



# Barn på sjukehus

Korleis kan sjukepleiar observere og vurdere teikn og symptom hos barn som kan vere utsatt for fysisk vold?

Kandidatnummer: 169  
Lovisenberg diakonale høgskule

Bacheloroppgåve i sjukepleie

Antall ord: 9990  
Dato: 18.04.2017

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 18.04.2016
<p><u>Tittel</u> Barn på sjukehus: Korleis kan sjukepleiar observere og vurdere teikn og symptom hos barn som kan vere utsatt for fysisk vold?</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Barn på sjukehus: Korleis kan sjukepleiar observere og vurdere teikn og symptom hos barn som kan vere utsatt for fysisk vold?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det teoretiske grunnlaget byggjer på kunnskap om lovverk, yrkesetiske retningslinjer og sjukepleiarens ansvar- og funksjonsområde. Vidare er det anvendt teori om fysisk vold mot barn, teikn og symptom på fysisk vold, samt konsekvensar av fysisk vold. Teorien tar også for seg barns psykososiale- og kognitive utvikling, kommunikasjon med barn og barn på sjukehus.</p> <p><u>Metode</u> Metoden som er brukt er eit litteraturstudie som er basert relevante fagbøker, samt fag - og forskingslitteratur for belyse problemstillinga.</p> <p><u>Drøfting</u> For å svare på problemstillinga basera drøftinga seg på teorien frå det sjukepleiarfaglege kunnskapsgrunnlaget og det teoretiske rammeverket. Det blir drøfta i den forbindelse om kunnskapen sjukepleiarar har om teikn og symptom på fysisk vold og handtering av mistanke på fysisk vold. Vidare blir det drøfta viktigheita om relasjonen mellom sjukepleiar og barnet, samt utfordring knytt til observasjon og vurdering av teikn og symptom på fysisk vold.</p> <p><u>Konklusjon</u> Hovudfunna frå fag- og forskingslitteraturen er at det er mangel på kunnskap om teikn og symptom på fysisk vold blant sjukepleiarar. Vidare kjem det fram at det er fleire som ikkje melder i frå ved mistanke som indikera eit behov for auka kompetansenivå og at kunnskapen i større grad må integrerast i sjukepleiarutdanninga. Det kjem også fram i oppgåva at sjukepleiaren møter på mange utfordringar knytt til observasjon og vurdering av teikn og symptom på fysisk vold. Blant anna at foreldra som kan ha utøvd volderen er til stades eller at barnet prøver å skjule sanninga frå omverden. Her er det viktig å skape tillit og god relasjon til barnet, samt å ikkje fråvike frå god yrkesetikk.</p>	

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1. Innleiing</b> .....	<b>1</b>
1.1 Oppgåvas hensikt .....	2
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Avgrensing .....	2
1.4 Disposisjon av oppgåva .....	3
<b>2. Metode</b> .....	<b>4</b>
2.1 Val av metode .....	4
2.2 Litteratursøk og søkeshistorikk .....	4
2.3 Kjeldekritikk .....	6
<b>3. Sjukepleiarens kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>9</b>
3.1 Sjukepleiarens juridiske ansvar .....	9
3.2 Sjukepleiarens yrkesetiske ansvar .....	10
3.3 Sjukepleiarens funksjon og ansvarsområde .....	10
<b>4. Teori</b> .....	<b>12</b>
4.5 Fysisk vold mot barn .....	12
4.7 Konsekvensar av fysisk vold mot barn .....	13
4.6 Observasjon og vurdering av teikn og symptom på fysisk vold mot barn .....	13
4.1 Barns psykososiale- og kognitive utvikling .....	15
4.2 Barns tilknytning .....	17
4.3 Barn på sjukehus .....	17
4.4 Kommunikasjon med barn .....	18
<b>5. Korleis kan sjukepleiar observere og vurdere teikn og symptom hos barn som kan vere utsatt for fysisk vold?</b> .....	<b>20</b>
5.1 Sjukepleiarens kunnskap om observasjon og vurdering av teikn og symptom på fysisk vold? .....	20
5.2 Sjukepleiarens handtering av mistanke .....	21
5.3 Relasjon mellom sjukepleiar og barnet .....	22
5.4 Utfordring ved observasjon .....	24
<b>6. Avslutning</b> .....	<b>28</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>30</b>

## 1. Innleiing

Denne oppgåva handlar om eit mindretal av barn. Det handlar om det som vi ikkje vil tru, men som likevel skjer. En kartlegging viser at 21% av ungdom i Noreg har opplevd fysisk vold utført av minst en forelder i løpet av oppveksten (Mossige & Stefansen, 2016). Det er mykje usikkerhet rundt desse tala, vold mot barn kjem ofte ikkje fram i dagens lys slik at tala forventast å vere høgare (Norman et al., 2012). Helsebiblioteket definerer fysisk mishandling som ein vaksen som påfører barn smerte, kroppsleg skade eller sjukdom (Kynø et al., 2015). Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet ser på fysisk vold mot barn som eit betydelig samfunnsproblem og eit folkehelseproblem (2014), som beskriv omfanget av problemet.

Barn som erfarer fysisk vold i barndommen kan få store negative etterverknader av mishandlinga (Kvello, 2015, s.163). Det er dokumentert at det er høg førekomst av psykiske lidingar hos barn som blir utsatt for mishandling i oppveksten. Nokon av desse er depresjon, angstlidingar, posttraumatisk-stress-syndrom, sjølvordstankar og rusmiddelsbruk (Kvello, 2015, s.401). Ei norsk berekning indikera at 28-41 prosent av pasientar i psykisk helsevern har blitt utsatt for mishandling og /eller vold (Kvello, 2015, s. 228). Kartlegginga til Mossige & Stefansen (2016) indikera at barn som erfarer vold ofte er relatert til nære omsorgspersonar som til dømes foreldre. Barn som blir utsatt for omsorgssvikt frå nære relasjonar kan utvikle utrygg og usikker tilknytning til foreldre og kan få det vanskelig for å etablere tillit til andre. Dei vil etterkvart utvikle eit negativ bilete på verden og av seg sjølv (Killén, 2004, s.129). Dette viser at vegen frå krenka barn til sjuke vaksne ikkje er lang.

Vold mot barn er ikkje ein privatsak. Sjukepleiarar som møter barn i sitt daglege virke må våge å sjå, tenkje og spørje. Dette er særlig med tanke på at sjukepleiaren er den første som møter barnepasienten og som ser barnet over tid (Lavigne, Portwood, Findlow, Huber, 2017). Sjukepleiarar har ansvar for å fange opp eventuelle teikn og symptom hos barn som kan vere utsatt for fysisk vold. I helsepersonelloven § 4 (1999) er det slått fast at sjukepleiaren har juridisk plikt til utøve forsvarleg og omsorgsfull helsehjelp. Det er i tillegg nedfelt i eiga lov at sjukepleiarar pliktar å melde sin mistanke

om barnemishandling jf. helsepersonelloven § 33. Til tross for at sjukepleiarar pliktar å melde i frå viser det seg gjennom forskning at sjukepleiarar ikkje gjer dette (Plitz & Wachtel, 2009). Vidare er det nedfelt i dei yrkesetiske retningslinjene at sjukepleiarar skal fremme helse og lindre lidning (Norsk Sjukepleiarforbund, 2016). Mangel på kunnskap er likevel for mange ein barriere for å kjenne igjen og rapportere teikn og symptom på fysisk vold mot barn (Plitz & Wachtel, 2009). Det er mange sjukepleiarar som omtalar det som eit ullent og diffus tema som dei vegrar seg for å ta opp i frykt om å ta feil (Lazenbatt & Freeman, 2006). Dette er faktorar som medfører at sjukepleiarar som skal ta ansvar dersom dei mistenker barn blir utsatt fysisk vold ikkje gjer det, som kan føre til alvorlege konsekvensar for barnet som til dømes psykiske lidingar, helseplager og tilknytingsproblem (Kvelling, 2015, s.400; Thorsen & Myhre, 2016, s.151; Killén, 2004, s.129 )

### **1.1 Oppgåvas hensikt**

Sidan det kjem fram i litteraturen at sjukepleiarar har avgrensa kompetanse og er usikre på observasjon av teikn av symptom hos barn som kan vere utsatt for fysisk vold og det heller ikkje er eit tema som kjem fram i rammeplanen i sjukepleiarutdanninga (Kunnskapsdepartementet, 2008), er hensikta med denne litteraturstudien å sette fokus på korleis sjukepleiarar kan observere teikn og symptom som kan tyde på fysisk vold. Fysisk vold er eit tema som er dårleg belyst som trengjer eit større søkjelys mot seg for å oppdage fleire barn som lever under slike forhold.

### **1.2 Problemstilling**

Ut i frå det som har blitt belyst i innleiinga og hensikta er følgjande problemstilling: "Korleis kan sjukepleiar observere og vurdere teikn og symptom hos barn som kan vere utsatt for fysisk vold?".

### **1.3 Avgrensing**

Hovudfokuset vil vere korleis sjukepleiarar kan ved hjelp av observasjon vurdere teikn og symptom som kan tyde på fysisk vold. Eg har valt å avgrense aldersgruppa til 3-6 år. Barn i denne aldersgruppa er i følgje Piaget i preopersjonalt stadium. Dette stadiet karakteriserast av at barnet får moglegheit til å utvikle språk og får evne til ein viss

logisk tenking (Håkonsen, 2014, s.54). Dette medfører at sjukepleiaren kan ha ein samtale med barnet og vidare byggje tillit og relasjon som kan bidra til at det blir lettare å observere og vurdere om det føreligg fysisk vold.

