

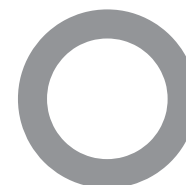


MÅ VITE MER OM BARNEMISHANDLING

Helsesøstertjeneste. Sykepleierne trenger både kunnskap og mot i møte med barn og familier der de mistenker barnemishandling.

MASTEROPPGAVE:

Artikkelen bygger på
0 % praksis
100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0134



Kari Skarsaune, anestesisykepleier og universitetslektor, Universitetet i Nordland, PHS, Sykepleie og Helsefag, Bodø.



Terese Bondas, veileder Helsesøster og professor i sykepleie, Universitetet i Nordland, PHS, Sykepleie og Helsefag, Bodø, HVD, HVL, HVM.

Barnemishandling er et stort og vanskelig tema. Helsepersonellovens § 33 (1) krever at sykepleiere melder mistanke om barnemishandling til barnevernet, men temaet er dårlig belyst i utdanningene. Barnemishandling er ikke nevnt i rammeplan for sykepleierutdanningen (2), det samme gjelder flere videreutdanninger for sykepleiere (3). Å belyse temaet er derfor opp til det enkelte studiested. På arbeidsplassene er internopplæringen ofte tilfeldig og mangelfull. Det er vanskelig for sykepleierne å ivareta kravet fra helsepersonelloven (1) når temaet ikke blir satt på dagsorden. Det kreves også mot; tør sykepleierne å ta tak i dette problemet? Hvordan skal man forberede sykepleierne på dette vanskelige temaet?

INTERVJUER. For å belyse temaet har jeg intervjuet åtte sykepleiere som alle har opplevd å stå i situasjoner der de mistenker barnemishandling. Jeg stilte følgende spørsmål: Hvordan oppleves det å stå i slike situasjoner? Hvordan fungerte samarbeidet med foreldrene? Hvordan opplevde de støtten fra leder og kollegaer? Fikk de opplæring og rutiner? Og hva skal til for at situasjonen skal bli lettere å takle?

Ifølge opplysninger fra Statistisk sentralbyrå ble det i 2011 startet

undersøkelser på bakgrunn av 35090 innkomne meldinger. Av disse kom 1909 fra sykehus, noe som utgjør vel 5 prosent av meldingene (4).

VANSKELIG Å AVSLØRE. Det er også en allmenn oppfatning at barnemishandling er vanskelig å avsløre. Det er derfor viktig at sykepleieren har kunnskap og ferdigheter som gjør dem i stand til å oppdage barn som er utsatt for dette (5). Ifølge en finsk undersøkelse er personalets bevissthet rundt temaet, mangel på kunnskap og en travel hverdag med på å gjøre barnevernssaker vanskeligere. Sykepleierne mener de trenger mer opplæring, fordi grunnutdanningen ikke tar opp problematikken eller den er for dårlig belyst (6). Fra Taiwan oppga tre fjerdedeler av de spurte sykepleierne at de aldri har fått opplæring om barnemishandling, verken i grunn- eller videreutdanning. Samme undersøkelse viser at sannsynligheten for at sykepleierne melder saker, øker med kunnskapsnivået (7).

Også Kearne og Chapman har sett på forskning på området og finner at sykepleierne mangler kunnskap. De foreslår sjekklistor for å sikre at alle barn blir vurdert med tanke på barnemishandling. De hevder også at sykepleiere har gode muligheter til å oppdage barnemishandling fordi sykepleiere bruker mye tid sammen familiene som gir et unikt

utgangspunkt for å avdekke barnemishandling (5).

TRENGER SELVTILLIT OG MOT.

Tingberg, Bredlöv og Ygge viser i sin studie fra 2008 at sykepleierne opplever barnemishandling som vanskelig, spesielt når de mistenker foreldrene. De kjenner på motstridende følelser der de på den ene siden er dømmende og på den andre siden utøver omsorg (8).

Martinsen snakker om tre dimensjoner i omsorgen; en relasjonell, en praktisk, og en moralsk, der moralsk veier tyngst. Det er de medfødte livsytringene som tillit, barmhjertighet og medfølelse som gir den etiske fordringen som fører til handling. Det er ikke livsytringene alene, men menneskekunnskap, erfaringskunnskap og en forståelse av situasjonen, veid opp mot reglene – faglig skjønn. I vanskelige situasjoner der livsytringene mangler, for eksempel når tilliten er borte eller i konflikter, trenger vi regler slik at omsorgen blir ivaretatt (9).

