



Vi ser det ikke før vi tror det

Hvordan kan sykepleier, som arbeider på legevakt, observere og vurdere symptomer og tegn hos barn som kan være utsatt for fysisk mishandling?

Kandidatnummer: 124

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 10 564

Dato: 18.04.2017

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 18.04.2017
Tittel Vi ser det ikke før vi tror det	
<u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier, som arbeider på legevakt, observere og vurdere symptomer og tegn hos barn som kan være utsatt for fysisk mishandling?	
<u>Teoretisk perspektiv</u> Det blir anvendt teorier om sykepleierens ansvar- og funksjonsområde, barnets utvikling og kommunikasjon, samt barnets møte med legevakt. Dette er sett i sammenheng med yrkesetiske retningslinjer, moralsk ansvar og lovverk. Videre er det gjort rede for ulike og typiske skader barn kan få av påført vold, samt væremåte hos disse barna.	
<u>Metode</u> Metoden er en litterær studie som er basert på relevant fag- og forskningslitteratur for å belyse problemstillingen.	
<u>Drøfting</u> Sykepleierens praktiske ferdigheter og rolle blir diskutert med fokus på sykepleierens behandler-, helsefremmende- og helseforebyggende funksjon. Utfordringer som kan oppstå for sykepleier i møte med barn utsatt for fysisk mishandling blir poengtert.	
<u>Konklusjon</u> Hovedfunnene viser at sykepleiere har for liten kunnskap om å oppdage og kompetanse i å håndtere barn som har vært utsatt for fysisk vold. Sykepleiers holdning, kunnskap og erfaring påvirker oppdagelse av fysisk mishandling av barn. Sykepleier selvtillit og mot for å gå inn i situasjoner som omhandler mistanke om vold mot barn er av stor betydning. Det trengs gode retningslinjer og prosedyrer for å hjelpe sykepleier til å oppdage mishandling, samt støtte fra avdelingsleder og kollegaer i prosessen. Det er viktig å presisere sykepleiers rolle i slike saker, hen skal ikke skal være politi, men gi god sykepleie og omsorg, samt journalføre observasjoner hen gjør.	

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Avgrensning og presisering	2
2. Metode	4
2.1 Metodebeskrivelse.....	4
2.2 Litteratursøk og funn	4
2.3 Kildekritikk	6
3. Sykepleierens kunnskapsgrunnlag	8
3.1 Sykepleierens juridiske ansvar.....	8
3.2 Sykepleierens yrkesetiske ansvar.....	10
3.3 Sykepleierens ansvar- og funksjonsområde	10
4. Teoretisk kunnskapsgrunnlag	12
4.1 Barnets kognitive og psykososiale utvikling	12
4.2 Kommunikasjon med barn	13
4.3 Barn på legevakt.....	15
4.4 Fysisk mishandling.....	16
Kliniske tegn på fysisk mishandling	16
Andre symptomer og tegn på fysisk mishandling	17
5. Hvordan kan sykepleier, som arbeider på legevakt, observere og vurdere symptomer og tegn hos barn som kan være utsatt for fysisk mishandling?	19
5.1 Sykepleiers observasjon av barn på legevakt.....	19
5.2 Sykepleiers vurdering av sine observasjoner.....	23
5.3 Sykepleiers utfordringer når fysisk mishandling mistenkes	25
5.4 Rammefaktorer på legevakt	27
5.5 Dokumentasjon og journalføring.....	28
6. Avslutning og konklusjon	30
7. Litteraturliste	31

1. Innledning

For ti år siden kom Christoffer-saken opp i media. Christoffer var 8 år gammel og ble mishandlet av nære omsorgspersoner og døde av skadene. Til tross for at gutten hadde en rekke synlige skader ble det ikke grepet inn fra den nærmeste familien, skolen, SFO, BUP eller helsevesenet (Andersland & Mevik, 2016).

Det anslås at ca 100 000 barn blir utsatt for eller er vitne til vold i Norge. Å være vitne til vold anses å være like skadelig (Andersland & Mevik, 2016). I både norsk og internasjonal forskning viser det seg at barnemishandling er svært utbredt. En gjennomgang av nordiske studier viser at 3-9 % av barn har opplevd alvorlig fysisk mishandling (Kvello, 2015). Vold fra omsorgspersoner er spesielt skadelig fordi barnet verken kan kjempe i mot eller rømme fra disse voksne (Edwardsen & Mevik, 2016). Både kvinnelige og mannlige omsorgspersoner utøver vold mot barn, selv om den mannlige foresatte noe oftere er oppgitt som voldsutøver (Kvello, 2015). Forskning viser at barn som er utsatt for en type krenkelse har stor sannsynlighet for å være utsatt for flere. Senkomplikasjoner, som for eksempel psykisk lidelser og rusmisbruk, blir verre jo mer utsatt barnet er for vold og mishandling (Kvello, 2015; Myhre, 2016). Det er estimert at mellom 28-41% av pasienter i psykiatrien har vært utsatt for mishandling og vold i barndommen. Like mange gutter som jenter har opplevd fysisk vold i oppveksten, viser undersøkelser ved intervju (Kvello, 2015). Likevel viser tall fra Statistisk Sentralbyrå at det er flere gutter enn jenter som står på tiltak hos barnevernet (Kvello, 2015; Statistisk Sentralbyrå [SSB], 2015). I løpet av 2015 var det 53 440 barn og unge som hadde tiltak fra barnevernet. Bare 123 bekymringsmeldinger om fysisk vold mot barn kom fra helsevesenet (SSB, 2016).

Denne oppgaven omhandler barn som, sammen med sine omsorgspersoner, oppsøker legevakt. Som sykepleier er man ofte den første som møter barnet og dets pårørende og skal utøve nødvendig sykepleie (Conaway, 2008; El-Radhi, 2015; Plitz & Wachtel, 2009). Alle kommuner i Norge har en legevaktordning for øyeblikkelig helsehjelp hele døgnet. Barn kan komme til legevakt grunnet spørsmål om helsesvikt som for eksempel om barnet er slapt eller medtatt, har høy feber, moderate pustevansker, akutt eller alvorlig forverring av sykdom. De kommer også på grunn av ulike skader, som for eksempel kuttskader eller ved mistanke om brudd (Kynø, et al., 2015).

Som sykepleier på legevakt er man i en unik nøkkelposisjon for å gjenkjenne utsatte barn, men likevel er det mange som ikke melder om sine bekymringer (Edwardsen & Mevik, 2016; El-Radhi, 2015; Thorvaldsen & Kirchhoff, 2017). Dette skjer til og med om sykepleier har konkret mistanke om at et barn er påført skade (Lazenbatt & Freeman, 2006). Sykepleier har en lovpålagt individuell meldeplikt til barneverntjeneste dersom det oppstår mistanke eller er grunn til å tro at et barn blir utsatt for vold. Denne meldeplikten overgår taushetsplikten (hpl, 1999). Internasjonale studier viser til tre hovedårsaker til at sykepleiere vegrer seg for å melde i fra: for lite kunnskap, redsel for konsekvensene ved å varsle og liten tiltro til barnevernet (Lazenbatt & Freeman, 2006; Piltz & Wachtel, 2009; Thorvaldsen & Kirchhoff, 2017).

Helsepersonell, bevisst eller ubevisst overser, feiltolker og bagatelliserer barns signaler om at de har det vondt og dette kan ha fatale konsekvenser for barnet (Grønseth & Markestad, 2013; Thorkildsen, 2016). Rammeplanen for sykepleierutdanningen sier ingenting om opplæring om barnemishandling (Kunnskapsdepartementet, 2008). Det vil si at sykepleiere, som møter disse barna, går gjennom utdannelsen uten å få med seg helt grunnleggende kunnskaper om hvordan de bør og må handle for å gi barn best mulig beskyttelse (Grønseth & Markestad, 2013; Lazenbatt & Freeman, 2006; Piltz & Watchel, 2009; Skarsaune & Bondas, 2014).

Barn har krav på at sykepleier tør å se dem. Det er viktig at sykepleieren er klar sin rolle i en situasjon hvor det er mistanke om barnemishandling (El-Radhi, 2015; Skarsaune & Bondas, 2014). Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap om temaet og å finne ut hvordan sykepleiere kan bli flinkere til å observere og vurdere tegn og symptomer hos barn som er utsatt for vold. Problemstilling i denne bacheloren har da blitt:

Hvordan kan sykepleier, som arbeider på legevakt, observere og vurdere symptomer og tegn hos barn som kan ha vært utsatt for fysisk mishandling?

1.1 Avgrensning og presisering

Denne oppgaven omhandler barn mellom 3 og 5 år som kommer med sine omsorgspersoner til legevakt. Sykepleier har ikke på forhånd noen kjennskap til om barnet har vært utsatt for vold. Sykepleie til pårørende blir ikke beskrevet, men dilemmaer og situasjoner som kan

oppstå i møte med dem vil bli omtalt.

Konsekvenser av vold mot barn er et viktig tema, men det omhandles ikke. Oppgaven vil ikke gå inn på saksgangen for meldingen til andre instanser som barnevernet og politi, og heller ikke oppfølging av barnet i etterkant av legevaktsbesøket.

Sykepleier må være bevisst på risikofaktorer hos både omsorgspersoner og barnet for å gjøre en god observasjon, men her vil det ikke bli gjort rede for disse. Barn med funksjonshemming er en risikogruppe for mishandling (Kvelling, 2016; Lazenbatt & Freeman, 2006; Myhre, 2016), men denne gruppen blir ikke beskrevet. Grunnen til dette er at sykepleier da må ha en annen tilnærming til barnet i relasjon og kommunikasjon. På grunn av oppgavens begrensninger blir ikke flerkulturelle perspektiver eller annen etnisk opprinnelse enn norsk heller omtalt spesielt.

Arbeidsfordelingen mellom sykepleier og lege på legevakt blir ikke gjort rede for. Tverrfaglig samarbeid mellom helsevesen, barnehage og politi er svært viktig i saker hvor man mistenker vold mot barn, men dette er utenfor oppgavens problemstilling.