Barn som kan vere utsatt for fysisk vold, kan sjukepleiaren møte på ulike avdelingar og institusjonar. I denne oppgåva er det avgrensa til barneavdeling på sjukehus. Vidare blir det tatt som utgangspunkt at sjukepleiaren ikkje har møtt barnet før og ikkje veit at barnet har blitt utsatt for fysisk vold før sjukepleiaren møter barnet. Det er naturleg at pårørande blir nemnt i oppgåva, då minst ein av omsorgspersonane har rett til å vere til stades under sjukehusopphaldet i følge forskrifta om barns opphald i helseinstitusjon jf. kapittel 2 § 6 og at ein av foreldra kan vere omsorgspersonen som utøver volden (Mossige & Stefansen, 2016).

Vidare oppfølging og tiltak av barn som har blitt utsatt for fysisk vold som til dømes vidare undersøkingar, varsling til politi og barnevernstiltak vil ikkje bli drøfta i oppgåva. Dette vil sei at plikter og oppgåver som er utanfor sjukepleiarens ansvar etter at melding er sendt vil ikkje bli tatt med. Derimot blir konsekvensar og seinskader nemnt, det er fordi det er relevant å sjå på fysisk vold i ein større samanheng. Det påverkar ikkje barnet berre der og då, men det kan få alvorlige konsekvensar for helsa seinare i livet.

#### **1.4 Disposisjon av oppgåva**

I kapittel 2 blir val av metode og litteratursøk tatt for seg. Vidare blir kjeldene som er anvendt i oppgåva diskutert kritisk. Sjukepleiarens kunnskapsgrunnlag blir presentert i kapittel 3, også her blir juridiske og etiske aspekt tatt med. Vidare blir sjukepleiarens ansvars- og funksjonsområde som er relevant for problemstillinga omtalt. I kapittel 4 blir teorien presentert som dannar grunnlag for drøftinga. Dette kapittelet inneheld ulike aspekt i forbindelse med fysisk vold og barns tilknytning og utvikling, samt kommunikasjon med barn og barn på sjukehus. I kapittel 5 blir problemstillinga svart på ved hjelp av fag-og forskingslitteratur og kunnskap utifrå teorien. Avslutningsvis blir det ei oppsummering knytt til funn relatert til problemstillinga.

## **2. Metode**

Metode fortel oss noko om korleis vi bør gå til verks for å etterprøve ny kunnskap for å belyse valt problemstilling (Dalland, 2013, s.111). Vidare seier metode noko om søkjeprosessen i forhold til innsamling av relevant litteratur og presentasjon av denne litteraturen, kva databasar og søkjeord som er brukt og om det er mykje eller lite litteratur å finne på valt emne. Ein viktig del av metodekapitelet er kjeldekritikk, der ein stiller seg kritisk til val av kjelder og drøfting om dei er relevante eller ikkje.

### **2.1 Val av metode**

Denne oppgåva er eit produkt av eit litteraturstudie, som er systematisering av kunnskap frå skiftlege kjelder som vil sei å samle inn litteratur, gå kritisk i gjennom den og tilslutt samanfatte det heile (Thidemann, 2015, s. 79). Litteraturen i denne oppgåva er henta ifrå forskingsartiklar, fagartiklar, fagbøker og tidsskrift. Vidare er det gjort litteratursøk som tar utgangspunkt i sentrale omgrep i den avgrensa problemstillinga for å finne fram til gode konkrete resultat (Bjørk & Solhaug, 2008, s.57).

### **2.2 Litteratursøk og søkjhistorikk**

Eg har søkt etter fag- og forskingsartiklar i databasane Cinahl, SveMed+ og Pubmed, men har i hovudsak brukt artiklar eg har funne i Cinahl. Vidare har eg gjort enkeltsøk på Sykepleien.no og via Google Scholar. PICO-skjema er anvendt for å finne fram til litteratur med høg grad av relevans og formulere presise spørsmål. PICO er ein forkorting for element som skal vere med i eit spørsmål; P står for pasient eller problem som omhandlar kva pasientgruppe det dreiar seg om. I står for intervensjonar eller tiltak som inneberer kva det er med denne pasientgruppa ein er interessert i. C står for samanlikning- som er aktuelt i dei tilfella ein ønskjer å måle forskjellige resultat mellom ulike grupper og O står for utfall ein ønskjer. PICO gjer der enklare å spesifisere søka slik at artiklane som kjem opp etter søket, i større grad kan brukast (Thidemann, 2015, s. 86-87). Eg har opplevd at avgrensing stort sett ikkje har vert nødvendig då antall treff har vert få ved å bruke relevant og spesifikke emneord. Emneord er standardiserte nøkkelord som fortel noko om artikkelen sentrale innhald (Thidemann, 2015, s. 87).

I søk etter artiklar har ulike søkjeord med ulike kombinasjonar blitt brukt for å finne relevante artiklar innanfor valt tema og problemstilling. Eg har gjort spesifikke søk og gjort kombinerte søkingar med AND frå søkjarahistorikken. Eksempelvis har eg søkt på "Child physical abuse" (S1) AND "Healthcare" (S2), i Cinahl. Dette gav 5 resultat der det blant anna kom opp ein artikkel med tittel "Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals" (2006). Denne omhandlar helsepersonellens evne til å oppdage og rapportere barnemishandling som er eit viktig aspekt for å svare på problemstillinga. Vidare brukte eg søkjeorda "Child abuse" (S1) AND "Nursing knowledge" (S2) som resulterte i 26 artiklar. Blant desse 26 kom eg over ein artikkel med tittelen "Nurses experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents" (2008). Denne handlar om korleis sjukepleiaren kan vere profesjonell i møte med barn som har erfart mishandling og deira foreldre som kan vere mistenkt i ein slik sak. Dette er relevant for mi oppgåve sidan det er ein reell situasjon som kan oppstå dersom sjukepleiar observera teikn og symptom på fysisk vold hos barn. Med same søkjeord kom det opp ein anna interessant artikkel; "Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department" (2008) som tar for seg kunnskapen sjukepleiarar har om gjenkjenning og observasjon av barnemishandling som er eit viktig moment for å drøfting av problemstillinga.

For å finne artiklar som omhandla sjukepleiarens evne til rapportering av mishandling av barn kom det fram tilfredstillande treff ved å bruke søkjeorda "Nurses reporting" (S1) AND "Child abuse" (S2). Det gav 2 resultat der det var ein artikkel som vekste oppsikt: "Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect" (2009). Denne artikkelen tok eg med fordi det var eit problemområde som kunne vere interessant å diskutere. Eg har også gjort enkeltsøk etter fagartiklar gjennom Sykepleien.no. og gjorde nokon gode funn ved å bruke søkjeorda "vold mot barn" og avgrensa til fagutvikling. Ein av artiklane som dukka opp var "Må vite mer om barnemishandling" (2014) som peikar på forskjellige problemområde som sjukepleiarar møter i forbindelse med barnemishandling og kva som kan blir betre.

Fagbøker har vert ei stor kjelde til å hente inn litteratur i oppgåva. Vidare har litteratur frå artiklane, rapport frå NOVA, handbok utvikla av nasjonalt kunnskapssenter for vold



og traumatisk stress, samt nettsider som lovdata, regjeringa, Verdas Helseorganisasjon, og helsebiblioteket ført til ytterligere kunnskap og inspirasjon som eg har anvendt i oppgåva.

### 2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er dei metodane som blir brukt for å fastslå om kjeldene er sanne. Det betyr å vurdere og karakterisere kjeldene som blir nytta, altså skilje verifiserte opplysningar frå spekulasjonar (Dalland, 2013, s.67-68). Viktige aspekt for vurdere kjeldene som blir nytta er relevans og gyldighet. Gyldighet seier noko om truverdigheita i kjelda, altså kva tekst det er, kven som har skreve den og for kven teksten er skreve for. Vidare er det viktig å vite noko om formålet med teksten og når den er skreve (Dalland, 2013, s.74-77). Dette er viktig for at lesaren skal få del i refleksjonane som er gjort for å belyse problemstillinga i oppgåva.

Eg har stort sett brukt primærlitteratur i oppgåva, men også anvendt sekundærlitteratur, da primærlitteratur ikkje har vert tilgjengelig. Sekundærlitteraturen er bearbeida og presentert av nokon andre enn den opphavlege forfattaren som kan påverke perspektivet som er presentert og eventuelle feiltolkingar kan ha blitt vidareført i mi oppgåve. Vidare har eg i hovudsak tatt i bruk nyare litteratur, men noko av litteraturen kan anslåast til å vere eldre. Til tross for dette har eg observert artiklar av nyare tid som har referert til dei same artiklane som eg har anvendt i oppgåva, som talar for at dei framleis anvendbare. Døme på dette fagartikkelen frå Sykepleien.no "Må vite mer om barnemishandling" som vart gitt ut i 2014. Dessutan er det også nyare artiklar som problematiserer same tema som dei eldre artiklane, eit eksempel er "Pediatric Inpatient Nurses' Perceptions of Child Maltreatment" (Lavigne et al.) frå 2017, som talar for at emnet framleis er aktuelt.

