



Våg å spørre, ha kunnskap til å se

Hvordan kan sykepleier ved legevakt bidra til å avdekke tegn på mulig fysisk vold mot barn?

Kandidatnummer: 641
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie, emne14B

Antall ord: 9778
Dato: 23.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.2019
Tittel Våg å spørre, ha kunnskap til å se	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier ved legevakt bidra til å avdekke tegn på mulig fysisk vold mot barn?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teori om barnets utvikling, kommunikasjon med barn, sykepleiers funksjonsområde og Florence Nightingales observasjonsteori og dokumentasjon blir anvendt i oppgaven. Ulike symptomer og tegn på fysisk vold blir også presentert. Kunnskap om yrkesetiske retningslinjer samt etikk og lovverk blir anvendt.</p> <p><u>Metode</u> Metoden er en litterær oppgave som anvender eksisterende relevant fag- og forskningslitteratur for å drøfte og belyse problemstillingen. Databasene Cinahl, Google Scholar og Oria er anvendt for å finne relevant fag- og forskningslitteratur.</p> <p><u>Drøfting</u> Drøfter hvordan sykepleier ved legevakt kan bidra til å avdekke tegn på mulig fysisk vold mot barn ut ifra yrkesetiske retningslinjer, faglitteratur, forskningslitteratur, lovverk og etiske utfordringer. Dette innebærer kommunikasjon med barn, observasjon, kompetanse og håndtering av mistanke rundt fysisk vold.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleier på legevakt kan ha en nøkkelposisjon til å bidra med å avdekke tegn på mulig fysisk vold mot barn. Sykepleier må anvende sin observasjonskompetanse belyst ut ifra teoretisk forankring for å bidra til å avdekke tegn på mulig fysisk vold mot barn. Forskning viser at sykepleiere rapporterer om mangel på kunnskap for å gjenkjenne fysisk vold. Det behøves gode screeningverktøy samt casebasert trening for å øke kompetanse innen temaet. Bedre samarbeid mellom kollegaer og barnevern kan bidra til bedre avdekking. Det å henvende seg mot sykepleiers følelsesmessige tanker rundt avdekking av vold må også tas i betraktning i kompetansehevingen.</p>	

(Totalt antall ord: 250)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2	Problemstilling	2
1.3	Kontekst og avgrensning	2
1.4	Oppgavens disposisjon.....	3
2	Teoretisk forankring	4
2.1	Utviklingsteori	4
2.2	Kommunikasjon med barn	5
2.3	Fysisk vold mot barn	6
2.3.1	Symptomer og fysiske tegn på fysisk vold mot barn.....	6
2.3.2	Emosjonelle tegn på fysisk vold	7
2.4	Sykepleiefunksjon	8
2.4.1	Sykepleiers funksjons- og ansvarsområde	8
2.4.2	Florence Nightingale	9
2.4.3	Sykepleierens juridiske og etiske ansvar	9
2.5	Hva kan hindre?.....	11
2.5.1	Kompetanse og holdninger	11
3	Metode	12
3.1	Anvendt metode	12
3.2	Litteratursøk og søkehistorikk	12
3.3	Kildekritikk	14
4	Presentasjon av forskningsartikler	17
5	Hvordan kan sykepleier ved legevakt bidra til å avdekke tegn på mulig fysisk vold mot barn?	19
5.1	Kommunikasjon med barn	19
5.2	Observasjon og vurdering av tegn og symptomer på fysisk vold	21
5.2.1	Fysiske tegn under observasjon	21
5.2.2	Emosjonelle tegn på fysisk vold	22
5.2.3	Dokumentasjon	23
5.2.4	Screening verktøy	23
5.3	Å øke sykepleiers kompetanse	24
5.4	Hva kan hindre sykepleieren?	26
5.5	Håndtering av mistanke om fysisk vold	27
6	Avslutning	31
	Referanseliste	33

1 Innledning

En av de største truslene mot folkehelsen er uten tvil vold, omsorgssvikt og seksuelle overgrep mot barn, og studier viser at dette forekommer tross lovforbud i Norge (NOU 2017: 12. s. 27). I Norge har hver 20. person opplevd alvorlig vold utført av foreldre før fylt 18 år, og de fleste hadde opplevd dette gjentatte ganger. Dette kan være spark, slag med knyttneve eller andre fysiske angrep (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet [Bufdir], 2018). Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) utførte en intervjuundersøkelse blant 16-17 åringer. Denne studien viste at én av ti hadde erfart vold fra foresatte, mens 1,7 % hadde opplevd grov vold. Flertallet hadde opplevd gjentatt vold (NOU 2017:12. s. 27). Undersøkelsen «Vold og voldtekt» i Norge viste også at 13% av de som hadde blitt utsatt for vold fra foresatte hadde brudd eller indre skader, mens nesten 50 % hadde sår eller blåmerker (Thoresen & Hjemdal, referert i Myhre, 2016b). Dette er alt for mange barn som har blitt satt i en sårbar situasjon. Våren 2019 ble rammeplanen for sykepleiere endret. Rammeplanen fra 2019 inneholder nå at sykepleierstudenten skal ha innsikt i helsemessige og sosiale problemer. Dette inkluderer vold og omsorgssvikt mot barn (Kunnskapsdepartementet, 2019).

Det er ulike forhold som påvirker om profesjonelle som arbeider med barn ser om barna er utsatt for vold, og foreldrene har en stor rolle i å søke hjelp for barna. Dersom det derimot er foreldrene som har utsatt barna for overgrep, synker sjansene betraktelig for avdekking. Forutsetning for å kunne hjelpe barna som kan være utsatt for vold og overgrep, er da at profesjonelle på fagfeltet er villig til å se barna og identifisere dem (Hauge, Schultz & Øverlien, 2016).

Sykepleier møter mange pasienter med ulik alder, prognose og tilstand. Barn som kommer på undersøkelse og behandling etter skader, kommer ofte på legevakten. Sykepleiere er ofte de som først møter barna sammen med foreldrene. Sykepleiere vil også oppleve tegn på omsorgssvikt hos barn. Det er viktig å ha den kunnskapen en trenger for å kunne kjenne igjen tegn og symptomer på vold, slik at en kan forebygge fremtidige skader og hjelpe de voldsutsatte barna til en trygg hverdag (Thorvaldsen & Kirchoff, 2017).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har vært på utveksling til et utviklingsland. Der er det lov å slå barn både hjemme og på skolen. Jeg ble fortalt at skolen har en regel på at det ikke er lov å slå gutter flere enn 5 ganger, mens jenter ikke mer enn 3 ganger med pinne. Jeg fikk erfart hvordan barn kviet seg for å gå på skolen, og hvordan vold påvirket deres hverdag. Dette gjorde et dypt inntrykk på meg, og strider imot det jeg er vokst opp med. I Norge er det straffbart å bruke vold som straffemetode. I og med at dette satt et så stort preg hos meg, ville jeg sette fokus på hvordan sykepleiere kan avdekke fysisk vold (Barnelova, 1981, §30).

Jeg valgte dette temaet fordi det er et viktig og dagsaktuelt tema. Det å få øke kunnskapen kan bidra til at jeg vil kunne være bedre rustet til å se tegn, avdekke vold og forebygge fremtidig vold som nyutdannet sykepleier.