Omsorgssvikt og barnemishandling kan ta flere former og deles inn i gruppene vanskjøtsel, fysisk mishandling, emosjonell/psykisk mishandling og seksuelle overgrep (Grønseth & Markestad, 2013). Å begrense voldsbegrepet bare til fysisk vold vil skjule et større bilde av volden og stenge for muligheten til å forstå hva vold gjør med barnets totale livssituasjon (Edvardsen & Mevik, 2016). I denne oppgaven er det likevel den fysiske mishandlingen som skal teoretiseres og drøftes.

2. Metode

Metode er et redskap som sier hvordan datainnsamlingen foregår for å besvare problemstillingen i en oppgave (Dalland, 2015). Metode er for å rettlede når en undersøker nytt tema, ved innhenting, etterprøving og tilegning av kunnskap (Dalland, 2015). Det er en systematisk søkeprosess der man søker etter kilder som belyser valgte problemstilling.

2.1 Metodebeskrivelse

Denne oppgaven er en litterær studie (Dalland, 2015). Det betyr at oppgaven er basert på kunnskap fra forskning og litteratur som allerede eksisterer (Thidemann, 2015). Underveis vurderer jeg kildene kritisk og sammenligner funnene som er gjort. Kildekritikk er viktig for å vurderer hvor relevant, pålitelig og gyldig forskningsresultatene og teorien er og hvordan de kan overføres til min problemstilling (Dalland, 2015).

2.2 Litteratursøk og funn

Søket etter litteratur startet på skolens bibliotek og på Deichmanske hovedbibliotek gjennom søkesystemet Oria. Her fant jeg litteratur i bøker som jeg anså som relevant for min problemstilling. Det finnes mye på området, både gammelt og nytt. Jeg gjorde en rask gjennomlesing av det jeg fant aktuelt, og valget falt ned på bøker av nyere dato. :
Når jeg har gått gjennom og lest litteraturen har jeg hatt fokus på relevans for problemstillingen og pålitelighet i innsamlingens øyemed. Jeg har samlet inn relevant litteratur, gått kritisk gjennom den og foretatt det jeg mener underbygger min problemstilling på flere måter (Thidemann, 2015).

Jeg har hovedsakelig benyttet meg av søkemotoren CINAHL for å finne forsknings- og vitenskapelige artikler knyttet til sykepleiefaget. Jeg ønsket å finne fag- og forskningsartikler om hvordan sykepleier kan være med på å oppdage vold mot barn, hva som hindrer dem og hva de synes er vanskelig i møte med barn som er utsatt for vold.

Emneordene som jeg brukte for å finne de artiklene jeg har valgt å bruke var “child abuse”, “child neglect”, “nurse attitudes”, “clinical competence”, “domestic violence”, “nursing care”, “emergency department” og “pediatric nursing”. Jeg avgrenset søket fra 2005 frem til dags

dato og snevret søket til preschool children; 2-5 years old. Ved bruk av emneordene opp mot hverandre, ved bruk av OR og AND i ulike kombinasjoner, i tillegg til avgrensningene i søkene har jeg kommet frem til mine artikler.

Artiklene ble vurdert for relevans ut fra tittel og sammendrag. Noen ble ekskludert fordi metode eller målgruppe viste seg å være mindre relevant for oppgaven. Videre silte jeg ut de som var av eldst opprinnelse og de som hadde lav overføringsverdi med tanke på land- og kulturforskjeller.

Jeg har også funnet artikler ved hjelp av kjedesøk, også kalt manuell søking. Manuell søking innebærer bruk av referanselister fra én artikkel for å finne nye, relevante artikler (Thidemann, 2015). Et kvalitetstegn på en forskningsartikkel er at flere andre forfattere har brukt den som kilde (Dalland, 2015).

I tidsskriftet Sykepleien(på nett) var hovedtemaet, i januar 2017, vold mot barn. Her fant jeg både fag- og forskningslitteratur, statistikk og et intervju om temaet, hvor alt er fra Norge. Intervjuet, med Nina M. Kynø(førsteamanuensis ved Lovisenberg Diakonale Høgskole) gjort av Rudgersen, ble gjort i forbindelse med at helsebiblioteket kom med nasjonale retningslinjer og prosedyrer for hvordan håndtere saker ved mistanke om mishandling av barn. Helsebiblioteket.no er en ressurside laget av Folkehelseinstituttet som gir tilgang til fagprosedyrer, oppslagsverk og andre kunnskapsressurser for helsepersonell (Folkehelseinstituttet, 2015). Både intervjuet og de evidensbaserte fagprosedyrene har jeg anvendt i oppgaven.

I oppgaven har det vært nødvendig å trekke inn lovverket. Alle henviste paragrafer er hentet fra nettstedet ”www.lovdatab.no”. I tillegg har jeg anvendt “Rammeplan for sykepleierutdanning” fra Helsedirektoratet og FNs barnekonvensjon. For å belyse det etiske perspektivet har jeg benyttet ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” og ”Etikk i sykepleie” av Brinchmann. For å forklare de sykepleiefaglige ansvar- og funksjonsområder har jeg brukt Klinisk sykepleie 1 av Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås (2013) og Grunnleggende sykepleie Bind 1 av Ellen Kathrine Grov og Inger Margrethe Holter (2015).

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk viser at man er i stand til å se kritisk på det kildemateriale man bruker i oppgaven. Dalland (2015) sier at kildekritikk består av to sider. Den ene omhandler å finne litteratur som best mulig kan belyse problemstillingen og den andre omhandler om å gi en begrunnelse for valg av litteratur benyttet i oppgaven (Dalland, 2015).

En svakhet med emneordet child abuse (barnemishandling) er at det er et vidt, og ikke entydig begrep, og her inngår ofte både fysisk- og psykisk mishandling, vanskjøtsel og seksuelt misbruk. Det kan være vanskelig å sammenstille forskningsfunn fordi begrepsavklaringen ikke har noen universell definisjon (Kvelling, 2015). Jeg tar bare for meg fysisk vold mot barn, men forskning jeg viser til kan dermed også gjelde annen type mishandling.

Forskerne som har foretatt studiene og forfatterne av fagartiklene og fagbøker er alle høyt kvalifiserte fagpersoner med fordypning i temaet. Min tiltro til forskning- og fagartiklene blir dermed styrket. Flere har også bakgrunn i praksisfeltet selv, noe som er med på å knytte forskningen nærmere realiteten enn hva andre uten slik erfaring ville kunnet. Siden artiklene er skrevet med et sykepleiefaglig perspektiv er dette med på å gjøre resultatene mer pålitelige og overførbare til min problemstilling. Jeg har vært kritisk til hvor artiklene og studiene har blitt publisert, og alle artikler jeg har valgt å anvende har vært utgitt i anerkjente tidsskrift for sykepleiere.

Litteraturutvalget består av relevant norsk- og internasjonal forskning- og faglitteratur. Det var vanskelig å finne norske relevante forskningsartikler på området, men det foreligger en del aktuell forskning fra andre europeiske land som Sverige, Polen, England og Irland. Jeg fant også forskning fra Australia og Israel som jeg fant relevant og som jeg har valgt å anvende. Den Australske og Israelske studien kan ikke direkte overføres til Norge, men er likevel relevant. Australia er preget av vestlig kultur og problemstillingen og resultatet av den Israelske studien er sammenfallende med Nordiske og Europeiske studier. Resultatene utenfor Europa finner jeg også igjen i de europeiske studiene, noe som jeg tenker er med på å øke overføringsverdien. Resultatet fra det svenske studiet vurderer jeg som sammenlignbart med norske forhold, fordi nabolandet har samme grunnlag for kultur, samt har et liknende standardisert helsevesen. Det samme gjelder forskningen fra Polen, England og Irland.

Undersøkelsene fra Norge er svært små i omfang og et lavt antall sykepleiere har deltatt, men man ser at resultatene her står i stil med andre større kvantitative studier (Ben Natan, Faour, Naamhah, Grinberg, Klein-Kremer, 2012; Lazenbatt & Freeman, 2006; Pabiś, Wrońska, Ślusarska, Cuber, 2011). Siden de er gjort i Norge og er av nyeste dato ønsker jeg å ta den med.

Min holdning og tilnærming kan ha påvirket valget jeg har gjort av artikler. Det kan ha vært med på å utestenge faktorer og sider ved temaet som er relevant for min problemstilling.

Forskningsartiklene jeg anvender i oppgaven er både kvantitative- og kvalitative studier. De kvantitative studiene er både tverrsnittstudier og randomiserte stratifisert studier. I tillegg til primærstudier har jeg benyttet oversiktsartikler, da de gir en god og seriøs oversikt over temaet. Ved en slik metodetriangulering går jeg i dybden av temaet og ser etter forståelse og sammenhenger (Thidemann, 2015). I de kvalitative studiene har det bare vært et fåtall sykepleiere som har blitt intervjuet og resultatet kan da ikke tolkes som generell praksis. Men kombinert vil metodene gi en bred forståelse av hvordan samfunnet, grupper og enkeltmennesker handler og samhandler i møte med barn utsatt for vold (Dalland, 2015). Jeg har forsøkt å bruke primærlitteratur der det lar seg gjøre. Utvalget og tilgangen har vært noe begrenset, så jeg har vært nødt til å bruke en del sekundærkilder. Dette kan føre til at det opprinnelige perspektivet muligens er endret noe (Dalland, 2015).

3. Sykepleierens kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet vil sykepleierens juridiske, etiske og moralske ansvar bli beskrevet. Videre vil sykepleierens funksjons- og ansvarsområder i forhold til problemstillingen bli klargjort.

3.1 Sykepleierens juridiske ansvar

Barn har et sterkt rettsvern, i alle fall formelt. Grunnlovens §104 fastslår barns rett til respekt for sitt menneskeverd og rett til vern om sin personlige integritet. Hensynet til barnets beste skal være grunnleggende ved avgjørelser som gjelder barnet, og barnet skal bli hørt (Andersland & Mevik, 2016; Grl, 1814). Barneloven beskriver at barn ikke skal bli utsatt for fysisk eller psykisk vold, skremmende eller plagsom oppførsel eller hensynsløs adferd. Den sier videre at oppdragervold er forbudt (bl, 1981).