ULLENT OG DIFFUST. Mitt hovedfunn er at barnemishandling oppleves som et ullent og diffust tema på alle områder. Sykepleierne opplever situasjonen som vanskelig fordi de er usikre, redde for å ta feil, mangler klare retningslinjer og ikke får den støtten som trengs fra

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Barnemishandling er et ullent og diffust tema og sykepleiere trenger kunnskap, bevisstgjøring, selvtillit og mot i møtet med barn som er utsatt for barnemishandling.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Barn
- Mishandling
- Sykepleier



Sykepleiere blir ofte usikre når de mistenker barnemishandling. De frykter å ta feil og mangler klare retningslinjer for hva de bør gjøre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

ledere og kollegaer. Dette viser kompleksiteten i situasjonen og det som gjør at den er vanskelig å stå i. Sykepleierne blir usikre når de skal fortelle hva de gjør. «Ja, hva gjør vi egentlig ...?», er et spørsmål flere stiller seg. Her opplever jeg stor forskjell på dem som jobber med barn og de som jobber på avdelinger med både barn og voksne. Sykepleierne fra barneavdelingene er mer bevisste på problemet, men også de mener de har en lang vei å gå. Barneavdelingene har temaet på undervisningsplanen, men i konkurranse med andre emner som også krever undervisning. Det kommer også frem at de er usikre på hva de trenger undervisning om. Flere forstår at dette kan de for lite om, men vet egentlig ikke hva de trenger. Andre var tydelige på at dette er et tema som man aldri blir utlært i og at det må repeteres jevnlig for at man skal holde oppmerksomheten på temaet ved like. En av sykepleierne uttrykte det slik: «Det med opplæring er viktig. Vi må ha opplæring, slik at vi er en sykepleierstab som noe om omsorgsvikt. Ellers kommer det som «julekvelden på kjerringa» hver gang ... og du blir fryktelig utrygg og du vet ikke hva du skal gjøre».

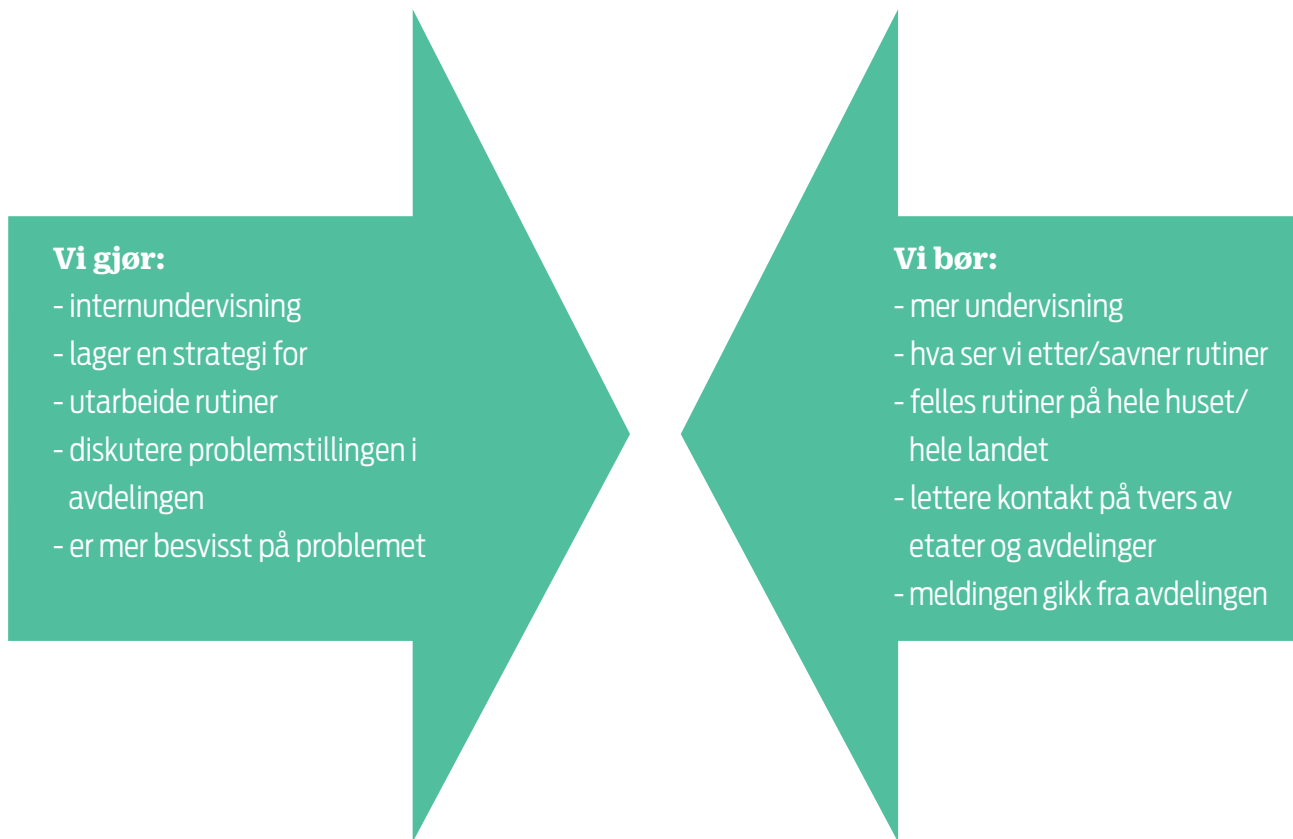
MANGLER RUTINER. Rutinene på avdelingene varierer sterkt. Ingen av sykepleierne kan med sikkerhet si at de har klare rutiner. Ved noen av avdelingene jobber de med å utarbeide rutiner og har rutiner på noen områder. Andre opplever usikkerhet rundt hvilke rutiner som egentlig eksisterer på området, noe som ble uttrykt på denne måten: «Rutiner? ... Nei, vi har vel ikke det. Jeg tenker, det er for dårlig. Jeg har ikke fått det med meg i alle fall.»