Hensikten med oppgaven er økt kunnskap om temaet vold mot barn, og belyse hvordan sykepleier kan bli bedre rustet til å avdekke tegn på mulig fysisk vold mot barn. Ut ifra dette kom jeg frem til problemstillingen.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier ved legevakt bidra til å avdekke tegn på mulig fysisk vold mot barn?»

1.3 Kontekst og avgrensning

Målgruppen jeg har valgt å fokusere på i oppgaven er barn i alderen 3-6 år. Barn som kommer på undersøkelse og behandling etter skader, kommer ofte på legevakt. Konteksten vil foregå på legevakten, hvor foreldre tar med barna ofte for andre årsaker enn fysisk vold, men fysisk vold kan bli oppdaget.

Oppgaven tar utgangspunkt i fysisk vold, og jeg har valgt å ikke gå inn på psykisk vold eller seksuelle overgrep. Dette blir ofte sett i sammenheng, men for å avgrense har jeg valgt fysisk vold. Foreldrenes forklaring i forhold til skaden vil ha betydning for min vurdering når en snakker med barnet, og bli inkludert i oppgaven. Utover dette vil jeg ikke fokusere på videre intervju av foreldrene eller risikofaktorer hos omsorgspersoner.

Det er behov for å få mer kunnskap om de spesielle utfordringene barn med innvandrerbakgrunn kan oppleve i forhold til vold i nære relasjoner, og hvilke sider ved erfaringene deres fra migrasjonen som kan være mestringsfremmende og beskyttende. Jeg vil i denne oppgaven ikke fokusere eller avgrense til kulturer på grunn av oppgavens begrensninger (Skjørten, Hauge, Langballe, Schultz & Øverlien, 2016).

Tidligere studier har vist at barn med funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdommer, kan ha økt risiko for å bli mishandlet. I denne oppgaven vil ikke dette bli inkludert grunnet kommunikasjonen og tilnærmingen fra helsepersonell kan kreve andre tiltak (Hibbard & Desch, referert i Myhre, 2016b). Problemstillingen i oppgaven går ut på hvordan sykepleier ved legevakt kan bidra til å avdekke tegn på mulig fysisk vold. Jeg vil da utelukke behandlingsalternativer ved andre institusjoner når fysisk vold er avdekket, ettersom dette blir utenfor problemstillingen.

1.4 Oppgavens disposisjon

I første kapittel ble innledningen presentert. Dette innebar valg av tema, hensikt, problemstillingen, kontekst og avgrensning. Kapittel to tar for seg det teoretiske kunnskapsgrunnlaget, som anvendes for å svare på problemstillingen. I kapittelet etter presenteres metode, søkehistorikk og kildekritikk. Kapittel fire presenterer de utvalgte forskningsartiklene, og videre vil drøftingen av problemstillingen bli presentert i kapittel fem. Til slutt blir oppgaven oppsummert og avsluttet i kapittel seks.

2 Teoretisk forankring

Her blir relevant teoretisk kunnskap lagt frem. Utviklingsteori, kommunikasjon med barn, etisk og juridisk relevans, sykepleiers ansvarsområde, symptomer og tegn på fysisk vold mot barn blir presentert. Etiske og juridiske perspektiver blir presentert på bakgrunn av kontekst. Dette er kunnskap som kan bidra til avdekking av tegn på mulig fysisk vold mot barn.

2.1 Utviklingsteori

Den kognitive utviklingen kjennetegnes av å tenke, utvikle et språk, løse problemer og å gjøre ulike vurderinger. Barn går gjennom bestemte stadier i denne utviklingen, og hvert av stadiene har ulike kjennetegn. Denne utviklingen kan ses på og forstås som en tilpasningsprosess. Jean Piaget var en av de første til å utvikle en teori omkring denne tankemessige utviklingen. Piaget sier at barnet gjennomgår en rekkefølge av forandringer fra barnet blir født og frem til det er 15-16 år. Han delte den kognitive utviklingen inn i fire ulike stadier. Preoperasjonelle stadiet (1,5-7 år) kjennetegnes av at barnet kan få bruke språket og tegn, og at barnet får en viss evne til logisk tenkning. Språket til barnet kan bestå av symboler og tegn, slik at ordene kan bety noe annet. Piaget hevdet også at tankeprosessene til barnet kunne være egosentriske. Barnet kan da mangle evnen til å oppfatte og se perspektivene til andre mennesker (Håkonsen, 2014). Barnet skiller heller ikke fullt mellom virkelighet og fantasi, noe som kan få konsekvenser. Piaget har fått en del kritikk for at han deler inn barnets utviklingsstadier i statiske faser. Barn kan være i ulike utviklingsfaser avhengig av motivasjon og interesser (Ruud, 2011).

I de første leveårene legges mye av det grunnlaget for de egenskapene og verdiene som mennesket bringer videre og har med seg resten av sitt liv. Erik H. Erikson er en som har satt preg på forståelsen av utviklingen. Erikson mente at utviklingen er tilknyttet begreper som tillit, nærhet, identitet, familie, seksualitet og arbeid. De sosiale relasjonene som vi bygger opp i livet spiller en stor rolle for den sosiale- og følelsesmessige utviklingen. Det er 8 psykososiale faser som inneholder en rekke avgjørende vendepunkter. Disse hendelser vil så bli bragt videre til senere faser, og bidra til å forme vår personlighet. Initiativ versus skyld (3-5 år) kjennetegnes av at barnet flytter seg både psykisk og fysisk innenfor enda større områder. Barnet kan i denne fasen oppleve å beherske og mestre omgivelsene ved hjelp av initiativet, men initiativet kan på den andre siden føre til at barnet kan føle skyld og skam på grunn av tanker og handlinger. Dersom følelsen av skyld dominerer, kan ofte barnets aktiviteter begrenses og barnet kan bli forsiktig og innesluttet (Håkonsen, 2014).

2.2 Kommunikasjon med barn

Barn er unike. Nøkkelen til å bli kjent og skape et tillitsforhold til barn, er god kommunikasjon (Grønseth & Markestad, 2017). Barn kan befinne seg på forskjellige utviklingstrinn, og dette vil igjen utfordre vår evne til å kommunisere på deres premisser. Tillit og relasjon kan hjelpe på kommunikasjonen, og nonverbal kommunikasjon og affektiv stemning spiller inn (Gamst, 2017). Det å finne ut hvor barnet befinner seg følelsesmessig og utviklingsmessig, er spesielt viktig i dialog med barn som har det vanskelig. Dette er utgangspunktet for å «nå frem» til barnet, gi støtte, skape en relasjon og kunne hjelpe (Ruud, 2011). Ord og språk har ikke den samme betydningen for barn som hos voksne, og et hjelpemiddel som kan brukes er for eksempel lek, tegning eller bøker. Hjelpemidlet må tilpasses alderen og utviklingen til barnet. Ved å la barnet lede leken, og ved å ha åpenhet, aktiv lytting og undring kan dette bidra til tillit og igjen bedre kommunikasjonen (Eide & Eide, 2017).