I barnekonvensjonen (1989) artikkel 19 står det at samfunnet har plikt til å beskytte barn mot fysisk og psykisk vold, samt utnyttning, misbruk, vanskjøtsel og seksuell mishandling. Den beskriver videre at effektive prosedyrer skal utformes slik at de som arbeider med barn og har omsorg for dem skal kunne yte nødvendig støtte til barnet, undersøke og behandle dem om nødvendig. Barnekonvensjonen har forrang fremfor annen lovgivning (Andersland & Mevik, 2016).

For at barns rettsvern skal være reelt er barn avhengig av at noen oppdager og griper inn dersom loven brytes. Dette ansvaret, for å gripe inn, er nedfelt blant annet i barnekonvensjonen og helsepersonelloven (barnekonvensjonen, 1989; hpl, 1999).

Det stilles krav til kvalitet og forsvarlighet på utøvelsen av sykepleie som blir gitt, jf § 4 i helsepersonelloven. Det forventes at arbeidet utføres på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte (hpl, 1999). Som sykepleier innebærer dette også evne og mot til å være med å avdekke vold og overgrep mot barn. Kravet til forsvarlighet innebærer at hjelpen som gis skal være kunnskapsbasert og sykepleien som gis skal bygge på både vitenskap og erfaring. I omsorgen ligger det å vise pasient og pårørende respekt, omtanke, innlevelse og vennlighet (Sneltvedt, 2016). I dette ligger også kravet om at helsepersonell har plikt til å være faglig ajour (hpl, 1999). Videre står det at om det er behov for det skal sykepleier samhandle med annet

kvalifisert helsepersonell (hpl, 1999). Saker som omhandler vold mot barn krever at andre instanser som barnevern og/eller politi kobles inn (Myhre, 2016).

Sykepleier har dokumentasjonsplikt for hver enkelte pasient. Det stilles krav til journalens innhold og det skal samsvare med god yrkesetikk. Innholdet i journalen skal være relevant og nødvendig om pasientens helsetilstand og hjelpen hen får. Journalen skal også inneholde nødvendige opplysninger for å kunne oppfylle meldeplikt og opplysningsplikt (hpl, 1999). For å innhente slike opplysningene må sykepleier observere barnet og vite hva som er relevant og nødvendig å dokumentere (Myhre, 2016).

Kapittel 6 i Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer barns rettigheter når de er innlagt på sykehus. Måten barn skal bli mottatt og ivaretatt på helseinstitusjon er videre beskrevet utfyllende i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000; pbrl, 1999). Barn har rett til å ha minst en av foreldrene(omsorgsperson) tilstede ved opphold på sykehus. Barnet skal, så godt det lar seg gjøre, bli tatt hånd om av det samme personalet under hele oppholdet. Videre skal personalet ha kunnskap om barns utvikling og behov. På pressede avdelinger, som legevakt, er det også ønskelig at undersøkelsesrom er tilrettelagt for barn (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000; Pbrl, 1999).

Sykepleier har taushetsplikt, jf. helsepersonelloven § 21. Det finnes begrensninger i taushetsplikten, jf. § 23 i nevnte lov, og dette utdypes i kapittel 6 om opplysningsplikt. I § 33 står det at den som yter helsehjelp skal uten hinder av taushetsplikt etter §21 gi opplysninger til barneverntjenesten om det er grunn til å tro at barnet er utsatt for mishandling i hjemmet eller andre alvorlige former for omsorgssvikt (hpl, 1999). Videre finnes avvergeplikten, jf. straffeloven §196, som også er nedfelt i helsepersonellovens §31, om at helsepersonell skal varsle politiet om det er risiko for alvorlig skade på personen (hpl, 1999; strl, 2005). Denne blir gjeldende for sykepleiere om det er grunn til å tro at barnet står i fare om det blir sendt hjem med pårørende som utsetter dem for omsorgssvikt.

Ifølge helsepersonelloven § 16 er arbeidsgiver pliktig til å tilrettelegge for faglig forsvarlig praksis (hpl, 1999). Er rammevilkårene for dårlige, for eksempel på grunn av liten bemanning, tidsklemme, for dårlige eller manglende rutiner og prosedyrer kan det bli vanskelig/umulig for sykepleier å overholde sine lovpålagte plikter.

3.2 Sykepleierens yrkesetiske ansvar

Sykepleiens etiske fundament er respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og de yrkesetiske retningslinjer baseres på dette (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2001) Sykepleier har et personlig ansvar for at det arbeidet hen gjør er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Den faglige forsvarligheten krever at arbeidet er kunnskapsbasert og bygger på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (NSF, 2001).

Sykepleier skal fremme helse og forebygge sykdom og ivareta barnets behov for helhetlig omsorg og informasjon. Videre skal sykepleier beskytte barnet mot krenkende handlinger, ivareta dens verdighet og integritet. Barnet interesse skal alltid komme først om det oppstår konflikt mellom barnet og dets pårørende. I de yrkesetiske retningslinjene heter det videre at sykepleieren skal bidra aktivt for at sårbare gruppers behov for helse og omsorg blir ivaretatt. Barn er sårbare fordi de er helt avhengig av andres hjelp og omsorg for å overleve, og kan ikke alltid gi uttrykk for sin lidelse og sine behov (Sneltvedt, 2016). Sykepleier skal se til at de pasienter med størst behov blir prioritert (NSF, 2001).

Det moralske aspektet innenfor sykepleiefaget omfatter de etiske prinsippene velgjørenhet, det å ikke skade, autonomi, rettferdighet og barmhjertighet. Mellom barnets kropp og sykepleiers håndlag bør det være empati og en fortrolighet som gir barnet en forhåpning om å bli ivaretatt på best mulig måte. Sykepleiens omsorg ligger i det at en er forpliktet til å gjøre det beste for barnet ut i fra faglig kyndighet og med dyktig observasjon. Det å bry seg er forbundet med den etiske kvaliteten på sykepleiers tilstedeværelse. Tar du vekk all klinisk og faglig kunnskap er det i bunn og grunn det å hjelpe et annet menneske det all sykepleie dreier seg om (Nordtvedt & Grønseth, 2013).

3.3 Sykepleierens ansvar- og funksjonsområde

Sykepleiers hovedfunksjon er å ivareta pasientens grunnleggende behov (Grov, Madah-Amiri & Kyte, 2015). I denne oppgaven vil hovedfokuset holdes på sykepleierens behandlende funksjon. Dette innebærer å observere, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere pleie og omsorgen som blir gitt (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Av disse sykepleieoppgavene er det observasjon og vurdering som vektlegges. Samtidig vil oppgaven

omhandle sykepleiers helseforebyggende og helsefremmende funksjon. Forebygging har utgangspunkt i å identifisere reelle og potensielle problemer hos barnet, mens helsefremming har mål om å ivareta helse, velvære og livskvalitet hos pasienten (Nordtvedt & Grønseth, 2013).

En grundig avklaring av barnets helsesituasjon er vesentlig og den kliniske undersøkelsen er et ledd i datainnsamlingen som må gjøres før tiltak kan iverksettes. Hensikten med den kliniske undersøkelsen som sykepleier foretar er observasjon og registrering som gjør sykepleier i stand til å oppdage sykepleieproblemer og eventuelt definere sykepleiediagnoser (Grov, et al., 2015). Sykepleier skal observere med vennlighet og omtanke (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Å observere innebærer ikke bare det å se de konkrete fysiske funn, men også iaktta barnets oppførsel og væremåte, samt observere samspillet mellom barnet og omsorgspersonene. Videre inngår det i observasjon å kjenne, ta på, føle og lytte. Man kan også observere med vitenskapelige instrumenter. Kunsten å observere kliniske tegn innebærer å ha kunnskap om dem og vite hva en bør se etter og være på vakt overfor i bestemte situasjoner. Dette innebærer å bruke sin erfaring, trekke med seg lærdom fra tidligere observasjoner for å kunne tolke nye (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Klinisk undersøkelse og god observasjon vil gi bedre forutsetninger for å kunne gi presise videreformidlinger om pasientens helsetilstand til annet helsepersonell. Den kliniske undersøkelsen søker å avdekke og dokumentere kliniske tegn på sykdom eller avvik (Grov, et al., 2015).

Kunnskapsbaserte vurderinger og beslutninger innebærer å kunne kombinere klinisk erfaringskunnskap, forskningskunnskap med anamnese og observasjoner inn i sykepleien som gis. Barnets og pårørendes tanker og ønsker er også viktig å implementere i sykepleien (Nordtvedt & Grønseth, 2013).

Sykepleier skal fremme barnets helse og minimalisere ubehag og smerte. Videre skal sykepleier forhindre handlinger som kan påføre pasienten skade eller unødig belastning (NSF, 2001). Sykepleier skal beskytte barnets liv og helse (NSF, 2001; Nordtvedt & Grønseth, 2013). Å observere tegn og symptomer på mishandling og handle riktig deretter er med på å identifisere både reelle og potensielle problemer og vil være med på å fremme helse og velvære hos barnet (Nordtvedt & Grønseth, 2013).

4. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

For å kunne observere barn som er utsatt for vold er det vesentlig at sykepleier har kunnskap om barns utvikling og hvordan kommunisere med barn på en god måte. I dette kapittelet vil teori fra fag- og forskningslitteraturen som omhandler barn generelt bli presentert, i tillegg til hva slags kliniske funn som er typisk å se hos et barn som er utsatt for vold.