Artiklane som er brukt i oppgåva er hovudsaklige skrevet på engelsk, som kan ha påverka noko av mi forståing av dei. Vidare er fleire av artiklane eg har funne tatt for seg i område utanfor Skandinavia, som kan føre til at det er nokon ulikhetar i forhold til Noreg, med tanke på forskjellig helsevesen og kultur. Men til tross for dette vurderer eg artiklane eg har valt til å ha ein overføringsverdi når det samsvarar med delar eller heile problemstillinga og når det er likheitstrekk relatert til kultur. Keane & Chapman (2008)

og Plitz & Wachtel (2009) sine artiklar tar utgangspunkt i Australia og Lavigne et al. (2017) tar utgangspunkt i USA. Men sidan både USA og Australia er land som på mange måtar liknar skandinavisk kultur anser eg desse som relevant å bruke. Vidare har eg anvendt Piaget som teoretikar i forbindelse barns kognitive utvikling. Piaget sine teoriar er ein av dei mest innflytelsesrike, men også mest kritiserte. Ein av grunnane til dette er at han har forska på mindre grupper og ikkje minst sine egne barn (Stokkebæk, 2007, s. 56)

Etter å ha studert litteraturen har eg erfart at fleire forfattarar både i bøker og i artiklar brukar barnemishandling og omsorgsvikt som eit felles omgrep som omhandlar fysisk mishandling, psykisk mishandling, vanskjøtte og seksuell misbruk. Dette dekker eit breitt repertoar av handlingar. Denne oppgåva er det fokus på fysisk mishandling, men i fleire tilfelle kan det blir trekt parallellar mellom desse formene for barnemishandling. Kvello (2015) som skriver om skadelige omsorgssituasjonar hos barn er eit eksempel. Eg er forsiktig med å trekke likeheitar mellom dei ulike formene for barnemishandling, men dette er gjort dersom det er overføringsverdi. Vidare blir helsepersonell omtalt som ei generell gruppe i utvalte fagbøker og artiklar, men sidan sjukepleiarar er ein vesentlig og stor del av denne gruppa har eg valt å sjå bort frå dette.

Det er få artiklar som tar utgangspunkt i kommunikasjon med barn i forbindelse med observasjon av teikn og symptom på fysisk vold som er relevant for problemstillinga i oppgåva. Årsaken til dette kan vere at det er eit utfordrande og vanskelig tema å forske på. Dette medfører at det er fokus på den teoretiske kunnskapen som allereie eksisterar om kommunikasjon med barn på sjukehus.

Store delar av teorien er basert på fagbøker av anerkjente forfattarar med god kunnskap på sitt fagfelt. Eit eksempel er Kari Killén som er sosionom og som har utarbeida fleire fagbøker og artiklar som omhandlar barnemishandling. Eit anna døme er Randi Grønseth som er sjukepleiar og har lang klinisk erfaring frå barneavdeling ved Oslo Universitetssjukehus og er lektor på vidareutdanninga i barnesjukepleie ved høgskulen i Oslo. Hennes kliniske erfaring og kompetanse bidrar til auka truverdigheit til fagbøker ho har utvikla. Det same gjeld forfattarane av fagartikkelen; "Må vite mer om barnemishandling" av Skarsaune og Bondas (2014). Skarsaune er anestesistjukepleiar og

universitetslektor og Bondas er helsesøster og professor som støttar opp mot at artikkelen er pålitelig. Vidare er fagprosedyrane eg har anvendt frå helsebiblioteket utgitt av Oslo Universitetssjukehus og er evidensbaserte som støttar opp mot at dette er ei god kjelde. Eg har også anvendt ei handbok for helse- og omsorgspersonell ved mistanke om barnemishandling som er utarbeida av Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress. Det er ikkje redegjort for søkje-prosess, men eg anser den likevel som ein nyttig kjelde i oppgåva. Vidare er litteraturen som underbyggjer arbeidet basert på forskingsartiklar.

### **3. Sjukepleiarens kunnskapsgrunnlag**

Sjukepleiarar forpliktar seg til å utføre fagleg, etisk og juridisk sjukepleie. Dette blir understreka i lovverket i helsepersonelloven (1999) og i dei yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sjukepleiarforbund, 2016). I dette kapittelet blir sjukepleiarens juridisk ansvar i forhold til problemstillinga tatt for seg. Vidare blir dei yrkesetiske retningslinjene som er relevant for temaet presentert. Til slutt blir sjukepleiarens ansvars og funksjonsområde tatt opp.

#### **3.1 Sjukepleiarens juridiske ansvar**

Samfunnet stiller krav og forventningar til utøvinga av sjukepleie som er nedfelt i lovverk og forskrifter. Dette blir utforma som plikter og gir pasienten rettigheitar. Lovverket bidrar til sikkerheit for pasientar og kvalitet i tenesta (Molven, 2014, s. 20) Det er mange lover som påverkar kvardagen til sjukepleiarar. Sjukepleiarar er lovpålagt å gi fagleg og forsvarleg helsehjelp jf. helsepersonelloven § 4 (1999). Vidare er helsepersonell underlagt taushetsplikta jf. helsepersonelloven § 21. I visse situasjonar blir vern av privatpersonar utfordra ved at opplysningsplikt bryter med taushetsplikta. Eit eksempel på dette er at sjukepleiarar skal etter pålegg frå barnevernet, utan hinder frå taushetsplikta, gi opplysningar til kommunens barnevernstenester tilfelle det er grunn til å tru at barn blir misshandla i heimen jf. helsepersonelloven § 33. Dette inneberer at sjukepleiarar skal melde i frå dersom dei observera teikn og symptom på fysisk vold. Hovudpoenget med unntaket er å sikre at barn og unge får ein trygg oppvekst og får nødvendig hjelp dersom dei lever under forhold som kan skade deira utvikling og helse (barnevernloven, 1992)

Vidare skal også sjukepleiarar av eige tiltak melde frå til barnevernet når det er grunn til å tru at barnet blir mishandla i heimen eller det føreligg andre former for alvorleg omsorgsvikt” jf. helsepersonelloven § 33 andre ledd (1999). Det betyr at sjukepleiarar som blir kjent med forhold som til dømes teikn og symptom på fysisk vold skal av eige tiltak melde i frå til barnevernet.

Ein viktig del av yrkesutøvinga til sjukepleiarar er å dokumentere. Formålet med sjukepleiardokumentasjon, som ved anna dokumentasjon ved helsehjelp er først og

fremst ivareta pasientens sikkerheit Jf. helsepersonelloven § 39. Dette inneberer dermed at sjukepleiarar også er pliktige dokumentere dersom dei mistenker mishandling hos barn.

### **3.2 Sjukepleiarens yrkesetiske ansvar**

Sjukepleiarar pliktar å følge dei yrkesetiske retningslinjene som Norsk Sjukepleiarforbund har utarbeida (2016). Retningslinjene er overordna for å sikre fagleg forsvarleg og god kvalitet på sjukepleien som blir utøvd. Sjukepleiarens fundamentale plikt er å fremme helse, førebygge sjukdom og lindre lidning og sikre ein verdig død (Norsk Sjukepleiarforbund, 2016). Med bakgrunn i sjukepleiarens plikt til å fremme helse og hindre lidning, har sjukepleiarane eit ansvar for å observere og vurdere om det føreligg fysisk vold mot barn.

Vidare inneheld retningslinjene blant anna samspelet mellom sjukepleiar og pasient, det sentrale punktet tilseier at pasienten har rett til heilhetlig sjukepleie. Det handlar om å identifisere og ivareta barnets behov, men det gjelder også å sjå barnet i sin heilhet. Barn i aldersgruppa tre til seks år kan ha store individuelle forskjellar som stiller krav til sjukepleien ved at ein tilpassar seg dei ulike barna ein møter.

### **3.3 Sjukepleiarens funksjon og ansvarsområde**

Sjukepleiarutøvinga omfattar ulike område som utgjer sjukepleiarens funksjons- og ansvarsområde. Desse er delt inn i sju kategoriar. Helsefremming og førebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, organisasjon, administrasjon og leiing, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, s.17). Desse funksjonane dannar grunnlaget i møte med pasientar i ulike situasjonar.

Helsefremmande og førebyggjande sjukepleie har fokus på helse, velvere og livskvalitet og omfattar tiltak retta mot den enkelte pasient. Det inneberer også å identifisere potensielle og reelle problem. Helsefremmande sjukepleie er delt inn i primær, sekundær og tertiær førebyggjande tiltak. Sekundærførebygging handlar om å identifisere helsesvikt på eit tidlig stadium og deretter sette i gang tiltak for å hindre

vidare utvikling. Dette kan inneberer at sjukepleiar kan oppdage teikn på fysisk mishandling på eit tidelig stadium slik at det kan settast i gang tiltak så fort som mogleg. Fysisk vold kan gå over lengre tid utan at det blir oppdaga som kan få alvorlige konsekvensar for barnet både fysisk og psykisk . Dette kan vidare føre til tertiærførebyggande tiltak for ytterligere liding (Kristoffersen et al., 2011, s.18) som speglar igjen sjukepleiarens helsefremmande funksjon.

Sjukepleiarens behandlande funksjon handlar om å observere, planlegge, vurdere, evaluere, pleie og omsorg. (Nortvedt & Grønseth, 2010, s.21). Som sjukepleiar handlar dette om å observere det enkelte barnet og sjå etter teikn og symptom og deretter evaluere og vurdere om dette er noko som kan tyde på fysisk mishandling. I denne samanheng er det viktig ha at sjukepleiarens har kunnskap om teikn og symptom som førekjem hos barn som er utsatt for fysisk vold, slik at dette kan bli fanga opp så tideleg som mogleg.

## 4. Teori

Teori er den kunnskapen oppgåva tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillinga skal drøftast i forhold til (Dalland, 2013, s.67). I kommande teoridel blir det først presentert kva fysisk vold inneberer, kva ein skal observere ved fysisk vold og konsekvensar fysisk vold har for barnet. Deretter blir barns psykososiale- og kognitive utvikling, samt tilknytning presentert. Til slutt blir kommunikasjon med barn og barn på sjukehus tatt opp.

