



Hvordan kan sykepleier ved legevakt bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn?

Kandidatnummer: 731
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie, emne 14B

Antall ord: 8135
Dato: 16.04.2018

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole 16.04.2018
<p>Tittel Hvordan kan sykepleier ved legevakt bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn?</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier ved legevakt bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> I oppgaven anvendes det teori om barnets utvikling og tilknytning, kommunikasjon med barn samt barnets møte med legevakt. Ulike symptomer og tegn på at barn utsettes for fysisk mishandling vil bli presentert. Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde samt juridiske og yrkesetiske ansvar vil også bli gjort rede for.</p> <p><u>Metode</u> Metode er en litterær studie som benytter seg av relevant fag- og forskningslitteratur for å besvare problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting</u> Hvordan sykepleier kan bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn vil bli drøftet ut ifra spesifikke utfordringer som pekes på av nyere forskning.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleier kan bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn ved å vurdere sine observasjoner basert på nødvendig teoretisk kunnskap. Videre har sykepleier et juridisk og yrkesetisk ansvar til å se voldsutsatte barn. Forskning viser imidlertid at sykepleier ofte forsømmer sitt sykepleiefaglige ansvar i situasjoner der barnemishandling mistenkes.</p>	

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensninger og presisering	2
1.4	Oppgavens disposisjon.....	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Utviklingsteori.....	4
2.2	Tilknytningsteori	4
2.3	Kommunikasjon med barn	5
2.4	Barn på legevakt	6
2.5	Fysisk mishandling	6
2.5.1	Kliniske tegn på fysisk mishandling	7
2.5.2	Andre tegn og symptomer på fysisk mishandling	7
2.6	Sykepleieperspektivet	8
2.6.1	Sykepleierens juridiske ansvar.....	8
2.6.2	Sykepleierens yrkesetiske ansvar	9
2.6.3	Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder	10
3	Metode	11
3.1	Metodebeskrivelse	11
3.2	Litteratursøk og funn.....	11
3.3	Kildekritikk	12
4	Presentasjon av forskningsartikler	15
4.1	Forskningsartikkel nr. 1	15
4.2	Forskningsartikkel nr. 2	15
4.3	Forskningsartikkel nr. 3.....	16
5	Hvordan kan sykepleier ved legevakt bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn?.....	17
5.1	Symptomer og tegn på fysisk mishandling	17
5.2	Kritisk til forklaring.....	19
5.3	Kommunikasjon mellom barn og sykepleier	20
5.4	Barnets tilknytning.....	22
5.5	Potensielle utfordringer	23
5.6	Er det for sent å forebygge?	24
6	Avslutning	25
	Litteraturliste	27

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Da Christoffer Gjerstad Kihle var åtte år gammel døde han av skadene han ble påført av en av sine omsorgspersoner. Mishandlingen hadde pågått i flere år, men ingen offentlige instanser forstod hva som foregikk - før det var for sent (Gangdal, 2011). I psykiatripraksis ble jeg kjent med en pasient som ble mishandlet av sin far i mange år. Barndommen hennes var preget av vold, men det var ingen som så henne og ga henne den hjelpen hun sårt trengte. Hennes voksne liv er sterkt preget av misbruket, og hun har bodd på ulike psykiatriske institusjoner siden hun flyttet hjemmefra for 15 år siden.

Det finnes dessverre mange eksempler på at barnemishandling har blitt oversett av helsepersonell, selv om tegnene i ettertid virker tydelige (Myhre, 2016b). Vold mot barn og unge er et betydelig samfunnsproblem i Norge, og utgjør en stor belastning for barn som rammes (Myhre, Lindboe & Dyb, 2010; Myhre, Thoresen & Hjemdal, 2015). I en nasjonal undersøkelse fra 2015 oppga en av ti ungdommer at de hadde vært utsatt for en form for fysisk mishandling under oppveksten, og det er store mørketall i tillegg til disse (Myhre et al., 2015).

Forskning hevder at fysisk vold fra foresatte vanligvis skjer første gang i førskolealder (Myhre et al., 2015). Fysisk mishandling er en trussel mot barnets nevrologiske, kognitive og emosjonelle utvikling og bør derfor oppdages tidlig for å forebygge senskader (Myhre et al., 2010).

Det å kunne gjenkjenne voldsutsatte barn er en forutsetning for å kunne hjelpe dem (Myhre, 2016b). Kunnskap om voldens prevalens og hvem som rammes, samt dens konsekvenser kan også bidra til at sykepleier ser de utsatte barna (Myhre et al., 2015). Alle barn fortjener en sykepleier som tør å se det man kanskje helst ikke vil anerkjenne; at noen barn vokser opp i en hverdag preget av vold.

Det er mange barn som lever utrygt i Norge i dag, og noen er i livsfare (Andersland & Mevik, 2016). Å hjelpe disse barna er en viktig samfunnsoppgave, og sykepleiere spiller en viktig rolle i dette arbeidet. Det er lite undervisning om barnemishandling i sykepleierutdannelsen,

og formålet med denne oppgaven er derfor å tilegne meg mer kunnskap om temaet, samt å se nærmere på hvordan sykepleier kan gjenkjenne voldsutsatte barn.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen i denne bacheloroppgaven er;

Hvordan kan sykepleier ved legevakt bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn?

1.3 Avgrensninger og presisering

Barnemishandling er et vidt begrep som kan deles inn i vanskjøtsel, psykisk mishandling, fysisk mishandling og seksuelle overgrep (Grønseth & Markestad, 2013). Å begrense voldsbegrepet kun til fysisk vold vil skjule et større bilde av volden og dermed begrense vår mulighet til å forstå hvordan den påvirker barnets totale livssituasjon (Mevik & Edvardsen, 2016). På grunn av oppgavens begrensninger vil likevel kun den fysiske mishandlingen bli teorisert og drøftet. Begrepene fysisk mishandling og vold vil i oppgaven bli brukt om hverandre.

Denne oppgaven omhandler barn mellom 2 og 5 år som ankommer legevakt sammen med sine omsorgspersoner. Begrepet omsorgsperson brukes her om forelder eller annen person som har omsorgsrett for barnet. Sykepleier har ingen kjennskap til om barnet har vært utsatt for fysisk mishandling tidligere. For å være kjønnsnøytral vil sykepleier bli omtalt som "hen" i oppgaven.

Flerkulturelle perspektiver eller annen etnisk opprinnelse enn norsk, samt bruk av fysisk avstraffelse i barneoppdragelse, vil ikke omtales i oppgaven. Potensielle risikosituasjoner hos omsorgsperson eller barn, samt årsaken til den fysiske mishandlingen, vil ikke bli omtalt. Oppgaven vil heller ikke gå inn på dokumentasjon, utredning eller aktuelle tiltak ved mistanke om mishandling, eller oppfølging av barnet i ettertid.

Sykepleierens behandlende funksjon involverer observasjon, vurdering, planlegging, gjennomføring, evaluering og dokumentasjon av pleie og omsorg, men på grunn av

oppgavens omfang vil kun den observerende og vurderende funksjon bli omtalt (Nortvedt & Grønseth, 2015).

1.4 Oppgavens disposisjon

I dette kapitlet har bakgrunn for valg av tema, problemstilling og aktuelle avgrensninger blitt presentert. Kapittel 2 vil ta for seg nødvendig teoretisk kunnskapsgrunnlag for å kunne belyse problemstillingen. Videre vil kapittel 3 presentere metode og aktuell litteratur, samt kildekritikk, og kapittel 4 vil presentere forskningsartiklene som er brukt i oppgaven. Deretter vil oppgavens problemstilling bli drøftet i kapittel 5 etterfulgt av en avslutning i kapittel 6.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet vil det bli presentert relevant teoretisk kunnskap som sykepleier må ha når hen skal bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn.