4.1 Barnets kognitive og psykososiale utvikling

Barns motoriske, psykososiale og kognitive ferdigheter er i rask utvikling. Fra treårsalder kan barnet sette minst tre ord sammen i en setning (Grønseth & Markestad, 2013). Barnet kan begynne å fortelle historier om sitt liv og fortelle om sine ønsker, planer og handlinger, samt fortelle om følelser (Håkonsen, 2009). Noen barn er normalt sene til å snakke, men har stor språkforståelse og vil kunne forstå hva du ber dem om å gjøre. Fra 2 årsalder begynner barnet å dele opplevelser med andre. De har også en frodig fantasi. Barns forståelse av hvordan kroppen fungerer, hva en skade er, og hvilke konsekvenser den har, har sammenheng med barnets utviklingstrinn. Barnet har lite kunnskap om hvordan hen ser ut inni og kan for eksempel tro at et brukket ben betyr at benet må være delt i to (Grønseth & Markestad, 2013). I følge Piagets teori er barn mellom 3 og 5 år i det preoperasjonelle stadiet i den kognitive utviklingen. Dette stadiet karakteriseres ved at barnet får muligheter til å bruke språket og det tilegner seg en viss evne til logisk tenkning. Barnet domineres av sine sanseinntrykk, har en konkret tenkning, har en begrenset evne til å se sammenheng mellom årsak og virkning og tror alle ser verden slik de selv gjør (Håkonsen, 2009). De er egosentriske og har en tendens til å se seg selv som årsak til at ting skjer rundt dem og med dem (Grønseth & Markestad, 2013). Om foreldre bruker vold kan barnet tro at det er normal oppførsel fra foreldrenes side (Håkonsen, 2009).

I følge Eriksons teori om de åtte psykososiale stadiene i utviklingen, er barn mellom 3 og 5 år i stadiet initiativ vs. skyld. I deres sosiale relasjon står familien sterkest. Omsorgspersonene er deres forbilder og barnet trenger deres bekreftelser. Evnen til initiativ henger sammen med forståelsen av hva som er rett og galt. Når barnets samvittighet utvikles, utvikles også følelsen av skyld for handlinger foreldrene ikke aksepterer. Hvis følelse av skyld dominerer hemmes

barnets aktiviteter. Barnet blir da mer forsiktig og tilbakeholdent eller kan bli svært lydige og ”veltilpasset” (Håkonsen, 2009).

Utviklingen er en prosess som styres av sosiale, kulturelle, psykologiske og biologiske faktorer (Håkonsen, 2009). Arvelige faktorer bestemmer i stor grad barnets potensial for utvikling, mens miljøfaktorene bestemmer hvorvidt dette potensialet utnyttes. For at riktig utvikling av barns motoriske, psykososiale og kognitive ferdigheter skal skje, kreves det tilfredsstillende dekning av psykologiske behov som trygghet, kontakt, gode rollemodeller, riktige utfordringer og fysisk behov som ernæring, hvile, søvn og lekemuligheter. Uheldige påvirkninger i de første leveårene kan føre til utviklingsforstyrrelser og svekke psykisk så vel som fysisk helse senere i livet (Grønseth & Markestad, 2013). Foreldrene har det største ansvaret for barnets utvikling. Trygghet i tilknytning til de nærmeste omsorgspersonene i tidlig leveår gir barnet bedre evne til å regulere egne følelsesreaksjoner. Uten god følelsesregulering vil barnet kunne bli mer impulsivt og aggressivt og det kan føre til destruktiv adferd. Hvis barnet har mulighet til å søke til omsorgspersonen når det har behov for trygghet og beskyttelse og blir møtt på en god måte vil tilknytningen bli god (Håkonsen, 2009).

Barn som utsettes for stress kan reagere på forskjellige måter. Barnet kan virke engstelig, tilbaketrukket. På en annen side kan det vise aggresjon. En forsvarsmekanisme hvor barnet går tilbake til tidligere utviklingstrinn kalles regresjon og når stresset overskrider grensen for hva barnet kan håndtere kan det forsvare seg ubevisst med dette. Dette kan vises ved klamring og mer barnlig oppførsel enn alderen tilsier (Grønseth & Markestad, 2013). Stress gir følelse av utrygghet, samtidig som det kan forsterke smerteopplevelse og andre symptomer.

4.2 Kommunikasjon med barn

For å skape et tillitsforhold og bli kjent med barnet er god kommunikasjon sentralt. Man bør bruke et naturlig og dagligdags språk i samtaler med barn. Sykepleier må respektere at barnet av og til er tilbakeholdent med å prate og ikke presse på samtale. Hvis man presser barnet til å snakke har det ofte motsatt effekt av det man ønsker å oppnå. Fremmede voksne kan virke truende på småbarn, spesielt i situasjoner hvor alt er nytt og ukjent. Sykepleier bør derfor holde seg litt på avstand til barnet i begynnelsen, slik at det kan iaktta og bli vant til

utseende, stemme og væremåte. Ofte er det bra å snakke med omsorgspersonene først og gradvis dra barnet med i samtalen. Sykepleierens toneleie og nonverbale kommunikasjon er de små vane på. Barnet kan kategorisere helsepersonell som ”snille” eller ”slemme” basert på hva personalet sier og hvordan de opptrer. Barn liker best sykepleiere som de oppfatter som snille, som er rolige og avslappet og snakker vennlig til dem, som lytter og tilbringer tid sammen med dem og som gjerne setter seg ned slik at de kan ha øyekontakt (Grønseth & Markestad, 2013).

Kommunikasjonen skal preges av forståelse, bekreftelse, akseptering og lytting. For å gjøre dette må helsepersonell anerkjenne væremåten, følelsene og tankene deres. Sykepleier må møte barnet på emosjonelt og kognitivt plan for at barnet skal oppleve seg respektert og for å ivareta dets integritet. Dersom sykepleier bortforklarer eller bagatelliserer barnets opplevelser og følelser vil barnet oppleve å ikke bli anerkjent. Dette kan igjen stenge for videre kommunikasjon (Grønseth & Markestad, 2013).

Ordforrådet øker betraktelig i 2-5-årsalderen. Femåringer kan 2-3000 ord, uttaler dem riktig og kan lage lange setninger. Denne alderen er typisk spørrealderen. Barnets egosentriske perspektiv gjør det vanskelig å forstå at andre ikke alltid skjønner hva de mener eller sier. Det har en begrenset evne til å sette seg inn i andres tankeverden. Det er den voksne som må tilpasse samtalen for at den skal bli vellykket. Førskolebarn tar ting veldig bokstavelig, så det er viktig med konkrete spørsmål og forklaring av hva som skal skje (Grønseth & Markestad, 2013).

Før 7-årsalderen er det vanskelig for barnet å gjenkalle hendelser og fortelle dem med egne ord, så da kan et hjelpemiddel være å ha ”knagger” barnet kan henge det på: ”Hva skjedde når du fikk dette merket?”, ”Hva gjorde du da?”. Barnet uttrykker seg ved både språk og atferd og de forstår best, kommuniserer lettest og er enklest å komme inn på når ord og handlinger kombineres. Ved å benytte seg av barnets nysgjerrighet kan man bruke avledningsteknikker til sin fordel og få oppmerksomheten vekk fra undersøkelser (Grønseth & Markestad, 2013).

Spørsmål som kommer fra barn sier mye om hva de interesserer og engster seg for. De skal tas alvorlig og få enkle og direkte svar. Gjenta gjerne barnets utsagn slik at du viser at du følger med, ikke avbryt eller avslutt spørsmålet selv. Ærlighet er nødvendig for å opprettholde

barnets tillit til sykepleieren. Barn har kort oppmerksomhetstid, så samtaler bør derfor være kortvarige (Grønseth & Markestad, 2013).

Å møte et barn handler mye om en balanse mellom å bli invitert og det å invitere til kontakt. Det handler ikke alltid om å finne de rette ordene. Å ha kunnskap og erfaring med hvordan barn uttrykker seg, ta utfordringen, se mulighetene, ha tålmodighet og være tilgjengelig er nøkkelen til å møte barnet (Grønseth & Markestad, 2013).

4.3 Barn på legevakt

Barn som kommer til legevakt blir ofte utrygge fordi de kommer i nye ukjente omgivelser. På legevakten utsettes barnet for ukjente og uforutsigbare situasjoner. Både på grunn av sykdommen eller skaden og det som skjer på legevakten kan barnet føle ubehag, usikkerhet og stress. De største kildene til stress kan være adskillelse fra foreldre eller trussel om dette, prøvetaking og undersøkelser som er ubehagelige og som eventuelt vil kunne gi smerte. Toleransen for stress synker drastisk på legevakten på grunn av miljøskifte og ukjent terreng (Grønseth & Markestad, 2013). Kontakt med legevakt skjer på alle tider av døgnet, noe som kan påvirke barnets oppførsel (Conway, 2008). Miljøet på en legevakt kan være preget av teknikk, apparater, lys, uvante lyder og lukter og dette kan virke truende på barnet (Grønseth & Markestad, 2013).

Barnet vil kunne møte forskjellig helsepersonell som skal snakke med og undersøke dem. Barnet kan bli kjørt til laboratorier, ta røntgen og de er på små ”kalde” undersøkelsesrom der det ikke er mulighet for barnlig utfoldelse. Når barnet er på legevakt vil dets mulighet for medbestemmelse være begrenset. Det å ikke få ha private grenser, og redsel for å miste kontrollen over seg selv ved undersøkelser og prosedyrer, kan føre til en følelse av hjelpeløshet. Det å gi barnet mulighet for å være med å ta beslutninger er med på å ivareta dets medbestemmelse og gir barnet følelse av kontroll (Grønseth & Markestad, 2013).

Ofte vil foreldrenes nærvær virke betryggende, men om barnet er utsatt for vold i nære relasjoner vil det kunne virke mot sin hensikt å ha foreldrene tilstede (Grønseth & Markestad, 2013).

4.4 Fysisk mishandling

Helsebibliotekets fagprosedyre som omhandler fysisk mishandling av barn gir følgende definisjon:

Fysisk mishandling av barn innebærer at en voksen person påfører et barn smerte, kroppslig skade eller sykdom. Mishandlingen kan ta form av slag, med eller uten bruk av gjenstand, spark, lugging, klyping, biting, kasting, brenning, skålding, kvelning, neddykking/nærdrukning i væske, filleristing med mer. Det er også fysisk mishandling når barnets omsorgsperson fabrikkerer eller bevisst fremkaller sykdom og/eller symptomer på sykdom hos barnet. I de groveste tilfellene kan overgrepene ta form av forgiftning, drapsforsøk eller drap. Fysisk avstraffelse brukt for å disiplinere og oppdra barn defineres også som fysisk mishandling (Kynø, et al., avsnitt 5, 2015).

