



# **Hvordan se det vi ikke ønsker å se**

Sykepleierens møte med barn utsatt for fysisk mishandling

Kandidatnummer: 552  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9695

Dato: 23.april 2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 23.04.2019
<p>Tittel</p> <p>Hvordan se det vi ikke ønsker å se – Sykepleierens møte med barn utsatt for fysisk mishandling</p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvordan kan sykepleiere observere og vurdere tegn på fysisk mishandling hos barn som kommer på legevakt?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>I teoridelen blir sykepleierens juridiske og yrkesetiske ansvar gjort rede for, samt sykepleierens ansvars- og funksjonsområder. Det er anvendt teori om barns utvikling og kommunikasjon med barn, i tillegg til det å være barn på legevakt. Tegn og symptomer på fysisk mishandling vil bli presentert.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Oppgaven er en litteraturstudie hvor det er anvendt relevant fag- og forskningslitteratur for å besvare valgt problemstilling.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Problemstillingen blir drøftet på bakgrunn av presentert teori, fag- og forskningslitteratur. Først vil sykepleierens ansvar for å utføre observasjoner av pasienten bli presentert, før oppgaven går nærmere inn på tegn og symptomer på fysisk mishandling av barn. Videre vil oppgaven ta for seg vurderinger sykepleieren står overfor. Viktigheten av tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter knyttet til kommunikasjon med barn blir diskutert. Avslutningsvis diskuteres potensielle utfordringer sykepleieren kan møte når det kommer til avdekking av fysisk barnemishandling på legevakt.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Hovedfunnene i fag- og forskningslitteratur viser at sykepleiere har for lite kunnskap om tegn og symptomer på fysisk mishandling hos barn. Andre utfordringer som blir trukket frem er at omsorgspersonene ofte har gode forklaringer på hvordan skadene har oppstått, at tegnene</p>	

ikke er tydelige nok, det er mangelfull dokumentasjon og dårlige rutiner. Frykt for å ta feil eller ikke få støtte fra kollegaer er også pekt på som utfordrende for sykepleierne. Funnene i oppgaven viser at sykepleiere er avhengige av tilstrekkelig kunnskap om tegn og symptomer, gode rutiner på arbeidsplassen, gode kommunikasjonsferdigheter med barn, samt tro på egne ferdigheter for å avdekke fysisk mishandling mot barn.

(Totalt antall ord: 300)

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2	Problemstilling .....	2
1.2.1	Avgrensing og presisering .....	3
1.2.2	Begrepsavklaring .....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>5</b>
2.1	Sykepleierens juridiske ansvar .....	5
2.1.1	Grunnloven og Barnekonvensjonen .....	5
2.1.2	Barnelova og Barnevernsloven.....	5
2.1.3	Helsepersonelloven.....	5
2.1.4	Straffeloven .....	6
2.2	Sykepleierens yrkesetiske ansvar .....	6
2.3	Sykepleierfunksjoner .....	7
2.4	Barns kognitive- og psykososiale utvikling.....	7
2.5	Kommunikasjon med barn .....	9
2.6	Barn på legevakt.....	10
2.7	Fysisk mishandling.....	10
2.7.1	Kliniske tegn og symptomer.....	10
2.7.2	Atferd.....	12
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>13</b>
3.1	Metodebeskrivelse.....	13
3.2	Litteratursøk.....	13
3.3	Kildekritikk .....	15
<b>4</b>	<b>Forskningsresultater .....</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>19</b>
5.1	Sykepleierens observasjoner av barn på legevakt .....	19
5.2	Tegnene på fysisk mishandling .....	20
5.2.1	Andre tegn og observasjoner .....	22
5.3	Sykepleierens vurderinger .....	23
5.4	Kommunikasjon mellom sykepleier og barn.....	25
5.5	Utfordringer når fysisk mishandling mistenkes.....	27
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>29</b>
<b>7</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>31</b>

# 1 Innledning

1 av 5 barn har blitt utsatt for fysisk vold av foreldrene sine i oppveksten, og 6% av tilfellene var av alvorlig karakter. Det kommer frem i en landsomfattende undersøkelse utført av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring i 2015 (Mossige & Stefansen, 2016). Justisdepartementet har anslått at rundt 100 000 barn hvert år blir utsatt for, eller er vitne til voldshandlinger (Andersland & Mevik, 2016). En oversikt fra Statistisk Sentralbyrå viser at det ble meldt inn 58 580 bekymringsmeldinger til barnevernet i 2017. Av disse var 4718 av meldingene knyttet til mistanke om fysisk mishandling av barn. Kun 151 var meldt inn av lege og sykehus (SSB, 2018).

Konsekvensene for barn utsatt for mishandling er for store til at vi kan lukke øynene, eller la tvilen komme til fordel for andre enn barna. Konsekvensene av fysisk mishandling kan påvirke barnets nevrologiske, kognitive og emosjonelle utvikling, samt den psykiske helsen (Kleinschmidt, 2019; Killen, 2016). Barna har økt risiko for selvmord, selvskading, alkohol- og rusmisbruk, i tillegg til sosial tilbaketrekning, søvnvansker, lærevansker, aggresjonsproblemer og angst når de blir eldre (M. C. Myhre, Lindboe & Dyb, 2010; Teeuw, Derkx, Koster & van Rijn, 2011). Samfunnet har sammen et ansvar for å forebygge mishandling av barn og forhindre disse konsekvensene.

Åtte år gamle Christoffer Kihle Gjerstad ble i 2005 mishandlet til døde av sin stefar. Volden mot den lille gutten hadde skjedd over lang tid. I samme periode hadde Christoffer hatt kontakt med skole, BUP, helsevesen og familiemedlemmer (Andersland & Mevik, 2016). Flere mistenkte at noe var galt da gutten gang på gang hadde uforklarlige blåmerker på kroppen. Da bestemoren spurte Christoffer hva som hadde skjedd svarte han «Jeg tenker nok du skjønner det sjøl». Mange undret og mistenkte, men ingen meldte inn eller handlet. Så det var for sent. Christoffer døde av kraniebrudd, og den lille kroppen var full av blåmerker, rifter og tidligere brudd (Gangdal, 2011). Christoffer-saken har i ettertid blitt kalt «Et nasjonalt symbol på systemsvikt og vold mot barn», og er et skrekkens eksempel på hvor galt det kan gå når samfunnet velger å lukke øynene når det er grunn til mistanke.

Å forholde seg til barnemishandling som privatperson og i profesjonsutøvelsen, stiller oss overfor personlige og faglig utfordringer (Killen, 2016). Altfor ofte handler det om øynene som ser og hvilket ansvar den enkelte er villig til å ta, og ikke tegnene som faktisk er der og plikten til å handle. Det berører oss følelsesmessig, og vi ønsker ikke å tro at noen kan utsette

barn for slike handlinger (Killen, 2016).

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Helsesektoren har en viktig rolle når det kommer til å forebygge, avdekke, behandle og følge opp skader hos barn som er utsatt for vold (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013). Legevaktordningen er en helsetjeneste som gir øyeblikkelig helsehjelp hele døgnet i kommunene. Barn kommer inn til legevakten av ulike helsemessige årsaker, som nedsatt allmenntilstand, feber, skader og forverring av sykdom. En studie utført av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress trekker frem at det er bekymringsfullt få henvisninger fra legevakter med tanke på at barn med skader relatert til fysisk mishandling ofte kommer dit først. De påpeker at det lave antallet saker henvist fra førstelinjetjenesten, som inkluderer legevakt, tyder på at mange mishandlingsaker blir oversett der (M. C. Myhre et al., 2010).

Sykepleiere vil møte mange barn utsatt for fysisk mishandling i sin arbeidshverdag og har gode muligheter til å oppdage tegn til mishandling fordi de bruker mye tid med barna (Skarsaune & Bondas, 2014). Sykepleiere som mistenker at barn er utsatt for mishandling og omsorgssvikt har plikt til å melde. Det vil si at barna har krav på sykepleiere som ser tegnene og handler ved mistanke. Mange sykepleiere opplever det likevel som vanskelig og er avhengig av støtte og kunnskap, samt tro på egne ferdigheter for å håndtere slike saker (Skarsaune & Bondas, 2014). Forskning viser at mangel på opplæring og kunnskap om tegn og symptomer på fysisk mishandling hos barn er en viktig faktor som hindrer sykepleiere i å oppdage og melde (Louwers, Korfage, Affourtit, Scheewe, van de Merwe, Voolijs-Moulaert, van der Elzen, Jongejan, Ruige, Manai, Looman, Bosschaart, Teeuw, Moll, de Koning, 2012; Piltz & Wachtel, 2009; Lavigne, Portwood, Warren-Findlow & Huber, 2017). De trenger kjennskap til hvilke tegn på mishandling de skal se etter, og hvilke rutiner de skal følge (Skarsaune & Bondas, 2014).

## **1.2 Problemstilling**

Oppgaven tar for seg problemstillingen;

”Hvordan kan sykepleiere observere og vurdere tegn på fysisk mishandling hos barn som kommer på legevakt?”

### **1.2.1 Avgrensing og presisering**

Barn kan bli utsatt for flere typer mishandling. Det kan dreie seg om psykisk vold, fysisk vold, vanskjøtsel og seksuell mishandling. Barn som er utsatt for mishandling, er ofte utsatt for flere typer. Oppgaven er avgrenset til å kun handle om tegn på fysisk mishandling hos barn. Hovedfokuset er på hvordan sykepleiere kan observere og vurdere tegn på fysisk mishandling hos barn som kommer til legevakten. Sykepleieren har ikke kjennskap til om barnet er utsatt for vold eller tidligere har blitt utsatt for vold, utenom hva som er kjent i journalen til det aktuelle barnet om det har vært på legevakten tidligere.

Denne oppgaven tar for seg barn i alderen 0 til 3 år. Aldersgruppen er valgt på bakgrunn av at de minste barna, oftere enn andre aldersgrupper, blir alvorlig skadet av fysisk mishandling, og forskning viser at mishandlingen starter tidlig (M. C. Myhre, 2016; M. C. Myhre et al., 2010). Oppgaven tar utgangspunkt i at barna er funksjonsfriske og vil ikke skille på kulturelle og etniske forskjeller. Oppgaven vil ikke ta for seg risikofaktor som øker sannsynligheten for at et barn utsettes for mishandling eller konsekvensene av fysisk mishandling for barnet senere. Disse temaene blir for store til å kunne dekkes på en grundig nok måte i denne oppgaven uten å havne utenfor problemstillingen.

