. Nurse			177 029
4. competence			61 249
		1 AND 2	14 860
		1 AND 2 AND 3	851
		1 AND 2 AND 3	
		AND 4	41

Søking og resultat (02.04.2017)

Artikkel 3: Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analyse.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Child abuse	Pubmed		42260
2. Nurse			4226
reporting			4393
3. Mandatory		1 AND 2	158
reporting		1 AND 2 AND 3	41

Søking og resultat: (13.04.2017)

Artikkel 4: Potential Child Abuse Screening in Emergency Department; A Diagnostic Accuracy Study.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Child Abuse	Pubmed		42326
2. Screening			4039568
3. Diagnostic			8839273
4. Hospital			3790599
5. Emergency Department			194403
		1 AND 2	12590
		1 AND 2 AND 3	11842
		1 AND 2 AND 3 AND 4	3101
		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	134
		Filters:fulltekst	27

Søking og resultat: (13.04.2017)

Artikkel 5: Successful e-learning programme in the detection of child abuse in the emergency departments: A randomised control trial.

Artikkel 6: Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the emergency department.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Nurse	Pubmed		33 8346
2. Child abuse			42 366
3. Screening			404 4196
4. Detection			749 794
		1 AND 2	1407
	1 AND 2 AND 3	450	
	1 AND 2 AND 3		
	AND4		46

3.4 Etikk

Det stilles strenge krav om etisk og juridisk forsvarlighet i gjennomføring av forskning, og kravene kommer fra ulike hold. Etisk forsvarlighet er regulert på et overordnet og internasjonalt nivå, kalt Helsinkideklarasjonen (Bjørk og Solhaug, 2008). Verdens legeforening (World Medical Association [WDA]) vedtok disse retningslinjene i 1969, og de er blitt justert flere ganger (WDA, 2013). I dag inneholder deklarasjonen 37 etiske retningslinjer, og er overordnede retningslinjer som brukes til all forskning som involverer mennesker. Disse tar blant annet hensyn til spesielt sårbare grupper, som barn er.

Når forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger, skal det søkes om forhåndsgodkjenning fra regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk [REK] (Salbu, 2014). REK vurderer om forskningsprosjektet er etisk forsvarlig å gjennomføre, og en godkjenning skal alltid foreligge før prosjektet starter (Salbu, 2014).

REK forvalter myndigheten innenfor forskningsetikkloven, som ble vedtatt 1. Juli 2007. Dette er en rammelov som legitimerer det eksisterende systemet (Bjørk og Solhaug, 2008). Den krever også at alle forskningsprosjekter som inkluderer mennesker skal være anbefalt

av REK. Undersøkelser gjort på myndige, selvstendige voksne, faller utenfor en slik vurdering. Man trenger derfor ikke sende inn meldeskjema til REK når prosjektet skal innhente informasjon fra sykepleiere via spørreskjema eller intervjuer.

Norge har i tillegg helseforskningsloven, som trådte i kraft 01.07.2009. Denne skal fremme god, etisk og forsvarlig forskning innen helse og medisin. Formålsbestemmelsen er veiledende til hvordan REKs skjønn skal utøves og forstås i forhold til andre bestemmelser (Sønderland, 2009)

De juridiske forholdene ved et forskningsprosjekt skal også vurderes av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste[NSD], som forvalter retningslinjer for beskyttelse av personvern. Dette skal sikre at pasientenes rettigheter blir beskyttet, og at sensitiv data ikke kommer på avveie. Den skal også sikre at data blir anonymisert og behandlet konfidensielt (Bjørk og Solhaug, 2008)

3.5 Tematisk analyse

Ved å foreta en kritisk oppsummering av innholdet i hver artikkel, vil man kunne avdekke styrker og begrensninger i artiklene. Det vil da være enklere å gi en samlet oversikt over den informasjonen man har funnet og det er lettere å se hvilke artikler som skiller seg ut som spesielt nyttige (Aveyard, 2014).

For denne oppgaven var det relevant at stoffet omhandlet sykepleiere og barn innlagt på sykehus. Da problemstillingen ikke var på plass i starten, ble hensikten med oppgaven brukt som en ledetråd for hva som var ønskelig med artiklene. Det ble søkt bredt på ulike nøkkelord som ble funnet i andre artikler eller litteratur. Overskriftene var avgjørende for om artiklens sammendrag ble lest. Det ble så benyttet Aveyards anbefaling, og artiklene ble vurdert ut fra disse spørsmålene:

- Hvem har skrevet artikkelen?
- Formålet/hensikten med studiet?
- Type studie?
- Funnet/Resultat?
- Styrker og svakheter?

Dette ga en god oversikt over studiene og hva som ble ansett som nyttig å ha med i oppgaven videre. Ved å anvende samme spørsmål i en matrise, som i neste kapittel, var det lettere å holde oversikt over artiklene og lettere å ta i bruk det som ble ansett som viktig. Artiklene som er valgt til dette litteraturstudiet vil alene ikke kunne gi svar på problemstillingen, derfor vil de bli vurdert opp mot hverandre. Resultater som ikke er relevant for denne oppgaven er valgt bort, mens relevant resultat fra artiklene vil bli presentert i matrisen i neste kapittel.

4.0 Resultatpresentasjon

Artikkel 1 Referanse	Belcher, M. Og Jones, LK. (2009) ”Graduate nurses´experience of developing trust in the nurse-patient relationship”. Contemp nurse, 31 (2), s 142-54
Hensikt	Utforske og beskrive hvordan nyutdannede sykepleiere oppfatter og erfarer det å utvikle tillit til pasienten. Hva som skal til for å oppnå et godt sykepleier-pasient forhold, hvilke prosesser som påvirker etablering og utvikling av dette
Metode	I denne studien ble det brukt en kvalitativ metode. Denne metoden ble valgt for å fange opp de subjektive meningene deltakerne hadde. Deltakerene skulle være nyutdannede, og arbeide i sitt første år som sykepleier.
Resultat	Det kom frem av undersøkelsen at det de opplevde at pasienter satt mest pris på var høflighet og personlig egenskaper. For å skape et godt sykepleier-pasient-forhold måtte man være villig til å vise og gi omsorg, hjelpe og vise interesse i pasienten. For at pasienten skulle føle seg trygg, var det viktig at sykepleier var ærlig. Kommunikasjon var også utrolig viktig, dette for å kunne samle nok data for videre behandling, og lytte slik at det ble en toveis kommunikasjon. På denne måten kunne sykepleier møte pasientens behov.
Bearbeiding av resultat	Studien viser hvor viktig væremåte er ovenfor pasienten for å skape et godt samarbeid. God kommunikasjon, samle data, lytte og ta pasienten på alvor. Studien er svært relevant for hvordan sykepleier skal forholde seg og være i nærheten av pasienter for å skape og oppnå god kontakt.

Artikkel 2	Brady, M. (2009) ” Hospitalized children´s view of the good nurse”. Nurse Ethics 16(5), s543-60
Hensikt	Identifisere en god sykepleier fra barns perspektiv.
Metode	En kvalitativ studie hvor der ble brukt kunstverk som en del av datainnsamlingen. Dette er en anerkjent metode som letter barns kommunikasjon, og forenkler datainnsamlingen. Dette gjør at følelser og tanker blir styrket, og er en metode der deltakerne tegner et bilde. Forskeren bruker tegningen som grunnlag til spørsmålene. Når barna hadde fulført sitt bilde, ble det brukt både åpne og lukkede spørsmål.
Resultat	Etter at intervjudata og tegninger ble analysert under felles overskrifter, kom de frem til at det var fem temaer som fremhevet viktige kjennetegn ved en god sykepleier. Dette var kommunikasjon, faglig kompetanse, sikkerhet, profesjonell utseende og dyder.
Bearbeiding av resultat	Ved å identifisere egenskaper som barn setter pris på hos sykepleiere, vil det være lettere å møte barn innlagt ved sykehus, og skape et godt og trygt samarbeid. Selv om barn ikke har utviklet sin språklige kompetanse som ofte trengs for å kunne uttrykke sin mening, viser denne studien at barn har en forståelse av hva god omsorg hos sykepleiere er. Informasjonen som kommer frem i denne undersøkelsen er svært viktig for hvordan sykepleier møter barn, og er svært relevant for oppgaven.

Artikkel 3	Fraser, J.A., Mathews, B., Walsh, C.L., Chen. L. Og Dunne. M. (2009) Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analyse. International Journal of Nursing Studies 47 (2), s. 146-153.
Hensikt	Undersøke sammenheng mellom opplæring og sykepleiers plikt til å melde fra om omsorgssvikt.
Metode	Tverrsnittundersøkelse av sykepleiere som arbeider med barn og familier i delstaten Queensland, Australia.
Resultat	Sykepleiere var flinke til å rapportere fysisk og seksuell misbruk, de var mindre sikre på emosjonelt misbruk og forsømmelse. En felles forståelse rundt den obligatoriske rapporteringen gjorde det lettere å rapportere omsorgssvikt og misbruk.
Bearbeiding av resultat	Resultatet viser at med riktig trening er sykepleiere sterkere rustet til å møte barn utsatt for omsorgssvikt noe som er direkte relevant for problemstillingen.

Artikkel 4 Referanse	Dinpanah, H. Og Pasha, .A.A. (2017) ”Potential Child Abuse Screening in Emergency Department; A Diagnostic Accuracy Study”. Academic Emergency Medicine Journal 5(1), s. 8
Hensikt	Evaluere nøyaktigheten av et screening program brukt for å avdekke mishandling og overgrep hos barn.
Metode	Undersøkelser av 6120 barn under 16 år innlagt på akuttmedisinsk avdeling. Dette foregikk over tre år med et team bestående av barneleger, sosialarbeidere og rettsmedisinske leger. Ved innleggelse ble det tatt flere prøver av barna og samtidig gikk sykepleier gjennom en sjekkliste på seks spørsmål, hvor man skulle svare ”JA” eler ”NEI”. Denne sjekklisten skulle avdekke om historien rundt skaden var sannferdig, om det var det nye eller gamle skader, hvorvidt barnets adferd sto i forhold skadene, om funnene i undersøkelsen var i samsvar med sykehistorien, om det var det signaler som gjorde at man sådde tvil hos familiemedlemmene. Der det var avvik i besvarelsen ble lege kontaktet for en grundigere undersøkelse.
Resultat	Ved å gi sykepleiere og akuttmedisinsk personell kurs og nødvendige sjekklister i og rundt barnemishandling var det lettere å evaluere pasienter ved innleggelse. I denne undersøkelsen ble det registrert mistanke om mishandling hos 137 barn. Etter grundigere undersøkelser ble det bekreftet at 35 av barna var ofre for barnemishandling.
Bearbeiding av resultat	Artikkelen kommer frem til at, ved å anvende en sjekkliste, vil sykepleier raskere avdekke avvik og rapportere videre slik at grundigere undersøkelser kan foretas. Dette gir oppgaven et godt utgangspunkt for å kunne svare på problemstillingen.

Artikkel 5 Referanse	Smeeckens. AE., Broekhuijsen-Van Henten. DM., Sitting. JS., Russel. IM., TenCato. OT., Turner. NM. Og VanDerPutte. EM. (2011) ”Successful e-learning programme in the detection of child abuse in emergency departments: A randomised control trial”. Arch Dis Child (96) s. 330-334
Hensikt	Undersøke i hvilken grad opplæring på barnemishandling og omsorgssvikt har innvirkning på rapportering.
Metode	Blindtester av helsepersonell ved akuttmedisinsk avdeling. 38 sykepleiere var med på studiet, hvor det endte med at 25 deltakere fikk oppfølging og ble analysert. Halvparten av sykepleierne fikk en to timer lang innføring via e-læring, der fokuset var å gjenkjenne barnemishandling og omsorgssvikt. De gjenstående sykepleierne ble brukt som en kontrollgruppe.
Resultat	I en simulering gjort rett etter opplæringen avdekte den gruppen som hadde fått nettbasert undervisning om hele 89% av tilfellene. Gruppen uten opplæring klarte kun å avdekke 71% av samme tilfeller. De kom frem til at nettbasert opplæring kan forbedre ytelsen på avdelingen og hjelpe ansette i å avdekke barnemishandling.
Bearbeiding av resultat.	Studien viser til at all kunnskap er bedre enn ingen kunnskap rundt omsorgssvikt. Dette er svært relevant for oppgaven og sykepleiers fremtidige samarbeid med barn.

Artikkel 6 Referanse	Keane. C. Og Chapman. R. (2008) ”Evaluating nurses’knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department”. International Emergency Nursing (16) s.5-13.
Hensikt	Hensikten var å identifisere så mye forskning og litteratur som mulig på området, slik at man kunne videreutvikle et kartleggingsverktøy til bruk på sykehus og spesielt akuttmottakene. Dette skulle også gi nytt grunnlag til nyere forskning på området.
Metode	Det ble samlet inn data fra fire tidligere studier fra 1998-2005. Det ble lagt vekt på sykepleiers oppfatninger, roller og kunnskap. Studiene ble vurdert opp mot hverandre og plukket fra hverandre med fordeler og ulemper fra alle studiene.
Resultat	Ved å evaluere sykepleiers kunnskap fikk forskerne delt inn noen underkategorier til omsorgssvikt og hva som ble vektlagt: psykisk mishandling, seksuell mishandling, emosjonell mishandling, omsorgssvikt, risikofaktorer, lovgivning og rapportering. Dette hjalp forskerne med å forstå hvilke kunnskaper sykepleiere har i forhold til tegn og symptomer på de ulike områdene, og hva som blir vektlagt ved innleggelse.
Bearbeiding av resultat	Ved å avdekke sykepleiers kunnskapsområde, vil man få et mer nøyaktig kartleggingsverktøy, som er relevant for oppgavens problemstilling.

4.1 Oppsummering av resultater

Oppsummering av resultater med bakgrunn i den tematiske analysen.

I en blindtest gjort på helsepersonell kom det frem at det å ha noen oppdatert kunnskap omkring barnemishandling, har stor betydning for om man rapporterer videre eller ikke (Smeekens mfl 2011). Undersøkelsen viste at de som hadde tatt et to timer langt innføringskurs på området, rapporterte 18% mer enn de som ikke hadde noe oppdatert kunnskap. Denne undersøkelsen støtter funn gjort av Fraser mfl (2009) der sykepleiere var

flinke til å rapportere om fysisk og seksuelt misbruk, nettopp fordi de hadde mye kunnskap på området. Det var samtidig en felles forståelse omkring rapporteringen på avdelingen, noe som gjorde det lettere for sykepleiere da de følte støtte fra sine kollegaer. Den samme undersøkelsen viste en underrapportering på emosjonelt misbruk, dette fordi sykepleier ikke hadde nok kunnskap rundt dette.

Ved å evaluere sykepleiers kunnskapsområder slik som Keane og Chapman (2008) gjorde i sin studie kunne man avdekke hva sykepleier så etter ved innleggelse. Her kom det frem at det ble lagt stor vekt på lovgivning, alle typer mishandling, omsorgssvikt, risikofaktorer og rapporteringsrutiner.

Louwers, Korfage og Affourtit m.fl (2012) og Dinapana og Pasha (2017) gjorde alle undersøkelser rundt screening og dens funksjon i å avdekke barnemishandling. Ved å gi sykepleier en enkel sjekklister, kunne man lett utelukke mishandling som årsak til helseplagene. Ved å stille seg selv spørsmål som: stemmer historien med symptomene? Er det nye eller gamle skader? Hvordan er adferden til barnet og hvordan oppfører familiemedlemmer seg? kunne sykepleier enkelt vurdere om det måtte kontaktes lege for en mer omfattende undersøkelse.

Brady (2009) og Belscher og Jones (2009) kommer frem til i sine undersøkelser viktigheten rundt sykepleiers holdninger og væremåte når man skal innhente informasjon rundt pasienten. Ved å ta pasienten på alvor, lytte, ha god faglig kompetanse, være trygg på seg selv og oppføre seg profesjonelt var det mye lettere å oppnå god kommunikasjon og trygghet hos pasienten. Brady (2009) gjorde også viktige funn rundt hvordan barn opplever sykepleiere. Barn var spesielt sårbare og merket lett om sykepleier likte å jobbe med barn eller ikke. For barn var det også viktig at sykepleier viste god omsorg, dette var med på å skape trygghet og ett godt samarbeid.

Ut fra de seks artiklene er det valgt tre temaer som vil diskuteres i drøftingen. Disse vil bli brukt som undertitler og lede frem til svar på problemstillingen:

- Årsaker
- Holdninger
- Tiltak

5.0 Drøfting

Hvilken kunnskap trenger sykepleiere for å rapportere om omsorgssvikt ovenfor barn?

Her drøftes funn fra forskningsartiklene opp mot funn i relevante fagartikler og annen litteratur. Drøftingen fremstilles systematisk ved bruk av undertitler presentert i forrige kapittel.

Årsak

I følge Plitz og Wachel (2009) er en av årsakene til underreportering blant sykepleiere at de ikke har nok kunnskap rundt symptomer og funn på barnemishandling. Den begrensede erfaringen gjør at de ikke vet hva de skal se etter, og dermed ikke dokumenter godt nok. Den dårlige rapporteringen fører igjen til at barnemishandlingen ikke blir oppdaget ved en senere innleggelse. Det kommer frem i samme studie at sykepleiere er usikre på gjeldene lover og rutiner rundt selve rapporteringen, og hadde i tillegg for lite kjennskap til barnevernets og politiets arbeidsområder. De var dermed redde for hva som ville skje med barna, men også dem selv etter rapporteringen. Fraser m.fl (2009) undersøkte sammenhengen mellom opplæring og sykepleiers plikt til å melde, og det ble her gjort funn som viser at sykepleiere er avhengig av kunnskap rundt barnemishandling og omsorgssvikt for å kunne avdekke og rapportere. I tillegg var det lettere for sykepleiere å rapportere mistanke når de hadde støtte fra avdelingen de var ansatt ved. Fraser mfl (2009) kom også frem til at det sykepleiere hadde minst kunnskap om, som i dette tilfellet var emosjonelt misbruk, var også det som ble rapportert minst rundt. Det mest oppsiktsvekkende funnet Fraser m.fl (2009) gjorde, var sykepleiers holdninger mot barnevern og politi. Hadde sykepleier negative holdninger til barnevernet, var det stor sannsynlighet for at de lot være å melde fra ved mistanke om omsorgssvikt. Forsker og lege Mia Myhre mener sykepleiers usikkerhet og frykt for hvilke konsekvenser det får for familien, er en av årsakene til ansvarsfraskrivelsen. Hun mener også at det er typisk at mange i avdelingene kan mistenke mishandling, men at ansvaret dyttes over på legene. Hun sier videre at det er en fordel om ulike yrkesgrupper melder sin bekymring, slik at saken kan ses fra ulike vinkler (Hærnes, 2013).

Preddi m.fl (2016) mener utdanningen må ta noe av ansvaret for underrapporteringen, da pensum ikke belyser dette temaet godt nok. I dette studiet kunne man se at ferdig utdannede sykepleiere hadde lite eller ingen kunnskap rundt barnemishandling og omsorgssvikt, og dermed ikke visste hva de skulle se etter ute på avdelingene.

Ut fra dette sitter man igjen med tre mulige årsaker til underrapportering blant sykepleiere:

- Varierende grad av kunnskap
- Frykt for konsekvenser ved varsling
- Varierende grad av tiltro til barnevern og politi.

Holdninger

Barn som er i vanskelige livssituasjoner er særlig sensitive overfor usikkerhet og holdninger hos voksne (Gamst, 2011).

Travelbee (1999) sier at sykepleiers grunnleggende intensjoner og oppfatninger av andre mennesker, alltid blir kommunisert i sykepleiesituasjonen. Videre sier hun at dersom sykepleiere ikke interesserer seg for det syke mennesket, vil denne interesse mangelen kommuniseres, uavhengig av hva hun velger å uttrykke med ord. Kommunikasjon er i følge Travelbee (1999) sykepleiers viktigste redskap når det gjelder å etablere et menneske-til-menneske forhold med pasienter. Hun sier at om man ikke interesserer seg for pasienten vil dette uttrykkes med holdninger, og pasienten oppfatter dette og handler deretter. Dette kommer også frem i Bradys (2009) undersøkelse, der hun intervjuet flere barn om hva de satte pris på hos en god sykepleier. Barna la vekt på god kommunikasjon, sykepleiers kompetanse, sikkerhet, og profesjonelle utseende. Flere av barna ga tydelig uttrykk for at de kunne merke når sykepleiere ikke var spesielt begeistret for barn eller jobben de gjorde. Belcher og Jones (2009) belyser også viktigheten med hvordan god kommunikasjon påvirker hvor mye data man får fra pasienten. Kommunikasjon og det å føle at man ble sett av sykepleier, var spesielt viktig hos pasientene i denne studien. Når pasientene følte at sykepleier hadde fokus på dem, opplevdes det trygghet og de følte omsorg. Dette ga pasienten tillit til sykepleier, og lettet sykepleiers oppgave med å innhente data.

Tiltak

Sykepleiere har ofte liten erfaring når det gjelder det å observere barn med tanke på omsorgssvikt. Dette kan skyldes at det er vanskelig å se og vurdere avvik når barnet allerede er sykt. Noe mange barn vil være i møte med sykepleiere.

Sykepleiere som har med barn å gjøre har et faglig og etisk ansvar for barns rett til delaktighet. For å kunne ta barn på alvor må man vite hvordan barnet har det. Derfor er en profesjonell etisk forpliktelse å ha god kjennskap til barnet, og som sykepleier krever det et ansvar for å tilegne seg god kunnskap om blant annet kommunikasjon med barn (Gamst, 2011).

I en undersøkelse Smeekens m.fl (2011) gjorde, kom det frem at all kunnskap er bedre enn ingen kunnskap. Det viste seg at sykepleiere som fikk to timer med undervisning rundt symptomer på barnemishandling, rapporterte 17 prosent mer enn de som ikke hadde fått noe ekstra undervisning på området. Sett i lys av Poreddi m.fl (2016) som mente at utdanningsinstitusjonene hadde et ansvar, og måtte forbedre pensum, vil man kunne konkludere med at skolene ikke trenger legge til rette for mer enn noen timer målrettet undervisning på området. Dette for å forbedre kunnskapen blant sykepleier studenter. Poreddi m.fl (2016) mente innholdet i pensum burde inneholde undervisning på symptomer og rapporteringer i forhold til barnemishandling og omsorgssvikt.

Keane og Chapmans (2008) evaluerte sykepleiers kunnskaper rundt omsorgssvikt, og kategoriserte det på følgende måte: psykisk mishandling, seksuell mishandling, emosjonell mishandling, risikofaktorer, lovgivning og rapportering. I denne studien ble disse brukt som grunnlag for å danne gode kartleggingsverktøy til bruk i møte med barn innlagt på sykehus. Ved å avdekke kunnskapsnivåer blant sykepleiere slik som Keane og Chapman (2008) gjorde, vil det også være lettere for utdanningsinstitusjoner å vite hva de må legge vekt på under utdanningen. Underkategoriene til Keane og Chapman (2008) kan eksempelvis brukes som ”headinger” i undervisning, og støtter dermed Poreddi mfl (2016) ønske om mer utdanning rundt symptomer og rapportering.

Ved å legge fokuset på enkle huskereglar slik Louwers, Korfage og Affortit m.fl (2012) og Dinapana og Pasha (2017) gjorde, ved å benytte sjekklister, og stille seg selv spørsmålet ” kan

barnet være mishandlet”, og tørre og tro at det kan være årsak til sykehusinnleggelsen, vil man kunne avdekke omsorgssvikt mer effektivt. Samtidig må man huske at barn kan pådra seg uvanlige skader ved uhell, og sykdom kan ha uvante og sjeldne funn. Ingen symptomer eller skader alene er sikre tegn på mishandling, men når det ses i sammenheng med sykehistorien og det kliniske helhetsbildet, skal det vekke mistanke (NKVTS, 2015).

NKVTS (2015) viser til noenlunde samme sjekklister som Louwers, Korfage og Affortit m.fl (2012) og Dinapana og Pasha (2017) brukte, og mener følgende trekk bør vekke mistanke blant helsepersonell:

- Skaden har ingen forklaring, eller usannsynlig forklaring.
- Skaden påvises tilfeldig ved undersøkelser.
- Man finner skader av ulik alder med manglende forklaring.
- Foreldrene mener barnet ikke klager over smerte eller ubehag.

5.1 Metodiske og forskningsetiske overveielser.

Problemstillingen var noe usikker i startfasen, og det var kun ønskede elementer som var på plass. Dette gjorde at det ble søkt med mange ulike søkeord, før det ble snevret inn. Hadde problemstillingen vært på plass tidligere, kunne det blitt en mer målrettet og konkret søking fra starten av. Noe som kunne resultere i flere relevante treff. Dette ble synlig underveis i oppgaven, da det var noen artikler som likevel ikke passet til oppgavens ønskede problemstilling, og det måtte gjøres nye søk. Det var da enklere å søke direkte på det man var ute etter. I oppgaven ble det søkt på flere ord i ulike bøyningsformer. Her kunne det vært hensiktsmessig å trunkere søket med et forkortet søkeord, eller kombinere ulike emneord med operatoren OR. Det kunne også forenklet søket ved å anvende den operatoren NOT, da denne kunne ekskludert enkelte referanser (Bjørk og Sohaug, 2008). På grunn av manglende kunnskap rundt akkurat denne operatoren ble det valgt å ikke bruke den, da den kunne eliminere bort verdifulle referanser for oppgaven.

Bjørk og Solhaug (2008) sier at et godt verktøy i søkeprosessen er å ta utgangspunkt i sentrale begreper i hensikten/problemstillingen og overføre disse til et PICO-skjema. Da problemstillingen ikke var på plass i starten, ble det i stedet brukt ulike nøkkelord som stod i de ulike artiklene som ble funnet i det usystematiske søket. Sett i ettertid kunne PICO-

skjemaet vært et godt verktøy å anvende for å finne både hensikt og problemstilling tidligere i skriveprosessen.

Det ble funnet mange artikler ved hjelp av de ulike søkene, men mange ble forkastet etter en kritisk vurdering ut fra hva som var ønskelig å ha med oppgaven.

Utvelgelsen startet med bakgrunn i overskriften. Var overskriften relevant ble sammendraget (abstractet) lest. Mange av artiklene ble derfor forkastet på grunn av overskriften, noe som sett i ettertid også kan ha resultert i at mange viktige artikler ikke ble lest. De relevante artiklene ble kritisk vurdert opp mot Aveyards (2011) anbefalte spørsmål til studiene: Hvem har skrevet artikkelen? Formålet/hensikten med studiet? Type studie? Funn/resultat? Styrker og svakheter? Dette ga en god oversikt over studiene og hva som ble ansett som nyttig å ha med i oppgaven videre.

Søkestrategien som er blitt brukt i dette studiet kan ha ført til at relevante artikler ikke ble funnet, men det er samtidig funnet artikler som er med på å belyse problemstillingen som ønsket. Det var utfordrende å finne sykepleiefaglige artikler innen dette temaet, og noen artikler ble valgt for å belyse eller støtte oppunder andre valgte artikler.

I utvelgelsen av artiklene var det viktig at det etiske perspektivet ble ivaretatt, at studiene var godkjent av etiske komiteer, ble gjennomført i overenstemmelse med helsinkideklarasjonen og godkjent av REK. Bradys (2009) artikkel var den eneste som hadde barn som skulle besvare spørsmål i studiet. Her ble foreldre informert, og forskeren vurderte om barna forstod hva de var med på og at de ga samtykke. Alt ble anonymisert før publisering. I artikkelen til Belcher og Jones (2008) måtte alle deltakerne skrive under på et samtykkeskjema. Da dette var på plass fikk de godkjenning og kunne påbegynne intervjuene. I Fraser mfl ble det gitt tillatelse fra "Queensland University of Tecnology Human Research Ethics committee" til å bruke sykepleiepersonalet ved "Queensland Health Hospital". Spørreskjemaene som ble brukt ble sendt i retur og var anonymisert. Forskerene Dinapana og Pasha (2017) fulgte nøye helsinkideklarasjonen og passet på, underveis i studiet, at pasientinformasjonen ikke skulle komme ut. Studiet ble godkjent av etikkutvalget for "Babol University of medical Sciences". Smeekens m.fl unngikk diverse etiske dilemmaer ved å anvende simulering som en del av forskningen. Her holdt det med sykepleiernes samtykke. Louwers m.fl fikk sin studie godkjent av "Erasmus MC, University Medical Centre Rotterdam". I siste artikkel, som var Keane og Chapmans (2008) studie, ble det brukt allerede publisert forskning. Her ble det

antatt at den allerede eksisterende forskningen var blitt godkjent av ulike etiske komiteer før publisering.

Det er i løpende tekst henvist til artikler og litteratur, for å vise at fagstoffet er hentet fra andre forfattere. Alle funn som er relevant for problemstillingen er presentert, uavhengig av egne meninger på området. Dette er gjort på bakgrunn av Forsberg og Wengstrøms (2012) utsagn om at god etisk forskning er å henwise til brukte kilder og gjengi riktig informasjon selv om det ikke støtter forfatterens oppfatning rundt temaet.

6.0 Konklusjon

Hvilken kunnskap trenger sykepleiere for rapportere om omsorgssvikt ovenfor barn?

For å kunne ivareta varslingsansvaret må man styrke sykepleiers kompetanse, både på å gjenkjenne tegn og symptomer på omsorgssvikt, men også ved å håndtere lovens krav om varsling.

Sykepleiere har et faglig, juridisk og moralsk ansvar ovenfor barn som blir utsatt for omsorgssvikt. Mishandling må derfor vurderes på lik linje som mange andre potensielle årsaksforhold. Skade og funn i kombinasjon med historien og det kliniske helhetsbildet må vekke mistanke. Sykepleiere må derfor se hele barnet, og skadene i sammenheng med forklaring. Sykepleier må ha god kjennskap til barns normale utviklingsmønstre for å kunne gjenkjenne og se symptomer som kan tyde på mishandling.

Ved å anvende kartleggingsverktøy, og tørre å tro at barn kan bli utsatt for mishandling, vil man komme langt på vei i å melde fra om barnemishandling.

Sykepleier må legge personlige følelser til side og handle ut fra gjeldene lover og yrkesetiske retningslinjer. Ved å benytte seg av kollegaer og arbeidsplassen vil man stå sammen og ha en felles forståelse og klare rutiner rundt meldingen videre til barnevern og/eller politi.

Kontakten sykepleiere får med barn og barnefamilier kan være på et tidlig stadie, og gir en helt spesiell mulighet til å hjelpe før store skader oppstår og videreutvikles. Det krever derfor en egeninnsats fra sykepleiere til å opparbeide seg den nødvendige kompetansen man trenger for å avdekke omsorgssvikt. Sykepleiere har et generelt kunnskapsgrunnlag i ulike sykepleieteoretikere som arbeider rundt mennesker, helse og livskvalitet. Dette bør gjøre det mulig å håndtere og forstå problematikken vedrørende omsorgssvikt.

Utdanningsinstitusjonen må ta på seg noe av ansvaret ved å legge mer vekt på undervisning rundt omsorgssvikt, tegn, symptomer, og kommunikasjon rettet mot barn. De må gi informasjon rundt barnevernstjenesten, slik at sykepleiere får et mer persist bilde av hva deres arbeidsområde og oppgaver er. Ved å ha en grunnleggende forståelse for hva de ulike etatene har som arbeidsoppgaver, vil man kunne få større tiltro til deres arbeid og terskelen for å melde blir dermed lavere.

Sykehusavdelingene må gi en innføring i avdelingens rutiner for melding. Dette gjelder ikke bare melding i forbindelse med barnemishandling, men melding generelt.

7.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. 3 utg. Maidenhead: McGraw-hill/Open University Press

Belcher, M. Og Jones, LK. (2009) "Graduate nurses' experience of developing trust in the nurse-patient relationship". *Contemp nurse*, 31 (2), s 142-54 Tilgjengelig fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19379116> (Hentet 21.01.11)

Bjørk, I.T., Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo:

Bjørndal, A., Flottorp, S., og Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendahl Norsk Forlag AS

Brady, M. (2009) "Hospitalized children's view of the good nurse". *Nurse Ethics* 16(5), s543-60. Tilgjengelig fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19671642> (Hentet 26.01.17)

Dinpanah, H. Og Pasha, .A.A. (2017) "Potential Child Abuse Screening in Emergency Department; A Diagnostic Accuracy Study". *Academic Emergency Medicine Journal* 5(1), s. 8 hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325929/> (Hentet 13.04.17)

Eide. H. og Eide. T. (2009) *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Feng, J.Y. og Levine. M. (2005) Factors associated with nurses' intention to report child abuse: a national survey of Taiwanese nurses. *Child abuse and neglect* (7). S. 783-795. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16051352> (Hentet 03.03.17)

FN-Sambandet (2017) *Barnekonvensjonen- barns rettigheter*. Tilgjengelig fra: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen-barns-rettigheter> (Hentet 02.05.17)

Forsberg, C. Og Wengström, Y. (2012) Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Förtarna och Bokförlaget Natur & Kultur

Fraser, J.A., Mathews, B., Walsh, C.L., Chen, L. Og Dunne, M. (2009) Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analyse. International Journal of Nursing Studies 47 (2), s. 146-153.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19540493> (Hentet 02.04.17)

Gamst, K.T. (2011) Profesjonelle barnesamtaler- Å ta barn på alvor. Oslo: universitetsforlag AS.

Grønseth, R. Og Markedstad, T. (2011). Pediatri og Pediatrisk sykepleie. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket (2015) Seksuelle overgrep mot barn. Tilgjengelig fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/seksuelle-overgrep-mot-barn> Hentet 17.04.17)

Hærnes, N. (2013) Ny håndbok for å avdekke vold mot barn. Tilgjengelig fra:
<https://sykepleien.no/2013/11/ny-handbok-avdekke-vold-mot-barn> (Hentet 03.05.17)

Hørmann, E. (2011) Studier av litteratur, i Glasdam, S. (red.) Bachelorprosjekter inden for det sundhetsfaglige området –indblik i videnskabelige metoder. København: Nyt nordisk Forlag Arnold Busck A/S

Keane, C. Og Chapman, R. (2008) ”Evaluating nurses’ knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department”. International Emergency Nursing (16) s.5-13. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519048> (Hentet 13.04.17)

Legevakthåndboken (2016) seksuelle overgrep mot barn. Tilgjengelig fra:
http://www.lvh.no/skader/vold_og_seksuelle_overgrep/seksualovergrep_mot_barn (hentet: 26.01.2017)

Louwers. E.C.F.M., Korfage. I.J., Affourtit. M.J m.fl. (2012) ”Effects of systematic screening and detection of child abuse in Emergency departments”. American Academy of Pediatrics (3), s. 457-463 Hentet fra <http://adc.bmj.com/content/96/4/330.long> (Hentet 13.04.17)

Lov om helsepersonell (1999) Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet 10.04.17)

Lov om straff (2005) Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28> (Hentet 10.04.17)

Myhre. M. (2016) Helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevd omsorgssvikt, vold og seksuelleovergrep, i Øverlien. C., Hauge. M-I. Og Schult. J-H (red.) *Barn, vold og traumer- møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.

NKVTS (2011) Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge- kunnskapsstatus.

Tilgjengelig fra:

https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/seksuelleogfysiskeovergrepmotbarn_kunnskapsstatus_revidert20111.pdf (Hentet 14.04.17)

NKVTS (2015) Håndbok for helse- og omsorgspersonell ved mistanke om barnemishandling.

Tilgjengelig fra: <https://www.nkvts.no/sites/Barnemishandling/Pages/index.aspx> (Hentet 17.04.17)

Norsk sykepleierforbund (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Tilgjengelig fra;

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Hentet 28.02.17)

Plitz, A og Wachtel, T (2009) ”Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect”. The Australian Journal of advanced nursing [ajan], 26 (3), s 93-100

Tilgjengelig fra http://www.ajan.com.au/Vol26/26-3_Piltz.pdf (Hentet 28.01.17)

Poreddi. V., Pashapu. D.D., Kathyauani. B.V., Gandhi. S., El-Arousy. W og Math. S.B (2016)

Nursing students' knowledge of child abuse and neglect in India. British Journal of Nursing

(5). S. 264-268. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26972999> (Hentet 28.01.17)

ReddBarna (2017) Tilgjengelig fra <https://www.reddbarna.no/forstyrre> (29.03.17)

Regjeringen (2017) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-15-20122013/id716442/> (16.04.17)

Salbu, A.K. (2014) Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Tilgjengelig fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Forskningsetiske-enheter/Regionale-komiteer-for-medisinsk-og-helsefaglig-forskningsetikk/> (Hentet 10.04.17)

Smeeckens. AE., Broekhuisen-Van Henten. DM., Sitting. JS., Russel. IM., TenCato. OT., Turner. NM. Og VanDerPutte. EM. (2011) ”Successful e-learning programme in the detection of child abuse in emergency departments: A randomised control trial”. Arch Dis Child (96) s. 330-334 Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21233084> (Hentet 13.04.17)

Sønderland, K. (2009) Helseforskningsloven. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helseforskningsloven/> (Hentet 10.04.17)

Thiedemann, I-J. (2015) Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjons boken i akademisk oppgaveskriving. Oslo: Universitetsforlaget AS

Thorvaldsen, I.R. og Kirchhoff, J.W. (2017) Se tegnene på omsorgssvikt! *Sykepleien*, 19. Januar, s 50-53.

Travelbee. J.(1999) Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget

Utdanningsforskning (2016) Tilgjengelig fra: <https://utdanningsforskning.no/artikler/artikler-om-utdanningsforskning/hva-er-fagfelleverdert-artikkel/> (Hentet 28.02.17)

World Health Organization (2017) Tilgjengelig fra:
http://www.who.int/topics/child_abuse/en/ (Hentet 29.03.17)

World Medical Association (2013)WMA Declaration of Helsinki- Ethical principles for medical reasearch involving human subjects. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (Hentet 10.04.17)