2.1 Utviklingsteori

Piaget (1895-1980) sin utviklingsteori deler barnets kognitive utvikling inn i fire faser etter nivå av tenking. Barn mellom 2 og 6 år representerer den preoperasjonelle fasen. Barnets evne til å tenke utvikles raskt, og barnet begynner å anvende språk for å tilegne seg nye kunnskaper (Ruud, 2016). Et viktig kjennetegn ved den preoperasjonelle fasen er den egosentriske tankegangen, det vil si at barnet trekker konklusjoner ut ifra hva de selv har erfart, og de har dermed begrenset evne til å forstå andre perspektiver enn sitt eget. Et annet viktig kjennetegn er at barnet er preget av magisk tenkning, og det kan ha problemer med å skille fantasi fra virkelighet. Videre forholder barnet seg hovedsakelig til hva som skjer her og nå, og det er derfor krevende for barnet å bruke tidligere erfaringer i problemløsning. Det finnes individuelle forskjeller, men utviklingspsykologien kan bidra med en generell forståelse av hvilke forutsetninger barn av ulike aldre har (Ruud, 2016).

2.2 Tilknytningsteori

Bowlby presenterte den første tilknytningsteorien i 1950-årene, og i dag er den et viktig bidrag til forebyggende arbeid (Ruud, 2016). Tilknytningsteori hevder alle barn knytter seg til sine omsorgspersoner uansett hvordan de blir behandlet, fordi de er totalt avhengig av disse for å overleve. Barn knytter seg imidlertid ulikt til sine omsorgspersoner avhengig av det følelsesmessige samspillet mellom dem (Killén, 2013). Barn med sensitive omsorgspersoner, som prioriterer barnets behov foran sine egne, vil utvikle en trygg tilknytning. Disse barna opplever at deres omsorgspersoner vil beskytte og ta vare på dem (Ruud, 2016). Barn som ikke opplever at deres omsorgspersoner er følelsesmessig tilgjengelig overfor deres behov vil ikke føle seg trygge på at de vil beskytte og ta vare på dem, og utvikler derfor en utrygg tilknytning. Disse barna kan eksempelvis ha opplevd sine foreldre som invaderende, passive eller uforutsigbare (Killén, 2013). Tilknytningen vil påvirke barnets evne til å knytte seg til andre mennesker senere i livet (Killén, 2013; Ruud, 2016)

2.3 Kommunikasjon med barn

Grunnleggende prinsipper i kommunikasjon med barn er mening, verdighet og anerkjennelse (Ruud, 2016). Barn kan formidle hvordan de har det, men trenger en samtalepartner som har respekt for barn som et selvstendig individ og som viser at det er verdt å lytte til (Eide & Eide, 2014). Sykepleier trenger kunnskap om hvordan barn oppfatter hendelser og hvordan de tenker omkring dem, og må tilpasse samtalen etter barnets alder og utviklingstrinn. Dersom sykepleier stiller spørsmål barnet ikke har forutsetninger for å forstå kan det demotivere barnet til å delta videre i samtalen (Grønseth & Markestad, 2013).

I preoperasjonell fase øker barnets ordforråd betraktelig, og fra treårsalder begynner barnet å stille mange spørsmål (Ruud, 2016). Fra fireårsalder begynner barnet å utvikle en logisk forståelse (Grønseth & Markestad, 2013). Barn i denne fasen behersker språket tilsynelatende godt, men de kan tilegne ord en annen betydning enn hva voksne gjør, til tross for at de bruker ordene i riktig sammenheng (Eide & Eide, 2014). I denne fasen har ikke barnet utviklet ferdigheter som abstraksjon og generalisering og det har derfor vanskeligheter med å uttrykke seg om hvordan det føler seg, samt presisere poenget i en fortelling (Grønseth & Markestad, 2013). Disse barna bruker både språk og atferd for å uttrykke seg, og kommuniserer derfor best når ord og handlinger kombineres i samtalen (Eide & Eide, 2014).

Barn i denne fasen preges av fantasier, og kommuniserer ofte med metaforisk formidling (Eide & Eide, 2014). Bruk av metaforer kan hjelpe barn med å kommunisere på en mer indirekte måte når de skal uttrykke seg om ubehagelige ting de har opplevd (Ruud, 2016). Videre preges disse barna av magisk tenkning og kan derfor tro at det som skjer rundt dem er en følge av deres egne tanker (Eide & Eide, 2014). På grunn av deres egosentriske tankegang vil ikke disse barna alltid forstå at andre ikke skjønner hva de mener (Grønseth & Markestad, 2013).

Barn kan oppleve fremmede voksne som truende, særlig på legevakten der alt er nytt og ukjent. Det kan være gunstig å først henvende seg til omsorgspersonene, slik at barnet kan bli vant til sykepleierens stemme, utseende og væremåte, og etterhvert inkludere barnet i samtalen. Barn er vare på toneleie og nonverbale signaler, og kan fort definere sykepleier som "snill" eller "slem" basert hva de sier og hvordan de oppfører seg. Barn liker sykepleiere som snakker rolig og vennlig, som lytter og tilbringer tid sammen med dem og som setter seg ned slik at de kan ha øyekontakt (Grønseth & Markestad, 2013).

2.4 Barn på legevakt

Barn med skader undersøkes og behandles ofte hos legevakten. Besøket preges av korte og målrettede konsultasjoner, og helsepersonell kjenner som regel ikke pasienten fra før (NKVTS, 2015). Barn som kommer til legevakten møter et fremmed miljø, og de utsettes for ukjente og uforutsigbare situasjoner som kan skape stress. Det tekniske miljøet på legevakten er ofte preget av maskiner, lys og uvante lyder og lukter, noe barnet kan oppleve som truende (Grønseth & Markestad, 2013). Barnets toleranse for stress synker drastisk på legevakten på grunn av det ukjente miljøet og eventuell sykdom eller skade. De største kildene til stress er adskillelse fra omsorgspersoner, eller trussel om dette, samt aktuelle undersøkelser og prøvetakinger som utsetter barnet for ubehag eller smerte. Stress gir barnet en følelse av utrygghet, og kan forsterke smerter og forverre barnets medisinske tilstand. Selv om barnets mulighet til medbestemmelse er begrenset på legevakten, er det viktig at sykepleier likevel legge til rette for at barnet kan være med på å ta noen beslutninger. Å gi barnet en viss form for kontroll kan bidra til å minske barnets opplevelse av stress (Grønseth & Markestad, 2013).

2.5 Fysisk mishandling

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) sin definisjon av barnemishandling spesifiserer at det er en av barnets omsorgspersoner som utøver mishandlingen, og utelukker dermed den type vold som ikke spesifiserer relasjonen mellom utøver og offer (NKVTS, 2015).

NKVTS definerer fysisk mishandling slik:

«Tilsiktet bruk av fysisk makt mot et barn som resulterer i, eller har potensial til å resultere i, fysisk skade. Fysisk barnemishandling innebærer at en voksen foresatt 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 m.m. I de groveste tilfellene kan overgrepene ta form av forgiftning, drapsforsøk eller drap. Fysisk avstraffelse brukt for å disiplinere og oppdra barn er også som mishandling (NKVTS, avsnitt 2, 2015)».

2.5.1 Kliniske tegn på fysisk mishandling

Hudskader som blåmerker, rift og kutt er de vanligste funnene ved fysisk mishandling (Myhre, 2016b). Typiske lokalisasjoner for påførte skader er øre, øyne, munnhule, hals, bryst, mage, rygg, overarm, innside lår, håndflater og fotsåler (Kynø, Lindboe, Vetlesand, Skotte, Bjaanes, Syversen & Randklev, 2015). En bør mistenke mishandling dersom det er et stort antall hudskader, flere skader med ulik alder, skadene er gruppert eller dersom de har lik form og størrelse (Myhre, 2016a; Myhre, 2016b)

Dersom barnet har vært utsatt for kvelningsforsøk vil det oppstå petekkier på hals, nakke, i munnhule og/eller i øyne. Livløshetsantall og blødninger fra nese og munn kan også tyde på kvelning (NKVTS, 2015). Bittmerker over tre cm stammer sannsynlig fra voksne (NKVTS, 2015). Skader i munnhulen kan være tegn på tvangsmating, og ved hevelse, rifter, og blødninger på lepper bør mishandling mistenkes (Kynø et al., 2015). Skader i hodebunnen med misfarging og hevelse skyldes ofte påført skade. Forgiftning ved påført feilmedisinering kan gi symptomer som nedsatt bevissthet, kramper, oppkast, diaré og påvirket respirasjon (Kynø et al., 2015).

