



Barndommen kommer ikke i reprise

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

Kandidatnummer: 544

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9362

Dato: 23.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.2019
Tittel Barndommen kommer ikke i reprise	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier ved legevakt bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det blir presentert teori om barns utvikling og tilknytning egenskaper samt barnets reaksjoner ved legevakten. Videre vil tegn på fysisk mishandling bli konkret presentert, dette inkluderer kliniske- og andre tegn som sykepleier kan observere. Deretter blir barns kommunikasjonsferdigheter presentert etterfulgt av sykepleiers ansvar- og funksjon, juridiske og etiske rammer for praksis.</p> <p><u>Metode</u> Dette er en litteraturstudie. Problemstillingen belyses med relevant fag- og forskningslitteratur. Forskningsartiklene ble funnet gjennom søk i ulike databaser.</p> <p><u>Drøfting</u> For å kunne besvare problemstillingen vil jeg anvende fag- og pensumlitteratur sammen med forskning. Det drøftes hvordan sykepleier kan bidra til å avdekke mishandling gjennom at hun innehar den kunnskapen som er gjennomgått i teoriperspektivet i oppgaven og dermed kan forebygge ytterligere vold mot barn. Dette drøftes opp mot forskningsfunnene som viser hvordan sykepleiere opplever hindringer som gjør det vanskelig å avdekke mishandling i praksis.</p> <p><u>Konklusjon</u> For å kunne bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn må sykepleier inneha teoretisk kunnskap og dermed vite hvilke observasjoner som skal foretas. Disse observasjonene inkluderer kliniske og andre tegn på fysisk mishandling. Sykepleier har et sykepleiefaglig, juridisk og etisk ansvar til å avdekke og dermed forebygge vold mot barn. Derimot viser forskning at sykepleiere ikke har nok kunnskap om temaet og ofte forsømmer dette ansvaret.</p>	

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Presisering og avgrensning.....	2
1.4	Begrepsavklaring.....	3
1.5	Oppgavens disposisjon.....	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Barns utvikling og tilknytning	4
2.1.1	Kognitiv utvikling.....	4
2.1.2	Tilknytning.....	4
2.2	Barn på legevakten.....	5
2.3	Risikofaktorer og tegn på fysisk mishandling	5
2.3.1	Risikofaktorer	6
2.3.2	Kliniske tegn på fysisk mishandling	6
2.3.3	Andre tegn på fysisk mishandling	7
2.4	Kommunikasjon med barn.....	8
2.5	Sykepleieperspektivet.....	9
2.5.1	Sykepleiers ansvars- og funksjonsområde	9
2.5.2	Lovverk	9
2.5.3	Yrkesetiske retningslinjer	11
3	Metode	12
3.1	Metodebeskrivelse	12
3.2	Litteratursøk og søkehistorikk.....	12
3.3	Kildekritikk.....	15
4	Presentasjon av forskningsresultater	17
5	Drøfting	19
5.1	Sykepleieperspektivet.....	19
5.2	Observasjoner i møte med barnet.....	20
5.3	Observasjon av kliniske tegn på mishandling	22
5.4	Når bekymringen oppstår	24
5.5	Tiltak ved mistanke.....	26
6	Avslutning	29
7	Referanseliste.....	31

1 Innledning

Vold og mishandling er et alvorlig helseproblem som rammer mange barn i Norge. I 2015 ble det utført en nasjonal omfangsundersøkelse om vold og voldtekt. Den viser at rundt 25% av barn i Norge har opplevd mindre alvorlig vold fra nære omsorgspersoner i barndommen, og 6% har opplevd alvorlig vold. Det virkelige omfanget er likevel vanskelig å fastslå grunnet store mørketall (Forekomst, 2018).

Mishandling og omsorgssvikt tar barndommen i fra barn og kan føre til helseproblemer i voksen alder av fysisk og psykisk art (Myhre, 2016a). Vold mot barn er en forbrytelse mot fremtiden. Det forstyrrer skolegang, tærer på helsen og koster samfunnet enorme summer. Denne volden forekommer i omgivelser der barn skal være trygge, ofte i sitt eget hjem av de som står dem nærmest (Thorkildsen, 2015).

Sykepleiere er i en posisjon til å kunne forebygge, avdekke, avverge og intervensere tidlig i forløpet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Det viktig at sykepleieren har den rette kompetansen, og tar seg tid i den travle hverdagen til å våge å se symptombildet og mistenke barnemishandling. Gjennom avdekking og tidlig intervensjon kan vold mot barn forebygges (Vold og overgrep mot barn, 2018). Mye tyder på at sykepleiere har terskler som gjør det vanskelig å se det voldsutsatte barnet. Å kunne gjenkjenne tegn og symptomer er en forutsetning for å kunne hjelpe, og det er et trist faktum at mange barn aldri får hjelp (Myhre, 2016a).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vold i nære relasjoner er sjeldent engangstilfeller og er ofte preget av gjentakelse. Det voldsutsatte barnet vil i akutte og alvorlige situasjoner komme i kontakt med helsetjenesten (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Tall fra statistisk sentralbyrå viser derimot at kun 4,7% av barnevernsmeldinger utgår fra ulike helsetjenester (Forekomst, 2018). Det til tross for at barn utsatt for ulike former for mishandling er i risiko for å utvikle andre helseplager, og sannsynligvis oppsøker helsetjenesten oftere (Myhre, 2016b). Det kan tyde på at helsepersonell overser eller ikke klarer å tolke tegnene på barn utsatt for mishandling (Forekomst, 2018).

Jeg har selv vært i praksis ved en legevakt i Oslo og vært i kontakt med mange barn med skader. I min praksis opplevde jeg hvor vanskelig det var å vurdere om skaden kunne være påført og om forklaringen som ble gitt passet med skadeomfanget. I løpet av de åtte ukene jeg var der ble det avdekket tre saker som innebar fysisk mishandling, der barnets omsorgsperson var voldsutøveren. Denne erfaringen vekke en interesse og et engasjement hos meg som jeg ønsker å ta med meg videre.

I sykepleiestudiet er det lite undervisning om barnemishandling. Som snart ferdigutdannet sykepleier føler ikke jeg at jeg innehar den kunnskapen som må til for å kunne avdekke mishandling. Jeg ønsker med denne oppgaven å tilegne meg mer kunnskap om sykepleiers forebyggende rolle innen avdekking, og se nærmere på hvordan sykepleier kan gjenkjenne voldsutsatte barn.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen lyder som følger:

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

1.3 Presisering og avgrensning

Verdens helseorganisasjon deler vold inn i fire kategorier; fysisk vold, psykologisk vold, seksuell vold og omsorgssvikt (Ulike former for vold og overgrep, 2018). Selv om de ulike formene for vold kan forekomme uavhengig av hverandre vil de fleste utsatte barn være offer for flere typer vold samtidig (Killén, 2015). Grunnet oppgavens begrensninger vil det kun være fokus på fysisk vold. Konteksten i denne oppgaven er legevakt, da dette er en institusjon i primærhelsetjenesten som til en hver tid skal sikre øyeblikkelig medisinsk hjelp. Deres oppgave er å diagnostisere og stabilisere akutte tilstander, også de som krever videre behandling i sykehus samme dag (Offentlige helse- og omsorgstjenester, 2018). Grunnet barns raske fysiske og kognitive utvikling har jeg blitt nødt til å gjøre en aldersbegrensning i henhold til oppgaven, og har valgt aldersgruppen 2-6 år. Jeg velger å avgrense denne oppgaven til å kun omhandle medisinsk-, og funksjonsfriske barn. Dermed inkluderer jeg ikke risikofaktorer knyttet til barnet selv som selvfølgelig kan spille en viktig rolle. Disse risikofaktorene er blant annet psykiske og fysiske funksjonshemninger (Risikofaktorer, 2018). Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder avgrenses til å kun omhandle sykepleiers forebyggende og helsefremmende funksjon. Selv om barnet ankommer legevakten med et behov for behandling vil det være mer relevant for oppgaven å holde fokuset på den

forebyggende funksjonen fremfor den behandlende funksjonen (Nortvedt & Grønseth, 2016). Oppgaven vil heller ikke ta høyde for kulturelle forhold eller barnets etniske opprinnelse (Killén, 2015).

1.4 Begrepsavklaring

Fysisk vold defineres som; «tilsiktet bruk av fysisk makt 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 med mer. I de groveste tilfellene kan overgrepene ta form av forgiftning, drapsforsøk eller drap. Fysisk avstraffelse brukt for å disiplinere og oppdra barn er også definert som mishandling» (Ulike former for vold og overgrep, 2018).

Barnemishandling forklares som vold utøvd mot barn av barnets omsorgspersoner (Ulike former for vold og overgrep, 2018). Omsorgspersoner vil i denne oppgaven være barnets foreldre eller foresatte. I litteraturen omtales barnemishandling, fysisk vold og fysisk mishandling om hverandre og det samme vil derfor bli gjort i denne oppgaven.