Sykepleiere på legevakt jobber både med triagering og vurdering på telefon og i mottak. Denne oppgaven tar for seg sykepleiere som jobber i mottak. Det vil være vurderinger og observasjoner sykepleieren gjør av barnet i det det ankommer legevakten og mens det undersøkes og tas prøver av under oppholdet. Oppgaven vil ikke gå nærmere inn på hvilke undersøkelser som gjøres, da dette vil variere ut ifra hva barnet kommer til legevakten for. Pårørendes rolle og sykepleie til pårørende vil ikke bli vektlagt i denne oppgaven, men vil bli nevnt som en del av situasjoner som sykepleieren vil møte. Oppgaven vil ikke ta for seg selve meldeprosessen eller videre oppfølging av barna.

### **1.2.2 Begrepsavklaring**

Fysisk mishandling av barn: "... innebærer at en voksen person påfører et barn smerte, kroppslig skade eller sykdom. Mishandlingen kan ta form av slag, med eller uten bruk av gjenstand, spark, lugging, klyping, biting, kasting, brenning, skålding, kvelning, neddykking/nærdrukning i væske, filleristing med mer. Det er også fysisk mishandling når barnets omsorgsperson fabrikkerer eller bevisst fremkaller sykdom og/eller symptomer på sykdom hos barnet. I de groveste tilfellene kan overgrepene ta form av forgiftning,

drapsforsøk eller drap. Fysisk avstraffelse brukt for å disiplinere og oppdra barn og kjønnslemlestelse av piker defineres også som fysisk mishandling” (Kynø, Linboe, Vestland, Skotte, Bjaanes, Syversen & Randklev, 2015, avsnitt 3).



## **2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

### **2.1 Sykepleierens juridiske ansvar**

#### **2.1.1 Grunnloven og Barnekonvensjonen**

I §104 i Grunnloven står bestemmelser om barns selvstendige rettigheter. De skal sikre at hensynet til barnets beste, ved avgjørelser som gjelder barn, ivaretas. Barn har rett til å bli hørt og få sine meninger hørt, samt krav på respekt for sitt menneskeverd og vern om sin personlige integritet (Andersland & Mevik, 2016). Dette innebærer at barnet skal beskyttes mot vold og overgrep.

Barnekonvensjonen er en avtale mellom de fleste land i verden som sier noe om hvilke rettigheter barn skal ha. Her står det at alle handlinger som berører barn, skal være til barnets beste. Barn skal sikres beskyttelse og omsorg. I artikkel 19 står det at barn skal beskyttes mot alle former for fysisk vold, skade og mishandling. Landene skal ha beskyttelsestiltak som yter nødvendig støtte til barnet og til dem som har omsorgen for barnet. Barnet skal tas vare på gjennom forebygging, påpekning, rapportering, viderehenvisning, undersøkelse, behandling og oppfølging i tilfeller av barnemishandling (Barneombudet, u.å).

#### **2.1.2 Barnelova og Barnevernsloven**

I barneloven står det at barn ikke skal utsettes for vold eller mishandling slik at fysisk eller psykisk helse blir skadet. Bruk av vold og skremmende atferd mot barn er forbudt. Det er ikke lov å bruke vold som en del av oppdragelsen (Barnelova, 1981, § 30, §48). Dersom barnet blir mishandlet eller utsatt for alvorlige overgrep i hjemmet skal barnevernet kobles inn og det kan fattes vedtak om å overta omsorgen for barnet (Barnevernsloven, 1992, §4-12).

#### **2.1.3 Helsepersonelloven**

Sykepleieren skal utføre arbeidet sitt faglig forsvarlig og yte omsorgsfull hjelp til pasienten ut fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og den aktuelle situasjonen. Virksomheten som yter helse- og omsorgstjenester skal organiseres slik at helsepersonellet overholder sine lovpålagte plikter (Helsepersonelloven, 1999, §4, §16).

Dersom sykepleieren kommer over forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten, slik som ved mistanke om barnemishandling og omsorgssvikt, har en plikt til å melde. Det står i

loven at taushetsplikten etter §21, ikke er et hinder for å melde dersom det er mistanke om at barn er utsatt for mishandling og omsorgssvikt (Helsepersonelloven, 1999, §33, §23).

#### **2.1.4 Straffeloven**

I straffeloven §282 og §283 står det at den som truer, tvinger, begrenser friheten til, utøver vold mot eller på annen måte krenker, grovt eller gjentatt mishandler noen i sin husstand eller i sin omsorg skal de straffes med fengsel (Straffeloven, 2005, §282, §283). En har i henhold til §196 plikt til å avverge straffbare handlinger eller følgene av dem. Dersom en unnlater å anmelde eller avverge en straffbar handling, når det fortsatt er mulig, og det fremstår sannsynlig at handlingen vil bli begått kan det medføre bot eller fengsel. Plikten til å avverge gjelder uten hensyn til taushetsplikten når det kommer til vold mot barn (Straffeloven, 2005, §196).

## **2.2 Sykepleierens yrkesetiske ansvar**

Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (2016) skal sikre forsvarlig og helhetlig sykepleie til pasientene. At utøvelsen av sykepleie skal bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene står sterkt (Holter, 2015).

Ut ifra det som står i de yrkesetiske retningslinjene har sykepleieren et ansvar for å fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse hos barnet. Gjennom å yte omsorgsfull hjelp skal sykepleieren ivareta barnets behov for helhetlig omsorg. Barnets verdighet og integritet skal ivaretas, samt retten til å ikke bli krenket. Sykepleieren har et personlig ansvar for å utføre sykepleie til barnet ut ifra hva som er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Barn er en svært sårbar gruppe, da de er avhengig av andres omsorg og hjelp for å ivareta egen helse. Sykepleieren skal aktivt imøtekomme sårbare gruppers behov for helsehjelp. Om det skulle oppstå en interessekonflikt mellom barn og pårørende, skal hensynet til barnet prioriteres (Norsk sykepleierforbund, 2016).

## **2.3 Sykepleierfunksjoner**

Sykepleieren skal ta vare på pasientens grunnleggende behov gjennom observasjoner, vurderinger og utførelse av tiltak. Sykepleieren må ha kunnskap om fysiologi, patofysiologi, samt pasientens symptomer, diagnose og behandling. I tillegg er det viktig at sykepleieren har en forståelse for hver enkelt pasient og den sosiale sammenhengen pasienten er en del av (Holter, 2015).

Nortvedt og Grønseth (2016) skriver at sykepleiernes forebyggende og helsefremmende funksjoner handler om å tilrettelegge for normal vekst og utvikling ved sykdom hos barn, eller opprettholde normale funksjoner. Sykepleieren skal identifisere tegn på og iverksette tiltak for å forebygge helsesvikt. Det vil si at sykepleierens observasjoner og vurderinger er viktig for å avdekke fysisk mishandling, og for å sørge for at barnet får hjelp. Sykepleieren skal iverksette tiltak som går ut på å hindre at det oppstår komplikasjoner som følge av sykdom, undersøkelser og behandling.

Sykepleiernes behandlende funksjon er viktig når barn kommer inn for undersøkelser på grunn av sykdom. Denne funksjonen innebærer å samle data, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere sykepleien. Å kunne kartlegge, vurdere og ta beslutninger på en god og forsvarlig måte er svært viktig i møte med pasientene (Nortvedt & Grønseth, 2016).

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

For å kunne gjøre en vurdering av barn som kommer på legevakt er det nødvendig at sykepleieren har kunnskap om barns utvikling og kjennetegn ved de ulike aldersgruppene. Når sykepleieren har kunnskap om utviklingspsykologi og utviklingsmessige særtrekk hos barn er forutsetningene større for å legge merke til at noe ikke er som det skal være (Markestad & Grønseth, 2017). Steen (2012) påpeker viktigheten av å kjenne til utviklingsprosesser for å forstå barns normale og avvikende utvikling. Det er viktig å huske at alle barn er forskjellige, også de i samme aldersgruppene (Eide & Eide, 2007). Ut i fra dette må sykepleieren ha en sykepleiefaglig tilnærming tilpasset det aktuelle barnet.

Separasjonsangst ses ofte hos småbarn fra 6-7 måneder og fremmedfrykt fra 7-8 måneder. Da vil barna ofte være sterkt knyttet til sine omsorgspersoner og kan føle seg utrygge når disse personene går eller andre ukjente personer henvender seg til barnet. Barnet begynner å kjenne

igjen rutiner, noe som hjelper det å se sammenhenger og å forutse situasjoner. Småbarn i denne alderen begynner å utforske omgivelser og er i aktivitet, noe som gir nye mestringsopplevelser. De har en frykt for at deres fysiske utfoldelse skal begrenses og at voksne er sinte eller uvennlige. Mye støy som høye lyder og sterke lys, samt smerte virker skremmende på barna (Markestad & Grønseth, 2017). Psykologen Erik H. Erikson er kjent for sin teori om personlighetsutvikling i et livsperspektiv. I hans teori om utviklingsstadier handler det i denne alderen om det han kaller «Tillit versus mistillit». Med det mener han at barn i løpet av det første leveåret utvikler tillit eller mistillit til omgivelsene. Gjennom de erfaringene barna får gjennom sine omsorgspersoner lærer de å stole på og forutse omgivelsene sine. Når omsorgspersonene møter behovene til barnet og er omsorgsfulle, vil barnet få en opplevelse av stabile og forutsigbare omgivelser. I motsetning til dette vil barn som opplever omgivelsene som ustabile og ikke får dekket behovet for nærhet og omsorg, ikke oppleve forutsigbarhet. Dette kan føre til at barnet ikke stoler på omgivelsene og de kan utvikle en mistillit (Håkonsen, 2014).

Separasjonsangst og frykt for å bli forlatt er også kjennetegn hos barn i alderen 1-3 år. I tillegg er barna ofte skeptiske overfor fremmede mennesker. Barna har nå ofte rutiner og klare grenser i hverdagen, og har lært seg å kjenne igjen disse. Det oppleves både trygt og forutsigbart. Barn i denne alderen er egosentriske. Det vil si at de tolker det som skjer i lys av seg selv og kan lett føle på skyld (Markestad & Grønseth, 2017). De har konkret tankegang og kobler gjerne sammen ting som skjer i løpet av en kort tidsperiode. Det skjer mye med barn i denne alderen. De blir mer selvstendige og er nysgjerrige på mennesker og omgivelsene. De har ofte stort behov for å få utløp for energi, og liker å leke og være i aktivitet. Barna kan føle på en frykt for å miste kontroll over omgivelser og situasjoner de er i. Det kan være frykt for det ukjente, for skader og smerter, for å ikke kunne utfolde seg og voksne som er sinte eller uvennlige (Markestad & Grønseth, 2017). I Eriksons teori om utviklingsstadier handler denne alderen om autonomi vs. tvil. I løpet av disse årene blir barna mer selvstendige og uavhengige, da de beveger seg mer fritt og kan velge hvem de samhandler med. Barna har ikke utviklet en forståelse av hva som er mulig og umulig, trygt eller farlig. Dersom barna ikke har personer som viser dem hva som er rett og beskytter dem mot farer, kan de oppleve nederlag og skuffelser. Barna får styrket sin autonomi gjennom å mestre ulike situasjoner under kontrollerte forhold. Erikson mener at det som står sentralt i aldersgruppen er å oppnå kontroll, men uten at det reduserer selvfølelsen. Grensesettingen som omsorgspersonene bestemmer for barnet er avgjørende. Dette er fordi barnet er i en sårbar periode og

grensesettingen er med på å sette standarden for hva som er tillat og ikke tillatt (Håkonsen, 2014).

## **2.5 Kommunikasjon med barn**

Et spedbarn kommuniserer gjennom gråt, smil, lyder og ansiktuttrykk, og sykepleieren kommuniserer med barnet gjennom å svare med lyd, ansiktuttrykk og bevegelse. Et spedbarn som ikke har det bra kan uttrykke dette gjennom å ikke spise som før, gråte, sove mindre, være slapt og virke utilpass (Tveiten, 2012b). Når barnet er rundt 6 måneder gammelt begynner det å snakke bablespråk og ved 1-årsalderen begynner det å si de første ordene. Når barnet nærmer seg 2 år kan det gjerne sette sammen to og to ord, og ved 2 års alderen utvides ordforrådet. Det er mest hensiktsmessig å snakke med barnet ved å bruke ord som er naturlige å bruke og som er en del av dagligtalen, samt unngå å snakke for langsomt eller bruke babyspråk/ord (Markestad og Grønseth, 2017). Ordforrådet til barn varierer, og språkutviklingen påvirkes av det sosiale miljøet (Tveiten, 2012b).

Det er ikke alltid at barn forteller uoppfordret hva de føler eller tenker på, eller om opplevelsene de har (Tveiten, 2012b). Markestad og Grønseth (2017) skriver at barn liker at sykepleiere snakker vennlig, er snille, rolige og avslappet, og lytter og tar seg tid til dem. Dette er viktig for at barnet skal føle seg respektert og at integriteten blir ivarettatt. Ved å gjenta det barnet sier viser sykepleieren at han/hun følger med, og barnet bør ikke bli avbrutt når det forteller eller stiller spørsmål. Det bør unngås å stille mange spørsmål eller spørsmål hvor det ikke finnes noen svaralternativer. Sykepleieren må gjerne henvende seg direkte til barnet, men fremmede voksne kan være skremmende på små barn, spesielt når alt er ukjent og nytt. Det er viktig å tenke på de verbale og de non-verbale signalene som sendes. Dersom det som sies og kommuniseres gjennom ord, ikke samsvarer med atferden som vises, kan barnet bli usikker (Markestad og Grønseth, 2017).

Sykepleieren må ta utgangspunkt i virkelighetsforståelsen til barnet, og snakke slik at barnet føler seg kompetent i samtalen. Det kan derfor være nødvendig å se an situasjonen og bygge opp tillitsrelasjon. Det å sette seg ned på huk for å være på nivå med barnet, vise interesse og bruke leker som barnet har med kan være en fin måte å opprette kontakt (Markestad & Grønseth, 2017). Barn kommuniserer gjennom et variert og tydelig kroppsspråk. Barn har begrenset konsentrasjon og de kan miste fokus dersom samtalen er lang. Dersom barnet snur seg vekk eller begynner å fokusere på andre ting i omgivelsene kan det være tegn på at de

ikke ønsker å kommunisere, eller at det er sliten eller trøtt (Tveiten, 2012b).

## **2.6 Barn på legevakt**

Legevakt er en ukjent omgivelse for barnet og kan oppleves som en uforutsigbar situasjon å forholde seg til. En legevakt kan til tider være svært hektisk og det er mange personer barnet må forholde seg til. Det kan være andre pasienter, søsken, foreldre og helsepersonell. Det blir tatt prøver og undersøkelser, og det skjer mye på relativt kort tid. Barnet som kommer inn kan oppleve ubehag, stress og usikkerhet knyttet til sykdom og skade. Målet med sykepleien til barn i kontakt med helsetjenesten er å gi nødvendig og forsvarlig helsehjelp, og tilrettelegge for at opplevelsen blir best mulig (Markestad & Grønseth, 2017). Tveiten (2012a) skriver at det kan være vanskelig å unngå at barn opplever angst og frykt, og det kan være krevende å få tillit hos barn i en slik situasjon. Det kan være svært vanskelig for et lite barn å ha smerter og symptomer de ikke forstår.

## **2.7 Fysisk mishandling**

For å kunne avdekke fysisk mishandling mot barn trenger sykepleieren kunnskap om hvilke tegn og symptomer som ofte er forbundet med fysisk mishandling. Denne oppgaven tar utgangspunkt i Helsebibliotekets fagprosedyre om fysisk mishandling av barn fra 2015. Prosedyren er utviklet av Kynø, Linboe, Vestland, Skotte, Bjaanes, Syversen og Randklev for Oslo Universitetssykehus.

### **2.7.1 Kliniske tegn og symptomer**

Blåmerker, rift, kutt eller arr som er på steder hvor det ikke er naturlig at barn får under lek bør undersøkes nærmere. Eksempler på slike steder er øyne, ører, munnhule, hals, bryst, mage, rygg, overarm, innside lår, håndflater, fotsåler og genitaler. Det er ikke vanlig at små barn pådrar seg et markant høyt antall blåmerker eller blåmerker i spesielle mønstre eller i samme størrelse og form under lek (Markestad, 2016; Kynø et al., 2015).

Barn som kommer inn med brannskader kan ha blitt utsatt for mishandling dersom skadene ligner på merker som kan oppstå fra sigaretter, bestikk og strykejern (Kynø et al., 2015; Pabiś, Wrońska, Ślusarska, & Cuber, 2010; Markestad, 2016). Ofte stemmer ikke skadens utseende og type med forklaringen som gis. Skåldingskader som er klart avgrenset til frisk hud kan tyde på at skaden er påført barnet. Dersom barnet kommer inn med bittmerker og det er mer

enn 3 cm mellom merkene etter hjørnetennene, stammer det mest sannsynlig fra voksne (Kynø et al., 2015).

Skader i ansiktet er vanlig hos barn utsatt for barnemishandling. Det kan være skader på leppene med hevelser, blødning, rifter og sår, samt neseskader. Skader i munnhulen kan være tegn på tvangsmating. Skader påført mot øye kan gi traumatisk katarakt. Det skal vekke mistanke dersom det er skader på ytre og indre øre med blåmerker, blødninger og perforasjon av trommehinner, samt delvis avrivning av øret (Kynø et al., 2015; Pabiś et al., 2010).

Hevelser, misfarging og hematom i hodebunnen kan være påført ved at barnet er utsatt for kraftig lugging. Kjevebensbrudd kan oppstå på grunn av slag og spark mot ansiktet (Kynø et al., 2015).

Brudd i ribbein, skulderblad, ryggvirvel, brystben og bekken oppstår sjelden hos barn under lek. Ved skallefrakturer hos barn under 2 år skal mishandling mistenkes. Dersom brudd oppdages tilfeldig eller det er flere eldre brudd kan barnet være utsatt for vold. Brudd som tyder på vridningsskade, slag mot bein og brudd i lange rørknokler kan være påført barnet (Kynø et al., 2015; Pabiś et al., 2010; Markestad, 2016).

Hodeskader er den vanligste årsaken til død hos mishandlede barn under 2 år. Hodeskader kan gi endret bevissthet, kramper, uregelmessig respirasjon, brekninger og økt fontanellespenning. Skallebrudd og subdurale blødninger hos barn under 2 år oppstår ofte ved mishandling. «Shaken Baby Syndrome» er en alvorlig hodeskade som oppstår når småbarn blir hardt ristet med tvang. Det kjennetegnes ved subdurale blødninger, skade på hjernevev, encefalopati og blødninger i øyebunn (Pabiś et al., 2010; Kynø et al., 2015).

Skader i ryggrad, buken og thorax forekommer sjelden hos barn, men er svært alvorlige når de først gjør det. Bukskader forårsaket av slag eller spark mot mageregionen er den nest vanligste årsaken til død hos mishandlede barn. Dersom det har oppstått rift i lever, milt, nyrer og tarm kan det oppstå blødninger eller septisk sjokk. Om det har oppstått store muskelskader kan nyresvikt forekomme på grunn av rhabdomyolyse. Skader på lungevev, spiserør eller hjertet kan oppstå når barnet er utsatt for slag og trykk mot brystkassen. Filleristing kan gi skader på ribbein i flanken og mot ryggstøtten (Kynø et al., 2015).

Barn kan bli forgiftet gjennom å få i seg farlige stoffer eller høyere dose medisiner enn forskrevet eller anbefalt. Dette kan vises gjennom nedsatt bevissthet, kramper, oppkast, diare, elektrolyttforstyrrelser og påvirket respirasjon. Dersom barn er utsatt for kvelningsforsøk kan

det være tegn på snøremønstre og pettekier rundt hals, nakke, i munnhule eller i øyne. Dersom et barn kommer inn med blødninger fra nese og munn, hvor det ikke finnes noe medisinsk årsak, kan kvelning være årsaken (Kynø et al., 2015)

### **2.7.2 Atferd**

Fysisk mishandling kan gi barnet tilleggsproblemer. Dette kan være atferdsmessige og emosjonelle symptomer. Barn som er utsatt for vold kan være urolige og ukonsentrerte, og slite med følelser som utagering, sinne og aggressivitet. Også tristhet, gråt og unnvikende atferd ses ofte (A. K. Myhre, 2016). Tilknytningsprosessen mellom barn og omsorgspersoner starter tidlig. Barnet vil tidlig få tillit til sine omsorgspersoner og snu seg etter deres stemmer og forsøke å få kontakt med dem. Når barnet begynner å gå vil det strekke seg etter omsorgspersonene og tilpasse seg dem (Killen, 2016). Avvikende atferd og samhandling mellom barn og omsorgspersoner kan ha sammenheng med omsorgssvikt (Killen, 2016).



## **3 Metode**

### **3.1 Metodebeskrivelse**

Dalland (2017) skriver at en metode sier noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe ny kunnskap eller etterprøve om eksisterende kunnskap er sanne, gyldige og holdbare. Metoden for denne oppgaven er litteraturstudie hvor det tas i bruk eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Det er i denne oppgaven benyttet yrkesetiske retningslinjer, lovverk, faglitteratur og fag- og forskningsartikler. Forskningsartiklene som er brukt er både kvantitative og kvalitative studier. Bruken av kvantitative studier har den fordelen at det gir målbare data av en større gruppe, mens kvalitative studier fokuserer på individets meninger og opplevelser (Dalland, 2017). Jeg har valgt å bruke både kvantitative og kvalitative studier da de på hver sin måte belyser sentrale sider ved problemstillingen i oppgaven.

### **3.2 Litteratursøk**

Oppgaven er en litteraturstudie hvor kunnskap fra skiftelige kilder samles inn, vurderes og sammenfattes (Thidemann, 2015). Hensikten med en litteraturstudie er at leseren skal få en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på områder som problemstillingen tar for seg. I tillegg sier litteraturstudie noe om hvordan denne kunnskapen innhentes (Thidemann, 2015).

Jeg har søkt etter fag- og forskningsartikler på Cinahl og Google Scholar. De fleste av forskningsartiklene brukt i oppgaven er funnet på Cinahl som er en referansedatabase som dekker tidsskrifter innen sykepleie med internasjonal dekning. Jeg har brukt sentrale begrep i problemstillingen for å finne søkeord ved hjelp av PICO-skjema. PICO-skjema er et nyttig hjelpemiddel for å gjøre problemstillingen presis og søkbar gjennom å si noe om 1. hvem problemstilling handler om, 2. hva problemstillingen handler om, 3. hvilke alternativer finnes til tiltaket og 4. resultater (Thidemann, 2015).

Jeg har kombinert ordene med AND og OR. Etter å ha søkt med ulike kombinasjoner av emneord fant jeg de mest relevante artiklene gjennom å kombinere søkene. Søkene ble så avgrenset til å kun inneholde fag- og forskningsartikler i kategorien nyere forskning, fra 2009 til 2019 og alle er fagfelleurdert. Videre valgte jeg ut artiklene som var mest relevante ved å se på tittelen og ved å lese sammendraget. Søkene i Cinahl med avgrensningene er listet opp under (tabell 1).

Tabell 1.

Søkeord	Antall treff	Brukte artikler	Navn på artikler
« <i>child abuse</i> » AND « <i>nurses knowledge</i> »	18	1	«Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect» av Plitz og Wachtel (2009).
« <i>child abuse</i> » AND « <i>pediatric nurse practitioners</i> »	17	1	«Child Maltreatment Red Flags: Two cases of bruising in premobile infants» av Kleinschmidt (2009).
« <i>child abuse</i> » AND « <i>emergency service</i> » OR « <i>emergency department</i> »	25	2	«Educational paper: Detection of Child abuse and neglect at the emergency room» av Teeuw et al. (2012).
« <i>Child abuse</i> » AND « <i>nurse attitudes</i> »	33	1	«Pediatric Inpatient: Nurses' Perceptions of Child Maltreatment» av Lavigne et al. (2017)
« <i>Infant</i> » AND « <i>Pain measurement</i> » AND « <i>Understanding</i> »	4	1	«Understanding Infant Pain» av Stadlander (2018).

Noen av artiklene er valgt ut ifra manuell søking. Det vil si at jeg har funnet relevante forskningsartikler gjennom å bruke referanselister fra fag- og forskningsartikler, fagbøker og rapporter (Thidemann, 2015). Dette gjelder artiklene «Effects of Systematic Screening and Detection of Child Abuse in Emergency Departments» av Louwers et al. (2012), «Gray cases of child abuse: Investigating factors associated with uncertainty» av Chaiyachati et al. (2016).

«Barriers and facilitators to recognition and reporting of child abuse by prehospital providers» av Tiyyagura et al. (2017) og «Paediatric nurses' identification of violence against children» av Pabiš et al. (2010). Disse er søkt opp på Google Scholar.

Jeg har brukt fagbøker relatert til klinisk sykepleie, sykepleie til barn og vold mot barn i oppgaven. Disse har vært en viktig kilde til fagkunnskap for å belyse den valgte problemstillingen. Fagbøkene er valgt ut ifra pensumlisten til sykepleierutdanningen og etter hva som har kommet opp når jeg har søkt på ord og emner knyttet til problemstillingen. Oppgaven inneholder litteratur fra rapporter av velferdsforskningsinstituttet NOVA, og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Disse rapportene er direkte rettet mot temaet i problemstillingen og funnene baserer seg på egne forskningsresultater i Norge, samt annet relevant litteratur og studier av høy faglig kvalitet som belyser teamet.

Det er anvendt flere nettsider som har informasjon som bygger opp om problemstillingen. Jeg har brukt nettstedet Lovdata.no for å finne frem til aktuelle lover. På Barneombudets nettsider har jeg funnet FNs barnekonvensjon, og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er hentet på Norsk Sykepleierforbunds hjemmesider. Statistikk brukt i oppgaven er hentet fra Statistisk sentralbyrå. Helsebiblioteket.no er en ressurside utarbeidet av Folkehelseinstituttet. Her har jeg brukt fagprosedyren knyttet til håndtering av fysisk mishandling av barn som er utgitt av Oslo universitetssykehus.

### **3.3 Kildekritikk**

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere litteraturen som er funnet. Hensikten med kildekritikk er å vise leseren at det er reflektert rundt funnene av litteratur, og relevansen for å belyse problemstillingen (Dalland, 2017). Litteraturen brukt i oppgaven er fag- og forskningslitteratur som både er internasjonal og norsk. Fagbøkene som er brukt er norske og er skrevet av kvalifiserte fagpersoner innenfor relevant tema.

Alle fag- og forskningsartiklene i denne oppgaven er fagfellevurdert og regnes som nyere forskning. Artiklene er skrevet av fagpersoner med kvalifisert kunnskap om temaene i artiklene som også er publisert i anerkjente tidsskrift innenfor sykepleiefaget. Fag- og forskningsartiklene som er funnet via Cinahl er alle på engelsk, da jeg ikke kunne finne noen norske forskningsartikler om temaet som var relevant til valgt problemstilling. Selv om jeg har jobbet nøye med forståelsen og oversettelsen av disse kan det at de er på engelsk ha ført til at noen ord har blitt feiltolket. Forskningsartiklene som er brukt er basert på forskning i andre

land enn Norge. Det er en faktor å ta med at kulturforskjeller og helsevesenet kan være ulikt fra Norge. Jeg anser artiklene jeg har valgt som relevante ettersom jeg har vært bevisst på å bruke artikler fra land som ikke er alt for ulike Norge; slik som Australia, USA, Polen og Nederland.

Fag- og forskningslitteraturen i bøkene, rapportene og artiklene tar for det meste for seg barnemishandling og omsorgssvikt i et større perspektiv enn kun fysisk mishandling. Noe av litteraturen er dermed skrevet for å forklare og beskrive barnemishandling som mer enn kun fysisk mishandling. Jeg har derfor vært bevisst på hvordan jeg bruker denne kunnskapen og trukket ut det som er relevant for problemstillingen i denne oppgaven.

## 4 Forskningsresultater

### Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Louwers, E. C. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J. H., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moulaert, A.-F. S. R., van den Elzen, A. P. M., Jongejan, M. H. T. M., Ruige, M., Manai, B. H. A. N., Looman, C. W. N., Bosschaart, A. N., Teeuw, A. H., Moll, H. A. & de Koning, H. J  2012	«Effects of Systematic Screening and Detection of Child Abuse in Emergency Departments»	«Journal of the American Academy of Pediatrics»	Hensikten med studien er å undersøke om det å innføre screening og opplæring av sykepleiere i akuttavdelinger ville føre til økt avdekking av barnemishandling.	Studien ble utført på barn i alderen 0-18 år fra februar 2008 til desember 2009. Det var totalt 104 028 barn med i studien hvor alle var pasienter på akuttavdelingen/legevakt på 7 ulike sykehus i Nederland.	Screeningundersøkelser økte fra 20% i Februar 2008 til 67% i desember 2009. Det var betydelige endringer etter at sykepleierne fikk opplæring og det ble lovpålagt å screene i 2009. Avdekking av barnemishandling var 5 ganger så høy hos de barns som ble screenet enn de som ikke ble det. Resultatene indikerer at systematisk screening for å oppdage barnemishandling er en effektiv måte å øke avdekkingen av barnemishandling på.
2	Piltz, A., & Wachtel, T.  2009	«Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect.»	«Australian Journal Of Advanced Nursing»	Hensikten med studien er å finne ut hva som hindrer sykepleiere å melde om saker hvor de mistenker at barn blir mishandlet. Spesielt med tanke på at sykepleiere ofte er de første disse barna har kontakt med av helsepersonell. Studien ønsker å finne ut hva som motiverer sykepleiere til å melde og hva som hindrer de i å melde.	Studien har brukt eksisterende faglitteratur til å identifisere faktorer som hindrer sykepleiere å melde saker hvor de mistenker at barn er utsatt for mishandling og omsorgssvikt.	Lite undervisning og kunnskap om å kjenne igjen tegn og symptomer på mishandling var et viktig hinder for at sykepleiere melde når de mistenkte mishandling. Andre faktorer studien påpeker å være til hinder er: manglende erfaring, dårlig dokumentasjon, lite kunnskap om tjenester som skal beskytte barna, frykten for konsekvensene og mangel på emosjonell støtte fra andre sykepleiere under meldeprosessen.
3	Kleinschmidt, A.  2019	«Child Maltreatment Red Flags: Two Cases of Bruising in Premobile Infants»	«Journal of Pediatric Health Care»	Hensikten med studien var å se på hvilke tegn og symptomer fysisk mishandling kan gi hos barn småbarn. Studien tar for seg hvilke tegn som må bør få helsepersonell til å reagere.	Studien tok for seg to saker hvor det var oppdaget blåmerker hos immobile småbarn. Studien la frem årsak til kontakt med helsetjenesten og hvilke tegn og symptomer som ble funnet hos barna.	Små barn som ikke enda kan gå eller krabbe får sjelden større skader som følge av ulykker. Blåmerker fremkommer sjeldent ved vanlig pleie av småbarn eller aktiviteter egnet for småbarn. Blåmerker må derfor tas på alvor om det oppdages på kroppen hos immobile småbarn, for å utelukke alvorlig sykdom eller fysisk mishandling.
4	Lavigne, J., Portwood, S., Findlow, J., Larissa, R & Brunner, H.  2017	«Pediatric Inpatient: Nurses' Perceptions Of Child Maltreatment.»	«Journal of Pediatric Nursing»	Hensikten med studien er å undersøke synet på og erfaringer knyttet til barnemishandling blant barnesykepleiere på sykehus.	Tverrsnittstudie med spørreundersøkelse online blant barnesykepleiere på barneavdelinger på sykehus sørøst i USA.  Spørreundersøkelsen er laget med QuestionPro som er godkjent og brukt av over 1000 universiteter i USA. 314 sykepleiere ble invitert med i studien, 80 svarte (25,5%).	78,75% av deltakerne svarte at de har vært borti saker som omhandler barnemishandling i løpet av karrieren. 98,75% mente at sykepleiere er ansvarlige for å identifisere og melde ved mistanke om barnemishandling. 63,75% svarte at de ikke har meldt saker hvor det var mistanke om mishandling videre. 58,75% svarte at de hadde fått tilstrekkelig med kunnskap om temaet, men bare 25% svarte at de hadde fått opplæring. 40% svarte at de ikke kunne nok om lovverket knyttet til melding.

						<p>Sykepleiere er i en unik posisjon til å oppdage og melde ved mistanke om mishandling av barn. Det er derfor viktig at sykepleiere har tilstrekkelig med kunnskap for å kunne observere og identifisere tegn, men også kjennskap til aktuelle lovverk.</p>
--	--	--	--	--	--	--

## 5 Drøfting

Oppgaven vil nå på bakgrunn av presentert teori, fag- og forskningsartikler og faglitteratur drøfte valgt problemstilling.

### 5.1 Sykepleierens observasjoner av barn på legevakt

Ifølge Florence Nightingale er observasjon av pasientens kliniske tilstand den viktigste praktiske kunnskapen en sykepleier har (Nordtvedt & Grønseth, 2016). Sykepleiere må observere barn som kommer på legevakt, og gjennom observasjonene dannes det grunnlag for vurderinger, beslutninger og handlinger. Sykepleieren skal utføre arbeidet sitt faglig forsvarlig og yte omsorgsfull hjelp til barnet, og da er gode observasjoner viktig (Helsepersonelloven, 1999, §4; Norsk sykepleierforbund, 2016). Observasjonene av barnets helsetilstand starter i det sykepleieren møter barnet. Gjennom kliniske observasjoner og ved å bruke fagkunnskap kan sykepleieren finne avvik fra det som regnes som normalt. Barn som er utsatt for fysisk mishandling har økt risiko for å ha andre helserelaterede utfordringer som gjør at de oftere har behov for helsehjelp. Det vil si at det er å anta at sykepleiere møter en høyere andel utsatte barn enn hva som gjenspeiler befolkningen for øvrig (M. C. Myhre, 2016).

I en studie av Lavigne, Portwood, Warren-Findlow og Huber i USA svarte 78,75% av sykepleierne som deltok at de i løpet av sin karriere hadde hatt saker hvor de mistenkte barnemishandling, og 100% oppga at de hadde meldt dersom de mistenkte. Likevel viste studien at bare 36,25% av sykepleierne faktisk hadde meldt inn saker om mistenkt barnemishandling. Dette peker på at svært mange sykepleiere ikke melder, til tross for at mistanken er der. Det er flere årsaker til at sykepleiere ikke melder, men det er særlig én faktor som blir trukket frem i forskningslitteraturen. Det er at sykepleiere ikke oppdager barnemishandling fordi de har for liten kunnskap om tegn og symptomer (Louwers et al., 2012; Piltz & Wachtel, 2009; Lavigne et al., 2017; Kleinschmidt, 2019; Pabiś et al., 2010). Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon er sentral i møte med det utsatte barnet. For å identifisere tegn på sykdom eller skade, og tilrettelegge for normal vekst og utvikling, samt forebygge helsesvikt, er sykepleieren nødt til å kjenne igjen tegn og symptomer på at barn kan være utsatt for fysisk mishandling.

Når barn kommer inn på legevakt er det viktig å undersøke barnet for å kartlegge hvilke helseplager det har for å sikre riktig behandling. I tillegg til sykdom og skade som omsorgspersonene og barnet selv forteller om, er det viktig at sykepleieren observerer andre

tegn på sykdom og skade. Fysisk mishandling kan gi komplekse helseplager og sykdomsbilder med ulike symptomer (A. K. Myhre, 2016). Sykepleiere som jobber med barn må være oppmerksomme på at barn kan bli utsatt for mishandling som er såpass alvorlig at de trenger behandling, og at de som sykepleiere har gode muligheter for å oppdage alvorlige tilfeller av mishandling (M. C. Myhre, 2016). På en annen side kan det være vanskelig å oppdage fysisk mishandling. Ingen tegn, symptomer og skadetyper kan kun forklare med vold, og det er ikke nødvendigvis et sikkert tegn på mishandling (Chaiyachati, Asnes, Moles, Schaeffer & Leventhal, 2016; A. K. Myhre, 2016). Det er dog noen tegn som er mer vanlige enn andre og som bør få sykepleiere til å reagere.

## **5.2 Tegnene på fysisk mishandling**

Hudskader kan ofte overses eller feiltolkes og blir ofte underdiagnostert, til tross for at det er et av de vanligste funnene ved mishandling (Kynø et al., 2015). Blåmerker, rifter, sårskader og gamle arr er vanlige tegn som kan være forbundet med fysisk mishandling, og ses ofte sammen med brudd og indre skader (A. K. Myhre, 2016; M. C. Myhre et al., 2015). Barn som er i alder hvor de har begynt å gå og leke mer selvstendig, får gjerne blåmerker lokalisert foran på kroppen som på legger, knær og over beinutspring. Blåmerker kan være påført som følge av slag, spark eller klyp, og kan ha form etter håndavtrykk eller gjenstand (A. K. Myhre, 2016; Killen, 2016). Barn får sjeldent blåmerker på lår, mage, rumpe, rygg, overarm, genitaler, rundt ører eller midt i ansiktet (Kynø et al., 2015). Brannsår som er påført fører gjerne til avtrykk hvor en kan se at det er brukt et apparat eller gjenstand for å lage merket. Det kan være små runde sigarettmerker eller avtrykk etter strykejern. Dersom det oppstår brannsår på grunn av søl av varmt vann vil det gjerne være merker med mer ujevn form og som kan bære preg av sprut på flere områder (Kynø et al., 2015; Killen, 2016). Utfordringen for sykepleieren er å oppdage hudskader hos barn som kommer til legevakten på grunn av sykdom eller skade som gjør at det ikke faller naturlig å undersøke mindre synlige steder på kroppen til barnet.

Små barn har lettere for å få alvorlige skader med tydelige symptomer etter mishandling (M. C. Myhre et al., 2010). Mange av de alvorligste skadene forårsaket av fysisk mishandling er det vanskelig å se, noe som kan gjøre det vanskeligere å mistenke at skaden er påført barnet. Det gjelder for eksempel hodeskader som skallebrudd og subdurale blødninger, som er blant det vanligste funnet hos barn under 3 år som er utsatt for mishandling (Kynø et al., 2015, Kleinschmidt, 2019, M. C. Myhre et al., 2010). Som sykepleier må en derfor være klar over



hvilke symptomer hodeskader kan føre til, da slag eller spark mot hodet kan gi hjerneskader som ikke er synlige (Killen, 2016). Dersom barn kommer inn med endret bevissthet, kramper, brekninger og uregelmessig respirasjon må sykepleiere være klar over at det kan skyldes hodeskader (Kynø et al., 2015). Brekninger, dårlig matlyst og forsinket utvikling kan ses ved skader som følge av risting som ved «Shaken Baby Syndrome» (Markestad, 2016). En utfordring for sykepleieren kan være at familiene ikke tar kontakt med helsevesenet med en gang skaden har skjedd. Hodeskader kan på lang sikt utvikle seg til epilepsi, gi lammelser og varig utviklingshemming, noe som kan være årsaken til at barnet kommer i kontakt med helsevesenet (Killen, 2016). Dersom det ikke blir oppgitt nylig skadeårsak, kan det fremstå som noe som har kommet frem som et avvik i utviklingen og ikke som en konsekvens av tidligere påført vold mot barnet.

Bruddskader er relativt vanlig blant aktive barn som løper rundt, klatrer og leker. Det er dog ikke vanlig blant små barn under 3 år, da de sjelden er i aktivitet med nok energi til å gi større skader (Kleinschmidt, 2019). Bruddskader som følge av vold ses oftest hos barn under 2 år (Kynø et al., 2015). En huskeregel er «A child who don't cruise, don't bruise». Det vil si at små barn som ikke enda kan gå eller krabbe, har få muligheter til å bli utsatt for større skader (A. K. Myhre, 2016). Små barn med bruddskader kan være utsatt for fysisk mishandling og det er viktig at sykepleieren stiller spørsmål om hvordan skaden har oppstått. Sykepleieren må ha kunnskap om hvor på kroppen barn vanligvis ikke får brudd, og dermed vurdere årsaker til disse skadene. Det gjelder for eksempel ribbeinsbrudd som ikke vanlig hos barn, men er ofte forbundet med påført skade. Det samme med brudd i skulderblad, ryggvirvel, kraniet og brystben (Kynø et al., 2015). Ofte kan røntgenundersøkelser avdekke tidligere brudd og skader hos barn som er utsatt for fysisk mishandling. Dersom det oppdages flere tidligere brudd, må fysisk mishandling ses på som en mulig årsak (Killen, 2016).

Smerter er et av symptomene som barn som er utsatt for vold har. Disse kan være lokalisert der det er synlig skade, men også andre steder på kroppen kan være smertefullt dersom det er flere skader som enten er vanskelig å se eller er konsekvens av tidligere skader (A. K. Myhre, 2016). Små barn med begrenset ordforråd kan forklare smerter med de ordene de kan eller er mest kjent med. For eksempel kan «vondt i magen» ofte brukes som uttrykk for å ha vondt andre steder på kroppen eller at barnet ikke har det bra. Barn som er utsatt for fysisk mishandling oppgir ofte at de har vondt i magen (A. K. Myhre, 2016). Om barnet sier det har vondt må smertene utforskes og vurderes. Sykepleieren kan stille enkle og konkrete spørsmål til små barn og de kan svare kort tilbake. Utfordringen for sykepleieren blir å forstå og tolke smertene til et lite barn. For små barn med begrenset ordforråd og verbal kommunikasjon kan

det være vanskelig å uttrykke hvor smertene sitter. Derfor må sykepleiere ha kunnskap om smerter hos barn og kommunikasjon med barn slik at de kan tolke andre signaler på smerter som for eksempel gråt, at barnet ynker seg eller tar seg til steder på kroppen. Det er viktig å ta all informasjon barnet gir, verbalt og non-verbalt på alvor. Smerter hos små barn kan komme til uttrykk non-verbalt gjennom ansiktuttrykk som rynking med øyenbrynene, øyne som er presset sammen, åpen munn og stram tunge (Stadtlander, 2018).

### **5.2.1 Andre tegn og observasjoner**

Sykepleiere som jobber på legevakt og skal undersøke barn har en god mulighet til å gjøre observasjoner som ikke bare går på de fysiske tegnene til at barn er utsatt for fysisk mishandling. Som en del av et større bilde kan andre observasjoner være viktige for å avdekke fysisk mishandling. Funksjonsforandringer hos barn kan være indikasjoner på at det er sykt, skadet eller ikke har det bra, og må alltid tas på alvor. At en treåring har sluttet å snakke, men tidligere har snakket, må ses på som en alvorlig indikasjon på at det ikke har det greit (Steen, 2012). Ut ifra dette må sykepleieren vurdere hva som kan være årsak til endringer i barnets tilstand og utvikling. A. K. Myhre (2016) skriver at systematisk observasjon kan være med på å gi nyttig informasjon. Det kan være om barnet har rene klær og om det er kledd etter været. Et ustelt barn med skitne klær kan være en indikasjon på at barnet ikke får den oppfølgingen det trenger. Hvordan barnets fremtoning er kan gi nyttig informasjon til helhetsbilde. Sykepleieren kan da observere om barnet er redd, ukonsentrert, urolig, alvorlig, trist, ukomfortabel eller om det for eksempel er unnnvikende og vanskelig å kommunisere med. På en annen side kan det være utfordrende å skille mellom tegn som skyldes at barnet er sliten og sykt, samt er i en ny og kanskje skremmende omgivelse på legevakten, fra tegn på omsorgssvikt (Eide & Eide, 2007). Tveiten (2012b) peker på at det er ikke uvanlig at barn blir redde, urolige og alvorlige i ukjente situasjoner.

Observasjon av samspillet mellom barnet og omsorgspersonene er en svært viktig observasjon som sykepleier må gjøre. Steen (2012) skriver om beskyttende faktorer og at disse kan variere fra barn til barn. Det kan for eksempel for et barn være en beskyttende faktor å ha begge foreldre til stede under besøket på legevakten, mens for en annen kan det være stressende fordi foreldrene krangler eller ikke er gode omsorgspersoner. Barn vil ofte henvende seg til sine omsorgspersoner og omvendt. Det er hos omsorgspersonene barn normalt finner trøst og trygghet, eller stiller spørsmål om hva som skjer. Dersom barnet virker engstelig og utrygg på foreldrene kan det være noe som ligger til grunn for det (A. K. Myhre, 2016). Sykepleieren må reagere dersom barn virker utrygge i nærvær av sine omsorgspersoner. Sykepleierens

handlinger kan være avgjørende for å hjelpe barn ut av skadelige omsorgssituasjoner, som ved fysisk mishandling.

### **5.3 Sykepleierens vurderinger**

Barn som er utsatt for fysisk mishandling som ikke selv ber om hjelp eller forteller hva de har opplevd, er avhengige av sykepleiere som oppdager og forteller på deres vegne. Da spiller faglige perspektiver og kunnskap, samt sykepleierens forutsetninger og erfaringer en sentral rolle (Skjørten, Hauge, Langballe, Schultz & Øverlien, 2016). Studier viser at sykepleiere med kunnskap og erfaringer med å håndtere tilfeller med barnemishandling hadde bedre ferdigheter for å oppdage og melde (Plitz & Wachtel, 2009).

Når et barn kommer inn med en skade er det viktig at sykepleieren spør hvordan skaden har oppstått og vurderer om skaden virker sannsynlig i forhold til forklaringen som gis. Sykepleierne må ikke glemme at skader kan være påført og det er nødvendig å skille disse fra naturlige årsaker til skadene. Dersom skadeomfanget ikke virker sannsynlig i forhold til skaden eller det gis ulike forklaringer fra barn og/eller omsorgspersonene må dette tas på alvor. Barnets sykehistorie, de kliniske opplysningene sykepleieren innhenter, og beskrivelser av hendelsen fra barn og omsorgspersonene kan sammen danne et bilde av situasjonen (M. C. Myhre, 2016). Mishandling må mistenkes dersom skaden ikke passer med barnets utviklingsnivå, dårlig allmenntilstand uten tegn på skade, eller at det blir angitt at barnet ikke har sagt ifra eller vist tegn til smerter. Dersom lege blir oppsøkt sent uten noen forklaring på det, eller barnets tidligere sykehistorie tilsier at det kan være noe galt, kan det være grunn til mistanke om mishandling (Kynø et al., 2015). Studier viser at det er større sannsynlighet at det meldes og mistenkes fysisk mishandling når forklaringene ikke er troverdig eller det er grunn til å tvile på om de stemmer (M. C. Myhre et al., 2010; Kleinschmidt, 2019). En utfordring er at omsorgspersonene ofte har gode og sannsynlige forklaringer på hvordan skaden har oppstått, og for ofte stiller ikke sykepleieren spørsmålstegn ved forklaringene som gis (Pabiś et al., 2010; Kynø et al., 2015; A. K. Myhre, 2016). Dersom det ikke er andre indikasjoner på fysisk mishandling eller omsorgssvikt er det naturlig å tro at det er lettere å glemme å stille spørsmålstegn med forklaringen. Samtidig kan det for mange være vanskelig å utfordre omsorgspersonenes på forklaringen fordi en selv ikke er sikker på årsaken og dermed ikke kan utelukke at deres forklaring faktisk stemmer. Barn er avhengige av andres hjelp for å ivareta helsen, og det krever sykepleiere som prioriterer dem og handler ut ifra deres beste (NSF, 2016; Barneombudet, u.å).

Sykepleiere kan få en magesfølelse av at noe ikke stemmer i møte med barn som er utsatt for fysisk mishandling, uten at de helt klarer å finne ut hva det er. En av grunnene til dette er at barn ikke nødvendigvis kommer inn på legevakten som direkte følge av fysisk mishandling, men det kan være annen sykdom eller skader som er årsaken til at helsetjenesten oppsøkes. De kan oppleve det som vanskelig å oppdage fysisk mishandling dersom det ikke er tydelige indikasjoner og symptomer på det, som for eksempel ved flere beinbrudd og blåmerker samtidig (Plitz & Wachtel, 2009). Usikkerheten rundt hva som er galt og vage tegn på fysisk mishandling, kan føre til at mange ikke mistenker og melder (Skarsaune & Bondas, 2014). Det kan være utfordrende for sykepleierne å innhente nok informasjon til at de skal føle seg så sikre at de opplever det som trygt å melde. Mangelfull dokumentasjon var et hinder for å melde, da sykepleierne var mer komfortable dersom det forelå dokumentasjon om tidligere tegn på mishandling eller gjentatte besøk hos helsetjenesten (Plitz & Wachtel, 2009). Det at det ikke foreligger tidligere dokumentasjon kan føre til at sykepleieren ikke tenker på fysisk mishandling som en årsak til sykdom og skade. Derfor kan det være avgjørende at sykepleierne er trygge på tegn og symptomer som følge av fysisk mishandling, slik at usikkerheten ikke overvinnes meldeplikten ved mistanke (M. C. Myhre, 2016).

En studie utført av Louwers (2012) og kolleger i Nederland undersøkte effekten av systematisk screening og undersøkelse av barnemishandling. Gjennom å fylle ut et skjema med seks spørsmål som gikk på forklaring, skadeomfang og atferd knyttet til barnet måtte sykepleierne forholde seg til og tenke mishandling som en mulig årsak til at barnet hadde behov for helsehjelp. Spørsmålene var; Er forklaringen på hvorfor skaden oppsto sannsynlig? Tok det unødvendig lang tid før det ble oppsøkt helsehjelp? Passer skaden utviklingsnivået til barnet? Er barnet og omsorgspersonenes atferd passende? Passer undersøkelser fra topp til tå på barnet overens med skaden? Er det noen signaler som får deg til å tvile på sikkerheten til barnet eller noen andre familiemedlemmer? I tillegg ble det gitt opplæring til sykepleierne på hva de skal se etter av tegn og hvordan de bør kommunisere med barn som mistenkes å være utsatt for mishandling. Etter innføring av undersøkelse og sjekklisterkjema ble det oppdaget fem ganger så mange tilfeller av barnemishandling. Studien konkluderte med at kunnskap og bevissthet blant sykepleiere er viktig for å avdekke barnemishandling (Louwers et al., 2012). Utfordringen med slike sjekklisterkjemaer er at sykepleieren kan bli for fokusert på kun dette og ikke den helhetlige omsorgen og andre observasjoner av barnets helsetilstand. I tillegg kan bruk av skjema gi falske positive svar og med det indikere at barnet er utsatt for fysisk mishandling uten at det faktisk er det. Teeuw, Derkx, Koster og van Rijn (2011) argumenter for at det kan være problematisk, da de sosiale konsekvensene for de involverte kan være

store og at det i tillegg kan skape mistro til at systematisk screening fungerer. På en side kan ikke vurderinger og observasjoner erstattes av et sjekklisteskjema, men på en annen side kan det sikre at flere sykepleiere må tenke tanken om at barnet kan være utsatt for mishandling. Samtidig gir det sykepleieren noe konkret og håndfast å forholde seg til med tanke på å melde. Dette kan tyde på at sykepleiernes selvstendige vurderinger og observasjoner i kombinasjon med systematisk screening kan hjelpe sykepleiere til å avdekke flere saker med fysisk mishandling av barn.

#### **5.4 Kommunikasjon mellom sykepleier og barn**

Barn som har utviklet språk vil kunne fortelle noe dersom de er utsatt for vold. Det er en utfordring at barn ikke utvikler språk før de er i 2-års alderen, og at barn under den alderen ikke vil kunne fortelle om mishandling verbalt. Det er derfor viktig og avgjørende at sykepleiere har kunnskap om hvordan de på best mulig måte kan kommunisere med det aktuelle barnet. Det må gjøres gjennom å tilpasse kommunikasjonen etter barnets alder og utvikling, og tilpasse forventningene deretter. Sykepleieren må anerkjenne barnets væremåte, tanker og følelser, og møte barnet på dets emosjonelle og kognitive plan (Eide & Eide, 2007; Steen, 2012; Skarsaune & Bondas, 2014; Markestad & Grønseth, 2017).

Barnets egen historie er den viktigste og sikreste kilden til kunnskap for å avdekke vold. Barn som forteller at de er utsatt for vold forteller dette gjerne til tillitspersoner, som barnehagelærere og lærere på skolen. Dette skjer ofte gjennom spontane utsagn eller når samtalen omhandler temaer barnet relaterer til hendelser (A. K. Myhre, 2016). Sykepleiere på legevakt har begrenset tid med barnet, men har mulighet til å skape en tillitsrelasjon gjennom god kommunikasjon, og ved at barnet føler seg trygg og at det får hjelp. Sykepleieren bør reflektere over det barnet forteller sammen med barnet, og bekrefte følelser og vise interesse. Det er viktig å være ærlig for å unngå at tilliten barnet har til voksne svekkes (Markestad & Grønseth, 2017). Utfordringen er at sykepleieren sjeldent er alene med barnet på legevakten. I de fleste tilfeller er dette det beste for barnet, og det er ønskelig at omsorgspersoner skal være med barnet så mye som mulig når de har behov for helsehjelp fordi det oppleves som trygt å ha omsorgspersonene i nærheten (Markestad & Grønseth, 2017). På en side kan dette være en ulempe når det er snakk om omsorgssvikt da det gjør det svært vanskelig for barnet å få fortalt helsepersonell om det de opplever, men på en annen side gir det sykepleieren mulighet til å observere samspillet mellom omsorgspersonene og barnet.

Barn kan svare bekreftende på konkrete spørsmål som omhandler krenkelser dersom de blir spurt. Spørsmål så enkle som «hvordan har du det hjemme?» eller «hvordan fikk du det blåmerket?» kan føre til at barnet gir nøyaktig og detaljert informasjon. Det forutsetter at sykepleieren stiller disse spørsmålene til barnet og ikke bare henvender seg til foreldrene. Samtidig trenger sykepleieren kunnskap for å se tegnene og symptomene på fysisk mishandling slik at disse spørsmålene blir stilt. A. K. Myhre (2016) påpeker at voksne ofte ikke stiller disse spørsmålene, både som privatpersoner og som profesjonelle. På den måten gir en ikke barnet anledning til å fortelle, omsorgssvikt kan forbli uoppdaget og konsekvensene for barnet blir store. Dersom et barn forteller om hendelser som gjør at fysisk mishandling mistenkes, må barnet med en gang tas på alvor og føle at det blir hørt. Barnet bør ikke presses til å snakke dersom det ikke ønsker det, da det kan svekke tilliten og kan føre til at det blir enda vanskelig å kommunisere med barnet (Markestad & Grønseth, 2017). Om barnet blir usikker kan det føre til at det ombestemmer seg, og en har eksempler på omsorgspersoner har hørt hva barnet har fortalt og barnet deretter har endret forklaring (A. K. Myhre, 2016). Dette peker på at det er avgjørende at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap om kommunikasjon med barn i vanskelige situasjoner for å avdekke fysisk mishandling.

Barn som utsettes for mishandling blir i forskning ofte sett på som stille og usynlige, samt at de har vanskelig for å uttrykke følelse sine (Pabiš et al., 2010). De får gjerne en posisjon som gjør at de havner i skyggen av andre og har offerrollen. Som barn blir dette forsterket, da de er under voksnes makt (Skjørten et al., 2016). Sykepleiere må ikke glemme at ikke alle barn utsatt for mishandling nødvendigvis passer inn i denne stereotypien. Barn som lever med fysisk mishandling kan sette seg selv i en posisjon der de føler på et ansvar for å påvirke og forhindre vold, og skjønner at de er uskyldige deltakere i noe de selv ikke kan kontrollere som barn. På den måten kan barna være sårbare og ha et behov for hjelp og støtte, men samtidig være kompetent og tale sin sak som deltakere i egne liv (Skjørten et al., 2016). Igjen handler det om at alle barn er forskjellige. For å avdekke vold mot barn er det derfor viktig å snakke med barna, lytte til dem og aktivt søke informasjon gjennom signaler de sender. Barnas bekymringer kan uttrykkes på ulike måter, på samme måte som tegnene som at de er utsatt for mishandling og omsorgssvikt. Som sykepleier må en ta barnets bekymring på alvor og vise at en ser bekymringen. Det kan være utfordringer for sykepleieren å oppdage barns bekymringer. Eide & Eide (2007) skriver at det kan være lett å overse disse bekymringene fordi de kan være nonverbale eller bare fremkomme som små hint. Ved å skape en tillitsrelasjon gjennom å rette fokuset til der barnet har sin oppmerksomhet og det barnet er opptatt av kan det være

lettere å oppdage og forstå hintene barnet eventuelt gir.

## **5.5 utfordringer når fysisk mishandling mistenkes**

Til tross for at legevakten har gode muligheter for å avdekke fysisk mishandling av barn siden barna ofte kommer i kontakt med legevakten ved skade og sykdom, er det faktorer som begrenser muligheten. Ofte har sykepleierne på legevakten lite tid med hver enkelt pasient. Det er gjerne kun for å ta de mest nødvendige prøvene og undersøkelsene før pasienten skal inn til legen. Forskning viser at sykepleiere mener at legevaktsmiljø med høyt arbeidstempo og et hektisk miljø med stor pasientstrøm er med på å begrense muligheten til å avdekke fysisk mishandling (Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A. & Bechtel, K., 2015; Plitz & Watchel, 2009). Dette begrenser sykepleierens mulighet til å tilbringe mye tid med pasientene. I tillegg kan det komme inn akutte tilfeller som må prioriteres. På en annen side har barn krav på helhetlig og forsvarlig helsehjelp, samt å bli sett og hørt. Dette innebærer at sykepleieren må ta seg tid til barnet til tross for hektisk miljø. Samtidig er mangel på informasjon trukket frem som en faktor som gjør det vanskeligere å avdekke mishandling. På legevakten ser sykepleieren kun hva pasienten har vært inne for tidligere på den aktuelle legevakten. Dersom det er lite informasjon om de tidligere besøkene eller lite detaljer kan det være vanskelig for sykepleieren å tenke mishandling eller se sammenheng mellom besøkene (Plitz & Wachtel, 2009).

Forskning viser at mange sykepleiere er usikre på hvilke rutiner og lovverk de skal følge når de mistenker at et barn er utsatt for fysisk mishandling (Lavigne et al., 2017; Tiyyagura, 2015). Som helsepersonell har sykepleiere etter Barnevernsloven §4-12 plikt til å melde til barnevernet dersom det mistenkes at barn er utsatt for fysisk mishandling. Dersom det er grunn til å tro at barnet senere kan bli utsatt for fysisk mishandling og vold har sykepleiere en plikt til å avverge etter Straffeloven §196. Meldeplikten etter Barnevernsloven §4-12 og Straffeloven §196 overgår taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999, §33, §23). Dette begrunnes med at det er til barnets beste (A. K. Myhre, 2016). Ledelsen på legevakten har ansvar for å sikre at sykepleierne overholder lovpålagte plikter. Dette innebærer tilstrekkelig opplæring og at informasjon er tilgjengelig ved behov (Helsepersonelloven, 1999, §16). Samtidig har sykepleiere et selvstendig ansvar for å innhente informasjon og kunnskap for å sikre at pasienten får forsvarlig og tilstrekkelig helsehjelp. Det innebærer å aktivt snakke med kollegaer, sette seg inn i rutiner og lovverk dersom de mistenker at et barn er utsatt for fysisk mishandling, men er usikker på hvordan de skal gå frem når de skal melde.

For mange sykepleiere kan det oppleves vanskelig å stå i en situasjon hvor en mistenker fysisk mishandling, men ikke kan si det med sikkerhet. Mange er redde for å ta feil, og for konsekvensene av å ta feil (Plitz & Watchel, 2009). Sykepleiere er avhengige av støtte fra kollegaer, slik at de ikke føler at de står alene i slike situasjoner. Det kan være nyttig å dele tanker med kollegaer og diskutere det som er utfordrende. A. K. Myhre (2016) argumenterer for at det å ha kjennskap til hvordan politi og barnevern jobber, og eventuelt kjenne personer i disse etatene kan gjøre terskelen for å ta kontakt lavere. Som helsepersonell kan sykepleiere ringe og diskutere anonyme saker med andre etater. Videre løfter Myhre frem viktigheten av at terskel er lav for å kontakte barnevernstjenesten eller politiet for å drøfte hvor en som sykepleier føler seg usikker. Det er viktig at sykepleiere har tro på egne ferdigheter og vurderinger når det kommer til å avdekke fysisk mishandling, slik at de føler det trygt å melde (Skarsaune & Bondas, 2014).



## 6 Avslutning

Sykepleiere som jobber på legevakt møter mange barn i sin arbeidshverdag og har derfor gode muligheter til å avdekke barnemishandling. For å se tegnene og symptomene på fysisk mishandling forutsettes det at sykepleieren er oppmerksom på at barn kan ha blitt påført skade. Det er gjennom de kliniske observasjonene og fagkunnskap at sykepleiere kan finne avvik fra det normative. Fag- og forskningslitteraturen viser at sykepleiere mangler kunnskap om nettopp tegnene og symptomene på fysisk mishandling hos barn. Manglende kunnskap kan føre til at barnemishandling blir oversett når barna er i kontakt med legevakten.

Sykepleiere må ha kunnskap om hvilke tegn og symptomer som kan være indikasjoner på fysisk mishandling for å kunne avdekke. Det innebærer å vite at små barn mellom 0 og 3 år normalt ikke får større skader ved vanlig lek, samt kjenne igjen tegn og symptomer på andre skader som kan være påført. Gjennom å observere barnets atferd og utvikling, samt samhandlingen mellom barnet og omsorgspersonene kan sykepleieren innhente verdifull informasjon som kan være med å avdekke barnemishandling. Det krever at sykepleieren har kunnskap om barns utvikling og hva som kan være avvikende atferd. At barnet selv forteller at det er utsatt for vold er den sikreste kilden. I møte med små barn med begrenset eller manglende ordforråd kan ikke barnet selv fortelle om mishandlingen. Det betyr at sykepleieren må ha kunnskap om hvordan en på best mulig måte kan kommunisere med disse barna og tolke signalene de sender. Sykepleieren har et ansvar for å sikre at barnet får helsehjelp som er forsvarlig og helhetlig. Det innebærer å forstå barnet og se dets behov, samt stille spørsmål selv om de kan være vanskelige.

Omsorgspersonene til barnet har ofte gode og gjennomtenkte forklaringer på hvordan skaden har oppstått. Det er avgjørende at sykepleierne gjør selvstendige vurderinger av skadene og årsakene til dem. Tilstrekkelig med dokumentasjon av observasjoner og vurderinger kan i mange tilfeller være avgjørende for om barnemishandling avdekkes. Dersom barnet kommer gjentagende ganger til legevakten kan dokumentasjonen føre til mistanke, og det blir lettere å se mønstre og sammenheng mellom besøkene.

Sykepleiere må tørre å tenke at barn kan være utsatt for fysisk mishandling av de som står de aller nærmest. Barn har krav på sykepleiere som gjør tilstrekkelig observasjoner, vurderer funnene og handler dersom det er mistanke. Sykepleieren har en lovpålagt plikt til å melde dersom barnemishandling mistenkes og har derfor ikke lov til å la tvilen komme i veien for å melde. Økt kunnskap og bevissthet rundt temaet kan føre til at flere sykepleiere ser tegnene

og symptomene på fysisk mishandling. Tilstrekkelig kunnskap kan samtidig gi sykepleierne tro på egne muligheter og ferdigheter til å avdekke fysisk mishandling mot barn.

## 7 Litteraturliste

Andersland, G. K. & Mevik, K (2016). Barns rettsvern ved mistanke og avdekking av vold – er lovverket godt nok?. I K. Mevik, O. G. Lillevik & O. Edvardsen (Red.), *Vold mot barn* (1. utg., s. 38-51). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Barnelova. (1981). Lov om barn og foreldre (LOV-1981-04-08-7). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>

Barneombudet. (u.å). Barnekonvensjonen. Hentet 04.12.2018 fra <http://barneombudet.no/dine-rettigheter/barnekonvensjonen/>

Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>

Chaiyachati, B. H., Asnes, A. G., Moles, R. L., Schaeffer, P. & Leventhal, J. M. (2015). Gray cases of child abuse: Investigating factors associated with uncertainty. *Child abuse and neglect: The international journal*, 51, s. 87-92.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.001>.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gangdal, J. (2011). *Jeg tenker nok du skjønner det sjøl. Historien om Christoffer*. Oslo: Kagge Forlag AS.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I.

- M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 107-118). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2013). Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017. Hentet 09. desember 2018 fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/97cdeb59ffd44a9f820d5992d0fab9d5/hplan-2014-2017\\_et-liv-uten-vold.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/97cdeb59ffd44a9f820d5992d0fab9d5/hplan-2014-2017_et-liv-uten-vold.pdf)
- Killen, K. (2016). *Sveket I* (5. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kleinschmidt, A. (2019). Child maltreatment red flags: Two cases of bruising in premobile infants. *Journal of Pediatric Health*, 33, s. 92-96. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.07.003>
- Kynø, N., Linboe, A., Vestland, N., Skotte, L. H., Bjaanes, A. K., Syversen, M. & Randklev, S. (2015). Kunnskapscenteret – Fagprosedyrer: Mishandling av barn – fysisk. Hentet 05.12.2018 fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-fysisk>
- Lavigne, J., Portwood, S., Findlow, J., Larissa, R & Brunner, H. (2017). Pediatric Inpatient Nurses' Perceptions of Child Maltreatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 34(2017), s. 17-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2017.01.010>
- Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moulaert, A-F. S. R., van den Elzen, A. P., Jongejan, M. H., Ruige, M., Manai, B. H., Looman, C. W., Bosschaart, A. N., Teeuw, A. H., Moll, H. A. & de Koning, H. J. (2012). Effects of systematic screening and detection of Child abuse in emergency departments. *Journal of the American academy of Pediatrics*, 130(3), s. 457-463. Doi: [10.1542/pers.2011-3527](https://doi.org/10.1542/pers.2011-3527)
- Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mossige, S. & Stefansen, K. (Red.). (2016) *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og*

*utviklingstrekk 2007-2015* (NOVA Rapport 5/16). Hentet 13. januar 2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/vald-og-overgrep-mot-barn-og-unge---omfang-og-utviklingstrekk-2007-2015/id2503766/>

Myhre, A. K. (2016). Hvordan se det vi ikke ønsker å se – fysiske og psykososiale symptomer. I K. Mevik, O. G. Lillevik & O. Edvardsen (Red.), *Vold mot barn* (1. utg., s.100-116). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Myhre, M. C., Lindboe, A. & Dyb, C. (2010). Oppdager sykehusene barnemishandling? En kartlegging av utredningspraksis. Av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Oslo universitetssykehus. Hentet 13. januar 2019 fra [https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/oppdagarsykehusenebarnemishandling\\_2.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/oppdagarsykehusenebarnemishandling_2.pdf)

Myhre, M. C. (2016). Helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevd omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. I C. Øverlien, M-I. Hauge, J-H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer: møter med unge i utsatte livssituasjoner* (1. utg., s. 169-182). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Norsk Sykepleierforbund (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 05.12.2018 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Pabiś, M., Wrońska, I., Ślusarska, B. & Cuber, T. (2010). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (2), s. 384-393. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x>

Piltz, A., & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 26(3), s. 93-100. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105359846>

- Skarsaune, K., & Bondas, T. (2014). Tidsskriftet Sykepleien; Må vite mer om barnemishandling. Doi: 10.4220/sykepleiens.2014.0134
- Statistisk Sentralbyrå. (2018). Barnevern. Tabell 10674: Meldinger til barnevernet, etter konklusjon, innhold i meldinga, kven som melde saka og alder. Hentet 09.01.2019 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10674/tableViewLayout1/>
- Steen, H. F. (2012). Utviklingspsykologi. I S. Tveiten, A. Wennich & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn – Familiesentrert sykepleie* (1. utg., s. 83-109). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skjørten, K., Hauge M-I., Langballe, Å., Schultz, J-H. & Øverlien, C. (2016). Å se det utsatte barnet. I C. Øverlien, M-I. Hauge, J-H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer: møter med unge i utsatte livssituasjoner* (1. utg., s. 93-107). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Stadtlander, L. (2018). Understanding infant pain. *International journal of childbirth education*, 33(2), s. 6-8. Hentet 16. april 2019 fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=32&sid=282e2b20-dcea-45a3-ae66-d6e561e91a5f%40pdc-v-sessmgr06&bdata=#AN=130741707&db=c8h>
- Straffeloven. (2005). Lov om straff (LOV-2005-05-20-28). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/\\*#KAPITTEL\\_2-10](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/*#KAPITTEL_2-10)
- Teeuw, A. H., Derkx B. H. F., Koster, W. A. & van Rijn, R. R. (2012). Educational paper: Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *European Journal of Pediatrics*, 171, s. 877-885. Doi: 10.1007/s0041-011-1551-1
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 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), s. 447-454. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020>

Tveiten, S. (2012a). Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie?. I S.

Tveiten, A. Wennich & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn – Familiesentrert sykepleie* (1. utg., s. 11-41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S. (2012b). Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. I

S. Tveiten, A. Wennich & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn – Familiesentrert sykepleie* (1. utg., s. 157-204). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.