### 4.5 Fysisk vold mot barn

Det blir sagt at ein ikkje trur før du ser det. Men ved fysisk vold og andre former for omsorgssvikt er det nært omvendt; ein må tru at barn kan blir utsatt for slikt før ein kan oppdage det (Myhre, 2016, s. 171) Det er lett å stikke hovudet i sanden i slike tilfelle, men det er viktig at dette blir oppklara. Fysisk vold mot barn er i følgje Verdas Helseorganisasjon eit globalt problem (2016), eit problem som må bli tatt på alvor. Sjukepleiarar har eit ansvar, men det krev mot. Det er likevel ein allmenn oppfatning at barnemishandling er vanskeleg å oppdage. Det er derfor viktig sjukepleiarar har kunnskap om ferdigheter som gjer at dei er i stand til å oppdage barn som er utsatt for dette (Keane & Chapman, 2008). Fysisk mishandling er vidt omgrep med mange definisjonar. Eg har valt å bruke definisjonen til helsebiblioteket fordi den tar med seg mykje av det omgrepet omfattar. Dei definera det slik:

”Fysisk mishandling av barn innbærer 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 mishandling når barnets omsorgsperson fabrikerer eller bevisst framkaller sjukdom og/eller symptom hos barnet. I de groveste tilfellene kan overgrepa ta form for forgiftning, drapsforsøk eller drap. Fysisk avstraffelse brukt for å disiplinere og oppdra barn og kjønnslemlestelse av piker defineres også som fysisk mishandling” (Kynø et al., avsnitt 5, 2015)

#### **4.7 Konsekvensar av fysisk vold mot barn**

Det finst ein rekke studie som har undersøkt langtidseffektar av vold i barndommen. Det er nokså godt dokumentert at vold i barndommen er knytt til auka risiko for psykiske helseproblem som vaksen. En norsk studie viste at 76 prosent av ungdommar i barnevernsinstitusjonar fylte kriterier for symptom, start, varigheit og funksjonsnedsetting for minst ein diagnose – ofte Asperger syndrom, ADHD, åtferdsvanskar, depresjon og angst (Thoresen & Myhre, 2016, s. 150). Same resultat kjem også fram i ein artikkel utgitt av PLOS Medicine. Denne artikkelen peikar også på auka sjanse for stoffmisbruk og sjølvmondsfare (Norman, et al., 2012). Vold i barndommen er midlertidig ikkje berre assosiert med psykiske helseplager aleine, men også med ein rekke andre plager og tilpassingsvanskar. Fleire undersøkingar har vist at vold i barndommen kan medføre til spiseforstyrningar, livsstilssjukdommar og kroniske sjukdommar (Thoresen & Myhre, 2016, s.151). At fysisk mishandling i barndommen er viktig risikofaktor for ein rekke helseproblem retter merksemda mot behovet for å utvikle kunnskapsbaserte strategiar for å førebygge mishandling. Både for å redusere lidning i barndommen og for å hindre ein viktig risikofaktor for helseproblem seinare i livet (Norman et al., 2012).

#### **4.6 Observasjon og vurdering av teikn og symptom på fysisk vold mot barn**

Sjukepleiarar møter barn som har opplevd vold i mange ulike situasjonar. For å kunne avdekke mishandling som blir forsøkt haldt skjult, må helsepersonell ha kunnskap om påførte skader og andre kroppslege teikn og symptom. Veldig få oppsøker helsehjelp som direkte følgje av vold og volden blir ofte skjult, helsepersonell må derfor kunne observere og vurdere teikn og symptom som kan vere som følgje av mishandling utan at det har blitt fortalt, eller er kjent (Myhre, 2016, s.170). Observasjon er ein viktig praktisk kunnskap som sjukepleiarar treng, ein må ha kunnskap om kva ein skal observere og korleis. Evna til observasjon byggjer på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing. Observasjon dannar grunnlag for alle vurderingane, beslutningane og handlingane som sjukepleiaren tar (Nortvedt & Grønseth, 2010, s.22-23). Evna til å foreta kliniske vurderingar er ein avgjerande ekspertise og blir omtalt som kjernen i klinisk praksis. For å foreta pålitelege vurderingar må sjukepleiaren ha sterk spesifikk kunnskap, men det byggjer også på erfaring. Ved å trekke med seg lærdom frå tidligare observasjonar og



bruke desse for å tolke nye observasjonar (Nortvedt og Grønseth, 2010, s. 22-23) kan vere til hjelp når ein skal vurdere teikn og symptom på fysisk mishandling. Klinisk undersøking er med på å kartlegge ein persons helsetilstand. Inspeksjon er ein del av den kliniske undersøkinga og må til for å oppdage og vurdere teikn og symptom dersom ein mistenker fysisk vold. I slike tilfelle må kle ofte fjernast for å gjere gode og tilstrekkelig observasjonar og vurderingar (Gro, Amiri, Kyte, 2015, s.588-591). Nedanfor nemner eg ulike kliniske teikn på fysisk mishandling hos barn som sjukepleiar må kunne kjenne igjen ved observasjon. Dette er ein fagprosedyre utvikla av Oslo Universitetssjukehus som er tilgjengelig på helsebiblioteket.

Prosedyren peikar på at blåmerke er den vanligaste funnet ved barnemishandling og blir ofte underdiagnostisert (Kynø et al., 2015). Sjukepleiar må vere observant på stader der det ikkje er naturleg for barn å la seg skade ved vanleg leik. Døme på dette er: auge, øre, munnhole, hals, bryst, mage, samt rygg, overarm, innside lår, handflater, fotsåler og genetalia. Blåmerke som dannar eit mønster i huda som til dømes "snømmønster" og fleire blåmerke med same størrelse eller form bør vekke oppsikt. Blødningar i huda på hals nakke, munnholde og i augene sine bindhinner etter kveldningsforsøk/stangulering er bekymringsverdig. Ved brannskader er det viktig at sjukepleiar ser etter skadens utsjånad, type og forløp. Det kan vere vanskelig vite om det stemmer med forklaringa som blir gitt, fysiske omgivelser eller skademekanisme. Vidare bør ein vere observant på merker etter gjenstandar som ein kan kjenne igjen, døme på dette er; sigarettar, bestikk, strykejern og skåldingsskader. Bitemerke kan også førekomme, dersom sjukepleiaren observera bitemerker som er meir enn 3 cm mellom merkene etter hjørnetennene er det sannsynleg frå ein vaksen. Vidare kjem det fram i fagprosedyren at skader på ansiktsområde førekjem hyppig ved barnemishandling. Symptom på tvangsmating kan vise seg som skader i munnhula. Skader på lepper med hevelse, bløding, rifter og sår skal vekke oppsikt. Traumatisk katarakt, naseskade, ytre og indre øre med blåmerker, blødingar og perforasjon av trommehinner og spinalvæskelekkasje skal vere ein tankevekkjar. Vidare skal skader i hodebunn med hevingar og misfarging som kan komme av kraftig lugging og kjevebeinsbrot misstenkast som fysisk vold. Vidare er det viktig at sjukepleiar spør om skademekanismen dersom barnet kjem inn med skjellettskader eller brot. Passar forklaringa om korleis brotet oppstod med den faktiske skaden? Eksempel på dette er metafyseskade (bøttehank fraktur), spiralbrot og

tverrbrot. Sjukepleiar bør også vere merksam på gamle brot og/eller brot av ulik alder og brot som oppdagast tilfeldig. Ved hodeskader kan det vere mange symptom. Sjukepleiar bør vurdere desse skadane som fysisk mishandling dersom det er symptom som fører til endra bevisstheit, kramper, uregelmessig respirasjon, brekningar og auka fontanellspenning. Det kan også vere aktuelt ved skallebrot og "shaken baby syndrom" som blant anna kan føre til subdurale blødingar (Kynø et al., 2015)

Vidare kjem det fram i fagprosedyren at sjeldne skader, men som også kan vere veldig alvorlige, er spinalskade, bukskade og thoraxskade. Rift i lever, milt, nyrer og tarm er også veldig alvorlig som kan gi blødingar eller septisk sjokk. Nyresvikt som følgje av store muskelskader kan også oppstå. Skade på lungevev, spiserør eller hjerte ved slag eller kraftig trykk mot brystkasse er også aktuelt. Dersom barnet opplever livløshetsanfall som apnoe, fargeforandringar eller dårleg muskeltonus i vaken tilstand og ved søvn på grunn av mishandling er årsaken som oftast påført hodeskade, "filleristing", forgiftning eller kvelingsforsøk. Blir det observert blødning frå nese/munn utan medisinsk årsak kan det tyde på kveling (Kynø et al., 2015)

Fagprosedyren presiserer også at det er viktig at sjukepleiarar og anna helsepersonell har i tankane at det er moglege differensialdiagnosar ved fysisk mishandling. Det kan til dømes vere ein hemtologiske tilstand hos barnet som kan gi auka blødingstendens som til dømes ved alvorlig anemi, leukemi, K-Vitaminmangel eller trombocytopeni. Vidare kan det vere ein metabolsk sjukdom som Glutaric Aciduria som kan gi subdural blødning etter minimale hodeskader. Andre differensialdiagnoser som sjukepleiarar må ha kunnskap om er Mongolian som gir blålige pigment i område på huda eller varicella som kan gi arr som liknar sigarettbrennmerker. Vidare kan osteoporose og cøliaki gi auka bruddtrend (Kynø et al., 2015).