Det framkommer et ønske om felles rutiner for hele sykehuset, men også om nasjonale retningslinjer. En annen ting sykepleierne tar opp er at temaet må opp til diskusjon i avdelingen for å øke bevisstheten rundt problematikken. Her mener sykepleierne mye av ansvaret ligger hos lederne. Lederne skal sette temaet på dagsorden og guide





Når sykepleierne mistenker barnemishandling



Figur 1. Hva sykepleierne gjør og hva de mener de bør gjøre når de mistenker barnemishandling

de ansatte, spesielt i vanskelige saker. De skal også gi støtte, råd og kalle inn til formelle møter.

Sykepleierne ønsker et bredere samarbeid med andre etater, som skole, barnehage og helsesøster, slik at de kan ta en telefon og spørre: Hva er dette for noe? Eller si: Følg med. Det juridiske aspektet var uklart for flere.

TRENGER STØTTE. Sykepleierne er avhengig av støtte, kunnskap og tro på egen dømmekraft for å make te å stå i slike saker. Dette uttrykte en av informantene slik: «Vi må få mer selvtilit som sykepleiere, for å

vite at det vi gjør er rett.» På spørsmål om hva som blir gjort i avdelingen kommer det frem at det blir gjort en del. Samtidig sier de: «Vi bør gjøre» og: «Dette er vi ikke gode nok på.» Når jeg setter opp «vi gjør» mot «vi bør» ser jeg at det ulne og diffuse går igjen. Sykepleierne blir usikre på hva de egentlig gjør, samtidig som «vi burde ...» går igjen (figur 1).

DISKUSJON. Sykepleiere har et lovpålagt krav, men også et moralsk krav om å reagere på barnemishandling. Ifølge Martinsen utøver sykepleierne skjønn ved å involverer seg emosjonelt i den andre, for

å finne det rette handlingsalternativet (10). Sykepleierne opplever mange motstridende følelser, når de mistenker barnemishandling og det påvirker deres faglige skjønn. Som en av dem uttrykte det: «Hele spektret av følelser; alt fra sinne, forakt til omsorg og omtanke.» Også Tingberg et al. (8) viser til at det er vanskelig å opptre profesjonelt når man opplever disse motstridende følelsene. Martinsen (9) beskriver dette som ødelagte livsytninger, som er tillit, barmhjertighet og medfølelse. Når sykepleierne mistenker barnemishandling er tilliten borte og noe som er

ubehagelig. Derfor etterlyser sykepleierne regler for å takle situasjonen og for at omsorgen skal bli ivaretatt. Tingberg et al. (8) peker på tre viktige elementer for å gi profesjonell sykepleie; trening, rådgiving og erfaring. Dette er i tråd med annen forskning på området, som blant annet anbefaler bruk av sjekklister (5) og casestudier (11). Sykepleierne mente de trengte mer opplæring og kunnskap. Det er derfor viktig å sette problemet på dagsorden, slik at det blir snakket om, noe som er med på å gi sykepleierne bevissthet og selvtillit rundt problematikken.

KREVER MOT. Feng et al. finner at sykepleierne ikke vil «blande seg i folks privatliv». Barneoppdragelse og disiplin blir sett på som en privat sak (12). Sykepleierne jeg snakket med er ikke like tydelig på at dette er en privat sak, men de er likevel redde for å forstyrre den private sfæren. Det krever mot å stå i slike situasjoner. Sykepleierne ga uttrykk for at de ønsket noen som kunne «overta saken», noen vil ha inn barneavdelingen, mens andre ville snakke med helsesøster, legen eller avdelingsledelsen. Situasjonene oppleves såpass vanskelige at de egentlig ikke vil stå i dem, men hvem kan de overlate ansvaret til? Lindberg avslører motløshet og avmakt i sin studie om ansvar for samarbeid og integrering av teori og praksis. Informantene i studien beskriver ansvaret som noen andres (13). Gjør sykepleierne det samme her? Alle er enige om at problemet skal tas på alvor, men hvem har ansvaret? Er det sykepleieren som står ved sengen, legen, en annen avdeling, helsesøsters eller avdelingsleder? Helsepersonelloven (1) er klar; det er den enkelte helsearbeiders ansvar. Med andre ord kan ikke ansvaret overlates til andre, og det kreves mot for å stå i disse situasjonene. Det krever mot å gå inn i situasjonen, men også å tørre å se situasjonene. Sykepleieren må ha mot til å ta den vanskelige samtalen, mot til å stille de vanskelige spørsmålene. De må være nysgjerrige, undrende, men også direkte og konfronterende. Skau

skriver om møter mellom mennesker og snakker om de meningsfulle møtene som kan være pinefulle og vanskelige (14). Det er nettopp det disse møtene kan være; de er vanskelige, sykepleierne føler seg på gyngende grunn. Det er mange faktorer som er diffuse og ulne, og sykepleierne er følelsesmessig engasjerte. I tillegg kan man spørre om sykepleierne tør å se disse barna? Eller er konsekvensene for store? Hvis man ikke vil bli involvert i noe, da er det lettere å gå videre uten å gjøre noe med det, uten å se det som skjer.

LEDER VIKTIG. Feng et al. (7) hevder at holdningen i avdelingen har stor betydning for hvordan sykepleierne handler. De sykepleierne jeg snakket med la mye ansvar på lederne som skulle være hjelpende og støttende. Crisp og Lister (15) finner at også leder trenger opplæring og

«Barn har krav på sykepleiere som tør å se dem.»

trening om temaet for å kunne veilede og støtte sykepleierne. Lederne har ansvar for å legge føringer for hvordan holdningen i avdelingen skal være på de enkelte områdene. Leders holdning har betydning for hvordan sykepleierne takler situasjonen, men til slutt og sist er det den enkelte sykepleier som må stå i situasjonen og takle den der og da. Da blir støtte fra kollegaer og ledere viktig og likedan den generelle holdningen i avdelingen (7). Sykepleierne må føle seg trygge på at de får støtte før de går inn i situasjonen. Støtte er en viktig faktor for å redusere negative konsekvenser av stress. Det viktigste er at man har minst én som støtter, ikke antallet i seg selv (16).

MANGLER OPPLÆRING. Flere studier viser at opplæring og rutiner har betydning for sykepleiernes handlingsmønstre (5). Rammeplanen for sykepleierutdanning i Norge sier ingenting om opplæring om

barnemishandling, barn er heller ikke nevnt som et eget tema (2). Blant nyutdannede svenske barneleger er temaet mangelfullt belyst (17). Det er grunn til å tro at forholdene i Norge og Sverige er sammenliknbare og at det også blant norske leger er mangelfull opplæring. Sykepleierne ønsker støtte fra legene i slike saker, men opplever ikke å få den støtten de trenger. Hierarkiet har stor betydning, når legene ikke er enige blir ikke saken meldt videre (18). Det er på mange måter et paradoks, ettersom legene nødvendigvis ikke har mer kunnskap på dette området. Samtidig som sykepleierne bruker mer tid sammen med familien, noe som gir dem et unikt grunnlag for observasjon.

Felles opplæring på tvers av etater og profesjoner er foreslått som en løsning (18). Det vil kunne hjelpe oss til å få en felles forståelse og til å se hvordan andre yrkesgrupper jobber. Casestudier er også foreslått som en undervisningsmetode på temaet (11). Rollespill kan også være en metode, der man får føle på kroppen hvordan det er å stå i situasjonen. Begge deler kan bidra til å styrke selvtilliten og motet til å stå i det. Tverrfaglighet er en fordel som skaper felles front – felles styrke, og bedre forståelse mellom yrkesgruppene.

KONKLUSJON. Sykepleierne legger mye ansvar på lederne. Lederne har et stort ansvar både for opplæring, oppfølging og det å sette problemet på dagsorden, men det fraskriver ikke sykepleierne ansvar. Det er sykepleierne som står ved sengen og må takle situasjonen der og da, støtte fra leder og kollegaer blir derfor viktig. Sykepleierne møter med barnemishandling er vanskelige, men kan ha avgjørende betydning for barna og deres familier. Barn har krav på sykepleiere som tør å se dem og som står i situasjonen. Det er derfor viktig å skolere sykepleierne slik at de kan møte utfordringene når de kommer.

Problematikken vil alltid være ullen og diffus, temaet må derfor diskuteres faglig i avdelingen for

å øke bevisstheten på og klargjøre fenomenet. Alle sykehusavdelinger bør ha et undervisningsopplegg med tid til diskusjon og utveksling av erfaringskunnskap. På den måten kan man i fellesskap forberede seg psykisk til å takle problemet når man møter det. ●

REFERANSER:

1. Norge, Helsepersonelloven med kommentarer. Vol. IS-8/2012. 2012, Oslo: Direktoratet. 169 s.
2. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning; fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet. 2008; 15 s.
3. Sogn H. Undervisning om vold ved universiteter og høyskoler: forslag til nasjonal implementeringsplan for å styrke ulike grunn-, videre- og spesialistutdanning med hensyn til kunnskap om vold i nære relasjoner. Vol. nr. 2/2007. 2007: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. 100 s.
4. Statistisk sentralbyrå. Statistics Norway, Barnevern Tabell. 09082. Undersøkkingsaker starta av barnevernet, etter innhald i meldinga, kven som melde saka og alder 2011 21.12.2012–27.05.2013.
5. Keane C, Chapman R. Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department. *International Emergency Nursing* 2008;16:5–13.
6. Paavilainen E, et al. Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *Journal of Advanced Nursing* 2002;37:551–7.
7. Feng JY, Wu YWB. Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: A test of the theory of planned behavior. *Research in Nursing & Health* 2005;28:337–47.
8. Tingberg B, Bredlöf B, Ygge BM. Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:2718–24.
9. Martinsen K. Omsorg i sykepleien: en moralsk utfordring. I: *Moderne omsorgsbilder*. K. Jensen K, Red. Oslo: Gyldendal: 1990:61–97.
10. Martinsen K. Samtalen, skjønn og evidensen. Oslo: Akribe, 2005.
11. Lee PY, Fraser JA, Chou FH. Nurse Reporting of Known and Suspected Child Abuse and Neglect Cases in Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 2007;23:128–137.
12. Feng JY, et al. Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters. *Children and Youth Services Review* 2012;34:276–80.
13. Lindberg E, Persson E, Bondas T. 'The responsibility of someone else': a focus group study of collaboration between a university and a hospital regarding the integration of caring science in practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012;26:579–86.
14. Skau GM. *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker* 2011. Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2011.
15. Crisp BR, Lister PG. Child protection and public health: nurses' responsibilities. *Journal of Advanced Nursing* 2004;47:656–63.
16. Ilstad S. *Generell psykologi*. Trondheim: Tapir, 2007.
17. Mårtensson T, Janson S. Few future pediatricians are educated in child abuse. A national questionnaire shows insufficient training at the large pediatric clinics. *Läkartidningen* 2010; 107:1996–8.
18. Feng JY, et al. Multidisciplinary collaboration reporting child abuse: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies* 2010;47:1483–90.
19. Collins S. Explanations in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *Medical Education* 2005;39:785–96.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no