Som definisjonen viser kan fysisk mishandling ha mange ulike former og føre til store skader hos barnet. Fysisk mishandling av barn starter oftest i barnehage- eller småskolealder. Yngre barn er mest voldsutsatt. Mishandling på sitt verste i omfang og alvorlighetsgrad er når barnet er mellom 3 måneder og opp til 5 årsalderen (Kvello, 2015).

Kliniske tegn på fysisk mishandling

Blåmerker blir ofte underdiagnostisert, feiltolket eller oversett, men er det vanligste funnet ved barnemishandling. Om barnet har merker på steder det er unaturlig å få blåmerker i vanlig lek bør det vekke mistanke. Det er steder som øyne, øre, munnhule, hals, mage, bryst, rygg, overarm, innside lår, håndflater, fotsåler og genitalia (Kynø et al., 2015; Pabiś, et al., 2011). Et høyt antall blåmerker eller mønstre i huden er unormalt fra lek (Kynø, et al., 2015).

Om barnet har vært utsatt for kvelningsforsøk vil petekkier oppstå på hals, nakke, munnhule og/eller øyne. Blødning fra munn/nese uten god medisinsk forklaring kan tyde på kvelningsforsøk. Sigaretter, bestikk og strykejern gir typiske merker i huden. Varmt vann vil gi skåldingsskader som er klart avgrenset til frisk hud. Et bitemerke fra en voksen har mer enn tre cm mellom hjørnetennene (Kynø, et al., 2015).

Det er hyppig forekomst av skader i ansikt ved barnemishandling. Tvangsmating kan gi

skader i munnhulen. Andre skader som skal vekke mistanke er skader på lepper med hevelse, rifter, blødning og sår. Videre er kjevebrudd og neseskader (septum og nesetipp) mistenkelig. Skader i hodebunn med hevelse på grunn av kraftig lugging og blåmerker på både indre og ytre øre, blødninger og perforasjon av trommehinner er ofte påført skade (Kynø, et al., 2015).

Multiple, uni- eller bilaterale og bakre brudd på ribben, brudd i bekken, brystbein, ryggvirvel og skulderblad er uvanlig i forbindelse ved uhell i vanlig lek og utfoldelse. Brudd i skallen skal vekke mistanke. Det finnes forskjellige typer brudd, for eksempel vridningsbrudd og tverrbrudd som er mer suspekter. Om brudd oppdages tilfeldig eller man oppdager gamle brudd skal det stilles spørsmål om påført vold. Vurder hodeskader ved symptomer som: endret bevissthet, kramper, uregelmessig respirasjon, brekninger og økt fontanellespenning (Kynø, et al., 2015).

Om et barn har fått høyere dose medisin enn anbefalt eller foreskrevet kan det gi symptomer som oppkast, diare, nedsatt bevissthet, kramper, respirasjon- og elektrolyttforstyrrelser. Årsaken til livløshetsanfall/bevisstløshet kan være hodeskade, forgiftning, kvelningsforsøk eller ”filleristing” (Kynø, et al, 2015).

Thoraxskade, bukskade og spinalskade er svært alvorlige, men sjeldne. Slag og spark mot magen til barnet kan gi bukskader. Rifter i milt, nyrer og lever kan gi svært alvorlige blødninger og sjokk. Ved store muskelskader kan det oppstå rhabdomyolyse og dette igjen kan gi nyresvikt. Kraftig trykk mot thorax kan skade lungevev, spiserør eller hjerte (Kynø, et al., 2015).

Fabrikkert eller påført sykdom som er gjort av omsorgspersonen til barnet kalles Münchaussen by proxy. Dette betyr en oppdiktning, forfalskning eller påføring av symptomer. Eksempler på dette kan være allergiske symptomer som ikke observert av andre enn omsorgspersonen, mage-tarm besvær eller sykdommer uten medisinsk forklaring, kramper bare observert av den som har omsorg for barnet, hypoglykemi og hypoxemi (El-Radhi, 2015; Kynø, et al, 2015).

Andre symptomer og tegn på fysisk mishandling

Barn kan vise et stort spekter av symptomer og tegn som kan ha sammenheng med underliggende fysisk vold. Ingen av tegnene er entydige og i enkelte tilfeller er det ikke

tydelige symptomer i det hele tatt. Hos barn som er utsatt for vold og overgrep kan man se mer diffuse symptomer. Dette kan være muskulære smerte i rygg og bryst, vondt i magen og vondt i hodet. ”Vondt i magen” er et symptom som spesielt forekommer hos barn som er utsatt for vold. Disse barna ofte har problemer med å uttrykke det direkte problemet. Avføringsvansker som forstoppelse eller enkoprese og vannlatingsproblemer ses ofte hos barn som er utsatt for vold (Myhre, 2016).

Sykepleier bør få mistanke om mishandling hvis forklaringen på skaden virker usannsynlig. Hvis skadeomfanget ikke passer med beskrivelsen, hvis forklaringen forandres eller det er ulik forklaring fra forskjellige personer er det suspekt. Om omsorgspersonene oppsøker lege sent, om de sier at barnet ikke har klaget eller vist tegn på smerte eller at barnet har dårlig allmenntilstand uten synlig tegn på skade eller sykdom bør sykepleier få mistanke om påført skade (Kynø, et al., 2015). Det er også mistenkelig om skaden ikke passer til barnets utviklingsnivå (El-Radhi, 2015). På legevakt bør sykepleier også være oppmerksom på barnets tidligere sykehistorie (Kynø, et al., 2015)

Barns oppførsel gjenspeiler gjerne hvordan hen har det. Tristhet, mangel på mimikk og tilbaketrukkethet kan være tegn på at barnet er utsatt for vold. Det samme gjelder fryktsomhet og uro, men også sinne og aggresjon (Kynø, et al., 2015).

5. Hvordan kan sykepleier, som arbeider på legevakt, observere og vurdere symptomer og tegn hos barn som kan være utsatt for fysisk mishandling?

I dette kapittelet vil jeg bruke presentert teori, sammen med fag- og forskningsartikler, til å drøfte problemstillingen i oppgaven min. Hovedlinjene jeg tar utgangspunkt i er sykepleierens utøvelse av sykepleie til barnet. Gjennom kapittelet tar jeg for meg utfordringer som sykepleier kan møte på i ulike situasjoner. På slutten av drøftingen tar jeg for meg kravet til og nødvendigheten av riktig journalføring.

5.1 Sykepleiers observasjon av barn på legevakt

Observasjoner sykepleier gjør danner grunnlaget for vurderinger, beslutninger og handlinger i pleie, omsorg og behandling. I observasjonen ligger en varhet og oppmerksomhet for barnets situasjon. Oppmerksomheten skal ikke bare være visuell, men sykepleier må også bruke hørsel, håndlag og intuisjon (Nordtvedt & Grønseth, 2013).

Observasjonen begynner så snart sykepleier møter barnet og omsorgspersonene. På dette tidspunktet er observasjoner generelle. Hen må legge merke til det umiddelbare inntrykket barnet gir av sin generelle helsetilstand ved å observere bevegelse, ansiktsuttrykk, blikk og oppførsel. Det er også viktig å se på samspillet med omsorgspersonene og om barnet virker velstelt. Er barnet upassende kledd i forhold til vær og årstid kan det være et tegn på omsorgssvikt (Kynø., et al., 2015).

Ut i fra problemstilling og førsteinntrykk må sykepleier vurdere hvor omfattende undersøkelsen skal være (Grov, et al., 2015). Faren ved å undersøke for liten del av kroppen og å være for fokusert på det problemet som presenteres er at hen kan overse viktige funn, for eksempel blåmerker. Forskning viser at sykepleiere noen ganger oppdager fysisk mishandling fordi de har fått en dårlig magefølelse og dermed gjør en grundigere undersøkelse enn de ellers ville ha gjort ut ifra problemstillingen (Plitz & Wachtel, 2009). Det kan derfor bli veldig tilfeldig om vold mot barn blir oppdaget. For å observere symptomer og tegn er det viktig med en god klinisk undersøkelse. Det er sykepleiers ansvar å gi faglig forsvarlig sykepleie og i dette ligger ansvaret for riktig observasjon av barnets helsetilstand (hpl, 1999; NSF, 2001).

Observasjon av barnet, inkludert en klinisk undersøkelse må gjøres systematisk. Hensikten med å inspisere kroppen til barnet er å observere avvik fra det normale. Ved undersøkelsen er det viktig med skjerpede sanser og oppmerksomheten må være rettet mot barnets reaksjoner og tilbakemeldinger. Samtlige forskningsartikler sier at hovedproblemet i å observere tegn og symptomer hos barn som er utsatt for vold, er at sykepleier har for liten kunnskap på området (Ben Natan et al, 2012; Lazenbatt & Freeman, 2006; Pabiś, et al, 2011; Plitz & Wachtel, 2009). Dette er kunnskap som omhandler risikofaktorer hos både barnet og dets omsorgspersoner og de forskjellige symptomene og tegnene ved mishandling. Lite kunnskap gjør at sykepleier ikke observerer tegn som burde gi mistanke om mishandling. Forskning viser at sykepleiere med bredere kunnskap om temaet har lettere for å gjøre en god observasjon og oppdage viktige funn (Ben Natan et al, 2012; Lazenbatt & Freeman, 2006).

For at sykepleier skal kunne gjøre en god observasjon av barnet er det vesentlig å opparbeide seg et tillitsforhold til barnet. Dette kan være vanskelig fordi barn som kommer inn på legevakt er i en sårbar situasjon. Barnet kan være sterkt preget av sykdom og smerte og være svært slitne. Ettersom barnet ikke vet hva som skal skje er det hele tiden i beredskap. Barnets mangel på forståelse og kontroll er hovedårsaken til engstelse og stress, den er størst hos de minste barna mellom 3 og 5 år. Likevel kan svært syke barn eller barn som er utsatt for vold i hjemmet oppleve kontakt med helsevesenet som en lettelse fordi det kan føre til at de får den hjelpen de trenger (Grønseth & Markestad, 2013).