#### **4.1 Barns psykososiale- og kognitive utvikling**

For å få forståing av korleis sjukepleiarar på ei barneavdeling kan fange opp barn som blir utsatt for fysisk vold er det nødvendig å ha kunnskap om barns utvikling. Eit menneske gjennomgår stadig vekk forandringar som følgje av naturleg vekst og utviklingsprosessar. Sjølv om utviklingsprosessar pågår heile livet skjer det mest i

barndommen. Dei fysiske og psykologiske forandringane er omfattande i denne perioden og har avgjerande betydning for livet seinare (Håkonsen, 2014, s.39). Eriksson hevdar at psykososial utvikling i livet er knytt til omgrep som nærleik, tillit, identitet, seksualitet, familie og arbeid. Følelsane og den sosiale utviklinga avhenger av dei sosiale relasjonane som vi etablera på ulike tidspunkt i livet. På ulike tidspunkt i livet vil vi knytte nære relasjonar til forskjellige menneske. Desse relasjonane er viktige i den psykologiske utviklinga. Skadelig relasjonar som til dømes vold frå nære omsorgspersonar kan påverka den psykologiske utviklinga (Kvelling, 2004, s.127). Det er åtte ulike psykososiale fasar som Eriksson har utvikla. Fasen som tar for seg aldersgruppa som oppgåva tar utgangspunkt i er initiativ versus skuld fasen (3-5 år). Initiativ er evna vi har til å sette i gang aktiviteter, både i handlingar og tankar. I dette stadiet bevegar barnet seg både fysiske og psykisk innanfor eit større område, og møter ein verden som på mange måtar er lik den vaksne. Evna til initiativ henger saman med utviklinga om kva som er rett og feil. Dette medfører at barnet føler skuld som følge av sine tankar og handlingar (Håkonsen, 2014, s. 55-57).

Med kognitiv utvikling meiner vi er den mentale prosessen som omfattar det å tenke, løyse problem, utvikle eit språk og omgrep og å gjere vurderingar av ulike slag. Vidare omfattar kognitiv utvikling saneoppfatning, merksemd, hukommelse, og evne til å resonnerer. Intelligens er også ein del av omgrepet og utviklast mellom genetisk arv og miljømessige påverknader, slik som hendingar i oppveksten (Grønseth & Markestad, 2011, s. 31). Fysisk vold kan vere slike hendingar i oppveksten som påverkar den kognitive utviklinga til barnet. Den første som utvikla ein teori omkring den tankemessige utviklinga heiter Piaget. Han seier at barnet gjennomgår ein serie fundamentale forandringar gjennom kognitive ferdigheter frå fødselen fram til 16-års alderen. Den fasen som omfattar den aldersgruppa oppgåva baserar seg på er preopersjonalt stadium. I dette stadiet karakteriserast av at barnet får moglegheit til å utvikle språket og andre symbol og evner seg til ein viss logisk tenking. Piaget hevdar at den største avgrensinga i barnets tankeprosessar er egosentrisitet, det vil sei at barnet manglar evna til å sjå og oppfatte andre menneskets perspektiv og trur at andre menneske ser verden slik som dei sjølv gjer (Håkonsen, 2014, s. 53-54). Slike tankeprosessar kan medføre at barn som blir utsatt for fysisk vold også trur at andre barn har det på same måte.

## **4.2 Barns tilknytning**

Den viktigaste utviklinga hos barn er den som skjer på det følelsemessige og sosiale området. Den spesielle kontakten som oppstår mellom barnet og mor, far eller andre omsorgspersonar er tilknytning. John Bowlby har forska på barns utvikling og fant at mor og far normalt skal vere ein trygg base som barnet kan søke nærleik og trygghet hos. Mellom barnet og omsorgspersonane skapast det eit følelsemessig bånd som dannar grunnlaget for utviklinga og barnets sjølvoppfatning, tryggleik og tillit. Dersom barn ikkje har eit slikt følelsemessig bånd ved at dei veks opp med omsorgspersonar som utøver fysisk vold kan dette påverka barnets sjølvbiletet, tryggleik og tillit. Tilknytning inneberer korleis barn tidelig i utviklinga dannar relasjonar og får følelsar til andre menneske. Trygghet i tilknytning i barneåra er veldig viktig for seinare tilknytingsrelasjonar. Vidare fremmar trygg tilknytning våre sosiale evner og måten å forstå og forholde oss på ein god måte til andre menneske (Håkonsen, 2014, s 46). Eit barn som blir utsatt for omsorgssvikt i tidleg alder, vil utvikle utrygg og usikker tilknytning til foreldra, og dei vil ha det vanskeleg for å etablere tillit til andre (Killén, 2004, s. 129).

## **4.3 Barn på sjukehus**

Når barn leggst inn på sjukehus, møter dei eit framandt miljø. Dei blir utsett for ukjente og utforutsigbare situasjonar som skapar stress, usikkerheit og ubehag. Det kjem for eksempel mange menneske for å snakke, undersøke og ta prøver utan at barnet forstår kva som blir sagt eller gjort. Mangel på respekt og private grenser og redsel for å miste kontroll over seg sjølv ved undersøkingar og prosedyrar kan få barn til å føle seg utilstrekkelig og hjelpeslause. Vidare er det viktig å ta vare på barnets integritet og hjelpe dei til å behalde kontrollen i stressituasjonar. Stress blant barn kan føre til at dei forsvarar seg ubevisst ved å gå tilbake i utviklingstrinn ved for eksempel å snakke babyspråk. Andre teikn på høgt stressnivå kan vere aggresjon, tilbaketrekking, separasjonsangst (Grønseth og Markestad, 2011, s. 55) som kan føre til at det blir utfordrande for sjukeleiar å observere og vurdere om barnet er offer for fysisk vold.

Barnets forståing av korleis kroppen fungera, kva sjukdom er og kva konsekvensar den har, har samanheng med kognitive utviklinga og barnets tidlegare erfaringar. Forståinga har blitt knytt til Piagets teori om barnets kognitive utvikling. Førskulebarn forståing domineras av blant anna konkret tenking, avgrensa evne til å sjå samanheng mellom årsak og verknad og ein tendens til å sjå seg sjølv som ein årsak til at ting skjer. Mange barn trur at grunnen til at dei har blitt sjuke er at dei har fått sjukdommen av nokon, har gjort noko feil eller ikkje har høyrte på foreldra sine. Det er også vanleg at barnet føler skuld eller ansvar for sin eigen sjukdom (Grønseth og Markestad, 2011, s. 56). Denne skulda og ansvaret kan også gjelde når barn blir utsatt for fysisk vold, nokon barn trur dei blir mishandla fordi dei fortentar straff (Tveiten, 2006, s. 270).

#### **4.4 Kommunikasjon med barn**

Barn er ingen einsarta gruppe. Tvert imot er barn og unge, som vaksne, veldig forskjellige derfor er det ikkje noko eintydig oppskrift på korleis ein best kan kommunisere med barn. Dette har noko med biologisk forutsetningar, livshistorie, og utviklingsfase og dels med at sjukedomsbiletet for kvar enkelt er spesiell (Eide & Eide, 2012, s.358).

Kommunikasjon er avgjerande for omsorgsfull sjukepleie. Den består av to typar; nonverbal og verbal. Nonverbal kommunikasjon er utveksling av mimikk, berøring, signal, kroppshaldning og ansiktsuttrykk, medan verbal kommunikasjon presenterast gjennom skrift og tale (Eide og Eide, 2012, s.198). Barn er vare for sjukepleiarens nonverbale signal, dei kategoriserer helsepersonell som "snille" eller "slemme" basert på korleis det er opptre. Det er stor forskjell på om sjukepleiaren smilar og ser på barnet eller om vedkommande ser alvorlig ut og står med henda i kors (Markestad og Grønseth, 2011, s.82). Det er også viktig at sjukepleiaren observerer både foreldra og barnets verbale og nonverbale kommunikasjon ved mistanke om fysisk vold. Nonverbal kommunikasjon spelar like stor rolle om ikkje større enn den verbale dersom ved observasjon av teikn og symptom på fysisk vold. Dette skuldast at fysisk vold er eit vanskeleg tema som gjer det utfordrande å snakke om og fortelle om hendingane (Kvello, 2015, s.322).

God kommunikasjon er dessutan nøkkelsen til å bli kjent med og skape tillitsforhold hos barn. Dette må ligge til grunn for at sjukepleiar skal få observere og vurdere teikn og symptom på fysisk vold hos barn. Det kan vere tidkrevjande og utfordrande å utvikle tillitsforhold til små barn, fordi dei i utgangspunktet er skeptiske til nye vaksne. Barn likar best sjukepleiarar som snakkar vennleg til dei, som er snille rolige og avslappa og gjerne setter seg ned slik at dei får augekontakt med barnet. At sjukepleiaren er fysisk og psykisk tilstade er viktig for at barnet skal få tillit til sjukepleiaren (Grønseth & Markestad, 2011, s. 83). Dette inneberer blant anna at sjukepleiaren skal la ver å ta klokker eller formidle overfor barnet og foreldra at ein har dårleg tid. Vidare er det sentralt at sjukepleiaren prøver å nærme seg barnet ved hjelp av noko som barnet er opptatt av. For eksempel leikar, teikningar og fortellingar. På den måten får barnet uttrykt sine opplevingar og følelsar, samtidig som det er ein god måte å skape kontakt på (Eide og Eide, 2012, s.360; Grønseth & Markestad, 2011, s.84; Tveiten, 2006, s.56)

Barn på sjukehus er i ein vanskelig situasjon, sjukepleiaren må derfor vere den som innleia samtalen og tar initiativ (Tveiten, 2006, s. 60), men det er viktig at barnet får vere hovudpersonen i samtalar med helsepersonell. Førskulebarn har avgrensa evne til å sette seg inn i andre sin tankeverden, og deira egosentriske perspektiv gjer det vanskelig for dei å forstå at ikkje andre alltid skjønner eller forstår kva dei meina eller seier. Barnet må betraktast som å vere eksperten på korleis det er å vere meg. Vidare setter barn lite pris på utspørjingar som er viktig å ha i bakhovudet når sjukepleiar skal snakke med barnet om teikna og symptoma som blir observert. Når sjukepleiaren stiller spørsmål er det viktig å ta utgangspunkt i at barnet ikkje klarar å hente fram frå hukommelsen. Før 7-års alderen er det vanskelege å hente fram hendingar og fortelle dei med egne ord. Da kan det vere at barnet trenger konkrete knaggar å henge historia på (Grønseth & Markestad, 2011, s.83), eit eksempel kan vere å spørje barnet om: "kva som skjedde når du fekk dette blåmerket?".