Sykepleier må også organisere tjenestene slik at en kan tilby barna tillit, kontinuitet og gi rom for å ha dialog om vanskelige tema (Myhre, 2016b). Det er viktig i samtaler med barn at en er kjent med hvordan traumatiske hendelser kan påvirke barnas motivasjon og mulighet til å fortelle (Gamst, 2017). Under samtaler med barn om vold, er det viktig at helsepersonell er observante på at samtalen kan innvirke på selvfølelsen til barnet. Barna kan ofte føle skyldfølelse og skam ovenfor temaet. Samtalen må derfor ivareta barnets selvfølelse. Annerkjennelse og fokus på barnets ressurser er sentralt å legge vekt på i tillegg til problemet til barnet. Barn kan tenke relasjonelt og kontekstuel, noe som kan føre til at barnets oppfatning av formålet for samtalen setter sitt preg på samtalen. Dette er viktig å ha kunnskap om ved kommunikasjon med barn (Lundesgaard & Salamonsen, 2019).

Barnets tilknytning og lojalitet ovenfor omsorgspersonene og foreldrene, kan gjøre det vanskelig for barna å fortelle om familieforholdene. Vold er et tabuisert og skambelagt tema, noe som kan føre til at barna motsetter seg å snakke om dette. Barnet kan være sårbart (Sommerfeldt & Øverlien, 2016).

2.3 Fysisk vold mot barn

Center for Disease Control and Prevention (CDC) definerer fysisk vold mot barn slik «Villet bruk av fysisk makt mot et barn som resulterer i, eller har potensial for å resultere i fysisk skade» (CDC, 2008, referert i Aakvaag, Thoresen & Øverlien, 2016, s. 269). Denne definisjonen er relevant for problemstillingen. Barna på legevakten kan komme med fysiske skader, som kan være et resultat av fysisk vold.

2.3.1 Symptomer og fysiske tegn på fysisk vold mot barn

På legevakten er ingen situasjoner helt like, og en kan møte ulike former for vold og overgrep. Det er sykepleier som bidrar til informasjon og førstevurdering gjennom kartlegging. Ved mistanke om vold mot barn, er det viktig å være varsom og observant (Gustavsen & Nesvold, 2016).

Sykepleiere møter barn som kommer til legevakten med fysiske skader, symptomer eller sykdomsforløp som kan være påvirket av omsorgssvikt og vold. Det skal mye til for at barn vil fortelle om fysisk vold, spesielt når foreldre er tilstede. Sykepleiere og helsepersonell må derfor gjenkjenne tegn på fysisk vold uten at dette blir fortalt av barna. Symptomer og tegn kan både være direkte og indirekte resultat av vold (Myhre, 2016b). Oslo universitetssykehus har utarbeidet en prosedyre når det gjelder mistanke om fysisk mishandling av barn. Denne gjelder for helsepersonell og ansatte som mottar, behandler og følger opp barn som kan ha vært utsatt for mishandling. Direkte tegn på fysisk vold kan være beinbrudd, blåmerker, brannskader, kutt og posttraumatisk stresslidelse. Mønstrete blåmerker og arr er også fysiske tegn på mulig fysisk vold mot barn. Andre tegn som skåldingskader eller brennmerker fra strykejern eller sigaretter må også vekke mistanke. Bitemerker eller arr etter bitemerker hvor det er mer enn 3 cm mellom merkene etter hjørnetennene kan indikere at det mest sannsynlig er en voksen som har utført traumet. Ribbeinsbrudd, bilaterale eller bakre og andre lokalisasjoner som brudd i lange rørknokler, skulderblad, bekken eller tilfeldig oppdagede brudd er bekymringsfullt (Oslo universitetssykehus, 2015). Barn kan skade seg selv gjennom å falle. En gjennomgang av om skaden har en akseptabel, sannsynlig og troverdig forklaring er essensielt når en jobber med barn og vold (Myhre, 2016b). Endring av forklaring eller ulik forklaring, skade som ikke passer med utviklingsnivået, og dersom foreldrene oppsøker legevakten sent, er tegn hvor forklaringen bør vekke mistanke hos sykepleiere (Oslo universitetssykehus, 2015).

Den kliniske undersøkelsen har som hensikt å foreta observasjoner slik at sykepleieren kan oppdage problemer eller definere sykepleierdiagnoser. En kan få et bedre grunnlag for hvilke tiltak som må iverksettes, og bedre forutsetninger for å kunne videreformidle presis informasjon til annet helsepersonell gjennom klinisk undersøkelse. Den kliniske undersøkelsen har som hensikt å avdekke og dokumentere kliniske tegn på sykdom eller avvik. Inspeksjon foregår ved at en bruker synet til å foreta en observasjon ut ifra en referanseramme som tilsier en normaltilstand. Ved å sammenligne denne referanserammen kan en avdekke avvik. Dette krever trening og en må i tillegg gjøre vurdering ut fra kunnskaper om pasientens alder og lignende. Inspeksjoner må foregå i et godt lys, og en bør bruke nødvendig tid. Det å fjerne tilstrekkelig med klær er viktig med tanke på inspeksjon av huden. Inspeksjon begynner med en gang en møter pasienten. Det å observere bevegelse, mimikk, tale, ansiktsuttrykk, følelsesmessig status er essensielt (Grov, Madah-Amiri & Kyte, 2015).

Barnemishandling kan være en kronisk tilstand. Overgrepene vil fortsette frem til noen oppdager og griper inn enten ved å endre barnets omsorgssituasjon, eller med hjelp og veiledning. Skademekanismer og skaden endres ved alderen og utviklingen til barnet. Hyppigste årsak til skader hos små barn er fall. Skader fra vold blir ofte forsøkt skjult, ettersom de færreste av de fysiske skadene fra fysisk mishandling krever medisinsk behandling. Helsepersonell må ha oppmerksomheten rettet mot at mishandlingen av barn kan gi alvorlige skader og bli svært behandlingstrengende. Helsepersonell har en enestående anledning til å bidra til å avdekke alvorlige tilfeller av barnemishandling (Myhre, 2016b).

Mishandling må også vurderes som årsak ved uavklarte tilstander. Dette kan være nedsatt bevissthet, oppkast og kramper. Foreldre kan i tillegg fremkalle symptomer eller kliniske funn eller påstå at barnet har symptomer på sykdom de ikke har, dette kalles Münchhausen syndrom by proxy (Grønseth & Markestad, 2017). Disse mishandlingsformene må gjenkjennes av helsepersonell.

2.3.2 Emosjonelle tegn på fysisk vold

Barn som strever med følelser og adferd, kan ha fysisk vold, overgrep og omsorgssvikt som en underliggende bakgrunn. Utagerende, sinte og urolige barn bør også vekke en bekymring ettersom dette kan være tegn på nedsatt impulskontroll. Dette kan forklares som resultat av

skjevutvikling som igjen kan knyttes til vold og overgrep opplevelser. En annen problemstilling knyttet til vold kan være dersom barnet uttrykker depresjon og tristhet. Det kan være flere årsaker til dette, men det er viktig å utforske mulighetene for vold som underliggende årsak (Myhre, 2016a).