1.5 Oppgavens disposisjon

Dette litteraturstudiet begynner med en innledning som inneholder bakgrunn for valg av tema, presentasjon av problemstilling, presiseringer og avgrensninger i oppgaven, og en avklaring av begreper som vil bli brukt. Videre i kapittel 2 vil relevant teori som belyser problemstillingen bli konkret presentert sammen med sykepleiefaglige rammer. I kapittel 3 blir oppgavens metode beskrevet, jeg forklarer hvordan jeg har søkt etter artikler og går kritisk igjennom litteratur og forskning. I kapittel 4 vil funnene fra de valgte forskningsartiklene bli presentert i en artikkelmatrise. I kapittel 5 drøftes og besvares problemstillingen. Oppgaven oppsummeres i korte trekk i kapittel 6.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Innholdet i dette kapitlet omhandler teoretisk kunnskap som sykepleier bør ha i møte med barn ved legevakt. Det vil bli presentert teori om barns utvikling og tilknytning, og opplevelser ved legevakten. Videre i kapitlet vil det bli presentert hvilke observasjoner sykepleier bør foreta i henhold til kliniske og andre tegn på fysisk mishandling. Deretter presenteres teori om kommunikasjon med barn. Kapitlet avsluttes med sykepleieperspektivet.

2.1 Barns utvikling og tilknytning

2.1.1 Kognitiv utvikling

Jean Piaget (1895 – 1980) sin teori om barns kognitive utvikling består av fire faser som representerer hvordan barn i ulike alder tenker. Utviklingsteori bidrar med kunnskap om barns utvikling, men subjektive forhold og individuelle forskjeller vil være gjeldende.

Aldersgruppen 2 til 6 år kaller Piaget for den preoperasjonelle fasen. Disse barna har en utviklende evne til rask tenkning og kan bruke språk til å tilegne seg kunnskap. De har et kort tidsperspektiv og kan tenke fremover, men kan i liten grad bruke tidligere erfaringer til å løse nåværende problemer. Disse barna har en egosentrisk tankegang, hvilket innebærer at de ser seg selv som sentrum i hendelser og har begrenset mulighet til å ta en annen persons perspektiv. De har også begrenset mulighet til å tenke utover det de erfarer, og tidligere har erfart. Magisk tenkning preger barnas tenkemåte i denne alderen. De har liten evne til å skille mellom virkelighet og fantasi, særlig hos barn som har opplevd mishandling vil fantasi lett blande seg med det de har blitt utsatt for. Dette kan brukes som en forsvarsmekanisme for å få kontroll over vanskeligheter ved at de opplever at de har en påvirkningskraft (Ruud, 2011). Barn i den preoperasjonelle fasen har god hukommelse, og vil for eksempel kunne huske sist gang de var på legevakten. Dersom de hadde en negativ erfaring vil de kunne huske denne neste gang de skal på legevakten, og assosiere dette med det nye besøket (Eide & Eide, 2017).

2.1.2 Tilknytning

I følge John Bowlby (1958) knytter alle barn seg til sine omsorgspersoner uansett hvordan de blir behandlet fordi det er nødvendig for å overleve. Hva slags tilknytning barna har til sine omsorgspersoner avhenger av det følelsesmessige samspillet mellom de to parter (Killén, 2013). For at barnet skal få en trygg tilknytning til sine omsorgspersoner må de voksne være fysisk og psykisk tilgjengelige, og prioritere barnets behov ovenfor sine egne. I barnets utvikling er fundamentet at barnet opplever at verden er trygg og forutsigbar (Ruud, 2011). Småbarn utsatt for fysisk mishandling kan utvikle tilknytningsvansker, og kan streve med

følelsesregulering, sosiale og kognitive oppgaver. De har en økt sårbarhet for aggresjon og atferdsvansker (Psykiske tegn, 2018).

Utrygg unnvikende tilknytning karakteriseres ved at barnet trekker seg unna sin omsorgsperson, og viser lite behov for nærhet og for å dele sine opplevelser. Til gjengjeld viser omsorgsperson selv lite følelser ovenfor barnet i samspillet. Ved usikker ambivalent tilknytning er det en blanding av kontaktsøking samtidig med avvisning. Barnet har opplevd både god omsorg og nærhet av sine omsorgspersoner, men deres behov har og blitt tilsidesatt når omsorgspersonenes egne behov har vært for sterke (Ruud, 2011).

2.2 Barn på legevakten

Legevakten er et tilbud i primærhelsetjenesten hvor barn blir undersøkt og behandlet for skader og brudd (Myhre, 2016b). Et besøk på legevakten vil ofte medføre ubehag, usikkerhet og stress for barnet. Legevakten er et fremmed og ukjent miljø, og barnet kan noen ganger oppleve å bli adskilt fra foreldrene, eller oppleve trussel om adskillelse. Her vil de ofte bli utsatt for prøver og undersøkelser som kan skape engstelse, ubehag og eventuelt smerter (Grønseth & Markestad, 2017). Miljøet på legevakten er preget av lyder, lukter, lys og instrumenter som barnet ikke er vant til. Barn i den preoperasjonelle fasen er særlig utsatt for uheldige virkninger av stress. I denne fasen er de følelsesmessig og intellektuelt umodne hvilket kan føre til en opplevelse av uforutsigbarhet og utrygghet. Andre tegn på høyt stressnivå er aggresjon, tilbaketrekning og separasjonsangst (Grønseth & Markestad, 2017).

2.3 Risikofaktorer og tegn på fysisk mishandling

Tegn på fysisk vold kan oftest ses med det blotte øyet, men det er viktig å være klar over at barnet kan fremvise et bredt spekter av tegn og symptomer som ikke er helt entydige med fysisk vold. Symptomene barnet fremviser må ses i sammenheng, og sykepleier må ikke trekke konklusjoner basert på enkeltfunn (Myhre, 2016a). Det er skadetyperne, symptomene sammen med sykehistorien, og det helhetlige kliniske bildet som skal vekke mistanke (Fysiske tegn, 2018). Barn i aldersgruppen 2 til 6 år får ofte skader som følge av lek og uhell. Det er viktig at sykepleier kan skille mellom disse skadene og de som er påført. Det må undersøkes om skaden har en rimelig forklaring, de uten noen god forklaring bør vekke en mistanke om fysisk mishandling (Myhre, 2016a).

2.3.1 Risikofaktorer

For å kunne identifisere barnemishandling er det nødvendig at sykepleier har kunnskap om risikofaktorer knyttet til barnets familiære og sosiale forhold. For å identifisere risikofaktorer er det nødvendig at sykepleier tilegner seg kunnskap om barnet og dets familie (Risikofaktorer, 2018). Sosiale forhold, fattigdom og dårlige bomiljøer er eksempler på risikofaktorer som kan gjøre barn utsatt for fysisk mishandling. Det er derimot og mange barn som vokser opp i voldelige hjem som utad fremstår velstående (Thorkildsen, 2015). Det er en klart høyere forekomst av vold mot barn som lever i familier som sliter med rus og dårlig psykisk helse. Det er og høyere forekomst i familier hvor det forekommer partnervold, 50% av disse barna har blitt utsatt for fysisk vold (Myhre, 2016a).

2.3.2 Kliniske tegn på fysisk mishandling

De vanligste skadene man kan observere er hudskader i form av blåmerker, rifter, sårskader og gamle arr (Fysiske tegn, 2018). Et blåmerke vil oppstå når huden utsettes for mekanisk påvirkning slik som trykk, støt eller klem. Skaden fører til overriving av små blodkar i hud og røde blodceller vil strømme ut i vevet. Dette vil gi en blåaktig farge som ofte er rødblå i begynnelsen. Etterhvert som de røde blodcellene brytes ned i vevet vil blåmerket endre farge fra blåaktig, til gult til grønn-brunt. Når produktene av de nedbrutte blodcellene er resorbert vil merket forsvinne, denne prosessen tar mellom en til to uker (Myhre, 2016a).

Lokalisasjonen av blåmerker og hudskader er viktig for å kunne avdekke fysisk mishandling. Når de oppstår som følge av lek og uhell vil de oftest være lokalisert på kroppens fremside og beinete framspring slik som albue, foran på legger og knær (Myhre, 2016a). Blåmerker og hudskader som er påførte er typisk lokalisert over bløtdelsområder på kroppen og hudområder som vanligvis er tildekket av klær. Ved påførte skader kan blåmerkene være i form av et håndavtrykk, en gjenstand, et håndgrep eller et bitt (Myhre, 2016b). Sykepleier må observere antall skader og deres alder. Stort antall skader med forskjellige aldre bør styrke mistanke om fysisk mishandling (Myhre, 2016a). Petekkier og blåmerker på hals kan være tegn på at barnet er blitt forsøkt strangulert (Fysiske tegn, 2018).

Påførte skader slik som brudd, brannskader og hodeskader er heldigvis sjeldnere, men er skader som følge av svært alvorlig vold (Myhre, 2016a). Ved mishandling er ribbensbrudd og multiple brudd typisk. Andre lokalisasjoner som bør vekke mistanke er hodeskalle, kjevebein, brystbein, ryggvirvler, bekken, fingre og tær. Dersom brudd oppdages tilfeldig, og er av ulik

alder skal dette og vekke mistanke om mishandling (Fysiske tegn, 2018). Brannskader slik som skåldeskader på rumpe, hender og føtter samt merker etter objekter og redskaper er karakteristiske for mishandling (Fysiske tegn, 2018). Ved hodeskade er det ofte få eller ingen ytre tegn til skade. Det bør mistenkes dersom barnet viser symptomer på nedsatt bevissthet, kramper eller anfall, oppkast, uregelmessig respirasjon og økende hodeomkrets. Forgiftning ved uhell er vanligst hos barn mellom 1 til 4 år. Påført forgiftning skal vurderes ved oppkast, diare, nedsatt bevissthet, kramper og respirasjonspåvirkning (Fysiske tegn, 2018).

2.3.3 Andre tegn på fysisk mishandling

Sykepleier bør være kritisk til forklaringen som blir gitt på skaden dersom skadeomfanget ikke stemmer overens med oppgitt hendelse, eller at ingen forklaring på skaden blir gitt. Dersom det ikke blir gitt noen forklaring vil omsorgspersonen ofte nekte for å kjenne til hvordan skaden oppsto. Det skal vekke mistanke når forklaringen stadig endres, eller det blir gitt ulike forklaringer fra forskjellige personer. Barn som har blitt utsatt for fysisk vold blir ofte sent tatt med til legevakten (Myhre, 2016b). Det er suspekt dersom omsorgspersonen forteller at barnet ikke har klaget eller vist tegn til smerte, eller at barnet har dårlig allmenntilstand uten synlig tegn til skade. Ved mistanke bør sykepleier alltid undersøke barnets sykehistorie (Kynø, Lindboe, Vetlesand, Skotte, Bjaanes, Syversen & Randklev, 2015). Det bør også vekke mistanke dersom barnets påkledning ikke passer til været, at klærne ikke er hele og rene, og om barnet virker ustelt (Myhre, 2016a).

Barn i den preoperasjonelle fasen står i en særstilling fordi de kan mangle språk og forståelse, men omgivelsene kan og være avgjørende for å fortelle om belastende opplevelser. Kroppen blir ofte virkemidlet barna kan kommunisere gjennom (Psykosomatiske tegn, 2018).

Sykepleier er derfor nødt til å ha et våkent blikk for barnets totale situasjon, og må kunne kjenne igjen tegn uten at det blir fortalt (Myhre, 2016b). Psykosomatiske tegn er somatiske symptomer som en ikke finner patologisk forklaring på. Disse kan forekomme hos barn fordi de har økt sårbarhet for både fysisk og psykisk stress som kan resultere i kroppslige plager. Vanlige smerter voldsutsatte barn kan oppleve er magesmerter, hodepine, og muskulære smerter i bryst og rygg. Vansker i forhold til eliminasjon kan og opptre (Myhre, 2016a).

Når stresset overskrider grensen for hva barnet tåler kan det føre til regresjon. Regresjon er en forsvarsmekanisme som fører til at barnet går tilbake til tidligere utviklingstrinn (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleier bør derfor være oppmerksom på fravær av ferdigheter som barn

mellom 2 og 6 år normalt skal ha. Et barn som opplever vold kan oppleve regresjon i sin utvikling. Dette kan ses ved at de begynt å tisse på seg igjen eller ikke greier å spise selv (Psykiske tegn, 2018). Andre tegn kan være at barnet har vansker med å forstå og huske informasjon, og at deres tidsbegrep svekkes (Grønseth & Markestad, 2017).

Barn som opplever fysisk vold kan ha vansker med å regulere følelser, oppmerksomhet og kroppslig aktivering. Dette kan gi sosiale og atferdsmessige vansker. Disse barna kan være klengete og ukritisk til voksnes tilnærming, eller være sosialt tilbaketrukkne og oppfattes som stille og lite interesserte i det som foregår. De kan oppfattes som hyperaktive og vise vansker med å regulere frykt og sinne, ofte med mye gråt og er vanskelige å trøste. De kan også vise tegn på å søke lite eller ingen trøst hos sin omsorgsperson (Psykiske tegn, 2018).

2.4 Kommunikasjon med barn

Hvert barn er unikt og har egne biologiske forutsetninger, livshistorier og utviklingsfaser. I kommunikasjon med barn er det nødvendig at sykepleier skaper et kontaktforhold til barnet. Trygghet handler om kontroll, og følelsen av dette kan forsterkes hos barnet ved at sykepleier viser interesse i det barnet forteller, at hun ser og forstår, og at hun informerer og forklarer slik at situasjonen blir forståelig. For å etablere kontakt og tillit er det viktig å følge barnets tempo, sykepleier bør la barnet holde føringen, uten å overta initiativet og vise undring og lytte aktivt. Det er viktig at sykepleier tilpasser kommunikasjonen til utviklingsstadiet barnet befinner seg på (Eide & Eide, 2017).

I den preoperasjonelle fasen øker barnets ordforråd betraktelig. Fra 3 års-alderen begynner barnet å stille mange spørsmål og mot slutten av fasen kan barnet lage lange setninger. Barna er oppmerksomme på toneleie og nonverbale signaler, og kan raskt kategorisere sykepleieren som snill eller slem. Barn liker best sykepleiere som er snille, som snakker vennlig til dem, som er rolig og avslappet og som lytter og har øyekontakt med dem (Grønseth & Markestad, 2017). I denne alderen utvikler de en logisk forståelse, og de har konkret tankegang og språk. Forholdet til tid og sannhet blir mer likt den voksnes og de er opptatte av regler, rettferdighet og konsekvenser (Eide & Eide, 2017). De greier ikke å gjengi fortid i fortellinger og kan ha vansker med å presisere fortellingens poeng (Grønseth & Markestad, 2017). Det er derfor viktig å snakke tidlig med barnet om alvorlige hendelser før det har gått for lang tid (Eide & Eide, 2017).

En barriere som kan hemme kommunikasjon mellom barnet og sykepleier, er at barn i den gjeldende aldersgruppen har et direkte språk uten tilsløringer. Dersom sykepleier blir ukomfortabel med det som blir fortalt, vil barnet kunne fornemme dette og samtalen kan bli kunstig. Sykepleier kan ved mistanke være forutinntatt og stille barnet ledende spørsmål, hvilket kan påvirke påliteligheten av det som blir fortalt. Dersom sykepleier er usikker, grunnet lite kunnskap og erfaring med barns utvikling og kommunikasjonsferdigheter, kan dette tilbakeholde sykepleier i samtalen (Ruud, 2011).

2.5 Sykepleieperspektivet

2.5.1 Sykepleiers ansvars- og funksjonsområde

Sykepleieren har flere ansvars- og funksjonsområder som skal prege hennes ivaretagelse av det voldsutsatte barnet. Sykepleieutøvelsen reguleres av handlingskompetanse, juridiske og yrkesetiske rammer. Blant de forskjellige ansvars- og funksjonsområdene er den forebyggende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Sykepleier har et ansvar for å forebygge skade ved å identifisere potensielle og aktuelle problemer. Ved sekundærforebygging er tidlig identifisering av fysisk mishandling, og iverksetting av tiltak for å forebygge videre vold av betydning. Sykepleier har ansvar for å observere tegn og symptomer, og informere rette instans slik at det kan iverksettes riktige tiltak for behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016). Observasjon krever en oppmerksomhet som ikke kun er visuell, men der håndlag, hørsel og intuisjon spiller på lag.

Observasjonskompetansens grunnlag er kunnskap, og for å kunne observere tegn på fysisk mishandling kreves det at sykepleier i en bestemt situasjon vet hva hun skal se etter, og hvilke tegn hun må være på vakt for. Fysisk mishandling yter seg via kroppslige tegn og uttrykk, atferd og i barnets beretninger. Tegnene som observeres danner grunnlaget for alle kliniske vurderinger og beslutninger som sykepleier foretar (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.5.2 Lovverk

Sykepleiere har et juridisk, etisk og moralsk ansvar for å sørge for forsvarlig og fagligforankret helsehjelp. Dette ansvaret innebærer å være klar over hva sykepleier er pliktige til, og hvilke rettigheter de voldsutsatte barna har (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Juridisk sett har barn et sterkt rettsvern i FNs barnekonvensjon og i norsk lov. I følge barnekonvensjonen (1989) artikkel 19 skal barnet beskyttes mot alle former for fysisk og

psykisk vold, forsømmelse eller utnytting fra omsorgspersoner. De samme rettighetene er nedfelt i barneloven (1982) §30 tredje ledd (Mevik & Edvardsen, 2016). Grunnloven §104 sitt kapittel E, som var nytt i 2014, fastslår at barn har rett til vern om sin personlige integritet og respekt for sitt menneskeverd. Dette gir dem direkte vern mot vold og overgrep (Andersland & Mevik, 2016).

Sykepleier skal i henhold til §4 i Helsepersonelloven (1999) utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte som kan forventes utfra sykepleiers kvalifikasjoner, situasjon og arbeidets karakter. Sykepleier må innhente bistand når det behøves og henvise pasienter videre der det er nødvendig. Sykepleier skal samarbeide med annet kvalifisert personell når pasientens behov tilsier det.

Helsepersonelloven (1999) §39 pålegger sykepleier dokumentasjonsplikt, Jf. §40 skal sykepleier nedtegne relevante og nødvendige opplysninger om pasienten, og helsehjelpen som er blitt utført i en journal for den enkelte pasient.

Barnet har krav på informasjon som er tilpasset barnets individuelle forutsetninger slik som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Sykepleier skal gi informasjonen på en hensynsfull måte og så langt det er mulig å forsikre seg om at barnet har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

Videre er sykepleier bundet av taushetsplikt. Taushetsplikten skal hindre at opplysninger om personlige forhold skal bli kjent for uvedkommende (Helsepersonelloven, 1999, §21).

Sykepleier er derimot uten hinder av taushetsplikten, pliktig til å melde ifra til barnevernstjenesten uten ugrunnet opphold når det er mistanke om at et barn er utsatt eller vil bli utsatt for mishandling, annen alvorlig omsorgssvikt eller mangler ved daglig omsorg. Sykepleier plikter å oppgi taushetsbelagte opplysninger til barnevernstjenesten når dette er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, §33).

Sykepleier må være oppmerksom på at i situasjoner hvor melding til barnevernet ikke er tilstrekkelig, er hun pliktig til å melde ifra til politi dersom hun mistenker at en varsling vil avverge alvorlig skade (Helsepersonelloven, 1999, §31).

2.5.3 Yrkesetiske retningslinjer

Sykepleiere plikter å anvende de yrkesetiske retningslinjene i sitt arbeid. De yrkesetiske retningslinjene bygger på barmhjertighet, omsorg, og menneskerettighetene som kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring. Respekt for den enkeltes liv og verdighet skal prege praksis. Yrkesutøvelsen må være etisk, faglig og juridisk forsvarlig. Den fundamentale plikten er å fremme helse og forebygge sykdom, og skal omfatte alle fra livets begynnelse til slutt (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Sykepleieren har en plikt til å holde seg faglig oppdatert innen forskning, utvikling og dokumentert praksis. Hun må erkjenne og praktisere innenfor grensene for sin egen kunnskap og søke veiledning i vanskelige situasjoner. Sykepleieren skal gi barnet tilpasset informasjon og sikre så langt det lar seg gjøre at informasjonen er mottatt og forstått. Hun skal ivareta omsorgspersonens rett til informasjon, men prioritere barnet ved interessekonflikter (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Videre skal sykepleier ivareta barnets behov for helhetlig omsorg. Hun skal ivareta barnets verdighet og sikkerhet, og beskytte det mot krenkende og ulovlige handlinger (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

3 Metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte en benytter for å samle inn kunnskap og informasjon for å belyse en problemstilling. Den metoden som er hensiktsmessig å velge er den en mener vil gi god data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2017).

3.1 Metodebeskrivelse

Litteraturstudie er metoden som benyttes i denne oppgaven. Metoden bygger i hovedsak på kunnskap fra skriftlige kilder. Systematisering av kunnskap innebærer å samle inn litteratur, gjennomgå den kritisk og sammenfatte det hele. Hensikten med en slik studie er å gi leseren en forståelse av kunnskapen som problemstillingen etterspør og vise hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015). Kildene jeg har valgt å bruke for å belyse min problemstilling består i hovedsak av faglitteratur og forskningsartikler. Forskningsartikler med kvantitativ metode er hensiktsmessige fordi resultatene gir oss målbar data. Dataen som samles inn svarer ofte på spørsmål som omhandler «hva» eller «hvor mange» (Dalland, 2017). Forskningsartikler med kvalitativ metode er hensiktsmessig fordi de sikter på å fange opp en populasjons mening og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfestes. Disse resultatene svarer ofte på spørsmål slik som «hvordan» eller «hvorfor» (Dalland, 2017). I denne oppgaven benyttes både kvantitative og kvalitative forskningsartikler for å kunne belyse sykepleiers erfaringer med å avdekke barnemishandling. De benyttes og for å finne barrierer og faktorer som tilrettelegger for å kunne avdekke.

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Før jeg begynte selve søket brukte jeg tid på å finne relevante søkeord basert på problemstillingen min. Jeg benyttet helsebibliotekets MeSH-ordbok på internett for å oversette de norske søkeordene til engelsk. Disse plasserte jeg så i et PICO-skjema som vist under. PICO er et rammeverk for å sikre struktur i søkeprosessen. Jeg så ikke etter en sammenligning i mine forskningsartikler og derfor er ikke C-en i PICO-skjemaet brukt.

P	I	C	O
Population Patient Problem	Intervention Exposure	Comparison	Outcome
Child abuse Child neglect Child maltreatment Child physical abuse	Nurs* Identify Nursing responsibility Nursing knowledge Emergency service		Barriers Facilitators

For å finne forskning som er relevant til oppgaven har det blitt gjort litteratursøk i ulike databaser som inneholder referanser til helsefaglige tidsskrifter. Databasene som ble benyttet var CINAHL, PubMed, SweMed+, MEDLINE og Google Scholar. De beste treffene for relevant forskning ble funnet i CINAHL. Oria har og blitt benyttet for å finne relevant faglitteratur ved Lovisenberg Diakonale Høgskole sitt bibliotek. Litteratursøket har blitt begrenset til å kun omhandle forskning og litteratur fra de siste 10 årene for å forsikre at kildene i oppgaven er oppdaterte. Ved å foreta denne avgrensningen holder oppgaven seg innenfor høgskolens rammeverk for bacheloroppgaveskriving. Matrisen på neste side viser min søkehistorikk.

Dato for søk	Forfatter, årstall	Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall funn
27. 01. 2019	Gunjan Tiyyagura, Marcie Gawel, Jeanette R. Koziel, Adrea Asnes & Kirsten Betchel. (2015).	CINAHL	Fra 2014 – 2019. Og research article og english language.	Child abuse OR child neglect AND barriers AND emergency service	4
08.02.2019	Jenifer L. Lavigne, Sharon G. Portwood, Jan Warren-Findlow og Larissa R. Brunner Huber.	CINAHL	Fra 2014 – 2019. Research article og english language.	Nurs* AND child abuse AND identify	23
19.03.2019	Kari Skarsaune & Terese Bondas	Google Scholar	Fra 2014 – 2019 Sorter etter relevans. Huket av sitater og patenter.	Child abuse AND nursing responsibility OR nursing knowledge	Nr: 4 av 14500
11.03.2019	Elisabeth L. Thorpe, Noel S. Zuckerbraun, Jennifer E. Wolford & Rachel P. Berger.	CINAHL	Fra 2014 – 2019 English language Research article	Child physical abuse OR child abuse	35

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk skal vise at en er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet man har brukt i oppgaven, og vise de kriterier en har benyttet under utvelgelsen. Dette skal gi leseren et innblikk i refleksjonene en har gjort seg vedrørende den utvalgte litteraturen og forskningens relevans og gyldighet for å belyse problemstillingen (Dalland, 2017).

I denne oppgaven har jeg brukt litteratur fra sykepleieutdanningens pensum sammen med fagbøker om vold og overgrep mot barn som retter seg direkte mot fagpersoner. Den utvalgte litteraturen skal spisse oppgaven mot sykepleie.

Jeg har i hovedsak brukt primærlitteratur for å unngå feilinformasjon. Et eksempel på en sekundærkilde jeg har brukt er kapitlet om barns utvikling. Dette er fordi sekundærkilden er av nyere dato og beskriver Piaget sin utviklingsteori på en mer moderne og forståelig måte. Det skal nevnes at Piaget sin teori har fått en del kritikk, særlig fordi han deler barns utvikling inn i statiske faser. Han tar lite hensyn til at barnets utvikling foregår i en sosial kontekst og teorien tar lite hensyn til kulturelle forskjeller (Ruud, 2011). Den sosiale konteksten som ikke tas hensyn til omhandler barnets oppvekstmiljø, erfaringene barnet har med seg på godt og vondt fra familien og samfunnet, hvilket har en innvirkning på barnets erfaringer og opplevelser og dermed utvikling (Skjørten, Hauge, Langballe, Schultz & Øverlien, 2016).

Oppgaven referer ofte til Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner (voldsveileder), utarbeidet av Norsk Kunnskapssenter for Vold og Traumatisk Stress. Denne veilederen har blitt nøye utvalgt fordi den er utarbeidet spesielt for arbeidere innen helse og omsorgstjenesten. Den har som formål å øke kunnskap og stryke handlingskompetansen og veilederen er ment for å anvendes i praksis (NKVTS, 2018). Den anvendes hyppig fordi jeg ønsker at oppgaven skal være så realistisk som mulig.

Jeg har tidligere vært i praksis ved legevakt som nevnt innledningsvis. Dessverre fikk ikke studentene være delaktige i situasjoner der barnemishandling ble mistenkt eller avdekket. Derfor vil ikke denne praksisen nevnes videre i oppgaven.

Alle de 4 forskningsartiklene jeg har brukt i denne oppgaven er av nyere dato, er publisert i anerkjente tidsskrifter og er bedømt av fagfeller. All fag- og forskningslitteratur som jeg har anvendt i oppgaven har blitt kreditert gjennom fortløpende kildehenvisninger i tekst og litteraturliste. Den utvalgte litteraturen i oppgaven som jeg bruker for å belyse min

problemstilling kan være preget av mine holdninger til temaet og andre relevante faktorer kan være utelatt.

Forskningsartikkelen «Neglected Nursing Responsibility When Suspecting Child Abuse» er en norsk kvalitativ studie hvor alle informantene var sykepleiere og legevakt var en av flere kontekster de undersøkte. Jeg vurderer funnene i denne artikkelen som svært relevante for å besvare min problemstilling. Jeg ønsker likevel å trekke frem at Google Scholar var den eneste databasen jeg fant denne artikkelen i. Dette kan kanskje ha noe å si for artikkelens pålitelighet.

De tre andre utvalgte forskningsartiklene er amerikanske studier og dette kan påvirke deres overførbarhet til Norge. Barnemishandling er likevel et globalt problem, men hvordan det defineres kan variere mellom ulike kulturer (Skarsaune & Bondas, 2015). Funnene i *Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments* samsvarer med funnene i den norske studien og dette styrker min tro om at begge disse forskningsartiklene kan benyttes.

Funnene i *Missed Opportunities to Diagnose Child Physical Abuse* er ikke rettet mot sykepleie, men helsetjenesten generelt. Hovedfunnet var at flere barn som er utsatt for mishandling har hatt gjentakende møter med helsetjenesten hvor mishandlingen ikke ble avdekket. Jeg mener dette funnet er relevant fordi det kan underbygge poenget med at sykepleiere ofte forsømmer sitt ansvar til å forebygge vold mot barn.

I *Pediatric Inpatient Nurses' Perceptions of Child Maltreatment* arbeidet alle respondentene som svarte på undersøkelsen ved sengepost. Arbeidet ved sengepost er svært ulikt fra legevakten og det kan være vanskelig å overføre resultatene til min litteraturstudie. I tillegg omhandler den alle former for mishandling, ikke kun mishandling av fysisk art. Jeg velger likevel å ta forskningen med fordi jeg anser funnene om deres erfaring med barnemishandling som relevant for oppgaven.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Her er forskningsartiklene som jeg mener er relevant for oppgaven kortfattet presentert i en artikkelmatrise. Disse forskningsartiklene skal knyttes til problemstillingen og matrisen skal gi en begrunnelse for hvordan disse kan belyse problemstillingen.

	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Lavigne, J.L., Portwood, S.G., Findlow, J.W. & Huber, L.R.B. (2017).	Pediatric Inpatient Nurses' Perceptions of Child Maltreatment	Journal of Pediatric Nursing	Utforske hvilke oppfatninger sykepleiere ved barneavdeling har av barnemishandling.	Tverrsnittstudie med online spørreskjema. 80 av 314 respondenter svarte på undersøkelsen. Alle var sykepleiere med grunnutdanning eller masterutdanning.	98,75% mente at det var deres ansvar som sykepleiere å identifisere og rapportere saker som innebar barnemishandling. 63,75% svarte de ikke hadde rapportert slike saker i sin jobb. 25% mente de ikke hadde adekvat eller noen trening i det hele tatt. 40% var ikke kjent med lovverket og rutiner rundt rapportering.
2	Skarsaune, K. & Bondas, T. (2015).	Neglected Nursing Responsibility when Suspecting Child Abuse	Clinical Nursing Studies	Utforske sykepleieres opplevelser ved mistanke om barnemishandling i møte med barn og deres familier i ulike sykehuskontekster.	Kvalitativ studie. Informantene bestod av 8 kvinnelige sykepleiere med over 10 års erfaring. Kriteriet for å delta var at informantene måtte ha erfart barnemishandling i sitt arbeid tidligere.	Vanskelig å gjenkjenne symptomer på fysisk mishandling som ikke innbar alvorlig vold. Alle fikk en dårlig magesfølelse når de opplevde at noe var galt. Usikkerhet rundt prosedyrer for rapportering. Vanskelig å rapportere dersom de ikke fikk støtte av kollegaer. Usikkerhet rundt dokumentasjon. Usikkerhet rundt frykt for å ha tatt feil. Følte de ikke hadde nok kunnskap om fysisk mishandling.
3	Tiyyagura, G., Gawel, M. Koziel, J. R., Asnes, A.	Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General	Annals of Emergency Medicine	Å undersøke sykepleieres erfaringer med undersøkelse og rapportering av barnemishandling.	Kvalitativ studie med 29 informanter. De bestod av 16 sykepleiere, 9	For stor tiltro til omsorgspersonens forklaring på skaden. De kliniske tegnene på fysisk mishandling var ikke gjenkjennbare. Partiskhet ovenfor omsorgspersonene. Utfordringer ved

	& Betchel, K. (2015)	Emergency Departments		ng på akuttmottak. De ønsket å undersøke hvilke faktorer som tilrettelegger for avdekking og hvilke barrierer som kan være til hinder for å avdekke barnemishandling	leger og 4 legeassistenter.	å jobbe ved akuttmottak. Rapportering er for tidskrevende i det hektiske miljøet ved legevakten. Diskusjon med kollegaer var en faktor som tilrettela for avdekking. Ikke nok kunnskap om fysisk mishandling. Ønsket tilbakemelding fra barnevernstjenesten.
4	Thorpe, E. L., Zuckerbraun, N. S., Wolford, J. E. & Berger, R. P. (2014)	Missed Opportunities to Diagnose Child Physical Abuse	Pediatric Emergency Care	Finne antall legevaktsbesøk barn utsatt for barnemishandling tidligere hadde hatt før mishandlingen ble avdekket.	Retrospektiv studie med en systematisk gjennomgang av pasientjournaler mellom 2002 og 2009.	Av 77 barn hadde 48% av tidligere besøkt legevakten. 10% døde som følge av sine skader. Ved røntgenundersøkelse hadde 64% helende brudd. 39% hadde brudd i flere kroppsdelar.

5 Drøfting

I dette kapitlet skal jeg drøfte og besvare problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier ved legevakt bidra til å avdekke fysisk mishandling mot barn?*». For å besvare problemstillingen anvender jeg den presenterte teorien sammen med faglitteratur, og de utvalgte forskningsartiklene jeg mener kan belyse min problemstilling. Drøftingen vil først omhandle sykepleieperspektivet, og deretter ta for seg legevakt konsultasjonen med barnet.

5.1 Sykepleieperspektivet

Sykepleiere som arbeider ved legevakt vil møte voldsutsatte barn i sitt arbeid. For å kunne avdekke vold som forsøkes holdes skjult, må sykepleier ha kunnskap om hvilke observasjoner hun må foreta (Myhre, 2016b). Nortvedt og Grønseth (2016) løfter frem observasjon som den viktigste ferdigheten sykepleier må inneha for å kunne utøve sin forebyggende funksjon. De sier videre at observasjon krever en oppmerksomhet for det helhetlige symptombildet, hvor også håndlag og intuisjon spiller på lag. For å kunne observere tegn hos voldsutsatte barn krever dette at sykepleier som jobber ved legevakt har kunnskap om barnets normale utvikling, om risikofaktorer og tegn på fysisk mishandling for å kunne identifisere det i sitt arbeid (Myhre, 2016b). Sykepleier plikter til å utøve en faglig forankret praksis som baserer seg på forskning og dokumentert praksis (Norsk sykepleierforbund, 2016). Forskning viser derimot at sykepleiere ikke har nok kunnskap om barnemishandling og dette kan føre til at mishandling ikke avdekkes når barnet oppsøker helsehjelp (Skarsaune & Bondas, 2015; Tiyyagura, Gawel, Koziel, Asnes & Bechtel, 2015).

Dersom den fysiske mishandlingen ikke blir avdekket, vil den få lov til å fortsette i det skjulte. Dette vil ha store konsekvenser for barnet videre (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Sykepleiers forebyggende ansvar- og funksjonsområde handler om å kunne avdekke potensiell og aktuell fysisk mishandling og forebygge ytterligere skade (Nortvedt & Grønseth, 2016). Dette ansvaret underbygges av de yrkesetiske retningslinjer. De presiserer at sykepleiers ansvar er å ivareta barnets verdighet og sikkerhet, og beskytte barnet mot krenkende og ulovlige handlinger (Norsk sykepleierforbund, 2016). Nortvedt & Grønseth (2016) løfter frem at dersom sykepleier ikke innehar relevant kunnskap, vil ikke hun ikke kunne foreta nødvendige kliniske vurderinger og beslutninger. Thorpe, Zuckerbraun, Wolford & Berger (2014) fant i sin studie at omtrent 50% av alle barna utsatt for fysisk mishandling hadde hatt gjentakende besøk til legevakten før mishandlingen ble avdekket. Omtrent 10% av dem døde som følge av skadene de hadde blitt påført da

mishandlingen ble avdekket. Dette underbygger viktigheten av at sykepleier utøver sin forebyggende funksjon for å bidra til å avdekke fysisk mishandling i sitt arbeid.

5.2 Observasjoner i møte med barnet

I det første møtet med barnet og dets omsorgspersoner på legevakten er det flere tegn sykepleier bør observere. Det første er å vurdere barnets påkledning. Myhre (2016a) oppfordrer sykepleiere til å vurdere om klær og fottøy er hele og rene og om de er adekvate i forhold til vær (Myhre, 2016a). I midlertid viser en studie av Tiyyagura et al. (2015) at selv om sykepleierne er klar over at dårlig bekledding bør vekke mistanke om mishandling så fører ikke dette alltid til at de griper inn. Informanten forteller om en episode der hun observerte at barnet var især dårlig bekledd for været. Hennes fokus var dog rettet mot å behandle hovedårsaken til at barnets omsorgsperson hadde oppsøkt helsehjelp, for å kunne sende barnet fortest mulig hjem. Informanten hadde dermed ikke sendt inn noen bekymringsmelding. Dette er et eksempel på en bekymringsfull situasjon der sykepleier ikke våget å handle. Å vurdere påkledning er sannsynligvis en faktor som kan bidra til å vekke en bekymring hos sykepleier.

Det andre sykepleier bør observere er barnets fremtoning (Myhre, 2016a). På den ene siden trekker Grønseth & Markestad (2017) frem at barn i den preoperasjonelle fasen kan oppleve mye stress og belastning under et besøk til legevakten. Dette kan komme til uttrykk som redsel, aggresjon og tilbaketrekning. På den andre siden hevder Myhre (2016a) at tristhet, en alvorlig mine, dårlig konsentrasjon og redsel kan være fremtoning som følge av hva barnet har vært utsatt for. Voldsveilederen bekrefter dette og supplerer at slapphet og interesseløshet, urolighet og hyperaktivitet, og vansker for å regulere sinne og frykt kan være tegn voldsutsatte barn kan fremvise (Psykiske tegn, 2018). Det er en utfordring for sykepleier å vurdere om barnets fremtoning kan skyldes besøket til legevakten eller om det kan være tegn på noe mer alvorlig. Det er dog sannsynligvis viktig at sykepleier har et våkent øye for barnets reaksjoner og har kunnskap om hva slags reaksjoner voldsutsatte barn kan ha.

Det tredje sykepleier bør observere er samspillet mellom barnet og dets omsorgspersoner. Dette kan gi verdifull informasjon om omsorgssituasjonen og kan føre til mistanke om fysisk mishandling (Myhre, 2016b). Som nevnt i forrige avsnitt er besøket til legevakten ofte en belastende situasjon for barnet. Normalt i en slik situasjon vil barnet søke seg til sine omsorgspersoner for trøst og trygghet (Ruud, 2011). Myhre (2016a) oppfordrer sykepleiere til å observere om barnet henvender seg til omsorgspersonene og omvendt, om barnet virker

utrygt og engstelig ovenfor omsorgspersonene og hvordan barnet forholder seg til andre. I følge voldsveilederen har barn som har opplevd vold og overgrep ofte vansker med sosiale relasjoner. Noen voldsutsatte barn kan ha en ukritisk tilnærming til fremmede voksne.

Sykepleier bør observere om barnet er klengete eller om barnet er usårbart og avviser nærhet og kontakt (Psykiske tegn, 2018). Myhre (2016b) påstår at det skal vekke mistanke hos sykepleier dersom omsorgspersonene fremstår som likegyldige ovenfor barnet, gir det lite respons, mangler medfølelse med barnet, uttaler seg nedlatende om eller gjør narr av barnet og ikke lar det komme til orde under konsultasjonen. Kunnskap om tilknytningsteori kan gi en bakgrunnsforståelse ved observasjon av samspill. Det kreves derimot spesialkompetanse for å vurdere barnets tilknytningsmønster og dette skal sannsynligvis ikke utføres av sykepleier. Ved å anvende relevant teori i praksis kan sykepleier fange opp barn som viser risikofyllt tilknytning og henvise dem videre (Ruud, 2011).

Det fjerde sykepleiere bør observere er fravær av ferdigheter som barn i den preoperasjonelle fasen normalt skal ha. Grønseth og Markestad (2017) hevder at belastninger som fører til mer stress enn hva barnet tåler kan føre til regresjon i dets utvikling. Dette kan ses ved at barn har vansker med å forstå og huske informasjon og at deres tidsbegrep blir dårligere. I følge Myhre (2016a) kan et annet tegn på regresjon være at barn som tidligere har vært tørre tisser på seg igjen. Det er derimot rimelig å anta at dette kan være vanskelig i praksis da sykepleier ved legevakt ikke nødvendigvis har kjennskap til barnet fra før, og ikke vil vite om det hun observerer er en endring i barnets atferd eller tilstand (Psykiske tegn, 2018).

Sist, men ikke minst, må sykepleier ha kunnskap om risikofaktorer, og være observant på dette for å kunne bidra til å avdekke fysisk mishandling. Barn som lever i risikofamilier hvor rus, psykiske lidelser og kjent partnervold er involvert er enklere for hjelpeapparatet å fange opp (Myhre, 2016a). Tiyyagura et al. (2015) fant at omsorgspersonenes opptreden og utseende ofte hadde en betydning for hvorvidt sykepleierne ble mistenksomme på potensiell fysisk mishandling. De løfter frem at yrke, sosio-økonomisk status, bosted, utseende og familiære forhold spilte en rolle i hvordan de vurderte situasjonen. Informantene mente at dette sannsynligvis førte til at de ikke greide å avdekke saker der mishandling var involvert. Myhre (2016a) hevder at mishandling ofte blir senere avdekket i familier som tilsynelatende fremstår som velfungerende og at i slike situasjoner blir barnet ofte ikke trodd av hjelpeapparatet.

5.3 Observasjon av kliniske tegn på mishandling

Det er viktig å trekke frem at barn i aldersgruppen 2 til 6 år hyppig pådrar seg skader, særlig hudskader, som følge av uhell og lek (Myhre, 2016b). Utfordringen her er å vurdere hvilke skader som forekommer som følge av uhell og hvilke skader som er påførte. Ingen skadetyper er et helt sikkert tegn på påført vold og sykepleier må derfor vurdere mishandling på lik linje som andre potensielle årsaker til skaden. Voldsveilederen fremhever at skadetyper skal vurderes mot forklaringen som blir gitt og det kliniske helhetsbildet (Fysiske tegn 2018). Studier viser at sykepleiere synes det er vanskelig å vurdere om skader er påførte (Lavigne, Portwood, Warren – Findlow & Huber, 2017; Skarsaune & Bondas, 2015; Tiyyagura et al., 2015). Desto viktigere er det da at sykepleier har kjennskap til hvilke skader som er særlig typiske for fysisk mishandling.

Hudskader som følge av lek og uhell er normalt lokalisert på kroppens fremside og på beinete fremspring slik som knær og legger (Myhre, 2016a). Blåmerker, rifter, sårskader og gamle arr er derimot det vanligste funnet ved fysisk barnemishandling (Kynø et al., 2015). Myhre (2016a) oppfordrer at sykepleiere, ved mistanke om fysisk mishandling, undersøker barnet for hudskader under undersøkelse. Det bør ringe en varselbjelle dersom det observeres blåmerker eller andre hudskader på barnets bløtdelsområder, slik som ytre øre, kinn, hals, håndflater, fotsåler, overarmer, mage, rygg, sete, innsiden av lår og kjønnsorgan (Fysiske tegn, 2018). Myhre (2016b) trekker frem at blåmerker med en form av håndflate, gjenstand, håndgrep eller bitt bør skape bekymring. Bitt med mer enn 3 cm mellom merkene etter hjørnetenner stammer sannsynligvis fra voksne. Blåmerker på hals som kan ligne håndgrep kan tyde på at barnet er blitt forsøkt strangulert (Kynø et al., 2015). Videre kan det trolig være tegn på fysisk mishandling dersom barnet har flere blåmerker, sår eller arr enten spredd over kroppen, i grupper eller med lik form og størrelse (Myhre, 2016b). Forskning viser derimot at sykepleiere synes det er vanskelig å gjenkjenne kliniske tegn på mishandling dersom den påførte volden ikke er av alvorlig karakter. De kunne derimot ofte få en magefølelse på at noe var galt uten å kunne sette fingeren på akkurat hva det var som forårsaket det (Skarsaune & Bondas, 2015).

Brudd hos barn der historien ikke virker sannsynlig sammenlignet med skaden skal vekke en bekymring. Voldsveilederen trekker frem at ribbensbrudd og skallebrudd er særlig suspekter. Ribbensbrudd har høyest spesifisitet for fysisk mishandling og kan tilskrives mishandling i 70% av tilfellene. Det er viktig å merke seg at hos enkelte barn kan ribbensbrudd gi lite

symptomer. Hos småbarn skyldes skallebrudd mishandling i en tredjedel av alle tilfeller. Brudd i lange rørknokler skyldes fysisk mishandling hos en tredjedel i motsetning til brudd i underarm, håndledd og hånd som hyppigere forekommer ved ulykker (Fysiske tegn, 2018). Myhre (2016b) peker på at brudd av ulik alder som oppdages ved røntgen og brudd uten kjent forklaring bør vekke mistanke hos sykepleier. Thorpe et al. (2014) fant at 64% av alle barn som hadde hatt gjentakende besøk til legevakten hadde helende brudd ved røntgenundersøkelse. Røntgenundersøkelsene ble utført på bakgrunn av bekymring om fysisk mishandling. Det ble avdekket brudd i flere kroppsdeler hos 39% av barna. Det er rimelig å anta at disse funnene understøtter viktigheten av at sykepleier har nok kunnskap om barnemishandling, til at det vekkes en bekymring når hun observerer at noe er galt. Å kunne handle på sin bekymring er en viktig del av å bidra til at fysisk mishandling avdekkes.

Brudd, brannskader og hodeskader er heldigvis sjeldnere funn sammenlignet hudskader, men sykepleier skal være klar over at ved slike funn er det svært alvorlig vold som står bak (Myhre, 2016a). Forskning viser at sykepleiere ved legevakt synes det er vanskelig å vurdere mishandling ved brannskader (Tiyyagura et al., 2015). Ved brannskader må sykepleier være oppmerksom på skåldeskader som kan indikere tvang. Eksempler på dette er skålding av hender og ben med hanske eller strømpedistribusjon, skålding av rumpe eller perineum, skader med skarp avgrensning til frisk hud og skader på hudområder som normalt ikke kommer i kontakt med varme områder. Merker etter redskaper og objekter slik som for eksempel en sigarett er tydelige tegn på mishandling (Myhre, 2016b).

Myhre (2016b) peker på at symptomer på hodeskade kan ofte forveksles med sykdom dersom det ikke foreligger informasjon om skaden. Ved hodeskader er det ofte få ytre tegn som kan observeres. Voldsveilederen informerer om at nedsatt eller endret bevissthet, kramper og anfall, uregelmessig respirasjon og pustestans, økt fontanell spenning, oppkast og spisevansker og økende hodeomkrets er funn som sykepleier skal være observant på. Det er viktig å merke seg at ved 70 til 85% av påført hodeskade hos barn kan blødninger i øyebunnen observeres (Fysiske tegn, 2018).

Det er også viktig at sykepleier er klar over at nedsatt bevissthet, respirasjonspåvirkning, kramper og oppkast også kan være tegn på forgiftning. Dersom sykepleier får en mangelfull eller usannsynlig forklaring på barnets tilstand samt at omsorgspersonene viser unaturlig oppførsel, situasjonen tatt i betraktning, bør hun mistenke forgiftning (Fysiske tegn, 2018).

5.4 Når bekymringen oppstår

Om omsorgspersonen eller barnet forteller at skaden barnet har fått er påført er det viktig at dette blir tatt alvorlig. Derimot vil de voksne ofte forsøke å skjule hva som har skjedd for sykepleieren og barnet vil og ofte skjule sannheten på grunn av lojalitet, skam og engstelse for mer vold eller annen avstraffelse. Sykepleier bør bli mistenksom dersom forklaringen ikke passer til, er ulogisk eller for beskjedent for skaden hun kan observere (Myhre, 2016b).

Hovedregelen er at sykepleier skal presentere sin bekymring ovenfor barnet for foreldrene tidlig i pasientforløpet, men sykepleier skal fravike dette prinsippet når det er mistanke om vold (Utredning, 2018). Informantene i Tiyyagura et al. (2015) beskrev situasjoner hvor de antok at mishandling kan ha blitt oversett fordi de stolte på omsorgspersonens forklaring av hendelsen. De forklarte det med at de generelt stoler på barnets omsorgspersoner og har et ønske om å hurtig behandle skaden som barnet kommer inn for, derav setter de ikke alltid spørsmål ved forklaringen. Et relevant funn i Skarsaune & Bondas (2015) sin forskning er at informantene føler mye usikkerhet rundt frykten ved det å ha tatt feil og konsekvensene dette vil få for familien. Likevel har sykepleiere en etisk plikt til å prioritere barnet og dets sikkerhet (Norsk sykepleieforbund, 2016). Ved å sette spørsmål ved en mistenksom forklaring kan sykepleier trolig bidra til å avdekke dersom det foreligger fysisk mishandling.

Barn vil sjeldent fortelle om hva de er utsatt for, særlig dersom omsorgspersonene er tilstede, hvilket ofte er tilfelle ved en legevakts konsultasjon. Myhre (2016a) oppfordrer sykepleiere til å samtale alene med barnet dersom det er mulig, og helst i lag med en annen sykepleier.

Sykepleier er lovpålagt å utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte utfra situasjonens karakter. Dette innebærer samarbeid med kollegaer og plikt til å innhente bistand når barnets behov tilsier det (Helsepersonelloven, 1999, §4). Under konsultasjon er det viktig å gi barnet tid og rom til å fortelle om sine opplevelser, men det må nevnes at det i en legevaktskontekst kan være utfordrende da disse konsultasjonene ofte er tidsbegrenset (Myhre, 2016b).

Barnets egen historie er den viktigste og sikreste kilden til å kunne avdekke fysisk overgrep. Myhre (2016a) hevder at barn ofte velger å fortelle om krenkelser når de har kommet til et punkt der nok er nok. En god invitasjon til samtale er å spørre barnet direkte hvordan skaden oppsto, sykepleier vil ofte da få detaljert og nøyaktig informasjon. Videre sier han at det er viktig at barnet føler det blir tatt på alvor når det forteller om hva det har blitt utsatt for. Dersom barnet ikke opplever å bli trodd kan det hende at det ombestemmer seg og trekker tilbake det som ble fortalt. Ruud (2011) hevder at når sykepleier forsøker å se verden fra

barnets perspektiv og at hun ser barnet som et subjekt i eget liv kan dette fremme samtalen mellom sykepleier og barnet. Ved å stille barnet spørsmål, vise nysgjerrighet, undring og respekt, vil barnet merke dette, og det vil skape en gjensidighet i samtalen. Grønseth & Markestad (2017) anbefaler å bøye seg ned til barnets nivå, lytte til det barnet har å si og stille spørsmål for å skape kontakt med barnet. Det er rimelig å anta at dersom sykepleier skaper en kontakt med barnet, og barnet føler seg trygg nok på sykepleier til å fortelle om sin situasjon, at sykepleier ved å anvende disse kommunikasjonsteknikkene får høre det voldsutsatte barnets historie.

Skarsaune & Bondas (2015) trekker frem at for å kunne avdekke fysisk mishandling er det nødvendig at sykepleier har kunnskap om barnets utviklingsstadier og deres kommunikasjonsferdigheter. Sykepleier bør være oppmerksom på at barn i den preoperasjonelle fasen har en egosentrisk tankegang og bør derfor ikke forvente at barnet skal greie å tenke utover deres egne erfaringer (Ruud, 2011). Dette betyr og at barna har en begrenset evne til å forstå at ikke alle alltid forstår hva de mener eller prøver å si (Grønseth & Markestad, 2017). Små barn er veldig praktiske og konkrete av seg og det er av betydning at sykepleier holder barnet i her og nå-situasjonen og forteller konkret om det som skal skje (Ruud, 2011). Barn har rett på informasjon som er tilpasset deres alder og utviklingsnivå (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Ruud (2011) oppfordrer sykepleiere til å bruke ord som små barn kan forstå og gi gode forklaringer på vanskelige begreper med et konkret språk. Grønseth & Markestad (2017) fremhever at faktorer slik som volden de har opplevd og legevaktens hektiske miljø kan påvirke deres evne til å oppfatte og forstå samtals innhold.

Sykepleier bør vite at barn som har opplevd noe traumatisk kan ha vansker for å skille mellom fantasi og virkelighet. Mareritt kan ofte blande seg sammen det som faktisk har skjedd, og dette kan gjøre det vanskelig for sykepleier å forstå hva som egentlig blir formidlet. Selv om ikke alt de formidler ikke nødvendigvis er fakta skal sykepleier likevel ikke diskvalifisere det som blir sagt (Ruud, 2011). De vil ofte kunne komme med utsagn om hva som har hendt dem, men vil ikke kunne fortelle sammenhengende om hva som har skjedd (Eide & Eide, 2017). Grønseth & Markestad (2017) anbefaler at sykepleier tar seg tid og har tålmodighet til å høre på hva barnet forteller. Samtalen bør og foregå uten mange synsinntrykk, uro, støy og avbrytelser noe som lett kan forstyrre barna. De har begrenset oppmerksomhetstid og samtalen bør derfor holdes kort.

Ruud (2011) hevder at som en voksen person har sykepleier ofte barrierer som potensielt kan hemme kommunikasjonen med barnet. Barn har ofte mindre hemninger enn voksne og kan fortelle om ubehagelige hendelser uten å tilsløre det. Dette kan føre til at sykepleier blir usikker og ubekvem over det barnet forteller, noe barnet kan fornemme og kommunikasjonen mellom de to kan bli kunstig. Når sykepleier mistenker at barnet er utsatt for vold bryter det ofte ut en krisestemming (Myhre, 2016a). I samtalen med barnet er det derimot viktig å nullstille tankene sine og at sykepleier uten å være forutinntatt spør undrene og opptrer nysgjerrig ovenfor barnet (Ruud, 2011). Det er viktig at hun er forsiktig og ikke spør ledende spørsmål, men heller holder spørsmålene så åpne som mulig (Myhre, 2016a). Forskning viser at mange sykepleiere er redde for å ta feil og at dette kan føre til at de ikke tør å spørre og dermed ikke setter ord på sin bekymring (Skarsaune & Bondas, 2015; Tiyyagura et al., 2015). Å ta innover seg hvordan barnet har det kan være belastende og ved å late som ingenting kan en tro at det ikke er så ille likevel. Dette kombinert med følelsen av at man ikke har nok kunnskap og erfaring med barns utvikling og kommunikasjonsferdigheter kan holde sykepleieren tilbake i samtalen (Ruud, 2011).

Sykepleiere snakker sjeldent med barn om vold, mange tør ikke eller vegrer seg for å spørre barnet direkte om det blir utsatt for vold. Vi vet at barn har et behov for å prate om vold slik at det kan få støtte til å komme seg ut av en krenkende og vanskelig situasjon (Mevik & Edvardsen, 2016). Forskning viser at barn tåler å bli spurt. I en norsk studie ble det undersøkt hvordan voldsutsatte barn opplevde å bli spurt om traumatiske hendelser de var blitt utsatt for. Ca. 80% av barna svarte at de var svært villige til å svare på spørsmålene de ble stilt om igjen (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016).

5.5 Tiltak ved mistanke

Dersom sykepleier mistenker at barnet er blitt utsatt for fysisk vold bør hun inkludere sin leder og sine kollegaer for å sammen diskutere hvordan de skal håndtere situasjonen. I de yrkesetiske retningslinjene står det nedfelt at sykepleier må kjenne grensene til sin egen kompetanse, og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2016). Plikten til å søke veiledning og hjelp fra andre er og lovfestet i Helsepersonelloven (1999, §4). Forskning viser at sykepleiere i praksis vil involvere kollegaer ved usikkerhet rundt mistanke om barnemishandling. De viser til at det er hensiktsmessig for sykepleier å diskutere mistanken sammen med lege og kollegaer før sykepleier eventuelt melder i fra til barnevern,

enten alene eller sammen med andre (Skarsaune & Bondas, 2015; Tiyyagura et al., 2015). I Skarsaune & Bondas (2015) oppga informantene at de følte seg frustrerte og alene dersom deres mistanke ikke ble støttet av deres kollegaer. Ingen av informantene hadde sendt inn bekymringsmelding uten støtte fra en lege, selv om de hadde tilbrakt mest tid med barnet og dets omsorgspersoner og sannsynligvis ikke hadde en ugrunnet mistanke.

Myhre (2016a) opplyser om at når mistanken har oppstått i forbindelse med konsultasjon skal barnet henvises til spesialisthelsetjenesten der de har riktig utstyr og kvalifisert personell som kan foreta en utredning. Ved å legge inn barnet på sykehus skaffer man seg og mer tid til å utrede mens barnet er trygt, og unngår å sende det hjem til et potensielt voldelig hjem. Sannsynligvis vil legen være den som henviser barnet videre, men det er nødvendig at sykepleier vet hvordan slike situasjoner håndteres. Ved at hun har kunnskap om hvordan mistanke håndteres ved legevakten vil hun trolig være tryggere i å bidra til å avdekke fysisk mishandling.

Ved skader av alvorlig karakter er det særlig viktig å tenke på barnets sikkerhet (Myhre, 2016a). Sykepleier er underlagt taushetsplikt som innebærer et forbud mot å videreformidle opplysninger om personlige forhold til uvedkommende. Likevel går opplysningsplikt til barnevern foran taushetsplikten, og sykepleier kan dermed videreformidle taushetsbelagte opplysninger (Helsepersonelloven, 1999, §33). Barnevern kontaktes uten at foreldrene informeres om dette. Dersom det er trolig at den fysiske mishandlingen vil forekomme igjen, inntrer opplysningsplikt til politi for at dette kan avverges (Helsepersonelloven, 1999, §31). I Lavigne et al. (2017) svarte 99% av respondentene at de var enige i at det er sykepleiers ansvar å identifisere og rapportere saker der man mistenker barnemishandling. Likevel svarte 40% at de ikke hadde nok kjennskap til lovverket rundt rapportering, og omtrent 64% svarte at de aldri hadde rapportert en sak tidligere i sitt arbeid. Dette kan være tett tilknyttet funn i Skarsaune & Bondas (2015) som tilsier at det er mye uklarheter og forvirring rundt rutinene for rapportering til barnevern og politi. Også i Tiyyagura et al. (2015) fant de at det er mye frustrasjon rundt opplysningsplikten til barnevernet. Informantene i dette studiet oppga at selve rapporteringen var svært tidkrevende og samt at det krever mye innsats, og at det er vanskelig å gjennomføre grunnet legevaktens hektiske miljø. Et av tiltakene i Stortingets tiltaksplan som ble gjennomført i 2017 var å forenkle og klargjøre prosedyren rundt opplysningsplikten til barnevernet, slik at yrkesutøvere skal forstå og etterleve denne plikten (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014).

Informantene i Tiyyagura et al. (2015) oppga og at de ønsket seg tilbakemelding fra barnevernet i saker som de hadde meldt inn. Det ble funnet at lite respons fra barnevernet var en faktor som kunne påvirke om informantene sende bekymringsmelding eller ikke. Alle som sender inn en bekymringsmelding til barnevernet har krav på tilbakemelding (Barnevernsloven, 1992, § 6-7). Denne loven er til for å stryke tiltro til barnevernet.

Fysisk mishandling mot barn er en ulovlig handling og saker hvor fysisk vold har blitt avdekket vil mange ganger ende med anmeldelse. Dokumentasjon og journalføring er dermed helt avgjørende (Myhre, 2016b). Sykepleier bør derfor alltid skrive grundige og detaljerte journaler fra konsultasjonene, gjerne med skisser og fotografier når det er mulig (Myhre, 2016a). I følge Helsepersonelloven (1999) plikter sykepleier jf. §39 å føre journal for den enkelte pasient. Jf. §40 skal journalen inneholde relevante og nødvendige opplysninger om barnet og helsehjelpen som er utført, opplysningene må oppfylle meldeplikt og opplysningsplikt fastsatt i lov. Selv om faglitteratur og lovverk er tydelige på hva som skal dokumenteres, viser forskning likevel at sykepleiere er usikre på hva og hvor mye som skal dokumenteres (Skarsaune & Bondas, 2015).

6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven har vært å belyse hvordan sykepleier ved legevakt kan bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn.

Barn i Norge utsettes for fysisk vold av sine omsorgspersoner, dette er en reell kjensgjerning vi ikke kan overse (Lillevik, 2016). Sykepleiere som arbeider ved legevakt er i en unik posisjon til å kunne forebygge, avdekke, avverge og intervensere tidlig i forløpet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Derimot viser det seg at sykepleiere ikke har nok kunnskap om fysisk mishandling til å kunne avdekke dette i sitt arbeid og dermed ofte forsømmer sitt sykepleiefaglige ansvar (Lavigne et al., 2017; Skarsaune & Bondas, 2015; Tiyyagura et al., 2015).

I møte med barnet ved legevakten bør sykepleier foreta en systematisk kartlegging av barnet. Gjennom de følgende observasjonene må det gjøres vurderinger opp mot nødvendig teoretisk kunnskap og på denne måten kan sykepleier bidra til å avdekke fysisk mishandling hos barn (Nortvedt & Grønseth, 2015). Barnets påkledning og fremtoning og samspill med dets omsorgspersoner kan gi grunnlag for mistanke (Myhre, 2016a). Videre bør sykepleier ha kunnskap om barnets normale utvikling slik at hun kan observere avvik, samt tilrettelegge kommunikasjonen til barnets utviklingsstadium (Eide & Eide, 2017). Sykepleier bør og ha kjennskap til risikofaktorer for å kunne fange dette opp (Tiyyagura et al., 2015).

For å sikre forsvarlig helsehjelp er det viktig at sykepleieren har den rette kompetansen, og tar seg tid i den ellers travle hverdagen til å våge å se symptombildet og mistenke barnemishandling (Vold og overgrep mot barn, 2018). Barn i aldersgruppen 2-6 år, også kalt den preoperasjonelle fasen, pådrar seg ofte skader gjennom lek og uhell. Sykepleiers ansvar er å skille disse fra skader som er påførte, men forskning viser at sykepleiere synes dette er svært vanskelig i praksis, særlig om skaden ikke er av alvorlig karakter (Skarsaune & Bondas, 2015). Volden vil ofte holdes skjult, derfor må sykepleier være kritisk til forklaringen som blir gitt. Forskning viser derimot at sykepleiere har mye tillit til omsorgspersonene og ofte stoler på deres forklaring (Tiyyagura et al., 2015).

Tiltak ved mistanke er å involvere kollegaer, sende bekymringsmelding til barnevernet og eventuelt inntre avvergingsplikten for å avverge ytterligere vold. Sykepleier må være bevisst på sitt sykepleiefaglige, juridiske og yrkesetiske ansvar (Helsepersonelloven, 1999; Norsk sykepleieforbund, 2016). Barn behøver modige sykepleiere som tør å gripe inn og stille spørsmål ved det hun observerer (Skarsaune & Bondas, 2015).

7 Referanseliste

- 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.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Prop.12s Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/f53d8d6717d84613b9f0fc87deab516f/no/pdfs/prp201620170012000dddpdfs.pdf>
- Barne-, likestillings – og inkluderingsdepartementet (2013). *Barndommen kommer ikke i reprise - strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/strategi_overgrep_m.bokmerker_r_evidert.pdf
- Barne-, likestillings – og inkluderingsdepartementet (2014). *En god barndom varer livet ut – tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld_overgrep_web.pdf
- Barnevernsloven. (1992). Lov om barnevernstjenester (LOV-1992-07-17-100). Hentet fra
<https://lovdata.no/lov/1992-07-17-100>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Forekomst. (2018). I *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. Hentet fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/hva-er-vold-mot-barn/forekomst/>

- Fysiske tegn. (2018). I *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. Hentet fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/risikofaktorer-og-tegn-2/fysiske-tegn/>
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017) *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/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: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-fysisk>
- Lavigne, J. L., Portwood, S. G., Warren-Findlow, J., & Huber, L. R. B. (2017). Pediatric inpatient nurses' perceptions of child maltreatment. *Journal of pediatric nursing*, 34, 17-22. doi: 10.1016/j.pedn.2017.01.010
- 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, 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. (2018). *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. Hentet fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). 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.
- Offentlige helse- og omsorgstjenester. (2018). I *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. Hentet fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/samarbeidspartnere/offentlige-helse-og-omsorgstjenester/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Psykiske tegn. (2018). I *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. Hentet fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/risikofaktorer-og-tegn-2/psykiske-tegn/>
- Psykosomatiske tegn. (2018). I *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. Hentet fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/risikofaktorer-og-tegn-2/psykosomatiske-tegn/>
- Risikofaktorer. (2018). I *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. Hentet fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/risikofaktorer-og-tegn-2/risikofaktorer/>

Ruud, A. K. (2011). *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), s. 24 – 32. 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.

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

Thorkildsen, I. M. (2015). *Du ser det ikke før du tror det - et kampskrift for barns rettigheter*. Bergen: Vigmostad& Bjørke

Thorpe, E. L., Zuckerbraun, N. S., Wolford, J. E. & Berger, R. P. (2014). Missed Opportunities to Diagnose Child Physical Abuse. *Pediatric Emergency Care* 30(11), s. 771 – 776. doi: 10.1097/PEC.0000000000000257

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.2015.06.02

Ulike former for vold og overgrep. (2018). I *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. Hentet fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/hva-er-vold-mot-barn/ulike-former-for-vold-og-overgrep/>

Utredning. (2018). I *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. Hentet fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/vold-mot-barn-utredning/>

Vold og overgrep mot barn. (2018). I *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. Hentet fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/vold-mot-barn/>