Sykepleier kan bidra til å skape trygghet og redusere engstelse ved å bli kjent med barnet og skape et godt tillitsforhold. Små barn er i utgangspunktet skeptiske til fremmede, så dette kan være utfordrende. Barnet, og familien, skal oppleve at det er trygt å være på legevakten. Det forutsetter at personalet har fagkompetanse, blant annet kunnskap om barnets utviklingstrinn og behov (Grønseth & Markestad, 2013). Det stilles krav til sykepleier om å ha denne kunnskapen (Forskrift om barn i helseinstitusjon, 2000; pbrl, 1999). Når sykepleier er kompetent og trygg i rollen sin påvirker det og demper barnets (og foreldrenes) engstelse (Grønseth & Markestad, 2013). Sykepleier kan skape kontakt med barnet ved å bøye seg ned til barnets nivå, lytte, spørre og se på ting barnet eventuelt har med seg hjemmefra. For å få tillit må sykepleieren like og respektere barn, vise interesse og være både fysisk og psykisk tilstede. Sykepleier må være imøtekommende og vennlig og forsøke å bli kjent med barnet som person, ikke bare som pasient. Barnet må bli møtt med respekt, ærlighet, omsorg og

konfidensialitet (Grønseth & Markestad, 2013). Gjennom hele oppholdet på legevakt er det sykepleiers ansvar å gi helhetlige omsorg og hen skal hele tiden ivareta barnets integritet (NSF, 2001).

Hvis barnet er stresset og anspent kan det være vanskelig å få til en god klinisk undersøkelse. Som sykepleier kan en redusere stresset ved å anerkjenne barnets ubehag, engstelse og frykt for skade av kroppen. Det er viktig at barnet føler at deres private grenser blir respektert og sykepleier må spørre om lov til å se, kjenne og lytte. Det kan være lurt å starte med de minst skremmende undersøkelsene (Myhre, 2016). Hvis barnet får mulighet til å velge og ta beslutninger selv er det med på å påvirke følelse av kontroll i situasjonen. Valgene må selvfølgelig bli gitt innenfor visse rammer, for eksempel hvilken undersøkelse som skal gjøres først, ellers vil barnet kunne ombestemme seg og undersøkelsen kommer aldri i gang. Om sykepleier ikke får lov av barnet til å se eller kjenne på deler av kroppen kan hen bruke en bamse eller dukke hvor barnet kan vise hvor hen har vondt. Å la barnet leke med det medisinske utstyret gjør utstyret mindre truende og skummet. Om barnet ikke klarer å slappe av under undersøkelsen kan det være en idé å bruke avledningsteknikker, som eksempel såpebobler, kosedyr/andre leker, telle baklengs eller fortelle en spennende historie. Slik kan fokuset føres vekk fra undersøkelsen. Sykepleier må hjelpe barnet til å mestre situasjonen og ta pauser om det trengs. For at barnet skal ha en følelse av kontroll må sykepleier fortelle hvorfor undersøkelsen er nødvendig og hvordan og hvor den skal foregå. Videre må sykepleier forklare underveis hva hen skal foreta seg og hva barnet vil kunne oppleve. Ved å informere om hva barnet vil oppleve sansemessig, for eksempel at det vil føles kaldt å få sprit på huden, vil det være med på å gi en følelse av forutsigbarhet og dette reduserer stress hos barnet. Taushet er ofte skremmende, så det er en fordel å snakke med barnet fortløpende mens undersøkelsen foregår (Grønseth & Markestad, 2013).

Om sykepleier observerer skade/merke/ømhet hos barnet i løpet av undersøkelsen må hen spørre både barnet og de voksne hva som har skjedd. Spørsmålene må være preget av nysgjerrighet og undring (Skarsaune & Bondas, 2014; Tingberg et al., 2008). Siden barn før 7 års alder kan ha vanskelig med å gjenkalle hendelser (Håkonsen, 2009), er det viktig å spørre konkret som: “hva skjedde da du fikk dette merke?”, “hva gjorde du da?” (Grønseth & Markestad, 2013). Det er ikke sikkert barnet vil svare, for eksempel fordi sykepleier er en fremmed. På den annen side, dersom barnet ikke vil svare eller svarer unnnvikende kan det bety at det ikke tør å fortelle mens omsorgspersonene er tilstede, eller at det er instruert til å

tie. Barn som etter hvert skjønner (eller blir truet med) at det å fortelle vil kunne utløse mer vold innad i familien, lar heller være. Slik forsøker barnet å ta vare på seg selv og sin egen trygghet når voksne ikke klarer det (Edvardsen & Mevik, 2016). Et annet forhold kan være at omsorgspersonene har svertet sykepleiere og annet helsepersonell, for eksempel å true med at sykepleier skal gjøre barnet vondt (Grønseth & Markestad, 2013). På den annen side kan grunnen til at barnet ikke forteller om vold fra omsorgspersonene være at barnet selv ikke skjønner at det er galt (Håkonsen, 2009). Barnet kan tro at årsaken til at det er blitt påført skade er fordi de selv har gjort noe galt eller ikke vært lydige mot omsorgspersonene. Dette igjen kan føre med seg skam og et ønske om ikke å dele hendelsen (Håkonsen, 2009; Grønseth & Markestad, 2013).

Mens man undersøker barnet må sykepleier observere samspillet mellom barnet og voksenpersonen. Et barn som er utsatt for vold kan virke utrygt og engstelig i forhold til sine omsorgspersoner og ikke henvende seg til dem for å få trøst. På en annen side kan barnet søke trøst, men ikke få dette (Myhre, 2016).

Sykepleier må ikke glemme at hen selv formidler uttrykk, holdninger og stemning overfor barnet og dets omsorgspersoner (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Barn har rett til å ha omsorgspersonene tilstede under hele oppholdet på legevakten (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Dette kan være utfordrende for sykepleier fordi omsorgspersonene vil kunne reagere på det som blir lagt merke til og kommentert. Omsorgspersonene kan bli rastløse og utrykke et ønske om å forlate undersøkelsen før sykepleier selv mener hen er ferdig. Underveis kan omsorgspersonene påvirke observasjonene ved å bagatellisere funnene og være lite samarbeidsvillig til å gi informasjon (Kvello, 2015). Noen ganger kan det være behov for å snakke med barnet og foreldrene hver for seg (Myhre, 2016). Sykepleier er da avhengig av å ha en kollega som kan være med barnet om sykepleier vil snakke med omsorgspersonene alene, og omvendt (Grønseth & Markestad, 2013).

Forskning viser at sykepleier synes det ubehagelig og vanskelig å snakke med foreldrene om observasjoner som kan tyde på påført skade (Tingberg, Bredlöv & Ygge, 2008). De er redd for å såre dem, samtidig som at de er redd for deres reaksjon på spørsmålene (Ben Natan, et al., 2012; Lazenbatt & Freeman, 2006; Tingberg, et al, 2008). Sykepleier må forsøke å være åpne, direkte og ikke fordømmende. Påført skade er sjeldent overlagt fra foreldrenes side, men et symptom på krise og mangelfull mestring. En eventuell skade kan være påført av

andre enn de nærmeste omsorgspersonene (Kvello, 2015). Ved å stille spørsmål som viser forståelse, empati og signal om å ville hjelpe vil sykepleier kunne oppnå et godt samarbeid. Eksempel på slike spørsmål kan være ”Jeg har inntrykk av at det er noe som plager deg. Er det noe som er vanskelig for deg å fortelle?”, eller ”Dette er symptomer som vi ikke sjeldent ser hos barn som har blitt utsatt for vold – er det mulig at noen kan ha skadet barnet?” (Grønseth & Markestad, 2013).

Mange sykepleiere syns det er vanskelig å snakke med barn på deres nivå. Det kan føre til at sykepleier, bevisst eller ubevisst unngår å skape tid og rom til samtale, og dermed hemmer barnets mulighet til å uttrykke bekymringer eller fortelle sin historie (Grønseth & Markestad, 2013). At en ikke spør barnet er en stor unnlattelsessynd helsepersonell gjør (Myhre, 2016, Thorkildsen, 2016). Et barn som har begynt å fortelle om vold og krenkelser må straks oppleve å bli tatt på alvor ellers kan barnet ombestemme seg og trekker uttalelsen tilbake (Myhre, 2016). Om sykepleier ikke har mulighet til å tilby sikre rammer som kan trygge et barn til å fortelle om vold, kan barnet tvinges til taushet. Det er svært alvorlig om et barn som forteller om vold ikke får nødvendig beskyttelse i etterkant. Det fortelles om økt spenning og ny vold hjemme som følge av at foreldrene får vite hva barnet har sagt, uten at det er sørget for tilstrekkelig beskyttelse eller dekkende tiltak i familien i etterkant (Edwardsen & Mevik, 2016; Myhre, 2016).

5.2 Sykepleiers vurdering av sine observasjoner

Sykepleier må så, med bakgrunn i sin kunnskap og kompetanse og de funn som er gjort vurdere om forklaringen på hendelsesforløpet og skademekanismen virker sannsynlig (Kynø, et al., 2015). For å foreta pålitelige vurderinger må sykepleier ha en sterk fagspesifikk kunnskapsbase fra teori og forskning, samt erfarings- og personlig kunnskap. Kunnskapen må hele tiden oppdateres og fornyes. Sykepleier må ha evne til å analysere og sammenfatte observasjoner og vurdere disse opp mot sin faglige og personlige kunnskaper. En metakognitiv arbeidsprosess, der sykepleier har en bevisst og reflekterende holdning, bygger bro mellom tenkningen og kunnskapene (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Skader på et barn uten en god forklaring på hvordan skaden er oppstått skal vekke mistanke hos sykepleier om at barnet kan være utsatt for vold (Kynø, et al., 2015). Forskning viser likevel at det mange ganger ikke vekkes mistanke hos sykepleiere der det burde (Ben Natan et al., 2012; Lazenbatt

& Freeman, 2006; Plitz & Wachtel, 2009). På den ene siden kan det være manglende kunnskap hos sykepleier slik at hen ikke forstår at de aktuelle funnene burde vekke mistanke (Plitz & Wachtel, 2009). På den annen side kan sykepleier rett og slett synes det er vanskelig å tro at barnet kan ha blitt påført skade. Denne holdningen hos sykepleier er en barriere for å observere og oppdage fysisk mishandling (Lazenbatt & Freeman, 2006; Thorkildsen, 2016).