2.4 Sykepleiefunksjon

Sykepleier har ansvar og fagspesifikke funksjoner som skal prege hvordan sykepleieren ivaretar og tilnærmer seg pasienter. Disse utspringer fra handlingskompetansen som sykepleierstudenten må tilegne seg i utdanningen, gjennom lovverk, regler og yrkesetiske retningslinjer (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.4.1 Sykepleiers funksjons- og ansvarsområde

Sykepleierfunksjonen omfatter forebyggende, helsefremmende, lindrende, behandlende og rehabiliterende tiltak. I denne oppgaven blir den behandlende funksjonen til sykepleier anvendt. Dette innebærer observasjonskompetanse. Innsamling av data, vurdering, planlegging, utførelse, evaluering og dokumentasjon går inn under sykepleiers behandlende funksjon. Kartleggingen av pasienten krever omfattende og systematisk undersøkelse, og innhenting av data fra ulike kilder. Sykepleieprosessen kan anvendes. Nødvendige tiltak settes så i gang for å opprettholde helse og livskvalitet hos pasientene (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Sykepleierens observasjon omfatter tilstanden til pasienten, grunnleggende behov og livsprosesser. Observasjonen bygger på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing (Nortvedt & Grønseth, 2016). Observasjonen er viktig og nødvendig for å fremme helse og velvære hos den enkelte. Å observere vil si å bruke det kliniske blikket for å innhente data om tilstanden. Dette innebærer syn, lukt, berøring og hørsel. Barna som ankommer legevakten med ulike skader, krever observasjon. Det kliniske blikket for å innhente data om skadeomfanget til det aktuelle barnet må anvendes for å legge en videre behandlingsplan. Teori- og erfaringsbasert kunnskap bidrar til å tolke og bedre observasjonen (Kristoffersen, 2016).

2.4.2 Florence Nightingale

Jeg har valgt å bruke Florence Nightingales observasjons- og dokumentasjonskompetanse i min oppgave. Jeg anser det som relevant, da observasjon kan være en sterk faktor for å oppdage tegn på mulig fysisk vold.

Nightingale insisterte på at den kliniske observasjonen var viktig for sykepleiere. Forutsetningene for å kunne gjøre gode observasjoner var tilstrekkelig kunnskap. Nightingale hevdet at sykepleiere bør innsamle faktiske opplysninger om pasienten, gjennom kontinuerlig og nøyaktig observasjon. Symptomer og tegn er en del av observasjonen og en riktig observasjon kjennetegner at en hører alt, ser alt, og observerer alt. Nightingale mente at observasjon var for å beskytte pasienten og fremme helse (Karoliussen, 2011). Observasjon står sentralt ved avdekking av vold mot barn på legevakten. For sykepleiere er den viktigste praktiske kunnskapen å lære om hva som bør observeres, hvordan observere, hvilke viktige symptomer og hvilke symptomer som ikke er viktige, hva som røper dårlig pleie. Hensikten med observasjon er å redde liv, sikre livsglede og bedre helse. En sykepleier bør også være en rask og presis observatør, og være anstendig og fintfølede (Nightingale, 1984). God observasjon er helt avgjørende for at behandlingen blir gjennomført på en kompetent måte. Florence så viktigheten av dokumentasjon, og utviklet data og ulike grafer for å dokumentere tiltak (Karoliussen, 2011). I tillegg til god observasjonskompetanse, fremmer Nightingale kjerneegenskaper som er viktig for en sykepleier. Det å ha en profesjonell væremåte, empati og det å vise individualisert sykepleie står sentralt i sykepleietradisjonen (Nortvedt, 2019).

2.4.3 Sykepleierens juridiske og etiske ansvar

FNs konvensjon om barns rettigheter, er den overordnede juridiske beskyttelsen mot vold barn har. Artikkel nr. 19 fastslår at barn skal bli beskyttet mot alle ulike former for fysisk og psykisk vold, mishandling og utnyttning (Lillevik, 2016). I Grunnloven § 104, står det skrevet at barn har rett til å få vernet sin egen integritet. Slik verner grunnloven direkte mot vold (Andersland & Mevik, 2016). Barneloven §30, angir at vold som ledd i barneoppdragelse ikke er lovlig. Barneloven gir en sterk beskyttelse av barna mot vold og omsorgssvikt. Barnets beste er uforenelig med bruk av vold (Skjørten et al., 2016).

Sykepleier er lovpålagt å melde ifra til barnevernstjenesten ved mistanke om vold i hjemmet gjennom helsepersonelloven §33 (Helsepersonelloven, 1999). Helsepersonell skal hindre at

andre får tilgang på personlig pasientsentrert informasjon sykepleieren har tilegnet seg gjennom jobben (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Opplysningsplikten overgår taushetsplikten som sykepleier har ifølge helsepersonelloven. Sykepleier har et stort ansvar ved å melde ifra for igjen kunne bidra til å avdekke vold. Ifølge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier ivareta den enkelte pasientens integritet og verdighet. Dette inkludere retten til omsorgsfull og faglig forsvarlig hjelp, rett til medbestemmelse og til å ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2016).

Sykepleier har i tillegg til sykepleiers yrkesetiske retningslinjer flere ulike plikter. Blant dem er plikten til å ikke skade, være fagkyndig, trøste, lytte og plikten til å hjelpe, spesielt sårbare grupper (Brinchmann, 2016b). Dette kan bli påvirket av dydsetikken. Dyd kan være en karakteregenskap som kan være forbundet med moralsk holdning og handling i moralfilosofien. Dyd omhandler da personlige egenskaper som igjen påvirker menneskers kompetanse til å handle moralsk godt. En dyd kan være mot, barmhjertighet eller måtehold (Brinchmann, 2016a).

Sykepleiere har også ifølge helsepersonelloven §39, første ledd, plikt til å registrere og dokumentere opplysninger angående pasienten en utfører helsehjelp til. Dokumentasjonen skal bidra til å sikre kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen. Når komplekse og kompliserte saker kommer opp er det spesielt viktig med dokumentasjon. Flere institusjoner og etater som barnevern og politi blir involvert og er viktige for avdekking av vold mot barn (Molven, 2016).

Barn som er innlagt eller oppholder seg under spesialisthelsetjenester har rett til å ha minst en av foreldrene sine hos seg under oppholdet i den grad det er mulig etter pasient og brukerrettighetsloven §6-2 (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §6). Brukerrettighetsloven forteller at barna har rett til samvær med mindre dette ikke er anbefalt av hensyn til barnet, eller foreldrene ikke lengre har samværsrett etter barnevernloven eller barneloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-2).

2.5 Hva kan hindre?

Det finnes flere eksempler hvor barnemishandling ikke har blitt avdekket av helsepersonell eller andre profesjonelle, selv om tegnene i tiden etterpå kan virke klare. En årsak til dette kan være at alvorlig vold mot barn ligger så langt utenfor normen i samfunnet. Noe som kan ha ført til at flere har slitt med å forestille seg at barna har vært utsatt for alvorlig fysisk vold. En annen årsak kan være at det også er følelsesmessig vanskelig å tenke seg og ta inn over seg at et barn blir mishandlet (Halvorsen, Killien, & Grogard, 2013, referert i Myhre, 2016b).

Unnskyldninger og alternative forklaringer kan bli godtatt ved forsvarsmekanismer (Dybesland, 2019). Gode rutiner, retningslinjer og godt samarbeid med kollegaer er viktig for å kunne gjøre best mulig arbeid i å avdekke fysisk vold og mishandling. God kunnskap om tegn står sentralt (Myhre, 2016b).

2.5.1 Kompetanse og holdninger

Fagområdet vold er krevende, og krever kompetanse innen fysisk og psykisk helse, juridiske, sosiale, økonomiske problemstillinger og barnevern. Det er også viktig på pressede avdelinger som legevakten, at en forsøker å tilpasse behandlingen og tiden til barnet (Gustavsen & Nesvold, 2016). I 2015 uttalte regjeringen at kompetanseheving av helsepersonell som arbeider på legevakt var en hovedsak i arbeidet med akuttmedisinforskriften. Det ble et formelt krav hvor helsepersonell som arbeider med lege på vakt, skal gjennomføre kurs i volds- og overgrepshåndtering og i akuttmedisin. I tillegg til å ha medisinsk faglig kompetanse bør også sykepleiere få opplæring og trening i lov og forskrift som er aktuell for legevakten, kommunikasjon med ulike pasienter og etiske problemstillinger. Den enkelte sykepleier eller helsepersonell har selv et ansvar for å holde seg faglig oppdatert og tilegne seg ny kunnskap og metoder (Hansen & Hunskaar, 2016). Den enkeltes holdninger kan ses i handlingene en utfører. Kunnskapen har også en betydning for holdningene til den enkelte.

3 Metode

Metode er en fremgangsmåte for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Det er et redskap eller middel en bruker for å undersøke. Metoden brukes for å samle inn data og informasjon som anvendes i oppgaven (Dalland, 2017). Her i dette kapittelet vil jeg beskrive valget av metode, litteratursøk og kildekritikk.

3.1 Anvendt metode

Oppgaven er utformet som en litterær oppgave. Den er i samsvar med retningslinjer fra Lovisenberg Diakonale Høgskole. I denne oppgaven henter jeg eksisterende data fra fagkunnskap, teori og forskning (Dalland, 2017). Jeg vil i denne oppgaven hente inn og bruke relevant data for å svare på de faglige spørsmålene knyttet til min problemstilling, systematisere de ulike funnene, og til slutt sammenfatte alt i besvarelsen min (Thidemann, 2015). APA- stilen er brukt ved kildehenvisninger.

I denne oppgaven anvendes både faglitteratur, tidsskrift, fagartikler, forskningsartikler og andre relevante ressurser på internett. Jeg har også anvendt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Kvalitativ metode fanger opp opplevelser og meninger til personer som ikke kan la seg tallfeste, mens kvantitativ metode gir data i form av målbare data. Jeg vil si begge metodene er relevante for å svare på problemstillingen min grunnet de på hver sin måte bidrar til en bedre forståelse av hvordan samfunnet, enkeltmennesker, grupper eller institusjoner samhandler (Dalland, 2017). Jeg har i tillegg anvendt en artikkel som er en systematisk litteraturoversikt. Disse gir en grundig oversikt over temaet, noe som bidrar til å styrke min forståelse av temaet (Thidemann, 2015).

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Cinahl, Pubmed og Svemed er databaser som er anvendt i søkeprosessen etter relevante forskningsartikler til bacheloroppgavens problemstilling. De utvalgte forskningsartiklene ble søkt opp og funnet i Cinahl og Google Scholar. Det er også anvendt relevant pensumlitteratur Høgskolens bibliotek, Oria. Det er i oppgaven anvendt bøker innenfor flere fagfelt. Bøkene «Barn, vold og traumer», «Vold mot barn» og «Vold i nære relasjoner» er hyppig benyttet ettersom disse har en tydelig relevans for problemstillingen. Alle bøkene er skrevet av fagpersoner, og annen anvendt litteratur er brukt grunnet sin kliniske relevans, og for å få et bredt spekter og fordypning innenfor fysisk vold mot barn.

I søkeprosessen for å finne aktuelle forskningsartikler har jeg avgrenset til forskning nyere enn 10 år innen fagfeltet. Jeg har også avgrenset til engelskspråklige artikler og til forskningsartikkel. Alle artiklene er fagfelleurdert. Tabell 1 viser søkehistorikken (Thidemann, 2015, s. 89). Jeg har hatt varierte treff i søkene, og gått igjennom overskrifter og lest abstrakter kritisk for å finne ut hvilke artikler som var relevante for min problemstilling. Når abstraktene var relevante, så leste jeg grundig og kritisk igjennom utvalgte artikler. Manuell søking er også anvendt. Referanselister fra relevante artikler for min problemstilling ble benyttet, for å igjen finne nye relevante artikler (Thidemann, 2015). Hensikten med søkeprosessen var å finne artikler som belyste hvilke faktorer som spilte inn når sykepleier mistenker og skal avdekke fysisk vold.

Utenom dette har jeg anvendt helsebiblioteket, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Sykepleien forskning, fagartikkelen «Se tegnene på omsorgssvikt», Bufdir, «Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)», «Svikt og svik» og «Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning». Dette er alle relevante kilder for å få et bredt spekter av politiske og dagsaktuelle tema knyttet til problemstillingen.

Tabell 1 Søkehistorikk

Database	søkedato	Søk nummer	Søkeord/ Ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Artikler inkludert
Cinahl	29.11.18	1	«Violence» AND «Child Abuse» AND «Nurs*»	300	15	6	«Paediatric nurses` identification of violence against children»
Cinahl	29.11.18	1	«Violence» AND «Child Abuse» AND «Nurs*»	300	15	6	«Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis»
Cinahl	07. 02.19	2	“Child abuse” AND “Health Screening” AND “Professional-Patient Relations”	11	2	2	“Walking children Through a Minefield: How professionals Experience

							Exploring Adverse Childhood Experiences”
Cinahl	14.03.19	3	“Child abuse” AND “Emergency service” AND “Barriers”	5	5	2	«Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments».
Cinahl	21.03.19	5	“Child abuse” AND “Health Screening” AND “Emergency Service”	22	7	3	“Effects of Systematic Screening and Detection of Child Abuse in Emergency Departments”
Manuell søking	21.03.19	6	“nursing” “responsibility” “child abuse”				“Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse”

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere og karakterisere den litteraturen du har funnet (Dalland & Trygstad, 2017). Det er også nødvendig å redegjøre for hvilke kriterier som er fulgt under utvelgelsen av fagstoff. Slik kan leseren få et innblikk i hvilke refleksjoner som er gjort med tanke på gyldigheten og relevansen litteraturen har for å igjen belyse problemstillingen i oppgaven. Fagstoff og pensum kan være sekundærlitteratur. Sekundærlitteratur vil si at teksten er redigert og bearbeidet av andre enn original forfatteren. Sekundærlitteratur er anvendt når primærlitteratur ikke har vært tilgjengelig. Dette er viktig å ta hensyn til når en vurderer gyldigheten til litteraturen. Jeg har brukt både primærlitteratur fra Florence Nightingale og supplert med sekundærlitteratur av samme forfatter. Primærlitteraturen fra Nightingale er oversatt, noe jeg måtte ta hensyn til med tanke på eventuelle fortolkninger. (Dalland & Trygstad, 2017). Florence Nightingale er en relevant sykepleieteoretiker i nåtidens sykepleieteori. Jeg har anvendt hennes notater om viktigheten av observasjon og dokumentasjon.

Jeg har brukt søkeordet «Child abuse». Dette kan oversettes til det norske ordet barnemishandling. Barnemishandling er et bredt begrep som både omfatter psykisk og fysisk

mishandling, seksuell misbruk, vanskjøtsel og krenkelser. Her i denne oppgaven tar jeg kun for meg den fysiske mishandlingen. Noe av forskningen jeg har anvendt i oppgaven kan da også omhandle andre typer mishandling og omsorgssvikt.

Skarsaune og Bondas (2015) er begge norske forfattere, og har skrevet en artikkel hvor de har intervjuet 8 norske sykepleiere om barnemishandling. Dette er en liten studie, men aktuell ettersom det er norske sykepleieres opplevelser med barnemishandling, knyttet opp mot tidligere forskning. Pabiś, Wrońska, Ślusarska & Tomasz Cuber (2011) har utført en undersøkelse i Polen av sykepleiers evne til å indentifisere fysisk vold mot barn. Denne artikkelen er aktuell for problemstillingen i oppgaven. Polen er et europeisk land, noe som styrker artikkelens relevans. Louwers et al. (2012) har også skrevet en artikkel fra Nederland. Dette er også et europeisk land. Nederland har i likhet med Norge et lovverk som pålegger sykepleiere å melde ifra om fysisk vold. Dette gjør artikkelen relevant for oppgaven. Artikkelen fra Fraser, Mathews, Walsh, Chen og Dunne (2010), er en studie gjort i Australia. Denne artikkelen er i likhet med artikkelen fra USA skrevet av Tiyyagura, Gawel, Koziel, Asnes og Bechtel (2015) relevant for oppgaven grunnet landenes vestlige kultur som kan minne om den norske kulturen. Det kan ikke direkte overføres, men overføringsverdiene kan trekkes mellom landene i artiklene og Norge.

Jeg anvender oversiktsartikkelen «Walking Children Through a Minefield: How Professionals Experience Exploring Adverse Childhood Experiences». Dette er en samling av artikler og fagstoff fra flere ulike forfattere og systematisert av Albaek, Kinn og Milde (2018) som alle er norske. I oppgaven brukes forfatterne av oversiktsartikkelen ved kildehenvisninger.

Artiklene skrevet av Fraser et al. og Pabiś et al., er fra 2010 og 2011. De begynner å nærme seg 10 år, men jeg anser dem likevel som relevante. Jeg har observert at nyere forskning har anvendt artiklene, noe som kan styrke min begrunnelse om at innholdet er svært relevant.

Konteksten i artiklene varierer fra legevakt, barneavdelinger og til andre sykehusavdelinger. Artiklene tar likevel opp temaet fysisk vold og mishandling. Rammefaktorene i praksis er forskjellige, og ikke direkte overførbare. Likevel er temaet og aktørene aktuelle, noe som gjør overføringsverdien relevant i de valgte forskningsartiklene. Jeg anvender også «Emergency Service» og «Emergency Departments». Dette kan oversettes til legevakt. Legevakten kan være organisert på forskjellige måter i verden. Likevel er felles for alle at pasientene som

kommer trenger hjelp akutt, og at legevakten er et helsetilbud til pasientene og befolkningen utenom kontortiden (Bondevik, 2016).

Litteraturen jeg har anvendt i oppgaven for å belyse problemstillingen kan være påvirket av holdningen min til temaet, noe som kan ha gjort at andre faktorer kan ha blitt utelatt. Jeg er også en nybegynner innenfor fagområdet, noe som kan tas i betraktning.

4 Presentasjon av forskningsartikler

Her blir de utvalgte forskningsartiklene presentert i artikkelmatrise.

Nr	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Malgorzata Pabiś, Irena Wrońska, Barbara Ślusarska & Tomasz Cuber (2011).	«Paediatric nurses` identification of violence against children»	Journal of advanced nursing.	Undersøke og evaluere pediatrik-sykepleiers evne til å vurdere og identifisere barnemishandling.	Kvantitativ tverrsnittstudie gitt til 160 registrerte sykepleiere som arbeidet på barneavdeling. Det ble delt ut spørreskjema som 80% av deltagerne fylte ut.	Det trengs spesialisert trening for å øke kompetansen for å jobbe med barn utsatt for omsorgssvikt.
2	Jennifer A. Fraser, Ben Mathews, Kerryann Walsh, Linpig Chen & Michael Dunne (2010).	«Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis»	International Journal of Nursing Studies	Undersøke forholdet mellom sykepleiers karakter, trening, kunnskap om lovgivende rapporterings plikt og holdningen til rapportering av forskjellige typer barnemishandling.	Multivariabel kvantitativ analyse. Spørreundersøkelse ble besvart av 930 sykepleiere. Dette tilsvarte en svarrate på 42%.	Sykepleiere var selvsikre og hadde kunnskap om deres forpliktelse knyttet til rapportering av fysisk og seksuell misbruk. Gjenkjennelsen av omfanget av skaden til misbrukte og forsømte barn var dårlig. Positive holdninger til rapportering bidro til en bedre observasjon og gjenkjennelse av alle former for misbruk.
3	Kari Skarsaune & Terese Bondas (2015).	«Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse»	Clinical Nursing Studies	Beskrive sykepleiers erfaring når de hadde mistenkt barnemishandling i møte med barn og deres familier i ulike helse sammenhenger.	Kvalitativ metode. 8 sykepleiere ble intervjuet individuelt, og ble valgt til å representere et strategisk eksempel av norske helse foretak.	Sykepleierens ansvar ble utfordret og i mange saker forsømt når barnemishandling var mistenkt. Sykepleierne rapporterte at deres kunnskap om tegn på barnemishandling, dokumentasjon og rapporterings rutiner var mangelfullt.

4	Ane U. Albaek, Liv G. Kinn & Anne M. Milde (2018).	«Walking Children Through a Minefield: How Professionals Experience Exploring Adverse Childhood Experiences»	Qualitativ Health Research	Systematisere funn fra kvalitative studier på hvordan profesjonelle opplevde å adressere barns motgang.	Gjennom et systematisk søk ble det identifisert 8 kvalitative studier som igjen med bearbeidet gjennom meta etnografi. Det ble utarbeidet tre hovedtema.	De profesjonelle savnet noe av det essensielle for å oppdage motgangen. Det kom også frem at de profesjonelle effektivitet i å utforske mishandlingen var avhengig av deres evne til å mestre følelsesmessig og moralsk bekymring og kompleksitet.
5	Gunjan Tiyyagura, Marcie Gawel, Jeannette R. Koziel, Andrea Asnes & Kirsten Bechtel (2015).	«Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments».	Annals of Emergency Medicine	Hensikten var å undersøke generelle legevakts arbeideres erfaringer med screening og rapportering av barnemishandling for å identifisere barrierer og tilrettelegging for å oppdage barnemishandling i legevaktsettingen.	29 semistrukturerte kvalitative intervjuer med helsepersonell på 3 generelle legevakter ble utført.	Det er flere metoder for å bedre avdekkingen av barnemishandling på legevakten. Barrierer for å kjenne igjen barnemishandling inkludert troverdigheten til barnas omsorgspersoner, svikt i gjenkjenning av barnemishandling og utfordringer ved å arbeide på legevakt.
6	Eveline C.F.M. Louwers et al. (2012).	«Effects of Systematic Screening and Detection of Child Abuse in Emergency Departments».	Pediatrics	Hensikten med studien var å undersøke effekten ved å introdusere screening, og trening av legevakt sykepleiere ville øke påvisningen av barnemishandling.	Undersøke effekten av et tiltak på en bestemt målgruppe. Et screeningsverk-tøy ble anvendt sammen med øvelser for sykepleierne. Dette ble analysert.	Store forbedringer ble observert. Påvisningsraten hos barn som ble screenet for barnemishandling var 5 ganger høyere enn hos barn som ikke ble screenet.

5 Hvordan kan sykepleier ved legevakt bidra til å avdekke tegn på mulig fysisk vold mot barn?

I dette kapittelet vil jeg drøfte lovverk, yrkesetiske retningslinjer, teoretisk forankring, sykepleiefaglig perspektiv opp mot valgt forskningslitteratur. Systematisk og kritisk refleksjon vil bli utført gjennom drøfting rundt problemstillingen. Drøftingen vil skape diskusjon og skal vise argumentasjon for hvordan sykepleier kan bidra til å avdekke tegn på mulig fysisk vold mot barn. Sykepleier som arbeider på legevakt tilhører førstelinjetjenesten. Her kommer barn med foreldrene for å søke øyeblikkelig hjelp til lettere skader eller annen sykdom. Legevakten er en arena hvor sykepleier kan mistenke fysisk vold i møte med barna og foreldrene (Thorvaldsen & Kirchhoff, 2017).

5.1 Kommunikasjon med barn

Sykepleiere møter barn som kommer til legevakten for behandling av ulike skader. Barnet er på et ukjent sted, noe som kan påvirke stressnivået til barnet. Barnet i alderen 3-6 år som ankommer på legevakten kan være preget av smerter etter ulike skader eller sykdommer. Smerter kan forverre sykdomstilstanden, og påføre en fysisk stressreaksjon. Smertekartlegging og smertelindring må anvendes for å bedre barnets situasjon. Kommunikasjon med barnet står sentralt i arbeidet på legevakten. Barna kan være på ulike utviklingsstrinn, noe som vil utfordre evnen til å kommunisere på deres premisser. Barnet kan også gråte, og være skeptisk til helsepersonellet. Ulike undersøkelser og observasjoner kan fremkalle frykt hos barna, og igjen påvirke deres vilje til å kommunisere (Grønseth & Markestad, 2017). Relasjon og tillit kan derimot hjelpe på kommunikasjonen (Gamst, 2017) og nøkkelen for å skape et tillitsforhold er kommunikasjon (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleier har et ansvar for å skape tillit til barna. Sykepleiers kjerneverdier kan bidra til å få et bedre tillitsforhold mellom barnet og sykepleieren. Disse verdiene bygger på empati og individualisert sykepleie (Nightingale, 1984). Sykepleiere som er rolige, snille og omsorgsfulle er ønsket av barna (Grønseth & Markestad, 2017). For å nå frem til barnet er det sentralt å finne ut hvor barnet befinner seg følelsesmessig (Ruud, 2011).

Hjelpemidler som både lek, tegning eller bøker kan benyttes. Noe som også kan styrke tilliten er å la barnet lede leken (Eide & Eide, 2017). Slik kan undring og aktiv lytting bidra til at sykepleieren får innblikk i barnas virkelighet. Gjennom leken kan barna få bearbeidet

traumatiske opplevelser og følelser. Barna kan også gi uttrykk for følelser som skuffelse, redsel, sinne og frustrasjon (Grønseth & Markestad, 2017). Barna i oppgaven er i alderen 3-6 år. De befinner seg innenfor preoperasjonelt stadium. Her i dette stadiet kan barna uttrykke seg gjennom språk og tegn. Språket kan derimot bestå av symboler, noe som gjør at ordene kan ha en annen betydning. Barnet kan ha en egosentrisk tenkning og slite med å skille virkelighet fra fantasi. Noe som kan påvirke deres oppfatning av den fysiske volden. Dette kan få konsekvenser under kommunikasjon og tillitssøking, og utfordre sykepleiers samtalemotodiske ferdigheter (Håkonsen, 2014).

Barn bruker ofte kommunikasjonsformer som stillhet og ikke-verbal kommunikasjon. Dette krever oppmerksomhet og kompetanse fra sykepleieren for å oppfatte nyansene i blikket, ansiktsuttrykket, bevegelser, kroppsholdning og tonefall. Disse vil inneholde et stort spekter av ulike følelser og tanker. Barnets språkbruk kan også preges av situasjonen og konteksten, noe som krever språklig bevissthet hos sykepleieren (Lundesgaard & Salamonsen, 2019). Ifølge Gamst (2017) er det viktig å kjenne til hvordan traumatiske hendelser kan virke inn på motivasjonen til å kommunisere. Dette understrekes av Lundesgaard & Salamonsen (2019), hvor viktigheten av at sykepleiere er observante på hvordan barnet uttrykker motivasjonen og gir uttrykk for ikke-verbal og verbal kommunikasjon. Det er ingen fasit på hvordan sykepleier kan få barnet til å snakke om fysisk vold, men kunnskap om samtalemotodikk kan bidra til å gjøre helsepersonell og pasient tryggere i samtalen (Dybesland, 2019).

I studien til Tiyyagura et al. (2015) ble det utarbeidet noen hovedpunkter. Et av disse var utfordringer med å arbeide på legevakten. Sykepleier møter pasienter der og da. En får ikke det hele bildet av pasientens medisinske bakgrunn og savnet etter kontinuitet i arbeidet ble uttrykt. Travelheten med å arbeide på legevakten kom tydelig frem. Dette spilte en rolle i barrieren for å oppdage barnemishandling. Grønseth og Markestad (2017) viser til viktigheten av bruken av lek, for å igjen skape et tillitsforhold til barna. På legevakten med tidspress, kan dette bli vanskelig. En kan jo spørre seg hvordan sykepleier kan klare å skape tillit slik at barna kan føle seg trygge på å fortelle om fysisk vold, og i tillegg observere barnet når barnet er inne på konsultasjon en kort stund.

Barn som oppholder seg eller er innlagt under spesialisthelsetjenester har rett til å ha minst en av foreldrene sine hos seg under oppholdet. Dette i den grad det er mulig etter pasient og brukerrettighetsloven §6-2 (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Foreldrene

kan da overvåke barnet 24/7, noe som kan bidra til at kommunikasjon med barnet alene ikke kan forekomme. Fraser et al. (2010) viser til at foreldre og omsorgspersoner er kjent for å være gjerningsmannen i de fleste av tilfellene ved barnemishandling. Dette kan påvirke kommunikasjonen med barnet. Foreldrene kan da komme med forklaringer og overkjøre barnets egne meninger og svar. Lojaliteten til foreldrene kan også forsterke vanskelighetene for barnet med å fortelle om familieforholdene (Sommerfelt & Øverlien, 2016). Forutsetningen for å hjelpe barna er å observere og identifisere andre tegn på mulig fysisk vold når barnet eller foreldrene ikke forteller om dette selv.

5.2 Observasjon og vurdering av tegn og symptomer på fysisk vold

På legevakt er sykepleier en av de første som møter barna som ankommer. I starten er observasjonen generell. Observasjonskompetansen som innebærer teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing blir satt på prøve (Nortvedt & Grønseth, 2016).