## **5. Korleis kan sjukepleiar observere og vurdere teikn og symptom hos barn som kan vere utsatt for fysisk vold?**

I dette kapitlet blir materialet som har blitt presentert i teorien drøfta i lys av problemstillinga. Funna blir analysert og materialet blir vurdert i kritisk og tolka opp mot oppgåvas problemstilling. Fag- og forskingsartiklar vil bli anvendt for å understøtte argument i drøftinga.

### **5.1 Sjukepleiarens kunnskap om observasjon og vurdering av teikn og symptom på fysisk vold?**

Evna til å observere og vurdere byggjer på teoretisk kunnskap og er ein del av sjukepleiaryrket. Observasjon dannar grunnlag for alle vurderingar som blir gjort (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 23). Ved hjelp god observasjon og kunnskap om teikn og symptom på fysisk vold kan sjukepleiarar avdekke og vurdere om det føreligg fysisk vold mot barn. Men for å gjere desse observasjonen og vurderingane trengst det kunnskap om kva som avviker frå det normale. Ein må ha kunnskap om til dømes blåmerker som er på unaturlege plassar og merker etter kjente gjenstandar. Det er godt dokumentert at det er mangel på kunnskap og kompetanse blant sjukepleiarar og anna helsepersonell om teikn og symptom på fysisk vold (Plitz & Wachtel, 2009; Tindberg et al., 2008; Lazenbatt & Freeman 2006; Lavigne et al., 2017). I artikkelen til Plitz & Wachtel (2009) kjem det fram at mangelfull kunnskap er ein barriere rapportere vidare om fysisk mishandling mot barn. Sjukepleiarar lar kunnskapen komme tvil og opplever angst og fryktar for å ta feil i slike saker (Lazenbatt & Freeman, 2006). Meir spesifikk kompetanse innan dette feltet er etterspurt. I rammeplanen i bachelor for sjukepleie er ikkje kunnskap om barnemishandling inkludert (Kunnskapsdepartementet, 2008). Med tanke på konsekvensane for barn som blir utsatt for fysisk vold og den minimale kunnskapen sjukepleiarar og helsepersonell generelt har om dette emnet, er det grunn til å stille spørsmål kvifor dette ikkje er eit fagfelt som blir prioritert i utdanninga.

I dei yrkesetiske retningslinjene står det under punkt 2.3 at sjukepleiaren skal ivareta den enkelte pasientens behov for heilehelig omsorg. Det trekkast også fram i punkt 6.2 at sjukepleiaren skal aktivt møte og bidra til å imøtekomme sårbare grupper og deira behov for helse og omsorgstenester (Norsk sjukepleiarforbund, 2016). Eit resultat av at

sjukepleiaren ikkje har kunnskap nok om teikn og symptom på fysisk vold, fører til at punkt 2.3 og 6.2 i dei yrkesetiske retningslinjene ikkje blir ivaretatt.

Vidare bidrar mangelfull kunnskap om teikn og symptom på fysisk vold mot barn til at sjukepleiarens ansvars- og funksjonsområde ikkje blir oppretthaldt. Helsefremmande og førebyggjande sjukepleie inneberer blant anna å identifiserer reelle problem som pasienten har (Kristoffersen et al., 2011, s. 18). Barn som opplever fysisk vold er eit reelt problem som må oppdagast for å hindre fatale konsekvensar for barnet (Normann et al., 2012). Vidare inneberer sjukepleiarens funksjon å observere pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 21). Ved å ikkje ha kunnskap nok til å observere, vurdere og identifisere viktige teikn og symptom på fysisk vold bryter det med funksjonsområda til sjukepleiaren.

## **5. 2 Sjukepleiarens handtering av mistanke**

Når sjukepleiarar observera teikn og symptom hos barn og har tatt ei vurdering om at dette er noko som avviker frå det normale viser det seg at ikkje alle rapportera sin mistanke vidare (Lazenbatt & Freeman, 2006). I følgje Halvorsen, Killén og Grøgaard (2013) tileignar helsepersonell seg ein rekkje psykologiske mekanismar for å beskytte seg sjølv ved mistanke om fysisk vold. Det dreiar seg om overlevingsstrategiar, overidentifisering med foreldra, bagatellisering, rasjonalisering, distansering, projisering og problemforflytning. Ved overidentifisering tileignar helsepersonell foreldra fleire positive eigenskapar som hindrar dei i å sjå realitetane. Dette medfører bagatellisering av den faren som barnet er i. Vidare distansera dei seg frå barnets sårbarhet, angst, liding, og einsemd. Det kjem også fram at dersom helsepersonell ser noko som bekymrar dei, finner dei måtar å rasjonalisere, og bortforklare det dei trur det handlar om. Helsepersonell har også ein tendens til å distansere seg ved å trekkje seg tilbake ved å tenkjer at: "dette er ikkje mitt bord" og plassere ansvaret hos nokon andre. Halvoren et al. (2013) peikar på at evna til å sjå, forstå og handle konstruktiv i disse situasjonane handlar både om kunnskap og haldningar. Det er behov for betre opplæring, betre retningslinjer om korleis helsevesen skal identifisere og reagere på fysiske overgrep og andre former for mishandling.



Vidare har mange sjukepleiarar negative haldingar til barnevernet som fører til at terskelen for å rapportere blir høgare. Plitz & Wachtel (2009) peikar på at ein av hovudgrunnane til manglande tillit til barnevernet var om det ville vere til fordel for barnefamilien. Nokon hadde også negative erfaringar med at varslingar ikkje hadde blitt handtert på ein tilfredsstillande måte. I artikkelen til Plitz og Wachtel (2009) kjem det også fram at frykt for konsekvensar ved varsling om fysisk vold kan også påverke handteringa av mistanke. Frykt for å såre familie, frykt for at familien ikkje vil kontakte helsevesenet ved ein seinare anledning og frykt for å det skal rettast formelle klager mot helsevesenet og eventuelle rettssaker. I små samfunn er det sjukepleiarar som vegrar seg for å rapportere fordi dei er redd for å bli oppdaga kven som ha meldt ifrå og at det skal bli konsekvensar for det. Vidare har haldninga til leiaren og haldninga i avdelinga stor betydning for korleis sjukepleiarane handlar vidare ved mistanke. Sjukepleiarane må føle seg trygge på at dei får støtte når dei står i ein situasjon der dei mistenker barnemishandling (Skarsaune og Bondas, 2014).

Ved å ikkje meld sine mistanke om barn som kan ha blitt påført fysisk vold bryter sjukepleiaren loven. Verken frykt, psykologiske mekanismar eller mistillit til barnevernet skal hindre sjukepleiarar å ta det vidare. Sjukepleiar og anna helsepersonell har plikt til å melde i frå dersom det er mistanke om barnemishandling. Ikkje ein gong taushetsplikta står i hinder i tilfelle der barnemishandling kan vere aktuelt jf. helsepersonellova §33 (1999). I tillegg til brot på § 33 vil det også oppstå brot på forsvarlighetsprinsippet som er nedfelt i helsepersonellova jf. § 4 som sjukepleiarar skal overhalde.

### **5. 3 Relasjon mellom sjukepleiar og barnet**

God kommunikasjon er sentralt i sjukepleie til barn og det er eit viktig hjelpemiddel for å bli kjent med barnet, oppnå tillit og ein god relasjon (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Dersom sjukeleiar mistenker at der føreligg barnemishandling og må observere teikna og symptoma nøyare for å kunne ta ei vurdering må tillit og relasjon ligge til grunn. Det er ikkje uvanleg at barn opplever usikkerhet og stress når dei er på sjukehus fordi dei møter eit framandt og ukjent miljø (Grønseth & Markestad, 2011, s. 55). Ein god relasjon mellom sjukepleiar og barnet kan bidra til at barnet blir mindre stressa og

oppelever tryggleik som er viktig for at sjukepleiar skal få observere og undersøke barnet vidare for teikn og symptom på vold (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Grønseth & Markestad (2011, s. 61) peikar også på at å ha foreldra til stades kan bidra til å redusere stress hos barn på sjukehus. Men på den andre sida kan ein av foreldra vere overgriparen som utsetter barnet for vold som kan føre til at barnet blir meir utrygg og stressa dersom sjukepleiar oppdagar teikn og symptom på barnemishandling. Vidare vil det vere verdifullt at sjukepleiar viser interesse for barnet i bli-kjent fasen og tar initiativ til kommunikasjon for å skape tillit og relasjon til barnet. Men på ein anna side kan framande vaksne vere for pågåande som opplevast som truande for barn, spesielt i situasjonar der alt er nytt og ukjent som kan virke mot sin hensikt. Sjukepleiar kan derfor snakke med foreldra først og halde avstand til barnet i byrjinga, slik at barnet kan observere sjukepleiaren frå avstand, bli vant til stemma, utsjånad og veremåte. Deretter kan sjukepleiar bøye seg ned til barnets nivå, lytte, spørje, og sjå på dei tinga som barnet har med eller ein leike som sjukepleiar ønskjer å vise barnet for å skape kontakt (Grønseth og Markestad, 2011, s. 82). Vidare kan det gagne barnet positivt av å forholde seg til ein fast sjukepleiar under opphaldet, dette skal fortrinnsvis skje i følge forskrift om barns opphald i helseinstitusjon § 5. Dette bidrar til at barnet blir kjent med sjukepleiar og sjukepleiar med barnet som kan føre til at barnet har lettare for å opne seg og fortelje om ting som er vanskelig.