For at sykepleier skal kunne observere symptomer og tegn på mishandling må hen tørre å tro at det kan skje, ellers vil sykepleier heller lete etter naturlige forklaringer, for eksempel skader ved lek (Lazenbatt & Freeman, 2006). Det viser seg at sykepleiere ofte stoler på foreldrenes forklaring og er med på å bagatellisere skadene på barnet (Conway, 2008; Grønseth & Markestad, 2013; Lazenbatt & Freeman, 2006;). For å endre denne holdningen er det viktig at sykepleier har kunnskap om hyppigheten av barnemishandling. Det viser seg at sykepleiere som er opptatt av å oppdage mishandling har større sannsynlighet for å gjøre det (Plitz & Wachtel, 2009). Selv sykepleiere som er motivert for å observere og avdekke mishandling kan bli handlingslammet når de er i situasjonen (Ben Natan, et al., 2012). Igjen viser det seg at et større kunnskapsgrunnlag hos sykepleieren er nødvendig, i tillegg til klinisk erfaring og god opplæring i avdelingen (Ben Natan et al., 2012; Conway, 2008, El-Radhi, 2015; Lazenbatt & Freeman, 2006; Pabiś et al., 2011; Plitz & Wachtel, 2009; Skarsaune & Bondas, 2014;). For at sykepleier skal kunne tro og tørre å se det må hen ha opparbeidet seg selvtillit og mot til å gå inn i situasjonen og stå der (Ben Natan, et al., 2012; Lazenbatt & Freeman, 2006; Skarsaune & Bondas, 2014).

Sykepleiere opplyser at det oppstår mange ambivalente følelser i møte med mistanke om barnemishandling. De opplever sinne og forakt overfor omsorgspersonene samtidig som at de har omtanke og omsorg for både barnet og dets pårørende. Det at sykepleier kjenner på følelser der de på den ene siden er dømmende og på den andre siden utøver omsorg gjør det vanskelig å forholde seg profesjonell. Dette påvirker sykepleierens faglige skjønn (Tingberg et al, 2008). Sykepleiere etterspør regler og teknikker for å takle situasjoner slik at kravet om faglig forsvarlighet om omsorg blir ivaretatt (Plitz & Wachtel, 2009; Skarsaune & Bondas, 2014).

For å kunne opprettholde den profesjonelle tilnærmingen kommer det frem av artikkelen “Safeguarding children in emergency departments” at det kan være nyttig med sjekklister som verktøy (Conway, 2008). En styrke ved dette kan være at det er med på å skape en distanse til

følelsene hos sykepleier og gi sykepleier en følelse av at det “bare” er en prosedyre. Sjekklistene er også positivt for å gjøre observasjonene systematisk og at nødvendige spørsmål og observasjoner ikke blir utelatt (Conway, 2008; El-Radhi, 2015). Svakheten ved dette er at sykepleier kan miste det holistiske perspektivet, den helhetlige omsorgen hvor hen tar i bruk alt av sanser. Sjekklistene har ingen boks for intuisjon og magefølelse. Mye av det å observere og vurdere barn handler om erfaringer og klinisk praksis og dette får man ikke dekket fullt ut gjennom sjekklistene eller andre verktøy (Conway, 2008; Skarsaune & Bondas, 2014, 2008; Tingberg, et al, 2008).

Det er som nevnt svært viktig at sykepleier tør å mistenke mishandling, men det kan være en fare at enkelte sykepleiere hver gang de er i møte med et skadet barn har mistanke om påført skade. Dette kan påvirke sykepleiers holdning til barnet, omsorgspersonene og observasjonene hen gjør. Det kan her være fare for at det trekkes for raske konklusjoner. Det finnes en rekke differensialdiagnoser, både ved skader og mer diffuse symptomer, som ikke trenger å bety påført vold (Kynø, et al., 2015). Om barnet virker stresset, tilbaketrukket, engstelig og urolig kan det være normal oppførselen hos et barn på legevakt (Kynø, et al., 2015; Markestad & Grønseth, 2013; Pabiś, et al., 2011).

5.3 Sykepleiers utfordringer når fysisk mishandling mistenkes

Forskning viser at frykten for å ta feil hemmer sykepleier i å rapportere om sin mistanke. Sykepleiers frykt for å ta feil av de kliniske observasjonene og vurderingene begrunnes blant annet med at de er redd for at dette kan ødelegge et godt samarbeid med familien, være med på å skyve familien vekk, at familien mister tiltro til helsevesenet og unngår å oppsøke helseinstitusjon i senere anledninger (Ben Natan, et al., 2012; Lazenbatt & Freeman, 2006; Plitz & Wachtel, 2009; Tingberg et al, 2008). Sykepleier må ha tro på egen dømmekraft for å minske frykt for å ta feil. For å ha tro på egen dømmekraft må hen ha kunnskap og ferdigheter (Skarsaune & Bondas, 2014). Det er viktig å presisere at sykepleier ikke skal være politi og kan ikke uttale seg om at det faktisk har skjedd mishandling (Myhre, 2016; Rutgeron, 2013). Sykepleierens rolle og ansvar ligger i å observere barnet (Grov, et al., 2015) og rapportere videre om mistanke oppstår (hpl, 1999). Det å hindre skade eller unødig smerte er et av sykepleiefagets grunnpilar (Nordtvedt & Grønseth, 2013; NSF, 2001)

Sykepleiere savner støtte fra kollegaer og avdeling i saker hvor det er mistanke om at barn er utsatt for vold (Lazenabatt & Freeman, 2006; Plitz & Wachtel, 2009; Skarsaune & Bondas, 2014). En trygg arena for å dele usikkerhet og bekymring, samt dra nytte av andres erfaring og kompetanse vil hjelpe sykepleieren i å oppdage fysisk vold mot barn (Ben Natan, et al., 2012). Forskning viser at holdningen i avdelingen har stor betydning for hvordan sykepleier handler. Å ha en god avdelingsleder og kolleger som er hjelpende og støttende er av stor betydning for at sykepleier skal ha mot til å gå inn i situasjonen (Ben Natan et al., 2012; Pabiś et al., 2011; Thorvaldsen & Kirchhoff, 2017; Skarsaune & Bondas, 2014).

Mange sykepleiere savner klare retningslinjer og prosedyrer for observasjon ved mistanke om barnemishandling (Ben Natan et al., 2012; Conway, 2008; Plitz & Wachtel, 2009; Skarsaune & Bondas, 2014). I barnekonvensjonen (1989) artikkel 19 står det at det skal utvikles gode og effektive prosedyrer for å støtte barnet, utøve riktig undersøkelse og gi riktig behandling. I lys av dette er det på helsebiblioteket kommet fagprosedyrer med beskrivelse av hva som er typisk påført skade, hva som skal vekke mistanke, hvordan man skal gå frem og hvem man skal kontakte ved mistanke. Disse prosedyrene gjelder for alle ansatte som mottar og behandler barn som kan ha vært utsatt for mishandling. Det er avdelingsleders ansvar at prosedyren er kjent og følges i den enkelte avdelingen (Kynø, et al., 2015). På den ene siden er det avdelingens plikt å tilrettelegge slik at sykepleier kan gi faglige forsvarlige sykepleie med god kvalitet (hpl, 1999). På den annen side er det sykepleiers ansvar å være faglig ajour og det er lovpålagt for sykepleier å holde seg faglig oppdatert til enhver tid (hpl, 1999).

Sykepleier kan føle motløshet og avmakt i situasjoner der det er mistanke om at barn er utsatt for vold. I en undersøkelse kommer det frem at sykepleier ønsker å fraskrive seg ansvaret når de kommer opp i slike situasjoner. Sykepleier ønsker å skyve ansvaret over til enten lege, avdelingsleder, barneavdeling, helsesøster eller barnehage (Skarsaune & Bondas, 2014). Helsepersonelloven (1999) er imidlertid helt klar: det er den enkelte helsearbeider sin plikt å ta ansvar i møtet med det voldsutsatte barnet. Hen har også et moralsk ansvar, både som medmenneske og som helsepersonell. Å hjelpe mennesker som har det vanskelig og å vise barmhjertighet er grunnleggende faktorer i en sykepleiers arbeid. Sykepleier må ha mot til å sette seg følelsesmessig inn i barnets situasjon (Thorkildsen, 2016). Det å bry seg viser den etiske kvaliteten på sykepleiers tilstedeværelse (Grønseth & Markestad, 2013).

Det kommer frem i flere artikler at sykepleier har liten tiltro til barnevernet (Lazenabatt &

Freeman, 2006; Plitz & Wachtel, 2009; Thorvaldsen & Kirchhoff, 2017). Hovedgrunnen til dette var at de var usikre på om det å melde fra ville være en fordel for barnet, blant annet fordi de var bekymret for at barnet skulle bli tatt fra omsorgspersonene. Sykepleiers holdning til barnevernet kan være preget av negative beskrivelser i media. Det viser seg at mange familier som kommer under barnevernets tilsyn og omsorg får god hjelp og barnet blir sjeldent tatt fra foreldrene (Rutgerson, 2013).

5.4 Rammefaktorer på legevakt

En legevakt preges av et hektisk miljø og er ofte lite tilpasset barn (Myhre, 2016). Likevel er sykepleier ofte i kontakt med barn, så hen vil ha mulighet til å opparbeide seg mye kompetanse. Ved at legevakter tar i bruk nasjonale retningslinjer og prosedyrer vil personalet kunne innarbeide gode rutiner vedrørende det å avdekke vold mot barn og melde dette videre (Kynø, et al., 2015.)

Undersøkelsen av barnet bør gjøres i et rolig tempo og i rolige omgivelser (Myhre, 2016). Barnet bør sitte eller ligge godt og være avskjermet. Rommet bør være oppvarmet og ha god belysning. På den annen side kan sterke lys- og lydinntrykk være negative stimuli på barnet, så lyset bør dempes når det er mulig (Grønseth & Markestad, 2013).