Hodeskader, bruddskader og brannskader er sjeldne, men tilfellene preges ofte av alvorlig vold (Myhre, 2016a). Ved endret bevissthet, kramper, uregelmessig respirasjon og brekninger skal hodeskader vurderes (Kynø et al., 2015). Det er sjelden ytre tegn, og disse symptomene kan mistolkes som sykdom dersom det ikke er opplyst informasjon om skade (NKVTS, 2015). Ribbeinsbrudd er typisk for mishandling, og uvanlig lokalisasjon som hodeskalle, skulderblad, ryggvirvel, brystbein, bekken og kjeveben bør også vekke mistanke. Dersom en oppdager gamle brudd, eller brudd som oppdages tilfeldig, skal det stilles spørsmål om påført vold (Kynø et al., 2015). En skal mistenke barnemishandling ved brennmerker etter gjenstander eller ved skåldingsskader med markert avgrensning til frisk hud (NKVTS, 2015).

2.5.2 Andre tegn og symptomer på fysisk mishandling

Hvis skadeomfanget ikke stemmer med hendelsen eller skaden ikke passer med barnets utviklingsnivå bør sykepleier vekke mistanke. Det er suspekt dersom forskjellige personer oppgir ulik forklaring eller hvis forklaringen endres. Det bør også vekke mistanke om påført skade dersom omsorgspersonen angir at barnet ikke har klaget eller vist tegn på smerte. I

tillegg blir barn utsatt for mishandling ofte tatt med sent til lege. Sykepleier på legevakt bør alltid være oppmerksom på barnets tidligere sykehistorie (Kynø et al., 2015).

Noen barn blir mishandlet i en slik grad at det påvirker helsen deres. Derfor er det viktig å vurdere mishandling som en av mange mulige årsaker til helseplager hos (Myhre, 2016b). Barn kan vise et bredt spekter av symptomer og tegn på underliggende fysisk mishandling, men ingen av disse er imidlertid entydige. I visse tilfeller viser ikke barnet noen symptomer. Voldsutsatte barn kan ofte ha diffuse symptomer som muskulære smerter i rygg og bryst, vondt i magen og vondt i hodet. Særlig “vondt i magen” er et vanlig symptom hos disse barna, og det kommer ofte i kombinasjon med avførings- og vannlatingsproblemer (Myhre, 2016a).

Barnets framtoning er relevant å observere, samt deres samspill med sine omsorgspersoner (Myhre, 2016a). Barnemishandling er foreldreatferd, og observasjon av deres samspill kan gi viktig informasjon om barnets omsorgssituasjon. Atferd som kan gi mistanke om mishandling er blant annet likegyldige omsorgspersoner som mangler medfølelse for barnet, omsorgspersoner som har urealistiske forventninger til barnet, hvis barnet ikke kommer til ordet eller dersom omsorgspersoner gjør narr av eller uttaler seg nedlatende om barnet (Myhre, 2016b).

2.6 Sykepleieperspektivet

2.6.1 Sykepleierens juridiske ansvar

Formelt har barn et sterkt rettsvern. Grunnlovens §104 omhandler barnets selvstendige rettigheter, og fastslår barns rett til vern om sin personlige integritet og rett til respekt for sitt menneskeverd, og gir dermed direkte vern mot vold og overgrep (Grunnloven, 1814; Andersland & Mevik, 2016). Barnekonvensjonen (1989) har forrang fremfor annen lovgivning, og artikkel 19 slår fast at barn har rett til frihet fra vold, og den forplikter samfunnet å beskytte barn mot fysisk og psykisk vold, misbruk, vanskjøtsel, utnyttelse og seksuelle overgrep. Grunnloven og barnekonvensjonen bør gi barn i Norge et solid rettsvern mot vold og overgrep, men dette vernet styrkes ytterligere i andre lovbestemmelser (Andersland & Mevik, 2016).

Helsepersonelloven §21 gir helsepersonell taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999). Taushetsplikten bidrar til at hjelpetrequende oppsøker helsehjelp, og er helt nødvendig for å opprettholde et tillitsforhold mellom befolkningen og helsevesenet (Andersland & Mevik, 2016). Taushetsplikten har imidlertid sine begrensninger, og i enkelte tilfeller kan eller skal taushetsbelagt informasjon videreformidles (Helsepersonelloven, 1999).

Helsepersonelloven §23 gir sykepleier rett til å utlevere opplysninger til andre dersom det kan hindre at et barn utsettes for en skadevoldende handling. Nødvendige opplysninger skal gis til den som kan avverge faren (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleier plikter å videreformidle opplysninger til nødetater når det er nødvendig for å avverge at barn utsettes for alvorlig skade, eksempelvis når barn utsettes for vold eller andre overgrep (Helsepersonelloven, 1999, §31). Videre skal sykepleier være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten, og helsepersonelloven §33 gir den enkelte sykepleier opplysningsplikt dersom slike forhold oppdages (Helsepersonelloven, 1999).

Pasient- og brukerrettighetsloven spesifiserer at informasjon skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Videre skal sykepleier etterstrebe at mottaker har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.6.2 Sykepleierens yrkesetiske ansvar

De yrkesetiske retningslinjene beskriver sykepleiers etiske fundament, og grunnlaget for all sykepleiepraksis er respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, samt være kunnskapsbasert. Sykepleieren har et personlig ansvar for at deres sykepleieutøvelse er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Videre skal sykepleier være bevisst på grensene for egen kompetanse, praktisere innenfor denne og søke veiledning ved behov (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Sykepleier skal fremme helse og forebygge sykdom, og ivareta barnets behov for helhetlig omsorg og tilpasset informasjon. Sykepleier skal også ivareta barnets verdighet og integritet, og beskytte det fra krenkende hendelser. Barnets interesse skal alltid hensyntas når det oppstår

konflikt mellom barnet og dets pårørende (NSF, 2011). Videre skal sykepleier bidra aktivt til å ivareta sårbare gruppers behov for helse og omsorg, herunder barn som er totalt avhengig av andre for å overleve (NSF, 2011; Ruud, 2016).

2.6.3 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder

Hvordan sykepleier tilnærmer seg og ivaretar sine pasienter preges av spesifikke ansvars- og funksjonsområder, og sykepleierens evne til å ivareta disse påvirker kvaliteten på pleien de yter. Sykepleiers ansvar omfatter juridiske og yrkesetiske retningslinjer som sammen med handlingskompetanse regulerer sykepleieutøvelsen. Videre har sykepleier mange ulike funksjoner, deriblant behandlende, forebyggende og helsefremmende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2015).

Sykepleierens behandlende funksjon involverer blant annet å observere og vurdere pasienten. Sykepleier trenger teoretisk kunnskap og klinisk erfaring for å kunne observere pasienten. Observasjon er en viktig kunnskapskilde fordi barnemishandling ofte ytrer seg via barnets kroppslige symptomer og tegn. Klinisk vurdering av aktuelle observasjoner danner et grunnlag for beslutninger og handlinger som iverksettes videre, og er en avgjørende komponent ved mistanke om barnemishandling (Nortvedt & Grønseth, 2015).

Forebygging tar utgangspunkt i å identifisere potensielle og aktuelle problemer, og helsefremming har som mål å styrke pasientens egne ressurser (Nortvedt & Grønseth, 2015). Killén (2013) deler forebygging inn i universal, selektiv og indikert forebygging. Denne oppgaven omhandler den indikerte forebyggingen, som har som mål å redusere og hindre konsekvenser av problemer som allerede har oppstått. Denne typen forebygging rettes mot barn som har blitt mishandlet, for å forhindre negativ eller forsinket utvikling (NKVTS, 2015).

3 Metode

Metode er et redskap som brukes for å samle inn nødvendig data i en oppgave. Metoden fungerer som en veileder som skal bidra til å løse problemer og finne frem til ny kunnskap. Valg av metode begrunnes med hvilken som er mest hensiktsmessig med tanke på å belyse den aktuelle problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2015).

3.1 Metodebeskrivelse

Denne oppgaven er en litterær studie. Det betyr at problemstillingen besvares ved å hente data fra allerede eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Aktuelle kilder skal alltid vurderes med tanke på deres kvalitet og relevans for oppgaven (Dalland, 2015). Denne oppgaven baseres hovedsakelig på fagbøker, forskningsrapporter og forskningsartikler.

3.2 Litteratursøk og funn

Litteratursøk omhandler hvordan en finner frem til litteraturen som best belyser problemstillingen (Dalland, 2015). Søket etter litteratur startet ved Lovisenberg Diakonale Høgskole sitt eget bibliotek, der jeg fant flere fagbøker med relevans for min problemstilling. Det fantes flere bøker om emnet, både norske og internasjonale, nyere og eldre. Jeg gikk igjennom de ulike bøkernes innholdsfortegnelse, skumleste raskt igjennom resten av bøkene, og valgte til slutt norsk faglitteratur av nyere dato. Videre gikk jeg nøye igjennom de utvalgte bøkene og plukket ut kapitler som var relevant for å besvare min problemstilling. I tillegg til disse bøkene har jeg også valgt ut faglitteratur vi har hatt på pensum tidligere i studiet, herunder «Kommunikasjon i Relasjoner», «Pediatri og pediatrisk sykepleie», og «Klinisk Sykepleie 1».

I denne oppgaven har det vært nødvendig å trekke inn lovverket, og jeg har benyttet meg av nettstedet www.lovdato.no for å innhente relevante lovparagrafer. Videre har jeg brukt Norsk Sykepleierforbund sine “Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere” for å belyse det etiske perspektivet av oppgaven. Ulike søk om oppgavens tema på internett sendte meg ofte til nettsiden for Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, og her publiseres det stadig aktuelle forskningsrapporter. Jeg har valgt ut «Vold og voldtekt i oppveksten» og «Oppdager sykehusene barnemishandling?» som jeg anså som relevant for oppgaven.

For å finne relevante forskningsartikler til oppgaven har jeg benyttet meg av søkemotorene PubMed og Google Scholar. Grunnlaget for valg av søkemotor er at biblioteket ved Lovisenberg Diakonale Høgskole anbefaler disse på sine nettsider. Jeg ønsket å finne forskningsartikler om hvordan sykepleier kan bidra til å identifisere barn utsatt for fysisk mishandling, og gjerne hvilke utfordringer sykepleier opplever i møte med disse barna.

Emneordene jeg benyttet meg av for å finne de aktuelle forskningsartiklene var “child neglect”, “nursing responsibility”, “child abuse”, “emergency department”, “hospital”, “detect”, “nurse” og “uncertainty”. For å avgrense litteraturen ble hvert emneord brukt separat og i kombinasjon med “AND” og “OR”. For å ekskludere eldre forskning avgrenset jeg søket til å gjelde siste fem år.

Artiklenes relevans for oppgaven ble først vurdert ut i fra tittel og abstrakt, derav ble noen forkastet fordi de ikke kunne belyse problemstillingen. Flere forskningsartikler ble ekskludert på grunnlag av at kontekst og målgruppe ikke var relevant for oppgaven. Avslutningsvis ble noen forskningsartikler ekskludert basert på at det var krevende å avgjøre om resultatene var overførbare til Norge. Forskningen som er valgt ut for å belyse problemstillingen har som formål å se nærmere på utfordringer helsepersonell kan oppleve ved mistanke om barnemishandling.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk viser at en er i stand til å reflektere rundt valgt kildemateriale til oppgaven. Dalland (2015) skriver at kildekritikk omhandler to ting; å finne relevant litteratur, og å kritisk vurdere hvordan valgt litteratur kan benyttes for å beskrive og belyse oppgavens problemstilling. Kildene som er mest referert til gjennom oppgaven vil bli diskutert under.

Fagbøkene «Hvorfor spurte ingen meg?», «Vold mot barn» og «Barn, Vold og Traumer» rettes mot fagpersoner, og deres formål er å legge til rette for at barn utsatt for vold og overgrep skal bli sett- og få best mulig hjelp. Denne vinklingen er svært relevant for min problemstilling som omhandler nettopp denne tematikken. «Sveket» og «Barndommen varer i generasjoner» er begge skrevet av Kari Killén, en anerkjent fagperson og forsker med omfattende erfaring fra psykiatri og familierådgivning. Hun er særlig opptatt av forebyggende

arbeid overfor barn og omsorgspersoner med psykososiale belastninger, noe som vil bidra til å belyse min problemstilling (Killén, 2013).

Oppgaven refererer til rapporter fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. NKVTS finansieres av regjeringen og har som formål å bidra til å forebygge og redusere helsemessige og sosiale konsekvenser knyttet til vold og traumatisk stress (NKVTS, udatert). NKVTS anses derfor som en pålitelig kilde, og deres forebyggende perspektiv er relevant for å belyse min problemstilling.

Helsebiblioteket driftes av Folkehelseinstituttet og gir tilgang til ulike fagprosedyrer, databaser, tidsskrifter, oppslagsverk og andre aktuelle kunnskapsressurser for helsepersonell (Helsebiblioteket, udatert). I oppgavens teoridel refereres det mye til helsebiblioteket, fordi dette anses som en faglig oppdatert kilde.

Søkeordet «child abuse» kan tilsvare det norske uttrykket barnemishandling, og er dermed et vidt begrep som omfatter både psykisk- og fysisk mishandling, vanskjøtsel og seksuelt misbruk. Denne oppgaven tar kun for seg den fysiske mishandlingen, og forskningen jeg bruker kan derfor også omhandle andre typer mishandling.

All forskningslitteratur er nyere forskning fra 2015 og 2016 og anses derfor som svært relevant i dag. Videre er forskningen publisert i ulike anerkjente tidsskrifter med tematikk som barnemishandling, legevakt og klinisk sykepleie, som alle er relevant for oppgavens tema og kontekst.

“Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse” er norsk og resultatene er derfor høyst relevanter for oppgaven. “Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments” og “Gray cases of child abuse: Investigating factors associated with uncertainty” er begge fra USA, noe som kan påvirke deres relevans for oppgaven. Barnemishandling er et globalt problem og disse forskningsartiklene kan derfor ansees som relevant for oppgaven (Skarsaune & Bondas, 2015). Hva som defineres som barnemishandling kan imidlertid variere mellom ulike kulturer og generasjoner, og resultatene kan derfor ikke overføres direkte til Norge (Skarsaune & Bondas, 2015). Det er dog likheter mellom resultatene fra “Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse” og

“Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments”, noe som styrker tanken om at jeg kan benytte meg av artikkelen.

“Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse” og “Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments” er begge kvalitative forskningsartikler. Kvalitativ forskning går i dybden og etterstreber å formidle en forståelse av et tema. En kan dermed benytte seg av et fåtall informanter (Dalland, 2015). Disse forskningsartiklene har forsøkt å fange opp sykepleier sine meninger og opplevelser av erfaringer i møte med barnemishandling som ikke kan måles. “Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments” har imidlertid intervjuet leger og legeassistenter i tillegg til sykepleiere, og dermed kan noe av resultatene være mindre relevant for sykepleieperspektivet. Likevel utgjør disse mindre enn halvparten av alle informantene, som vil si at majoriteten av informantene er sykepleiere og resultatene kan derfor ansees som relevante for oppgaven. Både ved “Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse” og “Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments” er det er gjort et strategisk utvalg ved å intervju informantene som har erfaring med å møte barn som kan være utsatt for mishandling (Dalland, 2015).

“Gray cases of child abuse: Investigating factors associated with uncertainty» er basert på kvantitativ metode, og kan dermed vise til data i form av målbare enheter (Dalland, 2015). Denne forskningsartikkelen går i bredden og forsøker å få frem et gjennomsnitt. Forskningen har foretatt et systematisk utvalg ved å inkludere alle tidligere saker som har blitt definert som gråsoner (Dalland, 2015). En svakhet ved denne studien er at den kun har samlet inn data fra et enkelt sykehus, og det er dermed ikke sikkert at resultatene er representative for sykehus utover dette. Det finnes imidlertid lite forskning rettet mot barn som defineres som såkalte gråsoner ved mistanke om for det utsettes fysisk mishandling (Chaiyachati, Asnes, Moles, Schaeffer & Leventhal, 2016). Til tross for at resultatene kan være lite representative ønsker jeg likevel å benytte meg av den i oppgaven for å tilføre en annen vinkling.

Hvilken litteratur jeg har valgt for å belyse problemstilling kan være påvirket av min holdning til oppgavens tema, og andre relevante faktorer kan dermed være utelatt.

4 Presentasjon av forskningsartikler

4.1 Forskningsartikkel nr. 1

«Gray cases of child abuse: Investigating factors associated with uncertainty» ble publisert i tidsskriftet “Child Abuse & Neglect” i 2016 og er skrevet av Barbara H. Chaiyachati, Andrea G. Asnes, Rebecca L. Moles og Paula Schaeffer. Denne forskningsartikkelen har som hensikt å identifisere forskjeller og likheter ved skader forårsaket av mishandling og ulykker. Den har benyttet seg av en kvantitativ metode, en utforskende analyse ved grundig gjennomgang av «grey cases» fra et spesifikt sykehus. Resultater fra forskningen viser at sakene som ble betraktet som gråsoner hadde ofte lik karakteristikk som både mishandling og ulykker. Gråsoner, ulykker og mishandling hadde alle konsekvent forklaring fra ulike personer, samt konsekvent forklaring over tid. Gråsoner og mishandling hadde lik prosentandel av skader uten tilhørende forklaring, sen oppsøking av helsehjelp og hendelser uten vitne. Spesifikt for saker i gråsoner var at troverdigheten av hendelseshistorien ofte ble oppfattet som tvetydig. Analysen bekrefter det diagnostiske dilemmaet ved mistanke om barnemishandling, og hevder det trengs mer forskning på området.

4.2 Forskningsartikkel nr. 2

“Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments» ble publisert i tidsskriftet “Annals of Emergency Medicine” i 2015 og er skrevet av Gunjan Tiyyagura, Marcie Gawel, Jeanette R. Koziel, Andrea Asnes og Kirsten Bechtel. Denne forskningsartikkelen har som hensikt å finne ut av hvilke barrierer som hindrer identifisering og rapportering av omsorgssvikt ved legevakten, samt hvilke faktorer som tilrettelegger for disse faktorene. Den har benyttet seg av en kvalitativ metode med individuelle intervjuer med 9 leger, 16 sykepleiere og 4 legeassistenter, fra ulike sykehus. Resultater fra forskningen viser at barrierer for å identifisere barnemishandling omfatter for lite kunnskap om emnet, personlige forutsetninger samt ønsket om å tro omsorgspersonen. Barrierer for å rapportere barnemishandling inkluderer faktorer forbundet med selve prosessen, for lite oppfølging av tidligere rapporterte hendelser samt negative konsekvenser ved rapportering. Hva som tilrettelegger for identifisering og rapportering er å ha mer kunnskap om emnet og diskusjon med kollegaer og eksperter.

4.3 Forskningsartikkel nr. 3

«Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse» ble publisert i tidsskriftet «Clinical Nursing Studies» i 2015 og er skrevet av Kari Skarsaune og Terese Bondas. Denne forskningsartikkelen har som hensikt å beskrive sykepleiers erfaring ved mistanke om barnemishandling i møte med barn og deres omsorgspersoner. Den har benyttet seg av en kvalitativ metode med individuelle intervjuer med åtte sykepleiere med ulik bakgrunn, fra ulike sykehusavdelinger i Norge. Resultater fra forskningen viser at ved sykepleier opplevde usikkerhet rundt symptomene, hvordan de skulle gå frem og hva de kunne dokumentere mtp. lovverket ved mistanke om barn var utsatt for mishandling. Videre var de redd for å ta feil, og grublet over konsekvenser det kunne få for barnet, dets familie samt dem selv. Til slutt ønsket de støtte av kollegaer og opplevde situasjonen som svært krevende hvis de ikke fikk støtte av andre.

5 Hvordan kan sykepleier ved legevakt bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn?

I dette kapittelet vil jeg anvende presentert teori sammen med faglitteratur, forskningsrapporter og forskningsartikler til å drøfte oppgavens problemstilling.

5.1 Symptomer og tegn på fysisk mishandling

Barn utsatt for fysisk mishandling beskrives ofte som passive og usynlige (Skjørten, Hauge, Langballe, Schultz & Øverlien, 2016). Når barnet selv ikke forteller eller spør om hjelp er det sykepleier sin oppgave å kunne gjenkjenne tegn og symptomer på mishandlingen. Sykepleier trenger kunnskap om påførte skader samt andre kroppslige tegn og symptomer på fysisk mishandling for å kunne hjelpe barnet (Myhre, 2016b). Videre må sykepleier kjenne til barnets normale utvikling slik at hen kan observere eventuelle avvik (Skarsaune & Bondas, 2015).

Forskning hevder at mange sykepleiere opplever at de ikke har nok kunnskap til å kunne gjenkjenne tegn på at barn utsettes for mishandling (Skarsaune & Bondas, 2015; Tiyyagura, Gawel, Koziel, Asnes & Bechtel, 2015). Det er naturlig at barn får skader forårsaket av lek og uhell, og sykepleierens store utfordring er å skille disse fra mishandling (Kynø et al., 2015). Det finnes spesifikke skader som ofte knyttes opp mot fysisk mishandling, men mishandlingen kan også manifestere seg i uvanlige skademønstre (Tiyyagura et al., 2015). Det er dog viktig å presisere at alle skadetyper kan skyldes mishandling, og at ingen skadetyper er sikre tegn på mishandling. Videre kan fysisk mishandling ha ulik alvorlighetsgrad og det kan derfor være krevende for sykepleier å gjenkjenne voldsutsatte barn (Lillevik, 2016). Forskning peker på at sykepleier ofte kan få en magefølelse av at noe ikke stemmer, uten å være i stand til å sette fingeren på hva det er, noe som underbygger at sykepleier har manglende kunnskap om emnet (Skarsaune & Bondas, 2015).

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress rapporterte at nærmere halvparten av de som hadde blitt utsatt for alvorlig fysisk vold fra sine omsorgspersoner hadde fått hudskader som blåmerker eller sår i tillegg til brudd og indre skader (Myhre et al., 2015). Til tross for at hudskader er de vanligste funnene ved fysisk mishandling blir disse ofte underdiagnostisert (Myhre, 2016a; Kynø et al., 2015). Hos barn mellom 2 og 5 år er det

vanlig å se blåmerker forårsaket av lek og uhell. Disse er ofte lokalisert på kroppens fremside og ved beinete framspring, særlig foran på knær og legger (Myhre, 2016a). Sykepleier bør imidlertid vekke mistanke dersom barnet har hudskader utenfor disse lokalisasjonene, men også dersom hen observerer et stort antall hudskader, eller flere skader av ulik alder (Myhre, 2016a; Myhre, 2016b; NKVTS, 2015). Dersom huden utsettes for vold med mekanisk påvirkning som støt, trykk eller klem vil det oppstå blåmerker. Blåfargen kommer av at røde blodceller renner ut i vevet når små blodkar i huden rives over. Når disse blodcellene begynner å brytes ned vil blåmerket få et gulskjær, og deretter blir det grønnbrunt. Etter en til to uker vil blodcellene bli helt nedbrutt, og blåmerket forsvinner (Myhre, 2016a). Denne kunnskapen er relevant når sykepleier skal vurdere eventuelle hudskader hos barnet.

Dersom det avdekkes ribbeinsbrudd hos barn bør sykepleier vekke mistanke om barnemishandling siden denne type brudd er svært vanlig ved påført skade (Kynø et al., 2015). Brudd med uvanlig lokalisasjon som sjelden opptrer ved ulykke bør også vekke mistanke hos sykepleier, eksempelvis brudd i kraniet, skulderblad, ryggvirvel og kjevebein. Dersom det avdekkes gamle brudd eller det oppdages brudd tilfeldig ved undersøkelse må sykepleier også vurdere fysisk mishandling (NKVTS, 2015).

Informantene i Tiyyagura et al., (2015) opplevde det som krevende å gjenkjenne brannskader relatert til mishandling. Alle brannskader kan skyldes mishandling, men det finnes karakteristiske forhold ved påført brannskade. Dersom sykepleier observerer symmetriske skåldeskader, skarpe avgrensninger mellom hel og skadet hud eller skade i et område en ikke forventer kan komme i kontakt med varme bør disse vekke mistanke. Sykepleier bør også merke seg skader formet som objekter, eksempelvis strykejern eller sigarettmerker. Som ellers er brannskade i kombinasjon med andre ferske eller gamle skader alltid et varseltegn (Myhre, 2016b).

Sykepleier må også ha kunnskap om at barn utsatt for vold kan uttrykke seg på flere måter. Dersom barnet klager på smerter i magen, hodet, bryst eller i muskler må sykepleier være bevisst på at disse symptomene kan være tegn på underliggende fysisk mishandling. Særlig “vondt i magen” er et vanlig problem hos voldsutsatte barn, og sykepleier skal derfor ta disse symptomene alvorlig til tross for at de kan fremstå som diffuse (Myhre, 2016a).

Sykepleierne i Skarsaune & Bondas (2015) oppga at de synes det var enklere å gjenkjenne symptomer og tegn hos barn utsatt for en mer alvorlig form for fysisk mishandling. Dette betyr imidlertid ikke at de gjenkjenner alle barn utsatt for alvorlig mishandling. Ved hodeskader og forgiftning har barnet få eller ingen ytre tegn til skade, og symptomer som bevissthetsforstyrrelser, kramper, uregelmessig respirasjon og brekninger kan mistolkes som sykdom dersom det ikke er opplyst om skade (Myhre, 2016b; Kynø et al., 2015). Barnemishandling bør derfor alltid vurderes som årsak ved akutte og uavklarte tilstander (Myhre, 2016b). Hodeskader, brannskader og bruddskader relatert til fysisk mishandling skyldes ofte alvorlig vold, og en viktig huskeregel ved disse skadene er at omsorgspersonen har en god og sannsynlig årsaksforklaring (Myhre, 2016a).

5.2 Kritisk til forklaring

Dersom fysisk mishandling er årsaken til en skade vil det som oftest bli holdt skjult av omsorgspersonene. I tillegg til å observere symptomer og tegn på mishandlingen må sykepleier derfor inkludere barnets sykehistorie, den kliniske helheten samt omsorgspersonens beskrivelse av hendelsen (Myhre, 2016b). Dersom skadens forklaring virker usannsynlig bør sykepleier vekke mistanke om mishandling, eksempelvis dersom forklaringen er ulogisk eller hvis den ikke samsvarer med skadeomfanget (Myhre, 2016a). Sykepleier må også være oppmerksom på om forklaringen endres eller hvis flere personer oppgir ulik forklaring. Videre bør man vekke mistanke dersom omsorgsperson ikke forteller om noen ulykke, men skader likevel avdekkes når barnet blir undersøkt (Myhre, 2016b).

Forskning peker på at sykepleier opplever vanskeligheter med å gjenkjenne voldsutsatte barn fordi de har et ønske om å tro på omsorgspersonens forklaring, og at de antakeligvis har oversett barn på grunn av dette (Tiyyagura et al., 2015). Dette begrunnes med at de ofte tar for gitt at det omsorgspersonen oppgir er sant, slik at de raskt kan henvende seg til barnets helseproblem. Stereotypiske oppfatninger blir også trukket frem som en viktig faktor til at de stoler på omsorgspersonen, som blant annet baserer seg på omsorgspersonens sosioøkonomiske status, hvilken utdannelse de har, hvordan de kler seg og deres tillitsfulle karakter. Samtidig viser forskning at skadeforklaringer ved fysisk barnemishandling ofte har likhetstrekk med faktiske ulykker, og derfor er det særlig viktig at sykepleier er kritisk til omsorgspersonens forklaring til tross for at de ønsker å tro at det de sier er sannheten (Chaiyachati et al., 2016).

Chaiyachati et al., (2016) har sett nærmere på barn som sykepleier har vært usikker på om har vært utsatt for fysisk mishandling eller ikke, og sammenliknet disse med saker som er definert som ulykke eller som påført skade. En kan si at disse barna befinner seg i såkalte gråsoner, og disse representerer en stor utfordring for sykepleier ved at de ofte deler karakteristikker med både ulykker og fysisk mishandling. Unikt for barna som ble betraktet som gråsoner var at det var krevende for sykepleier å vurdere historiens sannsynlighet med tanke på skademekanisme, alvorlighet og tid, fordi de ofte ble oppfattet som tvetydige. Eksempelvis ble det avdekket skade hos disse barna selv om omsorgsperson ikke hadde oppgitt informasjon om hendelse som kunne resultere i skade, noe som kan være et tegn på at barnet har blitt utsatt for fysisk mishandling. Samtidig kunne barnet ha skader som ofte knyttes til ulykker (Chaiyachati et al., 2016).

5.3 Kommunikasjon mellom barn og sykepleier

Sykepleier trenger kunnskap om hvordan hen skal kommunisere med barn for å kunne bidra til å avdekke fysisk mishandling (Skarsaune & Bondas, 2015). Barnets alder er vesentlig for hva og hvordan barn forstår, og sykepleier må derfor tilpasse samtalen etter barnets alder og utviklingsnivå. I tillegg vil deres evne til å oppfatte og forstå samtalens innhold påvirkes av faktorer som blant annet stress og belastninger, som eksempelvis fysisk mishandling og legevaktens miljø (Grønseth & Markestad, 2013).

Killén (2015) hevder at små barn har god hukommelse, og at de særlig husker negative opplevelser spesielt godt (Killén, 2015; Eide & Eide, 2014). Dersom sykepleier snakker *til* og *om* barn, og ikke *med* dem, vil hen ikke få tilgang til informasjon om vanskelige erfaringer barnet kanskje bærer på (Andersland & Mevik, 2016). Dersom sykepleier betrakter barnet som et subjekt som evner å uttrykke seg om sin egen situasjon vil samtalsituasjonen vil bli mer fleksibel (Ruud, 2016). Samtidig kan sykepleier være engstelig for hva barnet kan si, og det er vanlig å tro at barn forteller om ubehagelige erfaringer uten tilsløringer (Ruud, 2016; (Skjørten et al., 2016). Dette kan føre til at sykepleier blir usikker i samtale med barnet, og kommunikasjonen kan derfor bli kunstig. Dersom barnet oppfatter at den voksne er ukomfortabel kan det hemme kommunikasjonen mellom dem (Ruud, 2016).

Sykepleiers forutsetninger for å gjenkjenne barn utsatt for fysisk mishandling avhenger blant annet av deres faglige perspektiv. Tidligere har man villet beskytte barna og derfor ikke spurt dem om å sette ord på deres vanskelige erfaringer, og barn ble ikke betraktet som aktive deltakere grunnet deres utviklingsmessige forutsetninger. De siste årene har denne oppfatningen endret seg, og barn inkluderes i større grad i samtale om deres opplevelse av vold og overgrep (Skjørten et al., 2016). Dersom sykepleier finner mistenksomme hudskader er det viktig at hen spør barnet om hvordan det oppstod, og dermed inviterer sykepleier til samtale (Myhre, 2016a). Samtidig vil sykepleier trygge barnet ved å være åpen og direkte i kommunikasjonen (Ruud, 2016).

I samtale med barn som kan være utsatt for fysisk mishandling kan sykepleier ofte ha flere tanker i hodet på en gang. Det er imidlertid viktig at disse tankene ikke påvirker samtalen med barnet, og sykepleier må derfor unngå å stille ledende spørsmål som bekrefter deres hypotese. Basert på dette bør sykepleier nullstille seg før samtalen og heller fokusere på å være nysgjerrig og undrende. Dermed kan sykepleier bidra til at barnet i større grad får presentert seg selv som den det er (Ruud, 2016). Det er viktig at sykepleier anerkjenner barnets opplevelse av situasjonen og ikke bagatelliserer deres følelser da det potensielt kan ødelegge for videre kommunikasjon. Derfor bør samtalen alltid skje på barnets premisser, og sykepleier skal aldri presse barnet til å prate da det kan gi motsatt effekt av hva en ønsker å oppnå (Grønseth & Markestad, 2013).

Utviklingsteorien peker på at barn i preoperasjonell fase begrenset evne til å skille mellom fantasi og virkelighet (Ruud, 2016). Hos voldsutsatte barn kan fantasi og mareritt derfor blande seg sammen med det som egentlig har skjedd, noe som kompliserer sykepleiers evne til å forstå hva barnet egentlig uttrykker. Denne sammenblandingen er imidlertid helt naturlig, og selv om sykepleier ikke kan være sikker på at det barnet forteller stemmer bør sykepleier allikevel ikke diskvalifisere det barnet har opplevd. (Eide & Eide, 2014; Ruud, 2016).

Videre kan barn i preoperasjonell fase kan ha vanskeligheter med å fortelle en sammenhengende historie. Hvis barnet har opplevd noe alvorlig vil det derfor kunne formidle dette via ulike utsagn (Eide & Eide, 2014; Grønseth & Markestad, 2013). Dette krever at sykepleier er tålmodig og har god tid til samtalen. Barn har imidlertid kort oppmerksomhetstid og samtalen bør derfor holdes relativt kort. Dersom barn i denne alderen

skulle fortelle en sammenhengende historie er det mest sannsynlig en gjenfortelling av noe de har hørt av voksne tidligere (Grønseth & Markestad, 2013).

Alle barn rett på at sykepleier tilpasser informasjonen etter deres alder og utviklingsnivå (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Etersom små barn kommuniserer best ved å kombinere språk og atferd vil det være gunstig for sykepleier ta utgangspunkt i konkrete assosiasjoner i samtale med disse barna, eksempelvis ved å lese en fortelling eller ved å tegne (Eide & Eide, 2014; Grønseth & Markestad, 2013; Ruud, 2016). Ifølge § 3-5 i lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) skal sykepleier alltid forsikre seg om at barnet har forstått innholdet i samtalen (lovdata). Dette er særlig viktig hos barn som preges av fantasi og magisk tenking (Ruud, 2016). Informasjonen er i prinsippet ikke gitt før mottaker har forstått den (NSF, 2011).

5.4 Barnets tilknytning

Barnets erfaringer fra relasjonen til sine omsorgspersoner bidrar til utvikling av ulike tilknytningsstrategier som står i forhold til deres erfaringer. Dersom barnet opplever uforutsigbare omsorgspersoner forventer det uforutsigbarhet, og barn som opplever sine omsorgspersoner som truende forventer truende atferd (Killén, 2015). Tilknytningsteori bidrar til vår forståelse av hvordan barn forholder seg til sine omsorgspersoner basert på trygge eller utrygge tilknytningsmønstre, og sykepleier bør derfor observere barnet og dets samspill med sine omsorgspersoner (Ruud, 2016; Myhre, 2016a; Killén, 2015). Henvender barnet og omsorgspersonene seg til hverandre? Søker barnet til sine omsorgspersoner for trygghet, og klarer de eventuelt å gi dette til barnet? (Myhre, 2016a). Eksempelvis bør sykepleier vekke mistanke dersom barnet ikke bryr seg om at omsorgspersonen forlater det, eller ikke viser gjensynsglede når de kommer tilbake igjen.

Barn ved legevakt har et sterkt behov for trygghet, og omsorgspersoner sin tilstedeværelse vil ofte representere dette. Barn utsatt for fysisk mishandling vil antakeligvis ha en utrygg tilknytning til sine omsorgspersoner, men disse kan likevel representere en trygghet for barnet fordi det er dette de er vant til (Ruud, 2016).

Vurdering av tilknytningsmønstre krever spesialkompetanse og skal ikke utføres av sykepleiere flest, men det er allikevel relevant for sykepleiere å ha kunnskap om disse slik at hen kan henvise barn med risikofylt tilknytning videre (Ruud, 2016).

5.5 Potensielle utfordringer

Helsepersonell ved legevakt er ofte en av de første og eneste som ser barnet, og sykepleier står dermed i en unik posisjon til å kunne identifisere voldsutsatte barn (Tiyyagura et al., 2015; Skarsaune & Bondas, 2015). Samtidig løfter forskning frem utfordringer knyttet til legevaktens begrensninger. Kombinasjonen av lite tid og lite informasjon om pasienten kan resultere i at sykepleier potensielt overser symptomer og tegn som kan gi mistanke om at barnet utsettes for mishandling (Tiyyagura et al., 2015). Mangel på kontinuitet trekkes også frem som en viktig utfordring (Tiyyagura et al., 2015; Myhre, 2016b).

Følelser som usikkerhet, engstelse og sinne kan ofte påvirke barnets evne til å tenke fornuftig. Sykepleier må derfor ha kunnskap om at barn i en belastende livssituasjon kan ha et lavere funksjonsnivå enn hva alderen skulle tilsi (Eide & Eide, 2014). I tillegg kan barn ofte oppleve stress og usikkerhet relatert til legevaktens fremmede miljø og uforutsigbare situasjoner. Stress kan forsterke eventuell smerte, og potensielt forverre barnets medisinske tilstand. For å ivareta barnet og minske deres stress bør sykepleier etterstrebe at barnet opplever kontroll over situasjonen, gjerne ved å la barnet delta i mindre avgjørelser (Grønseth & Markestad, 2013).

Flere sykepleiere er redd for å ta feil ved mistanke om barn utsettes for fysisk mishandling; når er situasjonen alvorlig nok til at sykepleier kan bryte taushetsplikten? (Skarsaune & Bondas, 2015). Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (2011) sier at sykepleier skal beskytte barnet mot krenkende hendelser, og lovverket underbygger dette ved å sette begrensninger for sykepleierens taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999). Forskning viser at sykepleier opplever at hen har mye makt og dermed også potensielt kan gjøre stor skade. Uansett hva de gjør vil det få konsekvenser for barnet eller dets familie (Skarsaune & Bondas, 2015). Enten returneres barnet til et utrygt miljø preget av vold, eller så anklages omsorgspersoner feilaktig (Chaiyachati et al., 2016). Videre peker Skarsaune & Bondas (2015) på at sykepleier synes det er krevende å vite om hen skal ivareta barnet eller familien ved mistanke om barnemishandling. Det står imidlertid tydelig i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer at

barnets interesse alltid skal hensyntas når det oppstår konflikt mellom barnet og dets pårørende. Sykepleier skal imidlertid være bevisst på sin egen kompetanse, og søke veiledning ved behov (NSF, 2011).

5.6 Er det for sent å forebygge?

De fleste fysiske skader leges, men tiden leger ikke alle sår (Myhre et al., 2010; Thoresen & Myhre, 2016). Barnehjernen utvikler seg raskt og er sensitiv til omgivelsene, og vold i barndommen kan gi varige endringer i hjernens struktur og funksjon (Killén, 2015). Negative erfaringer som fysisk mishandling kan derfor påvirke hjernens utvikling, og er en trussel mot barnets nevrologiske, kognitive og emosjonelle utvikling samt dets fremtidige tilknytningmønstre (Myhre et al., 2010; Killén, 2015). Videre kan disse endringene predisponere for psykiske og somatiske helseplager senere i livet (Thoresen & Myhre, 2016; Myhre et al., 2010). De første leveårene har hjernen imidlertid mulighet til å endre seg, og en bemerkelsesverdig evne til å kompensere for negativ utvikling (Killén, 2015). Dette underbygger viktigheten av å avdekke fysisk mishandling så tidlig som mulig slik at barnet blir tatt ut av volden, men også for at barnet skal få mulighet til å utvikle sitt fulle potensiale (Killén, 2015; NKVTS, 2015).

I de alvorligste tilfellene kan den fysiske mishandlingen av barnet føre til alvorlig hjerneskade eller funksjonssvikt, og i verste fall død (Myhre et al., 2010). Ved tidlig intervensjon kan sykepleier forebygge at volden eskalerer og i verste fall ender med slike alvorlige skader eller med døden. Christoffer Gjerstad Khile var i kontakt med flere offentlige instanser før han til slutt døde av skadene han ble påført (Gangdal, 2011). Som nevnt tidligere i oppgaven viser forskning at sykepleier har for lite kunnskap om fysisk mishandling (Skarsaune & Bondas, 2015; Tiyyagura et al., 2015) Dersom helsepersonell som var i kontakt med Christoffer hadde hatt tilstrekkelig kunnskap om emnet kunne de kanskje bidratt til å avdekke den fysiske mishandlingen han ble utsatt for. Det er selvfølgelig flere faktorer som avgjør om fysisk mishandling av barn avdekkes.

6 Avslutning

Forskning viser at sykepleiere ofte forsømmer sitt sykepleiefaglige ansvar i situasjoner der barnemishandling mistenkes (Skarsaune & Bondas, 2015; Tiyyagura et al., 2015). Vold mot barn er et betydelig samfunnsproblem i Norge, og flere voldsutsatte barn blir dessverre oversett av helsepersonell ((Myhre et al., 2015; Myhre, 2016b). Helsepersonell ved legevakt står i en unik posisjon til å avdekke fysisk mishandling hos barn, men forskning viser at sykepleier ofte har for lite teoretisk kunnskap om emnet til å kunne gjenkjenne disse barna (Skarsaune & Bondas, 2015; Tiyyagura et al., 2015).

Det er normalt at barn mellom 2 og 5 år pådrar seg skader i forbindelse med lek og uhell, men sykepleier må være kjent med skademønstre som ikke relateres til disse (Kynø et al., 2015). Sykepleier må også ha kunnskap om barnets normale utvikling slik at hen kan observere eventuelle avvik, men også for at sykepleier skal kunne tilrettelegge kommunikasjonen etter barnets forutsetninger (Ruud, 2016). Videre bør sykepleier ha kunnskap om barnets tilknytning slik at hen kan observere samspillet mellom barn og dets omsorgspersoner (Ruud, 2016). Sykepleier kan bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn ved å vurdere sine observasjoner basert på nødvendig teoretisk kunnskap (Nortvedt & Grønseth, 2015).

Omsorgspersoner som mishandler sine barn forsøker åpenbart å skjule dette for helsepersonell (Myhre, 2016b). For å kunne bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn må sykepleier derfor være kritisk til skadeforklaringer, samt andre faktorer som bør vekke mistanke.

Vold i barndommen kan påvirke hjernens utvikling på flere måter, men ved tidlig intervensjon kan sykepleier forhindre negativ eller forsinket utvikling samt bidra til at barnet får utviklet sitt fulle potensiale (Killén, 2015; NKVTS, 2015). Ved å bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn bruker sykepleier sin forebyggende og helsefremmende funksjon ved å skjerme barn fra videre mishandling (Myhre, 2016b).

Forskning viser at sykepleier opplever usikkerhet rundt lovverket, antakeligvis relatert til manglende kunnskap om emnet (Skarsaune & Bondas, 2015; Tiyyagura et al., 2015). Lovverket på sin side er tydelig, men sykepleier tviler på om deres vurdering av sine observasjoner egentlig er riktig. Barnemishandling er et svært utfordrende tema, men sykepleier må bidra til å avdekke utsatte barn og kan ikke overlate ansvaret til noen andre

(Skarsaune & Bondas, 2015). Sykepleier må være bevisst på at hen har et juridisk og yrkesetisk ansvar til å stå i krevende situasjoner for barnets beste (Helsepersonelloven, 1999; NSF, 2011).

Litteraturliste

Andersland, G. K., & Mevik, K. (2016). Barns rettsvern ved mistanke og avdekking av vold – er lovverket godt nok? I Mevik, K., Lillevik, O. G. & Edvardsen, O. (Red), *Vold mot barn* (s. 38-51). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Barnekonvensjonen. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989*. Hentet fra: <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen>

Chaiyachati, B. H., Asnes, A. G., Moles, R. L., Schaeffer, P., & Leventhal, J. M. (2016). Gray cases of child abuse: Investigating factors associated with uncertainty. *Child Abuse & Neglect*, 51, 87-92. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.11.001

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

Eide, H., & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Gangdal, K. (2011). *Jeg tenker nok du skjønner det sjøl*. Oslo: Kagge Forlag

Grunnloven. (1814). Kongeriket Norges Grunnlov m.v. av 17. Mai 1814. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17>

Grønseth, R., & Markestad, T. (2016) *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Hauge, M. I., Schultz, J. H., & Øverlien, C. (2016). Møter med barn i utsatte livssituasjoner. Fra forskning til praktiske tiltak. I Hauge, M. I., Schulz, J. H., & Øverlien, C. (Red.), *Barn, vold og traumer* (s. 11-20). Oslo: Universitetsforlaget.

Helsebiblioteket. (udatert). *Om Helsebiblioteket.no*. Hentet 10.04.18 fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/om-oss>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2. Juli 1999 nr.64. Hentet fra:

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

Killén, K. (2013). *Barndommen varer i generasjoner*. (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

Killén, K. (2015). *Sveket I*. (5. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

Kynø, N. M., Lindboe, A., Vetlesand, N., Skotte, L. H., Bjaanes, A. K. S., Syversen, M., & Randklev, S. (2015). *Mishandling av barn – fysisk*. Hentet fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-fysisk>

Lillevik, O. G. (2016). Perspektiver på vold mot barn. I Mevik, K., Lillevik, O. G. & Edvardsen, O. (Red), *Vold mot barn* (s. 18-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

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* (s. 52-67). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Myhre, M. C., Lindboe, A., & Dyb, G. (2010). *Oppdager sykehusene barnemishandling?*

Hentet fra:

<https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/oppdagarsykehusenebarnemishandling2.pdf>

Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten*. (rapport nr. 1/2015). Hentet fra:

https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/vold_voldtekt_i_oppveksten1.pdf

Myhre, A. K. (2016a). Hvordan se det vi ikke ønsker å se – fysiske og psykososiale symptomer. I Mevik, K., Lillevik, O. G. & Edvardsen, O. (Red), *Vold mot barn* (s. 100-116). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Myhre, M. C. (2016b). Helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevd omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. I Hauge, M. I., Schulz, J. H., & Øverlien, C. (Red.), *Barn, vold og traumer* (s. 169-182). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2015). *Håndbok for helse- og omsorgspersonell ved mistanke om barnemishandling*. Hentet fra: <https://www.nkvts.no/sites/Barnemishandling/helsetjenesten/Pages/Legevakt.aspx>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (udatert). *Om oss*. Hentet 10.04.18 fra: <https://www.nkvts.no/om-oss/>
- Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere*. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2015). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I Almås, H., Stubberud, D. G., & Grønseth, R. (Red.), *Klinisk sykepleie, bind 1*. (4.utg., s. 17-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v av. 2. Juli 1999 nr.63. Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ruud, A. K. (2016). *Hvorfor spurte ingen meg?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Skarsaune, K., & Bondas, T. (2015). Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse. *Clinical Nursing Studies*, 4(1), sidetsll??? doi: 10.5430/cns.v4n1p24
- Skjørten, K., Hauge, M. I., Langballe, Å., Schultz, J. H., & Øverlien, C. (2016). Å se det utsatte barnet. I Hauge, M. I., Schulz, J. H., & Øverlien, C. (Red.), *Barn, vold og traumer* (s. 93-107). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thoresen, s., & Myhre, M. C. (2016). Tiden leger ikke alle sår. Vold og traumer i et livsløpsperspektiv. I Hauge, M. I., Schulz, J. H., & Øverlien, C. (Red.), *Barn, vold og traumer* (s.150-166.). Oslo: Universitetsforlaget.

Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A., & Bechtel, K. (2015) Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*, 66(5), 447-454. doi: 10.1016/j.annemergmed.2015.06.020