For å få god relasjon mellom sjukepleiar og barnet er det viktig at barnet få vere hovudpersonen i samtalar med helsepersonell. Vidare bør kommunikasjonen vere prega av forståing, akseptering, toleranse og lytting. Dessutan er det viktig at kommunikasjonen skjer på barnets premissar og sjukepleiaren må tilpasse barnets tempo, samt vise interesse for kva barnet er opptatt av. Barn i alderen 3-6 år er i eit stadie som karakteriserast av mogleheiten til å utvikle språk og symbol som inneberer at sjukepleiaren må tenkje gjennom val av ord og uttrykk (Håkonsen, 2014, s. 54 & Grønseth & Markestad, 2011, s 83). Barn er også vare for sjukepleiarens tonefall og nonverbale- signal. Barn føretrekker sjukepleiarar som snakkar vennleg, er snille og er rolige og avslappa, som lyttar og tilbringar tid saman med barna, og gjerne setter seg ned slik at dei får augekontakt (Grønseth & Markestad, 2011, s.83-84). Sjølv om ein sjukepleiar opptrer snill og tillitsful kan det vere vanskelig å skap god relasjon til barnet. Det kan vere at sjukepleiaren utfører prosedyrar som kan verke skremmande på barnet

og dermed svekka tilliten (Grønseth og Markestad, 2011, s. 55). Vidare er det godt kjent at sjukepleiarar opplever dagleg tidsklemme på sjukehus (Kristoffersen & Nordtvedt, 2011, s. 122) som fører til mangel på tid som må til for skape tillit og gode relasjon til barnet. Dette inneberer at sjukepleiar må planlegge arbeidsdagen slik at det blir moglegheit til relasjonsbygging. Barn har behov for å bli sett og sjukepleiar må anerkjenne barnet slik at det føler seg respektert og får ivaretatt sin integritet som samsvarer med dei yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sjukepleiarforbund, 2016).

Når tillit og relasjon er etablert mellom sjukepleiar og barnet, kan sjukepleiar ha eit større fokus på mistanken som har blitt gjort om at barnet er utsatt for fysisk vold. I følgje Killén herskar det ein del usikkerheit om kva ein kan snakke med barn om og korleis ein skal gjere dette, dette er ironisk sidan det er barnet som veit mest om dei forholda som sjukepleiaren prøver å utforske (Killén, 2004, s. 301). Vi snakkar ofte pasienten som ekspert og dette gjelder også barn. Det er viktig å skape arenaer der barn for anledning til å fortelje. Til tross for avgrensa tid til møte med den enkelte er det viktig gi rom for å lytte slikt at barnet kan snakke om vanskelig tema (Myhre, 2016, s. 180). Det er vanleg at barn held vonde opplevingar for seg sjølv. Arbeid med barn krev tolmodigheit og dei kan halde seg passive lenge før dei opnar seg. Dessutan har barn som har handtert sine traume med dissosiering og benekting ikkje alltid lett for å bruke ord for å uttrykke seg (Killén, 2004, s. 444). Det kan då vere sentralt at sjukepleiaren prøver å nærme seg barnet ved hjelp av aktivitetar som leik, teikning eller ein leike som sjukepleiaren har med som kan fange barnets interesse som bidrar til barnet blir meir open for samtale (Grønseth & Markestad, 2011, s.83; Tveiten, 2006, s. 56).

#### **5. 4 Utfordring ved observasjon**

Dersom sjukepleiar mistenker teikn og symptom på fysisk vold og må observere og vurdere desse teikna vidare kan sjukepleiar møte på utfordringar undervegs. Ettersom det er kartlagt at over 20% av ungdom i Noreg har opplevd vold frå minst en forelder i løpet av oppveksten (Mossige & Stefansen, 2016) indikera dette at mange barn opplever vold frå sine næraste pårørande. Barn har rett til ha minst ein av sine pårørande til stades under sjukehusopphaldet i følgje forskrifta om barns opphald i helseinstitusjon jf. kapittel 2 § 6. Dette kan medføre utfordringar knytt til vidare observasjon av

mistenksame teikn som sjukepleiaren oppdagar. Foreldre kan forsøke dekke over symptom og teikn på mishandling i redsel for at dei skal bli avslørt eller vise utolmodighet og ønskje om å forlate undersøkinga før den er ferdig (Kvello, 2015, s. 400). Det kan også skje at foreldra protesterer dersom sjukepleiaren vil sjå nærare på mistenksame blåmerke eller andre skader. Dette stiller store krav til sjukepleiaren når han/ho skal observere og vurdere teikn og symptom. Sjukepleiarar kan fort blir fanga av foreldras framstillingar og vere redd for å støyte foreldra eller bli utsatt for aggresjon når dei kjem med antydingar (Grønseth og Markestad, 2011, s.379). I slike tilfelle kan det vere lurt å tydeleggjere sin bekymring overfor barnet og foreldra slik at ein inngår eit konstruktivt og tillitsfullt samarbeid. Dette kan vere krevjande, og nokon gonger umogleg, men hensyn til barnet må alltid vere det styrande prinsipp (Samtale med foreldre, 2015). Det kan også vere barnet prøver å skjule teikn på mishandling frå omverden (Killén, 2004, s. 147). Det kan dreie seg om bevisst tildekking ved for eksempel dra ned genseren eller ulike grader for fortrenking. Vidare kan det vere at barnet opplever bluferdighet og skam ved å kle av seg og vise skjemmande teikn og symptom på mishandling overfor andre. Det kan i slike tilfelle vere hensiktsmessige å gi barnet eit val ved å ta av genseren eller buksa først slik at barnet får vere med å bestemme som bidrar til at integriteten og verdigheit blir ivaretatt som er tråd med dei yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sjukepleiarforbund, 2016). Sjukepleiaren kan også motivere barnet med ein "premie" etter undersøkinga som kan reduserer fokuset på det som skal skje. Det blir også påpeika i litteratur at mange barn er svært lojale overfor foreldra sine, sjølv om foreldra påfører dei smerte. Lojaliteten ser ut til å vere eit fellestrekk blant mishandla barn og kan nekte på faktisk gjerningar, av frykt for straff eller sanksjonar. Nekting kan også ha med sterke emosjonelle band mellom barnet og foreldra som medfører at barnet ikkje vil innsjå realiteten overfor seg sjølv. Nokon trur også at dei blir mishandla fordi dei fortentar straff og kan prøve å skjule teikn og symptom ved protestere dersom sjukepleiaren vil observere vidare (Killén, 2004, s. 148; Tveiten, 2006, s.270). Barnet må få hjelp til å forstå at det er handlingane som er uakseptable og ikkje personane (Tveit, 2006, s.270)

Det er ikkje unormalt at barn generalisere sin skuffelse, frustrasjon og andre vonde erfaringar i forhold til foreldra, slik at desse barna ofte har gjennomgåande mistillit til den vaksne verden – blant anna sjukepleiarar som gjerne vil hjelpe. Dei erfaringane dei

har til sine tilknytingspersonar, vil prege deira forventningar til hjelpeapparatet (Killén, 2004, s. 310). Dette bekrefta viktighita av at sjukepleiaren brukar tid på tillitsbygging og skape god relasjon til barnet, spesielt når barnet i utgangspunktet har tillitsvanskar til vaksne.

Tindberg, Bredlöv & Ygge (2008) har i sin artikkel intervjuja sjukepleiarar om deira opplevingar med samtale med barn som har erfart mishandling og barnets foreldre, der ein av foreldra er mistenkt. Intervjua viste at sjukepleiaren spelar ein slags dobbeltrolle; både rollen som etterforskar og sjukepleiar. Dette opplevde dei som ubehagelig. Sjukepleiaren sin rolle er ikkje å dømme foreldra, det er derimot å gi og omsorg til barnet som har blitt utsatt (Tindberg et al., 2008). Sjukepleiarens si oppgåve er knytt til sjukepleie, når det har blitt tatt ei vurdering og forholda er meldt vidare er jobben gjort. Det er i slike tilfelle viktig at sjukepleiarar ikkje avviker frå lovverket eller god yrkesetikk som fortel at sjukepleiarar skal gi omsorgsfull hjelp og vise omtanke for pårørande (Norsk Sjukepleiarforbund, 2016 & helsepersonelloven, 1999). Dette inneberer å behandle foreldra med respekt sjølv om dei kan vere moglege utøvarar. Det er viktig at sjukepleiarens egne fordommar ikkje forsterkar negativ samspel mellom familien, men å sjå konstruktivt på det ved å betrakte familien som ein heilheit, der alle treng hjelp (Tveiten, 2006, s.270). Det er sjeldan hensiktsmessig å spekulere om kva som har skjedd, men ha behalde rollen som hjelper, medan andre står for etterforsking (Myhre, 2016 s.179). Når helsepersonell skal formidle til omsorgsgivaren kvifor det er grunn til bekymring, og eventuelt kvifor det er mistanke om vold er det viktig å behalde fokus på barnet forsøke å unngå å plassere skuld (Myhre, 2016, s.179). Av hensyn til foreldres sjølvbilde, deira forhold til barnet og deira samarbeid er det viktig å "ta vare" på dei (Killén, 2004, s. 310).

Myhre (2016, s.172) fortel at mishandling må vurderast i mange situasjonar på lik linje med andre potensielle årsaksforhold. Det er skade og funn kombinert med historia og det klinisk bilete som skal vekke mistanke. Sjukehistorie og forklaringa av hendinga er derfor viktig kjelde for å avdekke mishandling. Det kan vere grunn til mistanke dersom foreldre er vage i beskrivingane om kva som er forårsaka skadane eller foreldra sin beskriving av årsaker til skaden rimar lite med sjølve skaden (Kvello, 2015, s. 400). Dessutan er det viktig at sjukepleiarar er klar over ulike differensialdiagnosar ved

mishandling. På helsebiblioteket er det i fagprosedyren om kliniske teikn på mishandling hos barn gitt opplysningar om moglege differensialdiagnosar, til dømes hematologiske tilstander som kan gi auka blødingstendens eller vannkoppar som kan gi arr som liknar sigarettmerker. Dette er det viktig at sjukepleiarar har kunnskap om slik at ein unngår å trekke for raske konklusjonar (Kynø et al., 2015)

Det krev mot frå sjukepleiaren å vurdere om eit barn er utsatt for barnemishandling. Dersom ein sjukepleiar observera mistenksame blåmerke, bitemerk eller andre teikn må han/ho gjere seg opp ei meining om det ein ser og ta ei vurdering. Dette krev sjølvtilitt hos sjukepleiaren, der ein må stole på seg sjølv og eigne vurderingar. Ein ting er kva ein observera, men kva legg ein i det som bli observert? Skarsaune & Bondas (2014) peikar på at sjukepleiarar trenger støtte, kunnskap og tru på eiga dømmekraft for å vurdere slik saker og for å vite at det ein gjer er rett. Vidare peikar dei på at leiaren har eit ansvar for å legge føringar på korleis haldninga skal vere på dei enkelte områda. Leiarens halding har betydning for korleis sjukepleiaren taklar og vurderer situasjonen, men til sjuande og sist er det den enkelte sjukepleiar som må stå situasjonen og takle den, og stole på sine eigne observasjonar og vurderingar (Skarsaune & Bondas, 2014).

## 6. Avslutning

Hovudfunna viser at fysisk vold mot barn er eit folkehelseproblem (World Health Organization, 2016; Barn-, likestillings og inkluderingsdepartementet, 2014). Det er også trulig ein del mørke tal sidan vold mot barn ofte ikkje kjem fram i dagens lys (Norman et al., 2012). Vidare kjem det fram at barn som har blitt utsatt for barnemishandling kan få store helsemessige konsekvensar (Norman et al., 2012; Thorsen & Myhre, 2016, s. 151; Kvello, 2015, s. 400). Derfor er det avgjerande at sjukepleiarar har kunnskap og mot til å handle dersom dei observera og mistenker at barn har blitt utsatt for fysisk mishandling.

Vidare kjem fram i forskingslitteraturen at det er fleire grunnar til at sjukepleiarar la ver å melde i frå dersom dei har mistanke om barn som blir utsatt for vold. Hovudgrunnen er mangel på kunnskap om observasjon av teikn og symptom (Plitz & Wachtel, 2009; Lazenbatt & Freeman, 2006; Tindberg et al., 2008, Keane & Chapman, 2008). Når sjukepleiarar lar denne tvilen regjere er det først og fremst barnet det går utover som bidrar til å styrke og oppretthalde barnets liding. Vidare er det brot på lova jf. helsepersonellove § 33 (1999) og dei yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sjukepleiarforbund, 2016). Det strider også med sjukepleiarens funksjons- og ansvarsområd (Kristoffersen et al., 2010, s.17-18). Ved styrke kunnskapen om teikn og symptom på barn som kan vere utsatt fysisk vold kan det hjelpe sjukepleiarar å vere meir merksame og bidra til å oppdage og avdekke fleire tilfelle. Det er også eit tema som bør bli lagt vekt på sjukehusavdelingar og gi rom for å diskutere som kan bidra til at fleire delar sine bekymringar slik at ikkje tvilen og usikkerheten tar over. Vidare bør fysisk vold mot barn og andre former for barnemishandling integrerast i sjukepleiarutdanninga slik at vi er forberedt på å møte desse barna i yrkeslivet. Det er derfor viktig å sette problemet på dagsorden, slik at det blir snakka om, noko som er med på å gi sjukepleiarane bevissthet og sjølvtilit rundt problematikken.

Vidare kjem det fram i oppgåva at sjukepleiarar møter mange utfordringar knytt til observasjon av teikn og symptom på fysisk vold. Barn som opplever vold er ofte knytt til nære relasjonar (Mossige & Stefansen, 2016). Truleg er desse tilstade under sjukehusopphaldet som kan føre til at dei dekker over teikn og symptom eller går frå undersøkingar for å unngå å blir avslørt (Kvello, 2015, s.400). Dette stiller store krav til

sjukepleiaren når teikn og symptom skal observerast og vurderast. Det hender også at barn vil skjule for omverden det dei har blitt utsett for som gjer observasjonane kan bli vanskelige. God kommunikasjon og tillit er viktig for relasjonsbygging til barnet (Grønseth & Markestad, 2011, s. 83) og må ligge til grunn når sjukepleiaren skal få observere og vurdere vidare om det føreligg fysisk vold. Oppgåva peikar også på at i dei tilfella pårørande er mistenkte er det viktig at sjukepleiarar ikkje avviker frå god yrkesetikk. Tindberg et al. (2008) fortel i sin artikkel at sjukepleiaren spelar ei slags dobbeltrolle som etterforskar og sjukepleiar. Det er då viktig å unngå å spekulere om kva som har skjedd, men å behalde rollen som hjelpar (Myhre, 2016, s. 179). Sjukepleiarens oppgåve er knytt til sjukepleie, når det er gjort ei vurdering og meld ifrå om forholda er jobben gjort.



## Litteraturliste

- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014). Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017). Henta frå: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld\\_overgrep\\_web.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld_overgrep_web.pdf)
- Barnevernloven .(1992). *Lov om barneverntjenester*. Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Bjørk, I.T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: Akribe
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide og Eide. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Grov, E., Amiri, D-M., Kyte, L. (2015). Klinisk undersøkelse. I Grov. E., Holter. I-M (Red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (S. 588- 591). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatri og Pediatrisk sykepleie* (3. Utg.). Bergen; Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
- Halvorsen, S., Killén, K., & Grøgaard, J. (2013). Hvorfor overser vi barnemishandling. *Tidsskrift for den norske legeforening*. Doi: 10.4045/tidsskr.12.0801
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v*. Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

- Håkonsen, K-M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Keane, C., & Chapman, R. (2008). Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 16(1), 5-13. Henta frå: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105769187>
- Killén, K. (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. (3. utg.) Oslo: Kommuneforlaget.
- Kristoffersen, N-J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (2011). *Grunnleggendesykepleie bind 1, Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanningen*. Henta frå: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kynø, N., Linboe, A., Vestland, N., Skotte, L, H., Bjaanes, A, K., S., Syversen, M., Randklev, S .(2015). Kunnskapscenteret Fagprosedyrer Mishandling av barn- fysisk. Henta frå: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-fysisk>
- Lavigne, J., Portwood, S., Findlow, J., Larissa, R & Brunner, H. (2017). Pediatric Inpatient Nurses' Percetions of Child Maletreatment. *Journal of Pediatric Nursing*. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2017.01.010>
- 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
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag

Mossige, S. & Stefansen, K (red.). (2016). «Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007-2015» . (NOVA Rapport nr. 5, 2016). Oslo: Norsk institutt for forskning på oppvekst, aldring og velferd.

Myhre, M .(2016). Helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevd omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. I Øverlien, C. Hauge, M-I. Schulz, J-H (Red), *Barn, vold og traumer* (s.170-180). Oslo: universitetsforlaget AS

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001349.

Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

Henta frå: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2010) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I: H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth(red.). *Klinisk sykepleie 1*.(4. utg. s.17-32 ). Oslo: Gyldendal Akademisk

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. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105359846>

Samtale med foreldre. (2015). *Håndbok for helse- og omsorgspersonell ved mistanke om barnemishandling*. Henta frå: <https://www.nkvts.no/sites/Barnemishandling/Utreddning/Pages/Samtale-med-foreldrene.aspx>

Skarsaune, K., & Bondas, T. (2014). *Tidsskriftet Sykepleien*; Må vite mer om barnemishandling. DOI: 10.4220/sykepleiens.2014.0134

Stokkebæk, A. (2007). *Psykologi 1. Udviklingspsykologi*. (2. Utg.). København: Nyt Nordisk Forlag

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

Thoresen, s & Myhre, M. (2016). Tiden leger ikke alle sår. Vold og traumer i et livsløpsperspektiv. I Øverlien, C. Hauge, M-I. Schulz, J-H (Red), *Barn, vold og traumer* (s.150-151). Oslo: universitetsforlaget AS

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

Tveiten, S. (2006). *Barnesykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

World Health Organization. (2016). *Child maltreatment*. Henta frå: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>