Sykepleier må bruke nødvendig tid og være seg bevisst hva en ser etter (Grov, et al., 2015). Det kan hemme en god observasjon om sykepleier har dårlig tid (Conway, 2008). Sykepleiere mener at tidspress på legevakt kan hindrer dem i å oppdage vold mot barn (Conway, 2008). At sykepleier har dårlig tid kan føre til at en slurver ved observasjonen og overser vesentlige tegn på mishandling (Grov, et al., 2015). Det er viktig å fremheve at sykepleier skal se like alvorlig på mishandling som annen alvorlig sykdom (Myhre, 2016) og ikke la kvaliteten på sykepleien hemmes av tidspress (Conway, 2008). Dette ligger også i kravet om faglig forsvarlighet.

I henhold til Forskriften om barns opphold i helseinstitusjon bør barnet bli tatt hånd om samme personalet gjennom hele oppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). På legevakt vil barnet møte forskjellig helsepersonell ved ulike undersøkelser, eksempel røntgen og blodprøver. Det vil da være gunstig om den sykepleier som har tatt imot

barnet også følger med det til andre undersøkelser. Dette kan være med på å senke engstelsen hos barnet (Grønseth & Markestad, 2013).

5.5 Dokumentasjon og journalføring

Observasjonene sykepleier gjør er til liten nytte for barnet om det ikke blir journalført riktig. Forskning viser at det gjøres for dårlig journalføring på legevakt. Dette kan ha med for liten tid, dårlig observasjon og dårlige rutiner eller frykt for foreldres innsyn i journalen (El-Radhi, 2015; Myhre, 2016; Plitz & Wachtel, 2009).

Funnene må beskrives detaljert og grundig. Gode hjelpemidler er skisser, målebånd og fotoapparat. Hvert enkelt funn skal beskrives: type funn, hvor på kroppen, farge og form, bredde, lengde og eventuelt høyde. Dessuten skal smerte, varme og hevelse også beskrives. Alt skal dokumenteres og god bildedokumentasjon er svært nyttig og kan øke verdien av funnet. Mange funn kan endres eller forsvinne i løpet av kort tid (Conway, 2008; El-Radhi, 2015; Myhre, 2016). Det bør tas oversiktsbilder og nærbilder av merket (Kynø, et al., 2015; Myhre, 2016). Barnets oppførsel og væremåte bør også dokumenteres i journalen, samt samspillet mellom barnet og dets omsorgspersoner (El-Radhi, 2015; Myhre, 2016;). Om det er områder på barnets kropp som ikke er blitt undersøkt, for eksempel at barnet ikke ville ta av seg buksa, må dette noteres (Myhre, 2016).

Det kan vekkes mistanke om at et barn er utsatt for vold hvis journalen viser gjentatte legevaktsbesøk med diffuse symptomer og tegn eller skader. Hvis mistanken vekkes og sykepleier går tilbake i journalen vil en god journalføring av tidligere observasjoner på legevakt kunne gi viktig informasjon. Det som tidligere kan ha vært små funn som ikke har vært nok til å vekke mistanke hos sykepleiere eller annet helsepersonell, kan sett i sammenheng med den aktuelle situasjonen være med på å styrke eller svekke mistanke om påført skade (Kynø, et al., 2015; Myhre, 2016).

Om sykepleier mistenker at krenkende hendelser mot barnet har skjedd skal hen, i samråd med avdelingens rutiner, ta kontakt og melde til barnevernet, eller politi (Myhre, 2016; hpl, 1999). Da er det viktig at kravet til journalføring er oppfylt slik at instansene får riktig og nødvendig informasjon om hva sykepleier har observert. Det å oppdage og melde videre om

vold mot barn vil være med på å ivareta barnets helse og kunne være med på å forebygge nye voldsepisoder (Myhre, 2016).

6. Avslutning og konklusjon

Fysisk vold mot barn er et utbredt problem og er et stort og vanskelig tema. I møte med denne komplekse situasjonen blir sykepleiers holdning, profesjonalitet, fagkunnskap og erfaring utfordret. Som sykepleier har man et lovfestet, praktisk, etisk og personlig ansvar for å hjelpe voldsutsatte barn. Likevel er det stor diskrepans mellom hvor mange barn som blir utsatt for vold, hvor mye som bli oppdaget og hvor mye som blir meldt videre.

Sykepleier på legevakt møter mange av disse barna uten å se tegnene. Selv de sykepleiere som ser tegnene tør mange ganger ikke ta innover seg at barnet kan være utsatt for vold.

Det er viktig at det skjer en kompetanseheving. Denne kompetansehevingen bør skje både i grunnutdanningen i sykepleie og på den enkelte avdeling. Det trengs økt kunnskap og erfaring, både om hva sykepleier skal se etter og hvordan hen skal vurdere det som observeres. Spesielt viktig er dette for sykepleiere som jobber på legevakt.

Jo tidligere mishandling mot barn bli oppdaget, jo mer helseskade kan forebygges. Senkomplikasjoner vil også kunne reduseres. Dette vil fremme helse hos barnet, på både kort og lang sikt (Kvello, 2015).

Helsepersonell kan ikke forvente at barnet selv skal be om hjelp. Vi må komme til dem og vi må våge å spørre. Vi må se og forstå det vi ser og vi må ha mot og kompetanse til å gjøre noe. Om man ikke orker å forholde seg til tanken på at barn blir utsatt for vold og mishandling, kan man begynne å bagatellisere og benekte (Thorkildsen, 2016). Sykepleiere må være i stand til å se fenomenets mange ansikter for å kunne hjelpe barn som er utsatt for og lever med vold (Myhre, 2016). Det er en utfordrende og vond situasjon for sykepleier å være i, men en må ikke glemme hvor forferdelig vond den er for det uskyldige voldsutsatte barnet.

For å oppdage mishandling må vi tørre å tro det, tørre å se det og vi må ha mot til å stå i det (Thorkildsen, 2016).

7. Litteraturliste

Andersland, G. K., & Mevik, K. (2016). Barnas rettsvern ved mistanke og avdekking av vold - er lovverket godt nok? I Mevik, K., Lillevik, O. G. & Edvardsen, O.(red). *Vold mot barn*(38-50). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Barnekonvensjonen. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989*.

Hentet fra: <http://www.fn.no/FN->

[informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen-barns-rettigheter](http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen-barns-rettigheter)

Ben Natan, M., Faour, C., Naamah, S., Grinberg, K., & Klein-Kremer, A. (2012). Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. *International Nursing Review*, 59(3), 331-337. doi:10.1111/j.1466-7657.2012.00988.x

Bl. (1981). *Barnelova*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7?q=barneloven>

Conway, S. (2008). Safeguarding children in emergency departments. *Emergency Nurse*, 16(1), 30-35. Hentet fra:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105723131>

Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

El-Radhi, A. S. (2015). Safeguarding the welfare of children: what is the nurse's role?. *British Journal Of Nursing*, 24(15), 769-773. doi:10.12968/bjon.2015.24.15.769

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i*

helseinstitusjon. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Grl. (1814). *Grunnlova*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn?q=grunnloven>

- Grov, E. K., Desieree M-A & Kyte, L. (2015). Klinisk undersøkelse. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. (5.utg) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2013) *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Helsedirektoratet. (2015, 28.08). Legevakt. Hentet fra <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/legevakt>
- Hpl. (1999). *Helsepersonelloven*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-070264?q=helsepersonelloven>
- Håkonsen, K.M. (2009). *Innføring i psykologi*. (4. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kynø, N. M., Lindboe, A., Vetlesand, N., Skotte, L. H., Bjaanes, A. K. S., Syversen, M., & Randklev, S. (2015). Mishandling av barn – fysisk. *Helsebibloteket*. Hentet fra <http://www.helsebibloteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barnfysisk>
- Kynø, N. M., Lindboe, A., Vetlesand, N., Skotte, L. H., Bjaanes, A. K. S., Syversen, M., & Randklev, S. (2015). Mishandling, overgrep eller omsorgssvikt av barn – bekymring, mistanke og melding. *Helsebibloteket*. Hentet fra <http://www.helsebibloteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-overgrep-eller-omsorgssvikt-av-barn-bekymring-mistanke-og-melding>
- Lazenbatt, A., & Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal Of Advanced Nursing*, 56(3), 227-236. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x

- Mevik, K., & Edvardsen, O. (2016). Barns rett til beskyttelse og medbestemmelse – med utgangspunkt i barnekonvensjonen. I Mevik, K., Lillevik, O. G. & Edvardsen, O. (red). *Vold mot barn*(52-66). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Myhre, A. (2016). Hvordan se det vi ikke ønsker å se – fysiske og psykososiale symptomer. I Mevik, K., Lillevik, O. G. & Edvardsen, O. (red). *Vold mot barn*(99-115). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nordtvedt P. & Grønseth R. (2013). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I Almås. H, Stubberud D. G. & Grønseth R. (red.). *Klinisk sykepleie, bind 1*. (4.Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Pabiś, M., Wrońska, I., Ślusarska, B., & Cuber, T. (2011). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(2), 384-393.
doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x
- Pbrl. (1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Piltz, A., & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 26(3), 93-100. Hentet fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105359846>
- Rutgerson, K.(2013). Hjelp til å avdekke omsorgssvikt og mishandling av barn. *Sykepleien Forskning* 2013 8 (4), 376-378. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0169
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann(Red). *Etikk i sykepleie*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Statistisk sentralbyrå. (2015). Barnevern. I *Barnevern, 2015*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Statistisk sentralbyrå. (2015). Tabell 10674: Meldingar til barnevernet, etter konklusjon, innhald i meldinga, kven som melde saka og alder. I *Barnevern*. Oslo: Statistisk

sentralbyrå

Strl. (2005). *Straffeloven*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=straffeloven>

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget

Thorkildsen, I. M. (2016). Epilog: voksenes holdninger – vi tror det ikke, vi ser det ikke og vi spør ikke. I Mevik, K., Lillevik, O. G. & Edvardsen, O. (red). *Vold mot barn*(225-233). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Thorvaldsen, I. R., & Kirchhoff, J. W. (2017). Se tegnene på omsorgssvikt. *Sykepleien* 2017 105(1), 50-53. doi: 10.4220/Sykepleiens.2017.59740

Tingberg, B., Bredlöv, B., & Ygge, B. (2008). Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(20), 2718-2724. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x

Norsk sykepleieforbund [NSF], (2001), *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf