

Bacheloroppgave

Hvilke faktorer påvirker sykepleiere til å ikke melde ved
mistanke om omsorgssvikt?

Kandidatnummer: 1063 og 1048

Emnekode: SYBA3900

Emnenavn: Bacheloroppgave

Studieprogram: Bachelorstudium i sykepleie

Antall ord: 10829

Innleveringsfrist: 19.03.2021 kl 10:00

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	2
1.2 Problemstilling	3
1.3 Avgrensning	3
1.4 Begrepsavklaring	4
2.0 Teori	6
2.1 Sykepleiefagelig forankring	6
2.1.1 Moralske universalismeprinsipp	7
2.1.2 Hva er omsorg?	8
2.2 Omsorgssvikt	8
2.2.1 Fysiske tegn	9
2.2.2 Understimulering	9
2.2.3 Seksuelle overgrep	9
2.2.4 Tegn hos omsorgspersoner	10
2.2.5 Kulturelle forskjeller	10
2.3 Utviklingspsykologi	11
2.4 Opplysningsplikt	12
2.5 Meldesystemet i Norge	13
2.6 Medisinsk etikk	14
3.0 Metode	16
3.1 Litteraturstudie	16
3.2 Søkeprosess	16
3.2.1 "It's a necessary evil"	17
3.2.2 Am I sure i want to go down this road? - hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses	17
3.2.3 Tipping the Scales: Factors Influencing the Decision to Report Child Maltreatment i Primary Care	18
3.2.4 Factors that influence mandatory child abuse reporting attitudes of pediatric nurses in Korea	18
3.2.5 Pediatric Nurses' Differentiations Between Acceptable and Unacceptable Parent Discipline Behaviors: A Q-study.	18
3.2.6 Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis	18
3.2.7 Nurses' adherence to mandatory reporting of suspected cases of child abuse.	18
3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	19
3.4 Kvalitetsvurdering og kildekritikk	19
3.5 Etikk	20
3.6 Presentasjon av funn	20
3.6.1 Mangel på kunnskap og erfaring	20
3.6.2 Frykt	21
3.6.3 Holdninger	22

3.6.4 Mistillit til systemet	22
4.0 Diskusjon	24
4.1 Er funnene relevante for sykepleiere i den norske spesialisthelsetjenesten?	24
4.2 De komplekse sakene	27
4.3 Hvordan stiller faktorene i resultatdelen opp mot teoretisk forståelse av sykepleie?	30
5.0 Avslutning	32
6.0 Litteraturliste	33

Sammendrag

Bakgrunn

Mange barn i Norge blir utsatt for omsorgssvikt, og det antas at det er store mørketall. Omsorgssvikt er et tema som fremstår underkommunisert i sykepleierutdanningen sett i lys av omfang og konsekvenser. Helsepersonellets mistanke er viktig for at barnevernet skal kunne vurdere bekymringsmeldinger.

Problemstilling

Hvilke faktorer påvirker sykepleiere til å ikke melde ved mistanke om omsorgssvikt?

Metode

Litteraturstudie er brukt som metode. Strukturerte søk ble gjennomført i Cinahl og Medline. Hensikten var å komme frem til faktorer hos sykepleieren som påvirker vurderingen om å melde et mistenkt tilfelle av omsorgssvikt. Litteraturstudien bygger hovedsakelig på kvalitativ forskning, men en kvantitativ studie ble også inkludert.

Resultat

Studiene inkludert i denne litteraturstudien viser at det finnes faktorer som påvirker sykepleieren til å ikke melde ved mistanke om omsorgssvikt. Resultatene ble inndelt i faktorgruppene mangel på kunnskap og erfaring, frykt, holdninger og mistillit til systemet.

Diskusjon

I denne oppgaven diskuteres om funnene er overførbare til sykepleiere i Norges spesialisthelsetjeneste, om komplekse saker og hvordan faktorene stiller seg mot forståelse av sykepleie, i lys av Kari Martinsens teori om sykepleie.

Konklusjon

Sykepleie er yrke som burde være bevisst på sitt ansvar for å forebygge og avdekke omsorgssvikt. Temaet er komplisert og det er behov for økt kunnskap om tematikken.

1.0 Innledning

“Det var mange som gråt da de forklarte seg i Christoffer Kihle-saken. Og det skjønte jeg veldig godt. Men jeg synes ikke så synd på de. For alt kunne vært unngått. Det hadde egentlig bare vært å sagt; “Vet du hva? Jeg gir blaffen i taushetsplikten. Jeg tar en sjanse for en unge og sier ifra”, og så hadde ikke Christoffer Kihle dødd. Så.. Det går liksom på; skal du synes synd på de som gjorde det mulig at gutten døde? Nei, det er ikke der mitt fokus er. Jeg synes mye mer synd på den ungen som ikke fikk livet sitt, for det var ingen grunn til å ikke reagere her”. - Advokat Anders Folkman (Saugestad, 2019).

Saken om Christoffer er fra 2005. I følge tilsynsmeldingen som tok for seg året 2018 kom det frem at § 33 om opplysningsplikt har blitt brutt en rekke ganger de siste årene (2019, s. 13). Statens Helsetilsyn skrev også i 2014 at det forelå få saker hvor helsepersonell hadde unnlatt å melde fra til barnevernet, men sier også at andelen tilsynssaker er en dårlig indikator for å måle etterlevelse av opplysningsplikten (s.49). De skrev videre at Fylkesmannen i Oppland uttrykte frykt for underrapportering fra helsepersonell i daværende fylke (Statens Helsetilsyn, 2014, s.50). Det er altså vanskelig å måle saker som burde vært meldt, men det antydes at slike saker finnes.

I 2019 ble det sendt 57.988 meldinger til barnevernet (Statistisk sentralbyrå, 2020). 7,3 prosent av alle disse meldingene kom fra lege, sykehus eller tannlegetjenester i Norge. Samtidig hadde barnehager 4,8 prosent og skolesystemet 12,5 prosent av meldingene som ble sendt til barnevernet. Lege, sykehus og tannlegetjenester har økt jevnt i sine meldinger fra 2013 med 5,9 til 7,3 prosent i 2019 (Bufdir, 2020).

I barnehage og skole har ansatte i stor grad mulighet til å lage seg et inntrykk av barnet over tid og skape relasjon med barnet og dets omsorgspersoner. Ansatte vil kunne danne seg et inntrykk om relasjonen mellom barnet og omsorgspersonen inneholder en form for omsorgssvikt. Sykepleiere kommer ofte i kontakt med barn som pasienter eller pårørende. Som sykepleier vil det oftere være korte møter med pasienten og deres omsorgspersoner, og omstendighetene for møtet vil være annerledes enn for barnehage- eller skoleansatte.

I en travel arbeidshverdag har sykepleiere mange ansvarsområder og arbeidsoppgaver som må gjennomføres og følges opp. Som sykepleier i Norge har man ansvar for helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning, ledelse og fagutvikling. Samtidig skal sykepleieren verne om pasientens verdighet, sikre faglig forsvarlig og

omsorgsfull hjelp og sørge for at pasienten får utøvd sin rett til medbestemmelse (Kristoffersen, 2017, s. 16-19).

Folkehelseinstituttet skrev at “tall fra 24 nordiske studier viser at 0,2 - 1,2 prosent av alle barn blir utsatt for seksuelle overgrep av forelder, og mellom tre og fire prosent blir utsatt for fysisk mishandling”. De skriver videre at tall på forekomsten av vanskjøtsel og psykologiske overgrep er mangelfulle. Omsorgssvikt omfatter da både fysisk, seksuell og psykologisk overgrep/mishandling/vold og vanskjøtsel (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 6).

Det mistenkes at det er store mørketall på mishandling og alvorlig omsorgssvikt blant barn (SSHF, 2020; Grønseth & Markestad, 2019, s. 345). Det er til tross for at skolesystemet og barnehager regelmessig treffer barn og deres omsorgspersoner, og andre instanser kommer i kontakt med barn og omsorgspersoner. Thorvaldsen & Kirchhoff (2017) skriver at forskjellen mellom offentlig statistikk og funn i spesifikke studier tyder på at det er mørketall.

Som ferdigutdannede sykepleiere vil vi komme til å måtte vurdere om vi skal melde ifra om vår mistanke om omsorgssvikt. I denne oppgaven ønsker vi gjennom en litteraturstudie å se på hvilke faktorer som kan ligge til grunn for at en sykepleier med mistanke om omsorgssvikt ikke velger å melde videre til barnevernet.

Hvilke faktorer kan ha spilt en rolle da ingen meldte om Christoffer Kihle?

1.1 Bakgrunn

Temaet vi har valgt i oppgaven var egentlig ikke det vi hadde sett for oss før vi startet på arbeidet. Den ene studenten har erfaring fra ambulansetjenesten, og begge har hatt medisinsk eller kirurgisk praksis på barneavdeling ved sykehus. Vi ønsket å velge et tema som interesserte oss, som var vanskelig og som ville gi oss faglig påfyll i tillegg til å lære noe nytt. Pensumbøker som *Pediatri og pediatrik sykepleie* (Grønseth & Markestad, 2019) og *Sykdom og behandling* (Ørn et al, 2015) var begge på vår pensumliste, men inneholder lite informasjon om tematikken. Et annet mål var at oppgaven skulle gjøre oss mer klar for arbeidet som ventet oss som ferdigutdannede sykepleiere. Etersom begge studentene har hatt praksis ved barneavdeling, satt begge studentene igjen med omsorgssvikt som et tema som fremsto underkommunisert. Gjennom arbeid i ambulansetjenesten har den ene studenten også vært bevisst på temaet, og man er redd for å gå i fallgruvene som finnes.

Videre følger et eksempelet som er anonymisert og selvopplevd fra ambulansetjenesten.

“Kjørekode 2, kvinne i 50-årene med smerte i skulder. Mulig skulderluksasjon” lyder meldingen fra AMK (akuttmedisinsk kommunikasjonssentral). Vi ankommer en mørk bolig sent på kvelden på overtid. Datter på 11 år åpner døren og viser oss inn til pasienten. Datteren virker moden for alderen. Leiligheten er mørk, noe urent preg og mange gjenstander rundt i leiligheten. Rundt forbi er det stabler av bøker og store søppelsekker som det ville sett ut i en flytteprosess. I ambulansetjenesten blir man vandt til at det er forskjell på folks hjem. Pasienten blir smertelindret og skulder blir stabilisert. Mor og datter er hjemme. Det blir avtalt at datteren skal være hos naboen mens pasienten blir med til legevakten.

Jeg tenkte for sent at her burde jeg undersøkt mer om forholdene rundt pasienten, barnet, boforhold og situasjonen for øvrig.

Om noe i denne situasjonen kategoriseres som omsorgssvikt, eller hva som genererer tiltak fra barnevernet er ikke opp til helsepersonell å avgjøre. Det er barnevernets jobb å vurdere bekymringsmeldingen (Barnevernvakten, udatert). Riktige instanser kan da gjøre en faglig og helhetlig vurdering av livssituasjonen basert på helsepersonellens mistanke.

Hvilke konsekvenser vil det ha for barnet å unnlate å melde i fra ved mistanke om omsorgssvikt? I lys av Eriksons teori om utviklingspsykologi vil vi belyse hvilke konsekvenser uoppdaget omsorgssvikt vil ha for barnet. Statens Helsetilsyn skriver at omsorgssvikt vil kunne føre til skade og fare for liv og helse, men også psykologisk utvikling og fungering (2019, s.13). Gjennom oppgaven vil vi vise til sykepleieteoretiker Kari Martinsen sin etikk og filosofi i lys av problemstillingen, sykepleiens yrkesetiske retningslinjer, ulike etiske teorier og helseetiske prinsipper.

1.2 Problemstilling

Hvilke faktorer påvirker sykepleiere til å ikke melde ved mistanke om omsorgssvikt?

1.3 Avgrensning

Vi har valgt å avgrense problemstillingen til å handle om sykepleiere som arbeider i spesialisthelsetjenesten ved sykehus i Norge. Målet med problemstillingen er ikke å tilegne sykepleiere innenfor spesifikke fagfelt ny kunnskap, men derimot å belyse faktorer for den generelle sykepleier. Vi vil kort gjøre rede for ulike tegn og symptomer på ulike typer omsorgssvikt i vår oppgave. Forskningen på faktorer som påvirker sykepleieren til å ikke

melde om omsorgssvikt skiller oftest ikke på typer innenfor kategoriene som seksuelle overgrep, fysisk mishandling eller emosjonell/psykisk omsorgssvikt. Vi ønsker derfor ikke å skille mellom de ulike kategoriene. Vi avgrenser ikke problemstillingen til å handle om små lokalsykehus eller for eksempel større universitetssykehus, fordi vi ikke anser det som nødvendig i denne oppgaven. I oppgaven tar vi også utgangspunkt i at sykepleieren har mistanke om omsorgssvikt overfor barn i alder mellom 0-18 år. Vi har valgt å ta med teori om utviklingspsykologi som en del av oppgaven for å belyse konsekvenser av uoppdaget omsorgssvikt, men vi vil ikke diskutere teorien i stor grad mot faktorene som påvirker sykepleierens valg, ettersom hovedfokuset i oppgaven skal være sykepleiefaglig perspektiv.

1.4 Begrepsavklaring

Sykepleier:

I denne oppgaven forstår vi begrepet sykepleier som en profesjonsutdannet autorisert sykepleier som jobber for å bedre pasienters helse, øke livskvalitet og legger til rette for mestring (Kristoffersen, 2017, s 16).

Helsepersonell:

Begrepet brukes i denne oppgaven som personell som har autorisasjon eller lisens etter reglene i helsepersonelloven §§ 48-49 (Helsedirektoratet, 2018).

Omsorgssvikt:

I denne oppgaven vil begrepet omsorgssvikt være synonymt med WHO (World Health Organization) sin definisjon av «child maltreatment». I følge WHO sin definisjon innebærer omsorgssvikt alle former for mishandling og forsømmelse av barn under 18 år. Denne definisjonen innebærer følgelig alle former for fysisk, psykisk og seksuell mishandling, kommersiell utnyttelse og forsømmelse som resulterer i faktisk eller potensiell skade på barnets helse, overlevelse, utvikling eller verdighet innenfor rammene av en relasjon basert på ansvar, makt eller tillit (WHO, 2020).

Mistanke:

Med dette begrepet menes at man har formodning om noe utilbørlig eller straffbart (NAOB, 2021).

Faktorer:

Begrepet omtales som omstendigheter eller forhold som medvirker til et resultat (NAOB, 2021).

2.0 Teori

I dette kapittelet vil vi se på teori knyttet til sykepleiefaget og grunnlaget for sykepleie. Vi kommer også til å gjennomgå teoretisk forståelse av sykepleie via Kari Martinsens teorier om omsorg og sykepleie.

2.1 Sykepleiefagelig forankring

“Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (Norges sykepleierforbund, 2019).

Sykepleieren jobber for å ivareta pasientens helse, livskvalitet og styrke pasientens evne til å mestre. Samtidig er omsorg for mennesket et selvstendig mål. Sykepleie handler om å hjelpe eller støtte pasienten med å dekke sine grunnleggende behov, samt hjelpe pasienten i sin opplevelse av og reaksjoner på sin livssituasjon (Kristoffersen, 2017, s 16-19).

I følge punkt 1.1 i yrkesetiske retningslinjer for sykepleie skal sykepleie baseres på forskning, brukerkunnskap og erfaringsbasert kompetanse (Norges sykepleierforbund, 2019). Dette betyr at sykepleie skal være kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert sykepleie handler om at fagutøvelsen til sykepleieren skal ha sin rot i forskningsbasert kunnskap kombinert med klinisk erfaring og pasientens ønsker og perspektiver (Kristoffersen, 2017, s 144; Helsebiblioteket, udatert).

Vi tar i denne oppgaven utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsfilosofi og etikk for å belyse problemstillingen. Mye av Kari Martinsens etikk og filosofi bygger på den danske filosofen og teologen Knud Løgstrup sitt arbeid. Løgstrup og Martinsen er begge opptatt av det de omtaler som de suverene livsytringene.

Suverene livsytringer er noe som eksisterer blant alle mennesker uten at vi har bedt om det. Eksempler på suverene livsytringer er tillit og barmhjertighet. Martinsen trekker frem Løgstrups formuleringer om dette: «den anden personens nærvær kalder den første persons tillid og opriktighed frem. Den anden persons ulykke kalder den første persons barmhjertighed frem» (Solvoll, 2017, s. 55). Ved å svikte de suverene livsytringene skapes det rom for mistillit, håpløshet og ubarmhjertighet, hevder Martinsen. Kjernen i all sykepleie

bygger på omsorg, og Martinsen fremholder at omsorgsverdier er avgjørende i møte mellom sykepleieren og pasienten. Det er omsorgen sykepleieren viser pasienten som kan bidra til å ivareta pasientens subjektive erfaring av helse, velvære og livsmot (Solvoll, 2017, s. 53). Slik vi tolker Kari Martinsen i lys av vår problemstilling følger det et moralsk ansvar når sykepleieren møter pasienten. De suverene livsytringene medfører et ansvar om å gi barnet som mistenkes å være utsatt for omsorgssvikt omsorg. Sykepleieren må være ærlig om det han ser og gjøre seg verdig tilliten til barnet som utsettes for omsorgssvikt, hvis ikke svikter sykepleieren de suverene livsytringene.

Omsorgsarbeid krever en situasjonsforståelse som bygger på innsikt i menneskets livssituasjon. Det er denne situasjonsforståelsen som skal veilede sykepleieren når han skal vurdere om og eventuelt hvor mye hjelp han skal gi. Sykepleieren må vurdere om hjelpen han gir står i forhold til behovet til pasienten. Ved å gi for mye hjelp risikerer sykepleieren å begå overformynderi, altså å frata pasienten selvstendighet. Dersom sykepleieren har for stor respekt for selvbestemmelse, og dermed unnlater å gi tilstrekkelig hjelp i forhold til behovet til pasienten, begår han en unnlåtelsessynd (Martinsen, 2008, s. 16). Dynamikken mellom overformynderi og unnlåtelsessynd spiller en rolle i all helsehjelp sykepleieren gir, også når han skal vurdere å rapportere mistenkt omsorgssvikt.

Slik vi tolker Kari Martinsen gir hun ikke noen konkret oppskrift på hvordan sykepleie bør utøves i ulike situasjoner, men hun henviser i stedet til sykepleierens situasjonsforståelse, faglige og moralske skjønn. Martinsen omtaler skjønnnet som praktisk-moralsk handlingsklokskap og fremholder at dette utvikles i relasjon med andre. Sykepleierens skjønn utvikles sammen med andre sykepleiere ved at skjønnnet diskuteres og prøves opp mot hverandre. Skjønnnet bygger på teorier, vitenskap, praktisk handlingskunnskap, prosedyrer og gode holdninger. Klokskap er i stadig utvikling hos sykepleieren og oppnås gjennom erfaring (Kristoffersen, 2017, s 64).

2.1.1 Moralske universalismeprinsipp

Kari Martinsen er forkjemper for prinsippet om ansvaret for de svake. Hun hevder prinsippet er overordnet og gjelder for ulike kulturer til ulike tider. Martinsen hevder at prinsippet kan begrunnes i at vi alle er avhengige av hverandre. Vi kan alle havne i en situasjon hvor vi er prisgitt hjelp fra andre mennesker og vi bør derfor handle på en slik måte at alle kan få mulighet til å leve det beste livet de er i stand til (Martinsen, 2008, s. 15).

2.1.2 Hva er omsorg?

Kjernen i all sykepleie er omsorg. For å forstå hva sykepleie handler om må vi forstå hva omsorg er. Omsorg er et tredelt fenomen, ifølge Martinsen. Den er relasjonell, praktisk og moralsk. Omsorg dreier seg om å handle mot andre slik du vil at andre skal handle mot deg. Omsorg involverer nødvendigvis flere personer og er dermed et relasjonelt begrep. Martinsen begrunner at omsorgen er relasjonell ved å henvise til et kollektivistisk menneskesyn, hvor den grunnleggende antagelsen er at vi alle er avhengig av hverandre. Med et kollektivistisk fundament blir ikke avhengighet til andre mennesker noen motsetning til selvhjulpenhet fordi avhengigheten inngår i alle menneskelige relasjoner (Martinsen, 2008, s. 14-15). Det er sykepleierens relasjon til det omsorgssviktede barnet som danner grunnlaget for å kunne vise barnet omsorg.

Omsorg handler også om å delta praktisk for å redusere medmenneskers lidelse. En involverer seg i lidelsen ved å forsøke å avlaste den med praktiske tiltak. På denne måten begrunner Martinsen at omsorg som fenomen har et iboende praktisk aspekt. Å yte omsorg innebærer en situasjonsforståelse og konkrete handlinger. Sykepleieren kan ikke begrense sin involvering til å synes synd på det omsorgssviktede barnet, men må foreta konkrete handlinger for å hjelpe barnet (Martinsen, 2008, s. 16).

Omsorgen har en moralsk side som bygger på det grunnleggende forbilde om ansvaret for den svake. Omsorgens moralske aspekter handler også om hvordan en «er» i relasjonen, om kvaliteten på relasjonen. For å ivareta omsorgens moralske side må en lære gjennom erfaringer og oppdragelse til godhet. En må kunne kjenne igjen seg selv i andre, forestille seg at en selv kunne vært i den andres situasjon. Via en slik forståelse forpliktes en til handling slik at den svakes situasjon kan endres. Målet blir at den svake skal kunne leve det beste liv den er i stand til (Martinsen, 2008, s. 17). Sykepleieren må forstå situasjonen til det omsorgssviktede barnet og tenke hvordan det hadde vært om det var en selv som var i den situasjonen. På bakgrunn av en slik forståelse fremmes moralske handlinger.

2.2 Omsorgssvikt

I en rapport fra NKVTS (Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress) tydeliggjøres helsemessige konsekvensene av omsorgssvikt. I rapporten kommer det frem at barn som er offer for eksempelvis vold har høyere risiko for å pådra seg emosjonelle, sosiale

og atferdsmessige problemer. Rapporten trekker også frem at det er økt forekomst av psykiske og somatiske lidelser blant barn som har vært utsatt for vold (Hafstad, 2019, s. 35-36). Barnekonvensjonen slår fast at staten har ansvar for å beskytte mot fysisk og psykisk mishandling samt forsømmelse. Barnet skal også beskyttes mot seksuell misbruk, og har rett på hvile, fritid og lek (Regjeringen, 2000). Omsorgssvikt og barnemishandling er vanskelig å oppdage, og finnes i flere former. Omsorgssvikt kan også foregå i kombinasjon av forskjellige former (Grønseth & Markestad, 2019, s. 345).

2.2.1 Fysiske tegn

Fysiske tegn på alvorlig mishandling kan være merker etter slag, bruddskader, spesielt når det er flere gamle bruddskader og brennmerker. Misforhold mellom barnets skader og omsorgspersonens fortelling om opphavet til skaden er et viktig tegn på at noe er galt (Bunkholdt, 2000, s.297).

2.2.2 Understimulering

Barn har behov for stimulering av deres ferdigheter og forutsetninger, både motorisk, kognitivt og sosialt. Små barn er prisgitt sine omsorgspersoners vilje og evne til å stimulere. Understimulering vil føre til at spedbarn utvikler seg langsomt, særlig motorisk. Generell passivitet og manglende respons på kontaktforsøk er andre tegn. Vedvarende understimulering vil videre føre til forsinket språkutvikling. En ser også redusert nysgjerrighet og kunnskapssøken hos disse barna (Bunkholdt, 2000, s.296). Understimulerte barn utvikler ofte problemer i sosiale sammenhenger og sliter i møte med jevnaldrende fordi de ikke mestrer normer og regler. Følelsmessig ser en ofte at de understimulerte barna sliter med egenverd, som følge av møte med likegyldighet fra omsorgspersoner. Disse barna er ofte kontaktsøkende med fremmede, men trekker seg tilbake når relasjonen blir for nær, som følge av erfaringen med nærkontakt tidligere (Bunkholdt, 2000, s.297).

2.2.3 Seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep er situasjoner hvor voksne som barn eller ungdom er i et avhengighetsforhold til, utnytter denne avhengigheten til å involvere barnet i seksuelle aktiviteter som barnet ikke forstår og som barnet dermed ikke har mulighet til å gi informert samtykke til (Bunkholdt, 2000, s.301). Det fins en rekke tegn på at barnet kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep. Angst for enkelte mennesker, for å være alene med disse menneskene,

for fysisk kontakt og for toaletter. Depresjon og tilbaketrekning fra jevnaldrende er vanlig. Kunnskap om seksuelle forhold som overstiger det en skulle forvente for alderen og seksualisert atferd er andre tegn. Atferdsendringer og psykosomatiske symptomer som oppkast og vondt i magen er også tegn en bør se etter (Bunkholdt, 2000, s.302).

2.2.4 Tegn hos omsorgspersoner

Omsorgspersonenes erfaringer fra egen oppvekst har stor betydning for deres forutsetninger til å mestre omsorgsrollen. Personer som har blitt utsatt for omsorgssvikt har tendens til redusert evne til å engasjere seg for mennesker generelt, også barn de har omsorgsansvar for (Bunkholdt, 2000, s.299). Eksempler på dette kan være at omsorgspersonen mangler impulskontroll og sliter med å prioritere mellom egne og barnas behov. En ser også en tendens til at de ikke ser sammenhengen mellom egne handlinger og konsekvensene som oppstår (Bunkholdt, 2000, s.299).

Noen omsorgspersoner belaster barna sine med ansvar og utfordringer barna ikke har forutsetninger for å håndtere. Eksempel er stell og mat til søsken, involvering i komplekse problemer som omsorgspersonen har og sette barna i en trøsterolle overfor omsorgspersonen. Dette ser en ofte når omsorgspersonen er rusmisbruker eller lider av alvorlig psykisk sykdom (Bunkholdt, 2000, s.299).

Høy symbolverdi eller status knyttet til barna kan også føre til problemer. En annen risikofaktor er omsorgspersoner som av ulike årsaker velger å ikke ta imot hjelp barnet har behov for. Noen omsorgspersoner kan reagere med avvisning eller fiendtlighet overfor barnet dersom det mangler forutsetninger for å oppnå omsorgspersonens høye forventninger (Bunkholdt, 2000, s.300).

Rusmisbruk og alvorlig psykisk sykdom utgjør en risiko for barna. Det påvirker kommunikasjonen og tilknytningen mellom barnet og omsorgspersoner. Omsorgspersonene kan også være uforutsigbare eller utilregnelige. Barnet ender ofte med å skjule omsorgspersonenes vaner og blir dermed isolert (Bunkholdt, 2000, s.300).

2.2.5 Kulturelle forskjeller

Når en snakker om omsorgssvikt er det viktig å være klar over at det finnes mange og ulike oppdragelsesformer innenfor ulike kulturer. Grensen mellom hva som tolkes som

omsorgssvikt og mishandling i en kultur og hva som er normal barneoppdragelse i en annen kultur varierer. Disse kulturelle forskjellene kan komplisere bildet når en skal vurdere om handlinger utsetter barn for skade eller om handlingene skjer i en kontekst barnet oppfatter som omsorgsfulle og forutsigbare (Bunkholdt, 2000, s.291). Når sykepleier observerer irrettesettelser er det viktig å ha med seg denne forståelse av kulturelle forskjeller.

2.3 Utviklingspsykologi

I vår oppgave ønsker vi å trekke frem faktorer som påvirker sykepleieren til å ikke melde fra om mistenkt omsorgssvikt. Utviklingspsykologi kan hjelpe oss å forstå konsekvenser av ulike oppvekstvilkår for barn i forskjellige alderstrinn. Erik Erikson var en psykolog og psykoanalytiker som utviklet en utviklingsmodell som la vekt på barnets sosiale miljø, utvikling av ego og at mennesker utvikler seg gjennom hele livet (Bunkholdt, 2000, s. 192). Ved å se på hvilke behov barn har i ulike aldre, og konsekvensene av at behovene ikke blir dekket, kan vi bedre forstå ringvirkningene av sykepleierens valg om å gripe inn eller ikke i en situasjon hvor sykepleieren mistenker omsorgssvikt.

Erikson mente at personlig utvikling barnet gjennomgår kunne sammenlignes med utviklingen av fosteret i mors mage. Fosteret følger en plan hvor de ulike organene vokser i en bestemt rekkefølge i bestemte perioder. Disse periodene er kritiske fordi om noe går galt i denne perioden blir organet ødelagt. På samme måte så Erikson for seg personlig utvikling. Han så for seg at grunnholdningene til mennesker vokser frem i bestemte perioder (Bunkholdt, 2000, s. 193). Grunnholdninger er en vedvarende måte å tolke og forholde seg til omverden. Grunnholdninger har selvbekreftende egenskaper i den forstand at et barn som er tillitsfullt henvender seg til andre mennesker med vennlighet og forventning om vennlighet ofte blir møtt med vennlighet tilbake. Motsatt vil et barn preget av mistillit møte omverdenen med fiendtlig innstilling, oppleve at omverdenen trekker seg tilbake. Slik bekreftes grunnholdningen og medfører at mangelfull eller tilstrekkelig behovsdekning i de ulike fasene kan gi varig påvirkning på mennesker (Bunkholdt, 2000, s. 196).

Erikson definerte åtte vekstperioder, som varer fra fødsel til alderdom. Mennesket har bestemte behov knyttet til hver av de ulike fasene. Dersom behovene dekkes på en tilfredsstillende måte utvikler mennesker positive grunnholdninger. Dersom behovene ikke dekkes utvikler mennesker negative grunnholdninger (Bunkholdt, 2000, s. 193).

Fra nyfødtperioden til puberteten definerer Erikson 5 faser. Positive grunnholdninger som skal utvikles i disse fasene er grunnleggende trygghet og tillit, selvstendighet og positiv selvverd, initiativ og stolthet, arbeidsomhet og lærelyst. Til slutt i puberteten skal barnet skape en fast identitet (Bunkholdt, 2000, s.196-206).

2.4 Opplysningsplikt

Helsepersonelloven er til for sikkerhet for pasienter, kvalitet og tillit til helsepersonell, og gjelder helsepersonell og virksomheter i Norge (Helsepersonelloven, 1999, §1; §2). Jmfør helsepersonellovens § 21 og som en av grunnstenene i helsepersonellets virksomhet skal pasientopplysninger holdes fortrolig, og bare deles med de som har behov for informasjonen. Helsepersonellovens §21 er hovedregel om taushetsplikt, og sier at helsepersonell skal hindre andre adgang eller kjennskap til informasjon om sykdomsforhold eller personlige forhold for pasienter (Helsepersonelloven, 1999, §21). Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer nevner også vern om fortrolige opplysninger i punkt 2.6 (Norges sykepleierforbund, 2019). . Selv om taushetsplikten er en grunnleggende lov i helsepersonellets virksomhet, finnes det også lover som overgår §21, hvor taushetsplikten ikke gjelder. Helsepersonellovens §33 “opplysningsplikt til barnevernet” sier at helsepersonell skal være oppmerksom på forhold som kan gi tiltak fra barneverntjenesten, melde i fra uten ugrunnet opphold og uten hinder fra taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999, §33). Loven redegjør for ulike kriterier for at loven gjelder;

- 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,
- b) når det er grunn til å tro at et barn har en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade og ikke kommer til undersøkelse eller behandling, eller at et barn med nedsatt funksjonsevne eller et spesielt hjelpetrengende barn ikke får dekket sitt særlige behov for behandling eller opplæring,
- c) når et barn viser alvorlige atferdsvansker i form av alvorlig eller gjentatt kriminalitet, misbruk av rusmidler eller en annen form for utpreget normløs atferd,
- d) når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli utnyttet til menneskehandel.

Paragrafen i loven sier at helsepersonell melde ifra når det er grunn til å tro at noe skjer.

Ordlyden “grunn til å tro” blir beskrevet av Statens Helsetilsyn (2019, s. 13). De skriver at uttrykket ikke stiller krav om at en person må vite sikkert, men vise til mer enn en vag mistanke. Det er ikke nødvendig med sannsynlighetsovervekt, og terskelen skal være lav for å melde ifra. Bente Ohnstad, førsteamanuensis i jus ved Høgskolen i Innlandet er derimot uenig i tolkningen av lovteksten. Hun mener lovverket tolkes feil og at det sendes for mange ubegrunnede bekymringsmeldinger til barnevernet (Moe, 2020).

I tillegg til at helsepersonell har en opplysningsplikt som beskrevet tidligere, har en også plikt til å oppgi taushetsbelagte opplysninger etter pålegg fra de som forvalter Barnevernloven (Barnevernloven, 1992, §6-4; Helsepersonelloven, 1999, §33).

En person som ikke omfattes av helsepersonelloven eller barnevernloven kan velge å melde bekymringsmelding anonymt så lenge saken ikke går til retten, da anonymiseringen kan frafalle. Dette gjelder ikke for offentlige ansatte som ikke kan melde bekymringsmeldinger anonymt (Barnevernvakten, udatert), men en kan diskutere saken med barnevernet anonymt før en eventuell bekymringsmelding sendes (Bufdir, 2020). Helsedirektoratet omtaler også helsepersonellens plikt til å avverge et straffbart forhold (Helsedirektoratet, 2018). Plikten til å avverge handler om situasjoner hvor sykepleieren ved sikkerhet eller mest sannsynlighet kan avverge omsorgssvikt ved å anmelde til politiet, og det da ikke holder å bare sende en bekymringsmelding.

Spesialisthelsetjenesteloven sier ikke noe om opplysningsplikt og omsorgssvikt, men sier at de skal ha barneansvarlige personell, som koordinerer og fremmer helsepersonellens oppfølging av barn som pårørende eller søsken til psykisk syke, alvorlig syke og rusmiddelavhengige pasienter (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-7a).

Helsedirektoratet peker på situasjoner bør informere eller involvere barnet og/eller omsorgspersoner i beslutningen om å rapportere for eksempel ved mistanke om seksuelle overgrep, ved vold eller dersom liv og helse står i fare (Helsedirektoratet, 2019).

2.5 Meldesystemet i Norge

For mange kan barnevernssaker virke skremmende, men barnevernet er ment som hjelp til barn og foreldre (Bufdir, 2021). Ved mistanke sendes en bekymringsmelding til kommunen som barnet er bosatt i. Ved mottak av en bekymringsmelding plikter barnevernet å avgjøre om saken skal undersøkes eller ikke innen 1 uke. Barnevernet har plikt til å vurdere alle bekymringsmeldinger som mottas. Hvis det gjøres vurdering om opprettelse av

undersøkelsessak skal innholdet undersøkes snarest eller iløpet av 3 måneder. Undersøkelse kan gjøres selv om familien ikke ønsker det (Bufdir, 2021).

Etter senest 3 måneder skal det foreligge en konklusjon. Konklusjonen kan eksempelvis si at det ikke er grunn til bekymring og saken avsluttes, at det foreslås hjelpetiltak i hjemmet eller at det foreligger alvorlig omsorgssvikt og barnet ikke kan bo hjemme. Barnevernet kan da fremme sak for fylkesnemnda som er egen rettsinstans for barnevernssaker.

Omsorgsovertakelse skjer bare i de mest alvorlige sakene, og utgjør en brøkdel av undersøkelsessakene som barnevernet behandler (Bufdir, 2021).

2.6 Medisinsk etikk

“Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten at han holder noe av dets liv i sin hånd” (Heggstad, 2018, s. 15). I denne formuleringen fra Løgstrup ligger det en etisk fordring, eller et etisk ansvar. Vi er alle i relasjoner med andre mennesker hvor vi har mer eller mindre ansvar for hverandre. Som sykepleier har vi ansvar for ekstra sårbare mennesker som er mer eller mindre prisgitt vår omsorg. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten karakteriseres derfor av et asymmetrisk maktforhold, i den forstand at pasienten er helt avhengig av omsorgen sykepleieren gir. Fordi relasjonen er asymmetrisk er det særlig viktig at sykepleieren handler på en slik måte at han ikke krenker pasientens verdighet, eller svikter ansvaret for det livet sykepleieren har i sine hender. Etikken blir dermed et kompass som kan gi beskyttelse mot krenkinger, den kan føre oss mot det som er rett og godt (Heggstad, 2018, s. 14-16).

De fire helseetiske prinsippene har hatt stor påvirkning på medisinsk etikk, såvel som sykepleieetikk. Prinsippene finner man igjen både i pasient-og brukerrettighetsloven og i lov om helsepersonell (Heggstad, 2018, s. 27).

Autonomiprinsippet handler om at pasienten har rett til å bestemme over eget liv og at helsepersonell plikter å ta hensyn til denne retten. Prinsippet sikrer pasienten mot å bli utsatt for noe han ikke ønsker (Heggstad, 2018, s. 27). Ikke-skadep prinsippet handler om at helsepersonell plikter å ikke påføre pasienten eller brukeren skade. Det vil si at helsepersonell ikke skal påføre mer lidelse enn det som er trengs for å gi nødvendig helsehjelp.

Velgjørhetsprinsippet handler om at helsepersonell har en plikt til å forebygge skade og fremme det gode. Helsepersonell skal tenke på hva som er til det beste for pasienten.

Rettferdighetsprinsippet handler om at helsepersonell skal fordele ressurser rettferdig.

Rettferdighetsprinsippet er komplisert fordi ulike mennesker kan ha ulike synspunkter på hva som er rettferdig fordeling av ressurser, men i bunn og grunn handler prinsippet om at like tilfeller skal få tilgang på samme ressurser (Heggstad, 2018, s. 27-29).

Pliktetikken er sentral i medisinsk og helsefaglig etikk. Pliktetikk bygges på moralske plikter, pliktene er regler som gjerne formuleres som påbud eller forbud. I sykepleie kommer pliktetikken til syne gjennom den prinsippbaserte etikken, for eksempel plikten til å ivareta pasientens autonomi. Pliktetikken går også igjen i de yrkesetiske retningslinjene, for eksempel punkt 2.1 som sier at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norges sykepleierforbund, 2019). En fordel med pliktetikken er at den er forståelig og tydelig, en svakhet er at det kan være vanskelig å avgjøre hvilken plikt en skal følge dersom to plikter står i konflikt (Heggstad, 2018, s. 86-91).

Konsekvensetikken handler om mest mulig nytte for flest mulig. I konsekvensetikken ser en litt bort fra prinsipper og regler, man fokuserer på intensjonen bak og utfalle til handlinger. Konsekvensetikken har påvirket den medisinske etikken særlig med tanke på rettferdighets- og fordelingstankegang. En skal være upartisk og fordele ressurser rettferdig. Om en har spesielt god relasjon til en pasient, kan en ikke la det gå utover ressurstilgangen til andre pasienter. En fordel med konsekvensetikken er at den er tydelig; hvilken handling gir mest nytte til flest? En ulempe kan være at den nedprioriterer det relasjonelle og følelsesmessig aspekter i omsorg (Heggstad, 2018, s. 91-93).

3.0 Metode

Dalland (2017, s. 51) skriver at “metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap”. Dalland skriver videre at for å fremheve ny kunnskap og og etterprøve påstanders sannhet, gyldighet og holdbarhet trengs ulike typer metoder. I denne delen av oppgaven skal vi klargjøre hvilken metode vi har brukt, forklare søkeprosessen, beskrive kildekritikk, etikk og presentere våre resultater.

3.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven skal vi bruke litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en metode der skriftlige kilder blir systematisert. Ved å systematisere samles det inn litteratur, man går kritisk gjennom den og sammenfatter funn (Thidemann, 2019, s. 77). Thidemann (2019, s. 78) skriver videre at hensikten er å gi en oppdatert og god forståelse av det problemstillingen etterspør. Det er også viktig å vise hvordan man har kommet frem til kunnskapen.

3.2 Søkeprosess

Vi valgte å endre problemstillingen i oppgaven fra å først undersøke temaet psykisk/emosjonell omsorgssvikt. Vi startet derfor med ustrukturerte søk i Google Scholar, Medline og Cinahl for å finne relevante artikler for den første problemstillingen vår. Samtidig som vi gjennomførte de ustrukturerte søkene, brukte vi PICO-modellen aktivt for å danne grunnlag for våre strukturerte søk. Vi brukte MESH-begrep fra MeSH på norsk (Mesh.uia.no) for å finne riktige og relevante søkeord for videre strukturerte søk i databasene Cinahl og Medline. Vi kombinerte søkeordene i samme kolonne med OR og hver kolonne kombinerte vi med AND for å snevre søket. Søkene ga derimot lite spesifikke artikler som svarte på problemstillingen, og vi valgte derfor å endre fokus på oppgaven ut fra hva søkene ofte handlet om; faktorer som påvirker helsepersonell når de skal melde om omsorgssvikt. På samme måte valgte vi å foreta flere ustrukturerte søk i Google Scholar med endret problemstilling, mens vi fant søkeord fra de ustrukturerte søkene og Mesh.uia.no, for så å lage nytt PICO-skjema.

	P	I	C	O
OR	Nurses (explode)	Child abuse (explode) Maltreatment (Key Word)		Mandatory Reporting
		AND		

Vi gjennomførte et strukturert søk i Cinahl som ga 56 treff. For å spisse søket ytterligere valgte vi å begrense søket med fagfelle vurdering, artikler fra januar 2010 til desember 2020, og språk på norsk, dansk, svensk eller engelsk. Spisset søk ga 28 treff. Vi leste 14 abstrakt hvorav 6 studier ble inkludert. Noen studier omhandlet sosialarbeideres perspektiv, og ble derfor ikke vurdert som relevante. Vi valgte å bruke samme PICO-skjema i databasen Medline, men uten å inkludere ytterligere studier da den viste til mange av de samme studiene. Gjennom ustrukturerte søk i Google Scholar inkluderte vi ingen studier. En studie er fra 2009, men fremkom i søkeprosessen. På grunn av relevans ble studien inkludert til tross for årstallet. Vi vil videre kort omtale inkluderte studier. Førstnevnte artikkel ble inkludert ved bruk av snøballmetoden.

3.2.1 “It's a necessary evil”

Studien er av Jacqueline Kuruppu, Kirsty Forsdike, Kelsey Hegarty fra 2018. Kvalitativ studie fra Australia hvor det ble gjort intervjuer av sykepleiere og leger om deres perspektiv og erfaringer om meldeplikt.

3.2.2 Am I sure i want to go down this road? - hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses

Studie av Shelly S. Eisbach & Martha Driessnack fra 2010. Studien fra USA med kvalitativt deskriptivt design. Hensikten var å undersøke prosessen rundt meldeplikt for barnesykepleiere.

3.2.3 Tipping the Scales: Factors Influencing the Decision to Report Child Maltreatment in Primary Care

Artikkelen er oppsummering av forskning med hensikt å undersøke hvilke faktorer som påvirker sykepleiere og leger vedrørende meldeplikt. Forfattere er Jacqueline Kuruppu, Gemma McKibbin, Cathy Humphreys & Kelsey Hegarty og er fra 2020.

3.2.4 Factors that influence mandatory child abuse reporting attitudes of pediatric nurses in Korea

Kvantitativ studie av In Sook Lee and Kyoung Ja Kim fra 2017. Hensikten var å undersøke sykepleieres kunnskap om omsorgssvikt, bevissthet om temaet, faktorer som påvirker holdningen mot meldeplikt og profesjonaliteten blant barnesykepleiere i Korea.

3.2.5 Pediatric Nurses' Differentiations Between Acceptable and Unacceptable Parent Discipline Behaviors: A Q-study.

Studie av Grace W.K. Ho & Deborah A. Gross fra 2015 i USA. Undersøker barnesykepleieres syn på ulike typer barneoppdragelse med hensikt å forstå hvilken atferd hos omsorgspersoner som sykepleiere anser å måtte melde til barnevernet.

3.2.6 Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis

Studie fra 2009 av Jennifer A. Fraser, Ben Mathews, Kerryann Walsh, Linping Chen og Michael Dunne. Studien er fra Australia og hadde til hensikt å undersøke sammenhengen mellom personkarakteristikk, trening, kunnskap om meldeplikt og holdning om å melde ulike typer omsorgssvikt.

3.2.7 Nurses' adherence to mandatory reporting of suspected cases of child abuse.

Studien er en integrativ litteraturstudie fra 2020 av Michele Green. Hensikten var å undersøke foreliggende forskning om faktorer som påvirker sykepleieres etterlevelse av meldeplikt ved mistenkt omsorgssvikt.

3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Som tidligere forklart i oppgaven ønsket vi å inkludere artikler som omhandler faktorer som påvirker sykepleierens valg i å ikke melde mistenkt omsorgssvikt. Det var viktig at studiene hadde et sykepleiefaglig perspektiv, og at studiene kunne ha relevans for sykepleiere på sykehus. Det ble ikke valgt videreutdanning som eksklusjonskriterie, ettersom hensikten var å belyse forskjellige faktorer for “den generelle sykepleier” og det er ulikt hvilke faktorer som kan gjelde for hver enkelt sykepleier og spesialfelt.

Det var viktig at studiene fulgte IMRAD (Introduksjon, metode, resultater og diskusjon) da det er en anerkjent måte å organisere vitenskapelige artikler og tekster (Thidemann, 2019, s.30). Vi valgte artikler fra 2010 til 2020, for å oppnå nyere artikler i søkeresultater på de strukturerte søkene. Studiene som ble inkludert skulle være fagfellevurdert. Studiene måtte ha skriftspråk som var lesbart på norsk, svensk, dansk eller engelsk.

3.4 Kvalitetsvurdering og kildekritikk

Vi har valgt å ikke ekskludere studier fra andre verdensdeler, som Amerika eller Asia fordi vi mener sykepleieryrket i ulike verdensdeler har likt fundament, på bakgrunn av eksempelvis de internasjonale yrkesetiske retningslinjer fra ICN (International Council of Nurses). Vi har også tatt i betraktning at lovgivningen, helsevesen og systemene med arbeid rundt omsorgssvikt vil være annerledes i andre land enn i Norge. Til tross for at noe vil være forskjellig, tar vi utgangspunkt i at sykepleiere i forskjellige verdensdeler jobber mot samme mål vedrørende bekjempelse av omsorgssvikt. Ettersom alle studiene som ble brukt er skrevet på engelsk, kan det gi risiko for feiltolkning og misforståelser i oversettingen av studiene, som må tas i betraktning. Vi valgte også å ta i bruk “snøballmetoden” som beskrevet av Dalland, ved å sjekke referanselistene til artiklene vi fant via strukturerte søk for å se om studiene kunne være relevante (Dalland 2017, s. 51). Selv om snøballmetoden er effektiv og validert, kan den også gi mindre objektive svar ettersom den er valgt ut fra artikler som var tilfredsstillende ut fra vår subjektive mening. Vedrørende objektivitet i arbeid med oppgaven er dette noe vi har forsøkt å ha fokus på. Samtidig er omsorgssvikt et tema vi har lite praktisk erfaring med, og den teoretiske tilnærmingen til temaet kan fremstå lettere enn hva virkeligheten byr på. Faktorer som belyses i resultatdelen sett opp mot lover og retningslinjer kan være eksempler som underbygger dette. Flere av studiene har få deltakere ettersom metodene ofte er kvalitativ. Det vil kunne påvirke hvor anvendelige resultatene er.

Det må også nevnes at denne oppgaven ble skrevet under den pågående Covid-19 pandemien, hvor mesteparten av undervisning foregikk på internett, og studiesteder ble stengt ned.

Bibliotek og studiesteder ble stengt på kort varsel, og det var anbefalt å være mest mulig i sitt eget hjem. Dette har påvirket våre muligheter for tilgang til litteratur og stabilt arbeid med oppgaven, som kan ha påvirket nøyaktigheten i arbeidet.

I kapittel 4.0 Diskusjon vil vi inkludere annen litteratur og forskning som ikke belyses i kapittel 2.0 Teori.

3.5 Etikk

I prosessen med oppgaveskriving er det viktig å sitere litteraturen på en måte som respekterer akademiske normer for kildehenvisning. Å respektere akademiske normer for kildehenvisning innebærer blant annet å ikke plagiere. Å plagiere er å presentere andres ord, ideer eller bilder som dine egne (American Psychological Association, 2017, 01. januar). For å unngå plagiering benytter vi oss av APA 7 som kildehenvisningsstil og henviser til kildene vi bruker i oppgaven ved å oppgi forfattere, eventuelt dato og sidetall i teksten. Forfatterne vi siterer har lagt ned mye tid og arbeid for å produsere sine verker og vil ønske å respektere dette ved å oppgi deres navn når vi bruker deres litteratur. Vi ønsker også å presentere forskningen på en redelig måte. Ut fra forutsetningene for bacheloroppgaven vil vi presentere forskningen i den konteksten den er ment.

3.6 Presentasjon av funn

Det kommer klart frem gjennom våre inkluderte studier at det finnes faktorer som påvirker sykepleieren til å ikke melde fra ved mistanke om omsorgssvikt. Vi har i denne delen av oppgaven valgt å dele inn ulike funn i grupper og presentere dem for å gi oversikt over ulike faktorer.

3.6.1 Mangel på kunnskap og erfaring

Mangel på kunnskap og erfaring fremstår som en faktor som påvirker sykepleiere til å ikke melde ifra om mistenkt omsorgssvikt. Kunnskap og erfaring handler om flere ting, og ikke bare om kunnskap og erfaring om tegn og symptomer på omsorgssvikt. Begrenset erfaring med prosessen i å identifisere og rapportere barnemishandling fremstår som en signifikant barriere for opplysningsplikten (Green, 2020). Selv om sykepleiere vet at de har

opplysningsplikt som sykepleier, har de mangel på kunnskap når de skal arbeide med mistenkte tilfeller av omsorgssvikt (Green, 2020). I en studie fra Korea svarte omtrent 90,4 prosent av sykepleierne at de hadde behov for mer utdanning innenfor omsorgssvikt (Lee & Kim, 2018). Som tidligere beskrevet er det mange forskjellige typer omsorgssvikt. Ifølge Fraser et al (2009) var det underrapportering av emosjonell omsorgssvikt fordi sykepleierne ikke hadde nok kunnskap til å identifisere denne typen, i forhold til for eksempel fysisk eller seksuell. Det tyder dermed på at spesifikk kunnskap om ulike typer omsorgssvikt har betydning for hva som meldes til barnevernet. Studier tyder på at nøling vedrørende å melde et mistenkt tilfelle avhenger av sykepleierens egen selvsikkerhet i kunnskap og forståelse av fenomenet omsorgssvikt (Green, 2020). Behov for kollegial støtte kom frem som et annet punkt som påvirket rapporteringsbeslutningen og kan tyde på usikkerhet på egen kunnskap (Kuruppu et al, 2020). Studiene brukt i Kuruppu et al (2020) viste at trening og utdanning har positiv effekt på rapportering av omsorgssvikt, og at nylig trening har spesielt god effekt. Sykepleiere som har gjennomført trening føler at de er bedre forberedt til å rapportere mistenkte saker i praksis (Fraser et al, 2009). Samtidig skriver også Eisbach & Driessnack (2010) at sykepleiere får trygghet i erfaring og kunnskap. Om man har meldt før kan det bli lettere å gjøre det igjen, i motsetning til sykepleiere uten erfaring som oftere stiller spørsmål om de kan ta feil i sin vurdering. Kunnskap og trygghet på egen kunnskap er også første ledd i prosessen ved å melde om mistenkt omsorgssvikt. Eisbach & Driessnack (2010) kom frem til at om sykepleiere har problemer med å gjenkjenne omsorgssvikt eller er usikker på forhold rundt rapporteringen gjorde meldeprosessen vanskeligere. Sykepleierne fremhevet også at det er forskjell på saker hvor noen er åpenbare og andre er kompliserte, som påvirker meldeprosessen grunnet kunnskap og andre faktorer.

3.6.2 Frykt

Frykt fremstår som en faktor som påvirker meldeprosessen av mistenkt omsorgssvikt for sykepleiere, og frykt kan være av forskjellige årsaker. Synlighet i lokalmiljøet og kjennskap til familiesituasjonen påvirker beslutningen om å rapportere, særlig i landlige områder. Mange helsearbeidere følte at det er vanskelig å kun fokusere på barnet, når de har bred kunnskap om familiens situasjon og familien kjenner helsearbeideren godt (Kuruppu et al., 2020). I landlige områder er det også en del helsearbeidere som frykter for reaksjonene fra omsorgspersonene etter at de har rapportert dem (Kuruppu et al, 2020). Selv om forskningen tar delvis utgangspunkt i legenes synspunkter, skriver Kuruppu et al (2018) at sykepleiere er

redd for dårlig påvirkning av pasient-sykepleierforholdet. Selv om sykepleierne melder ifra i beste tanke for barnet er de redd for foreldrenes synspunkt om å bli meldt eller dømt på dårlig eller feil grunnlag i en alvorlig og stigmatiserende anklage. Eisbach & Driessnack (2010) beskrev også frykten for at påvirkningen av pasient-sykepleierforholdet ville gjøre at familien trakk seg unna helsetjenestene og barnet ender i en mer sårbar posisjon. Frykt kan også komme av at påkjenningen av at prosessen vil kunne eskalere en allerede ustabil familiesituasjon (Eisbach & Driessnack, 2010).

3.6.3 Holdninger

En potensiell faktor som kan påvirke sykepleiere til å ikke melde fra ved mistenkt omsorgssvikt kan være hva sykepleieren anser som omsorgssvikt, eller bare oppdragelse. En studie har vist at det er forskjell på hva sykepleiere anser som godkjent barneoppdragelse (Ho & Gross, 2015). Forskerne peker på at det er tydelig at sykepleierne mener at disiplinære reaksjoner som gir åpenbare og alvorlige skader er uakseptabelt (Ho & Gross, 2015). Derimot er det forskjell i hva sykepleierne anser som godkjent disiplinær reaksjonsmåte. Der noen sykepleiere anser den mest uakseptable reaksjonsmåten er å ikke gi barnet et måltid, var andre sykepleiere likegyldige til dette. Majoriteten som anser dette som uakseptabel var yngre sykepleiere. Derimot var eldre sykepleiere i større grad mot fysisk avstraffelse enn yngre sykepleiere, selv om intensjonen ikke er å gi skade (Ho & Gross, 2015). Samtidig deler alle sykepleierne oppfatningen om at lavere frekvenser (et par ganger i året) av disiplinære reaksjoner er bedre enn høyere frekvens.

3.6.4 Mistillit til systemet

Mistillit til systemet handler om at sykepleiere ikke har tillit til barnevernets håndtering av sakene som blir meldt, og sykepleierne ikke får vite hva som skjer i ettertid. Funn i forskning tilsier at tillit til barnevernet og juridiske systemer er en signifikant faktor for sykepleiere når de skal velge å melde ifra om omsorgssvikt, selv om de har lovpålagt rapporteringsansvar (Green, 2020). Noen av studiene som Kuruppu et al (2020) har gjennomgått viste at hovedgrunnene til å ikke rapportere var inntrykket om at det ikke ville føre med seg noen fordeler for barnet eller familien. Negative holdninger til å rapportere forklarte lavere sannsynlighet for å rapportere (Kuruppu et al, 2020), og i motsetning hadde sykepleiere med positiv innstilling til å melde i fra til barnevernet økt sannsynlighet til å kjenne igjen alvorlighetsgraden i omsorgssvikten (Fraser et al, 2009). Dårlige erfaringer fra tidligere

vedrørende å melde ifra om omsorgssvikt gjorde det problematisk å melde på nytt for sykepleiere og leger (Kuruppu et al, 2018). Negativt inntrykk hos sykepleiere og helsepersonell vedrørende barnevern stammet fra manglende ressurser hos barnevernet og tilbakemeldinger etter å ha rapportert (Kuruppu et al, 2020).

4.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil vi diskutere funn presentert i punkt 3.6 opp mot teori presentert i teorikapittelet. Vi vil også trekke inn annen forskning og teori som ikke er presentert tidligere for å diskutere relevante spørsmål relatert til problemstillingen; hvilke faktorer påvirker sykepleiere til å ikke melde ved mistanke om omsorgssvikt. Relevante spørsmål vi vil diskutere er om funnene i punkt 3.6 er relevante for norske sykepleiere, hva som gjør sykepleieroppgaven problematisk og hvordan funnene i punkt 3.6 stiller seg mot teori for utøvelse av sykepleie.

4.1 Er funnene relevante for sykepleiere i den norske spesialisthelsetjenesten?

Til tross for at det mest sannsynlig er ulike kriterier for når en skal melde i fra om omsorgssvikt, og at forskjellige land definerer omsorgssvikt på forskjellige måter, har vi valgt å ta utgangspunkt i at sykepleieryrket har samme fundament og bygger på samme yrkesetiske verdier på tvers av landegrenser. Funn fra en studie som ble presentert i punkt 3.6.3 viste til at selv om sykepleiere har samme utdanning og jobber ved samme avdeling kan det være forskjell i hva sykepleierne anser som omsorgssvikt eller barneoppdragelse. Ulike holdninger kan ha betydning for hva en sykepleier anser som omsorgssvikt, og om en velger å melde mistanken til barnevernet. Det er naturlig å tenke at det finnes slike forskjeller blant sykepleiere i Norge også. Norge har en befolkning med forskjellige kulturelle og nasjonale bakgrunner, som også finnes blant en stor yrkesgruppe som sykepleiere. Ipsos (2017, s.26) fant ut at tillit til barnevernet varierer mellom hvilken nasjonal bakgrunn en har når en er bosatt i Norge. For sykepleiere er det relevant å tenke at kulturelle eller nasjonale forskjeller vil kunne være en faktor som påvirker holdninger til det å sende bekymringsmeldinger til barnevernet fra norske sykehus, men vi har derimot ikke funnet forskning som tilsier dette.

I resultatene fremkommer det at mistillit til systemene som skal ivareta barn og unge ved mistanke om omsorgssvikt er en barriere i prosessen med å rapportere til barnevernet. Ifølge Juhasz & Skivenes (2017) fremkommer det i en studie om tillit til barnevern i forskjellige land, at det er 40 prosent av befolkningen som har høy tillit til barnevern i landene, og at Norges befolkning har høyest tillit. Derimot viser en undersøkelse at 56 prosent av Norges befolkning har godt inntrykk av barnevernet (Sentio Research, 2020). Ettersom det ikke er

gjort funn av spesifikk studie som peker på norske sykepleieres tillit til barnevernet er det vanskelig å si om det er en reell faktor. 25 prosent svarte verken dårlig eller godt inntrykk, mens 11 prosent har litt dårlig inntrykk og 5 prosent har meget dårlig inntrykk av det norske barnevernet. 26 prosent av de som har dårlig inntrykk av barnevernet sier at de vil unnlate å melde bekymringsmelding til barnevernet (Sentio Research, 2020). Sentio Research (2020) skriver også at i gruppen av respondenter som ville unnlate å melde i fra til barnevernet er i hovedsak personer med lav/ingen utdanning, eller har egne dårlige erfaringer. Sykepleiere er en yrkesgruppe som anses å ha høyere utdanning. I gjennomsnitt har personer i Norge som er ansatt i offentlig sektor høyere tillit til barnevernet enn personer ansatt i privat sektor (Juhasz & Skivenes, 2017). Høyere tillit til barnevernet blant personer i offentlig sektor kombinert med at de med høyere utdanning i gjennomsnitt har høyere tillit til barnevernet taler for at også sykepleiere stoler på barnevernet, til tross for eventuelle forskjeller i holdninger som foreligger.

I punkt 1.1 Bakgrunn skrev vi om personlig erfaring med temaet omsorgssvikt som underkommunisert i praksis ved barneavdelingene, i tillegg til lite fokus gjennom universitetsutdanningen. En av studentene beskrev også en personlig erfaring fra ambulansetjenesten senere i oppgaven som baserer seg på lite kunnskap og erfaring med temaet. I studiene vi har gjennomgått kommer det frem at kunnskap og erfaring fremstår som en faktor for å ikke melde til barnevernet. I studiene handler faktoren kunnskap om tegn og symptomer, meldesystemet og lovgivningen. Som snart nyutdannede sykepleiere kan vi se for oss at erfaring og kunnskap er en faktor som vil kunne påvirke vår vurdering i om saken skal meldes eller ikke. Tidligere beskrev vi også lovgivningen, herunder ordlyden i lovteksten som kan fremstå vag i et så viktig tema som vi mener også kan være et usikkerhetsmoment. Statens Helsetilsyn (2014, s.51-52) har gjennomgått tilsynssaker hvor helsepersonell ikke hadde opprettholdt opplysningsplikten, og kom frem til at usikkerhet, manglende kunnskap og manglende erfaring var årsaker til at de ikke meldte. Som Statens Helsetilsyn kom frem til i 2014, har det likhetstrekk med funn i vår gjennomgang av forskning. Det er altså behov for økt kunnskap for helsepersonell i Norge rundt temaet omsorgssvikt, og funnene fremstår som overførbare til norsk helsepersonell, herunder sykepleiere. Et tiltak for å øke fokus på temaet er blitt gjort ved et stort helseforetak i Norge. Ved Sørlandet Sykehus (heretter omtalts som SSHF) er det blitt innført tiltak for å avdekke omsorgssvikt og barnemishandling i eksempelvis akuttmottak og ambulansetjenesten. Programmet "Barn under radaren" er en sjekkliste som brukes av helsepersonell ved møte med voksne pasienter innlagt av

forskjellige typer sykdom, lidelse eller skader (SSHF, 2020). Tiltaket er også et e-læringsprogram. Tiltaket har gitt 8 ganger flere bekymringsmeldinger til barnevernet fra SSHF (Tunaal-Larsen, 2021). Funnene våre viser at nøling er forårsaket av manglende kunnskap eller tro på egen kunnskap. En slik sjekkliste og oppdatering av kunnskap har dermed gitt økt oppmerksomhet og støtte i vurderingen hos ansatte i SSHF. Er en usikker på sin kunnskap kan det være viktig å ha tilgjengelige hjelpemidler som støtter personellet i sin vurdering. Det kan tenkes at funnet om at manglende selvtillit hos sykepleiere i rapporteringsprosessen adresseres av tiltaket med sjekklister og e-læringsprogram. Resultatene viste også at kollegial støtte påvirker rapporteringen fra sykepleiere. Statens Helsetilsyn (2014, s. 52) påpeker også viktigheten av kollegial veiledning som kan gjøre at flere helsepersonell sender bekymringsmelding. Et funn i resultatene tydet på at ledere har høyere bevissthet på omsorgssvikt. Helsedirektoratet (2018) skrev også at det er et lederansvar at personalet har kunnskap om temaet, og at det legges til rette for at det varsles selv om det er faglig uenighet. Kollegial støtte, tydelig lederansvar og tilrettelegging gjennom hjelpemidler vil tydeligvis hjelpe sykepleiere til å øke faglig kompetanse, få større trygghet i temaet og bidra til flere bekymringsmeldinger til barnevernet. Gjennom den store forskjellen som vises etter at tiltak ble innført i SSHF, fremstår det som at kunnskap og erfaring har vært en faktor som har påvirket helsepersonellet i sending av bekymringsmeldinger.

Statens Helsetilsyn skrev at basert på deres litteratursøk fra andre land fremkom faktorer for at helsepersonell ikke melder til barnevernet, og at gjennomgang av tilsynssaker viste liknende funn i Norge (2014, s. 48). Som beskrevet i funnene fra resultatene våre fremstår frykt som en faktor som sykepleiere kjenner på når de skal melde om mistenkt omsorgssvikt. Frykt er et stort begrep som rommer mange former. Forskningen beskrev frykt for å eskalere familiesituasjonen, frykt for å påvirke pasient-sykepleierforholdet og gjøre feil vurdering i prosessen. Våre funn sammenfaller i stor grad med funn Statens Helsetilsyn gjorde i 2014 (s.44). Det må nevnes at en del forskning tar hovedsakelig for seg legers perspektiver, det er usikkert om alt kan overføres til sykepleiere. Derimot er det viktig å påpeke at opplysningsplikten er en individuell plikt for hvert helsepersonell. En fritas ikke fra opplysningsplikten ved å videreføre sin bekymring til for eksempel behandlende lege (Helsedirektoratet, 2018), og Statens Helsetilsyns fokus på faktorer som påvirker legen kan gi et feil bilde på ansvaret som gjelder hvert enkelt helsepersonell.

4.2 De komplekse sakene

I en av studiene vi har gjennomgått kom det frem at sykepleierne skiller mellom 2 typer saker. Den ene kategorien var enkel å melde fordi tegn og symptomer var tydelige og sykepleierne var sikre på sin vurdering. Derimot var de komplekse sakene problematiske, og forsinket meldeprosessen på grunn av utydelige tegn og symptomer, eller bare subjektive data (Eisbach & Driessnack, 2010). Ettersom sykepleiere antyder at de sakene som har tydelige tegn er lett å melde, er det sannsynlig at mørketall har oppstand i kompliserte saker.

Sykepleiere nølte når tegnene var subtile eller ikke åpenbare, som eksempelvis bare barnets forklaring alene (Eisbach & Driessnack, 2010). Som tidligere beskrevet har sykepleiere opplysningsplikt jamfør helsepersonelloven § 33. I loven brukes ordlyden “grunn til å tro”. Ordlyden viser ikke til noe konkret som skal ligge til grunn som bevis. Helsedirektoratet (2018) skriver i kommentar til lovteksten at det må gjøres en vurdering av barnets situasjon, hvor sykepleierens faglige vurdering, observasjoner, tilgjengelige opplysninger og dokumentasjon ligger til grunn. Det er ikke selvsagt at alt dette ligger til grunn før det vurderes at det skal sendes bekymringsmelding, eller at sykepleieren føler at noe er galt. De skriver også at det er først ved mistanke om alvorlig omsorgssvikt at helsepersonell er pliktig til å melde (Helsedirektoratet, 2018). Lovverket gir ingen beskrivelse av hva alvorlig omsorgssvikt inneholder, og det er vanskelig å si nøyaktig hvor grensen går mellom omsorgssvikt og alvorlig omsorgssvikt. Samtidig er det ment at det sendes for mange ubegrunnede bekymringsmeldinger til barnevernet (Moe, 2020). Som resultatene viser er det mangel på kunnskap og erfaring blant sykepleiere, og i sammenheng med et komplisert symptombilde og uklar lovgivning kan det bidra til at kompliserte saker som faller under opplysningsplikten ikke blir meldt. Som beskrevet tidligere er omsorgssvikt et tema som er stort, og hvert enkelt helsepersonell må gjøre sin egen vurdering.

En av sykepleierne i studien til Eisbach & Driessnack omtaler de komplekse sakene som «the ones that haunt you» (Eisbach & Driessnack, 2010). Det fremstår som at sykepleieren har en intuisjon eller følelse av at noe er galt, men klarer ikke helt å sette fingeren på hva. Det kan tenkes at grunnen til at sykepleieren i studien får vonde følelser knyttet til komplekse saker er fordi de har kunnskap om konsekvenser av omsorgssvikt, samtidig som lovverket sier at de plikter å rapportere. Sykepleieren blir dermed stående med en sak som kan få alvorlige helsemessige konsekvenser for barnet, uten nok bevis til å rapportere. Som vi har sett vil mangelfull behovsdekning i utviklingen kunne gi varig påvirkning på mennesker (Bunkholdt,

2000, s. 196). En konsekvensetisk tilnærming til spørsmålet om å rapportere i slike saker vil medføre at sykepleieren må vurdere hvilke handlinger som gir mest nytte i situasjonen (Heggstad, 2018, s. 91-93). På den ene siden vil det å rapportere potensielt medføre at barnet blir fanget opp og unngår en skjevutvikling som kan prege barnet i mange år. På den andre siden vil en grunnløs rapportering kunne være en belastning for familien, og en frykt for en slik belastning tematiseres av sykepleiere i resultatene våre. Bruker sykepleieren en pliktetisk tilnærming blir vurderingen å søke handlingsalternativer ut fra lovverket, retningslinjer og helseetiske prinsipper. Funnene peker på at sykepleiere frykter at det å rapportere omsorgssvikt kan eskalere en allerede ustabil familiesituasjon. Det kan tenkes at sykepleieren frykter å krenke ikke-skadeprinsippet ved å rapportere, da ikke-skadeprinsippet skal sikre at helsehjelpen ikke påfører pasient mer lidelse enn nødvendig (Heggstad, 2018, s. 28). På den andre siden vil det å ikke rapportere kunne bryte med velgjørenhetsprinsippet som handler om at helsepersonell plikter å forebygge skade og fremme det gode (Heggstad, 2018, s. 27-29). Kari Martinsen trekker også frem viktigheten av å balansere helsehjelpen. Martinsen hevder at helsehjelpen må stå i forhold til behovet til pasienten. For mye helsehjelp er overformynderi og for lite er en unnlatesynd (Martinsen, 2008, s. 16). Omsorgsarbeid krever en situasjonsforståelsen og innsikt i menneskets livssituasjon i følge Martinsen (Martinsen, 2008, s. 16). Sykepleierne i studien til Eisbach & Driessnack fortalte at de søkte mer informasjon, satt opp oppfølgingstimer og fulgte opp de komplekse sakene over tid, før de eventuelt rapporterte (Eisbach & Driessnack, 2010). Det kan tenkes at denne tilnærmingen ga sykepleierne en bedre situasjonsforståelse og større kunnskapsgrunnlag slik at de kan ivareta prinsipper, vurdere nytteverdien av sine handlinger og ta en etisk forsvarlig beslutning. Trolig vil kunnskap om etikk og omsorgsteori være til hjelp når sykepleiere skal vurdere handlingsalternativer. Som nevnt tidligere sier også lovverket at det skal meldes uten ugrunnet opphold, som kan komplisere saken ytterligere (Helsepersonelloven, 1999, §33).

De yrkesetiske retningslinjene slår fast at sykepleie skal baseres på forskning, brukerkunnskap og erfaringsbasert kompetanse (Norges sykepleierforbund, 2019). Funnene våre tyder på at mangel på kunnskap og erfaring var en barriere for å rapportere. Å jobbe erfaringsbasert betyr at en reflekterer kritisk over sine erfaringer som sykepleier (Kristoffersen, 2017, s 144). Det kan hevdes at det å søke kollegial støtte, slik funnene våre viser at sykepleiere gjør i vanskelige saker, er en form for erfaringsbasert sykepleie i den forstand at en høster av andre sykepleieres erfaringer i møte med en kompleks situasjon. På

den andre siden kan behovet for kollegial støtte være uttrykk for manglende selvtillit knyttet til egen kunnskap. Det kan derfor også være viktig med forskningsbasert kunnskap.

Som beskrevet tidligere er det mange tegn og symptomer på omsorgssvikt. Bunkholdt beskrev blant annet tegn hos omsorgspersoner, fysiske tegn og hvordan barnet kan fremstå i væremåte. I følge punkt 1.1 i de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleie bygge på forskning (Norges sykepleierforbund, 2019), dermed plikter sykepleiere å sette seg inn i denne typen kunnskap slik at de kan utøve forskningsbasert sykepleie.

Sykepleie skal også baseres på brukerkunnskap. I en situasjon med mistanke om omsorgssvikt kan dette derimot fremstå vanskelig. Som beskrevet tidligere bør sykepleieren informere barnet og omsorgspersonene om at han vil melde til barnevernet, men skal kun informere barnet eller omsorgspersonene dersom dette ikke kan være til skade for barnet (Helsedirektoratet, 2019). Det kan tenkes at sykepleieren bryter både yrkesetiske retningslinjer og pasient- og brukerrettighetsloven ved å ikke informere om at han rapporterer, fordi pasient og brukerrettighetsloven slår fast at pasienter eller brukere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). På den andre siden nyanseres loven i §3-2 som sier at informasjon kan unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær å gi slik informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Punkt 2.1 i yrkesetiske retningslinjer sier også at en er ansvarlig for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norges sykepleierforbund, 2019), og Helsedirektoratet beskriver som nevnt helsepersonellet avvergingsplikt (Helsedirektoratet, 2018). I alvorlige tilfeller hvor det er sikkert eller svært sannsynlig at en straffbar handling vil ramme barnet, skal sykepleieren umiddelbart varsle politiet. I mindre åpenbare saker må sykepleieren vurdere hvilke av disse retningslinjene og lovene som veier tyngst i den enkelte situasjon.

Ved å implementere KBP som en del av arbeidet rettet mot omsorgssvikt vil det være et tiltak som bidrar til kunnskapsoppdatering, refleksjon og vurdering av egne handlinger. Ved å ta i bruk KBP kan det også bidra til å få støtte i vurdering av barnevernssaker, som kan bidra til å lettere løse kompliserte saker.

4.3 Hvordan stiller faktorene i resultatdelen opp mot teoretisk forståelse av sykepleie?

Konsekvensene av omsorgssvikt er mange og alvorlige. Det er vanskelig å se for seg en mer sårbar gruppe enn barn som lever med omsorgspersoner som begår omsorgssvikt. Kari Martinsen tar utgangspunkt i at solidaritet med de svake er sykepleiens grunnlag (Kristoffersen, 2017, s. 57). Omsorgsarbeid krever en situasjonsforståelse av menneskets livssituasjon (Martinsen, 2008, s. 16). Det kan tenkes at denne forståelsen av menneskets livssituasjon kan være et tveegget sverd, når det gjelder påvirkning av sykepleierens tanker om å rapportere omsorgssvikt. Sykepleierne i studien til Eisbach & Driessnack fryktet at rapportering av omsorgssvikt kunne føre til konsekvenser for pasient- sykepleierrelasjonen og at familien trakk seg tilbake fra helsetjenestene. Sykepleierne fryktet også at en ustabil familiesituasjon kunne bli ytterligere ustabil som følge av stresset fra søkelyset til barneverntjenesten. Det kom også frem at mange av sykepleierne følte de burde ta hensyn til hvilken kontekst omsorgssvikten skjer (Eisbach & Driessnack, 2010). Er det snakk om vanskelige sosiale vilkår eller det overlagt omsorgssvikt?

Sykepleierne tar altså hensyn til livssituasjonen til familien når de vurderer om de skal rapportere, tilsynelatende i tråd med Martinsens forståelse av hva omsorgsarbeid krever. Men som vi har sett har omsorgssvikt alvorlige helsemessige konsekvenser og problemene kan følge med barnet inn i voksenlivet. Her må sykepleiere bruke sitt faglige og moralske skjønn. På den ene siden kan en ha empati og forståelse for at ulike familier har ulike forutsetninger for å dekke barns behov. Det være seg økonomiske, psykiske eller sosiale forutsetninger. På den andre siden må en ta inn over seg hvilke konsekvenser omsorgssvikt har for barnet. Som beskrevet tidligere er barnevernet til hjelp for barnet og foreldrene, og omsorgsovertakelse skjer bare i enkelte tilfeller. Mindre tiltak i hjemmet som råd, veiledning og besøksfamilie er vanligere (Bufdir, 2021). Det kan tenkes at økt innsikt i barnevernet og deres hjelpetiltak vil kunne bidra til å redusere frykten rundt å involvere barnevernet, og dermed øke sykepleierens praktisk-moralske handlingskløkskap.

Moralsk omsorg handler om at handlingene til sykepleieren bygger på en bred situasjonsforståelse og evnen til å sette seg inn i den andres situasjon. Solidaritet med den svake vil i denne sammenheng kunne tilfalle både omsorgspersoner i en vanskelig situasjon og barnet som utsettes for omsorgssvikt. Funnene våre tyder på at innsikt i familiens situasjon

påvirker sykepleieres beslutning om å rapportere. Funnene peker i retning av at dette henger sammen med at sykepleieren skaffer seg innsikt i en familiesituasjon som er vanskelig og opplever at det er vanskelig å kun fokusere på barnet. I familiesituasjonen er den svakeste parten barnet og det er dermed barnet som bør prioriteres, slik vi tolker Martinsen.

Sykepleierne søker en bred situasjonsforståelse og det er viktig for at de skal kunne utøve sitt faglige og moralske skjønn, men faktorer som pasient-sykepleierrelasjonen, forverring av ustabil familiesituasjon og konteksten omsorgssvikten skjer i bør ikke begrense sykepleierens vilje til å rapportere omsorgssvikt. Å la seg begrense av slike faktorer vil gå på tvers av prinsippet om solidaritet med den svake. Som nevnt handler også det moralske universalismeprinsipp om at alle kan havne i en situasjon hvor vi har behov for hjelp fra andre og vi bør derfor handle slik at alle kan få mulighet til å leve det beste livet de er i stand til.

Det er pasient-sykepleierrelasjonen som danner grunnlaget for situasjonsforståelsen som fører til at sykepleieren vurderer om han skal sende bekymringsmelding. Dette illustrerer Martinsens poeng om at omsorgen er relasjonell. For å kunne yte omsorg må det foreligge en relasjon, og det er naturlig at sykepleierne ønsker å verne om og beskytte denne relasjonen. Funnene våre peker som nevnt i retningen av at sykepleiere frykter for konsekvenser på pasient-sykepleierrelasjonen når de vurderer om de skal rapportere. I norsk sammenheng er det ikke nødvendigvis noen motsetning mot å involvere barnevernet og ivaretagelse av pasient-sykepleierrelasjonen, når en tar inn over seg at barnevernet som regel tilbyr lite inngripende hjelpetiltak i hjemmet. Det er klart at sykepleieren risikerer å krenke relasjonen, men sett i lys av konsekvensene ved å ikke melde og den potensielle helsegevinsten ved å melde, bør en faglig helhetsvurdering medføre at sykepleieren melder.

5.0 Avslutning

I denne oppgaven har vi ønsket å komme frem til hvilke faktorer som påvirker sykepleiere til å ikke melde fra ved mistanke om omsorgssvikt, ettersom det er ment at det er mørketall i Norge. Sykepleiere kan anses som et relevant yrke for å forebygge omsorgssvikt, da de ofte møter barn og omsorgspersoner i annen kontekst enn andre yrkesgrupper. Det kan tenkes at innsikt i hvilke faktorer som påvirker sykepleiere til å ikke melde fra om omsorgssvikt kan bidra til å øke forutsetningene for å gjøre en riktig beslutning i fremtiden. Det er viktig å være bevisst på at omsorgssvikt er et komplisert tema, hvor alt ikke er svart-hvit. Som sykepleier er det viktig å være bevisst på sin juridiske plikt som yrkesutøver, men også sin moralske plikt som sykepleier og medmenneske.

I denne litteraturstudien har vi funnet ut at det eksisterer faktorer som påvirker sykepleiere til å ikke melde fra ved mistanke om omsorgssvikt. De sentrale faktorene handlet om kunnskap og erfaring, tillit til systemet, frykt og holdninger. Ettersom vi ikke har gjort funn av forskning fra Norge på temaet er det uklart i hvilke grad disse faktorene spiller en rolle i spesialisthelsetjenesten i Norge. Det kan derimot antas at presenterte faktorer fra andre land kan ha betydning. For å utforske i hvilken grad disse faktorene spiller en rolle i norsk spesialisthelsetjeneste trengs det mer forskning på temaet.

Det er viktig å være bevisst på sin egen kunnskap innenfor temaet omsorgssvikt, og være bevisst på hvilke faktorer som påvirker sykepleieren i sin vurdering, samt konsekvensene av handlingen sykepleieren foretar seg.

Vi tenker at sykepleiere har en viktig rolle å spille i kampen mot omsorgssvikt i det norske samfunn. Fraværet av fokus under sykepleierutdannelsen og i pensumlitteratur understreker muligens at omsorgssvikt er et tema innenfor sykepleie som er underkommunisert. Dette kan videre påvirke utførelse av sykepleie i praksis. Vi mener at et problematisk tema som omsorgssvikt burde ha større fokus sett i lys av mulighetene og konsekvensene.

6.0 Litteraturliste

American Psychological Association (APA). (2017, 01. januar). Plagiarism. American Psychological Association. Hentet 18.10.2020 fra <http://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/citations/plagiarism>

Barnevernsloven - bvl. (1992). *Lov om barneverntjenester* (LOV-1992-07-17-100). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>

Barnevernvakten. (udatert). *Bekymringsmelding*. <https://www.barnevernvakten.no/bekymringsmelding>

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). (2020, 25 september). *Bekymringsmeldinger til barnevernet*. https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). (2021, 13 januar). *Hva skjer i en barnevernssak?* https://bufdir.no/Barnevern/Om_barnevernet/Gangen_i_en_barnevernssak/

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). (2020, 12. oktober). *Melde fra til barnevernet - offentlig ansatt*. https://bufdir.no/Barnevern/Melde_fra_til_barnevernet/Melde_fra_til_barnevernet_offentlig_ansatt/

Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.

Det norske akademis ordbok (NAOB). (2021). *mistanke*. <https://naob.no/ordbok/mistanke>

Det norske akademis ordbok (NAOB). (2021). *faktor*. <https://naob.no/ordbok/faktor>

Eisbach, S. S. & Driessnack, M. (2010). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses. *Journal for Specialists in*

Pediatric Nursing, 15(4), 317-323.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x>

Folkehelseinstituttet. (2018, 7 mai). *Systematisk oversikt over oversikter. Hvilke tegn og signaler som kan observeres av personell i barnehage og skole kan ha sammenheng med omsorgssvikt?*

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/hvilke-tegn-og-signaler-som-kan-observeres-av-peronell-i-barnehage-og-skole-kan-ha-sammenheng-med-omsorgssvikt-rapport-2018-v2.pdf>

Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L. & Dunne, M. (2009). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *Int J Nurs Stud*, 47(2), 146-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015>

Green, M. (2020). Nurses' Adherence to Mandated Reporting of Suspected Cases of Child Abuse. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, 109-113.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.06.007>

Grønseth, R. & Markestad, T. (2019). *Pediatric og pediatrik sykepleie*. (4. utg Fagbokforlaget.

Hafstad, G. S. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år* (Rapport nr.4 2019).

https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf?fbclid=IwAR3WuYCgMnYK6TUNXnz8L8bj-wBqjzm7SkxE5HG0wSeqRoTD68Ak0nOO4bg

Heggestad, A. K. T. (2018). *Etikk i klinisk sykepleie*. Det Norske Samlaget.

Helsebiblioteket. (udatert). *Kunnskapsbasert praksis*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helsedirektoratet. (2018, 28. juni). § 3. *Definisjoner*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/lovens-for-mal-virkeomrade-og-definisjoner#paragraf-3-definisjoner>

Helsedirektoratet. (2019, 11. november). *Hvordan melde fra: Helsepersonell skal selv vurdere hvilke opplysninger som skal inngå i en bekymringsmelding*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-opplysningsplikt/hvordan-melde-fra-helsepersonell-skal-selv-vurdere-hvilke-opplysninger-son-skal-innga-i-en-bekymringsmelding#null-praktisk>

Helsedirektoratet (2018, 28. juni). §33. *Opplysningsplikt til barnevernet*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/opplysningsplikt-m.v/-33.opplysningsplikt-til-barnevernet>

Helsepersonelloven - hpl. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Ho, G. W. & Gross, D. A. (2015). Pediatric nurses' differentiations between acceptable and unacceptable parent discipline behaviors: a Q-study. *J Pediatr Health Care*, 29(3), 255-264.

<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.12.004>

Ipsos. (2017). *Tillit til barnevernet blant personer med innvandrerbakgrunn*.

https://bibliotek.buudir.no/BUF/101/Tillit_til_barnevernet_blant_personer_med_innvandrerbakgrunn.pdf

Juhasz, I. & Skivenes, M. (2017). The Population's Confidence in the Child Protection System – A Survey Study of England, Finland, Norway and the United States (California). *Social Policy & Administration*, 51(7), 1330-1347.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/spol.12226>

Kristoffersen, N.J & Grimsbø, G. H. (2017). Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3. utg., s. 139-185)Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3. utg., s. 15-27) Oslo: Gyldendal akademisk.

Kuruppu, J., Forsdike, K. & Hegarty, K. (2018). 'It's a necessary evil': Experiences and perceptions of mandatory reporting of child abuse in Victorian general practice. *Australian Journal of General Practice*, 47, 729-733.

<https://doi.org/https://doi.org/10.31128/ajgp-04-18-4563>

Kuruppu, J., McKibbin, G., Humphreys, C. & Hegarty, K. (2020). Tipping the Scales: Factors Influencing the Decision to Report Child Maltreatment in Primary Care. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21, 427 - 438.

Lee, I. S. & Kim, K. J. (2018). Factors That Influence Mandatory Child Abuse Reporting Attitudes of Pediatric Nurses in Korea. *Journal of Forensic Nursing*, 14(1), 31-41.

<https://doi.org/10.1097/jfn.0000000000000186>

Martinsen, K. (2008). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Moe, E. (2020, 22. januar). *Mange bekymringsmeldinger til barnevernet skulle aldri vært sendt*. Forskning.no.

<https://forskning.no/barn-og-ungdom-hogskolen-i-innlandet-juridiske-fag/mange-bekymringsmeldinger-til-barnevernet-skulle-ikke-vaert-sendt/1624709>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.no.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Regjeringen. (2000, 25. Juli). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/barnekonvensjonen-kortversjon-norsk/id87582/>

Saugestad, K. (Produsent). (2019-nåtid). Hele historien (Audio podkast). NRK.

https://radio.nrk.no/podkast/hele_historien/sesong/christoffer-saken/1_ef7453be-ac3d-4e9f-b453-beac3dee9f56

Sentio Research. (2020, November). *Befolkningens holdning til barnevernet*.

https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/barnevern/befolkningens_holdning_til_barnevernet_november_2020.pdf

Solvoll, B.-A. (2017). Identitet og egenverd. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 109-110). Gyldendal Akademisk.

- Statens Helsetilsyn. (2019). *Tilsynsmelding 2018*. Statens Helsetilsyn.
<https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2018.pdf>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 2. juli). *Barnevern*. <https://www.ssb.no/barnevern>
- Spesialisthelsetjenesteloven - spl. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesten>
- Statens Helsetilsyn. (2014). *Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet: Oppsummering av kunnskap fra tilsyn mv.* (Rapport fra Helsetilsynet 2/2014).
https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport2_2014.pdf?fbclid=IwAR3WuYCgMnYK6TUNXnz8L8bj-wBqjzm7SkxE5HG0wSeqRoTD68Ak0nOO4bg
- Sørlandet Sykehus. (2020, 02. Desember). *Barn under radaren*. SSHF.no.
<https://sshf.no/om-oss/barn-under-radaren#om-barn-under-radaren>
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Thorvaldsen, I. R. & Kirchhoff J.W. (2017, 2. januar). *Se tegnene på omsorgssvikt*.
<https://sykepleien.no/forskning/2016/12/se-tegnene-pa-omsorgssvikt>
- Tunaal-Larsen, J. (2021, 17. Februar). *Oppdager barn som før gikk under radaren*. SSHF.no
<https://sshf.no/om-oss/nyheter/oppdager-barn-som-for-gikk-under-radaren>
- World health organization (WHO). (2020). *Child maltreatment*. Hentet 03.02.2021 fra
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gransmo, E. (2015). *Sykdom og behandling*. (1.utg). Gyldendal Akademisk