5.2.1 Fysiske tegn under observasjon

Symptomer og fysiske tegn er en del av observasjonen. Florence Nightingale indikerte at en av de viktigste praktiske egenskapene er å lære sykepleiere hva som bør observeres, hvordan observere og hvilke symptomer som er viktige (Nightingale, 1984). Oslo universitetssykehus har utarbeidet en prosedyre om fysisk vold mot barn. Hensikten er å gjøre kliniske tegn og symptomer, undersøkelser og tiltak kjent slik at ansatte har kjennskap til dette dersom situasjoner hvor vold som mulig årsak oppstår. Kliniske tegn vil være blåmerker og skader som det ikke er naturlig å påføre seg under vanlig lek, eksempelvis ørene, munnhulen, øynene, halsen, overarm, innside lår, hånd- og fotsåler og genitalia (Oslo Universitetssykehus, 2015).

Blåmerker og skader kan være på forskjellige stadier i tilhelingsfasen. I starten er blåmerkene blå, men rødblå til å begynne med. Den mekaniske påvirkningen vil føre til overriving av blodkar og blodceller strømmer til vevet. Senere i forløpet utvikler blåmerkene seg til gul og til sist grønnbrune ettersom blodcellene brytes ned. Blåmerkene forsvinner vanligvis etter en til to uker (Myhre, 2016a). Store blåmerkeansamlinger bør vekke mistanke. Ved observasjon av brudd og andre skader hos barn er det spesielt viktig å spørre om skademekanismen. Hvordan skjedde bruddet? For så å sammenligne skademekanismen mot det aktuelle bruddet (Myhre, 2016b). Spesielt bilaterale brudd, spiralbrudd og brudd i ryggvirvel, bekken eller

kompliserte skallefrakturer, eller brudd som blir tilfeldig oppdaget, bør også tenne en sterk varselampe (Oslo Universitetssykehus, 2015).

Sykepleiere er forbundet med pleie, og har en unik mulighet til å observere. Få ville reagert dersom sykepleier spør spørsmål og går rundt sengen eller lignende for å observere (Skarsaune & Bondas, 2015). Nightingale vektlegger tilstrekkelig kunnskap for å gjøre gode observasjoner. Observasjonen må kjennetegnes av at sykepleier ser og hører alt (Karoliussen, 2011). Dersom en mistenker eller observerer tegn på mulig fysisk vold bør en ta en grundig utredning i tillegg til den kliniske undersøkelsen. En grundig utredning er nødvendig for barnas sikkerhet. Den medisinske utredningen innebærer en full sykehistorie og en nøye klinisk undersøkelse med inspeksjon av hele kroppen (Myhre, 2016b). Funn som indikerer avvik fra normaltstand krever kunnskap om utviklingsfasen barnet er i (Grov et al., 2015). Røntgenbilder av hele skjelettet bør også tas sammen med CT eller MR. Undersøkelser og tiltak blir tatt i samråd med lege.

Målet med undersøkelsen er å få kartlagt både nye og gamle skader for så å vurdere om skaden korresponderer med skadehistorien. Det er også viktig i undersøkelsen å kartlegge om barnet har en underliggende sykdom som kan forklare den uvanlige forekomsten av symptomer og skader. Dette kan være beinskjørhet eller økt blødningstendens (Myhre, 2016b). Under undersøkelsen er det viktig å vite at barnet kan ha ulike traumer, som kan bli retraumatisert. Dette er viktig å ha i tankene (Myhre, 2016a). I flesteparten av tilfellene gir ikke den medisinske utredningen noe sikkert svar alene, men det er viktig å gjøre en grundig medisinsk undersøkelse slik at en har god dokumentasjon og journalføring som igjen kan spille en stor rolle under utredningen (Myhre, 2016b). Sykepleier må for å bidra til å avdekke tegn på mulig fysisk vold, bruke sin observasjonskompetanse og belyse den ut ifra teoretisk og praktisk kunnskap.

5.2.2 Emosjonelle tegn på fysisk vold

Barn kan i tillegg til fysiske tegn også vise emosjonelle tegn på fysisk vold. Utagering, sinne, depresjon bør vekke en mistanke ettersom dette kan tyde på nedsatt impuls kontroll, som igjen kan forklares ut ifra skjevutvikling. En må utforske fysisk vold som en underliggende årsak til utageringen (Myhre, 2016a). Den sosiale situasjonen hjemme påvirker barnets følelsesmessige og sosiale utvikling (Håkonsen, 2014). Dette blir understreket av Pabiš et al.

(2011) hvor mishandlede barn ofte kan streve med å få uttrykt følelsene gjennom ord, men omgjør det til handlinger; oftest sinne.

5.2.3 Dokumentasjon

Sykepleiere har plikt til å registrere og dokumentere opplysninger angående den aktuelle pasienten de har utført helsehjelp til. Dette for å sikre kontinuitet og bevis i helsehjelpen, spesielt viktig når det er flere institusjoner som blir involvert som barnevern og politi (Helsepersonelloven, 1999, §39). Forskning viser at noen sykepleiere opplevde at deres kunnskap om dokumentasjon var utilstrekkelig. Dokumentasjonen skapte usikkerhet, både rundt hva som skulle dokumenteres men også hvordan det skulle dokumenteres slik at det ble gyldig (Skarsaune & Bondas, 2015). Oslo universitets sykehus har utarbeidet en prosedyre for hva som skal gjøres dersom mistanke om fysisk vold har oppstått. Under her blir dokumentasjon tatt opp. En må dokumentere funn under undersøkelser med hjelp av foto, video eller røntgen. Dette må dokumenteres grundig med detaljert utseende, størrelse og lokalisasjon. Foresattes forklaring og anamnese må også dokumenteres grundig. Det skal bli skrevet på et språk som kan blir forstått av mennesker med ikke-medisinsk bakgrunn (Oslo universitetssykehus, 2015). Florence Nightingale så hensikten med å dokumentere. Hun førte statistikk for å igjen dokumentere ulike observasjoner, data og tiltak. Slik hadde hun dokumentasjon på tiltak og endringer hos pasienten (Karoliussen, 2011). Florence Nightingales forståelse av dokumentasjon har satt føringer for nåtidens dokumentasjon.

5.2.4 Screening verktøy

Louwers et al. (2012) innførte et nytt screeningverktøy mot vold på legevakter i Nederland. Dette var et verktøy som inneholdt 6 spørsmål, og som var aktuelt for barn mellom 0 og 18 år. Etter denne innføringen av verktøyet gikk screeningsraten opp fra 20 til 67%. Hos barn som ble screenet økte oppdagelsesraten av barnemishandling opp mot 5 ganger høyere, enn hos barn som ikke ble screenet. Dersom noen av varslingstegnene var positive, var det viktig å varsle lege. I Norge har Oslo universitetssykehus utarbeidet en prosedyre for ansatte som behandler, mottar eller følger opp barn. Her blir hvilke kliniske tegn en skal se etter, undersøkelser og mulige tiltak presentert. Hensikten var å gjøre dette kjent for de ansatte, slik at en kjenner igjen situasjonen når tegn på mulig fysisk vold mot barn oppstår (Oslo universitetssykehus, 2015). Denne er derimot spesielt for de som arbeider på somatiske avdelinger.

For mange barn slipper gjennom gråsonene. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, har i tillegg utarbeidet en veileder for helse- og omsorgstjenestenes arbeid med vold i nære relasjoner. Her blir det gjennomgått både tegn, hva det er, utredning, dokumentasjon, hvordan beskytte, tverrfaglig samarbeid og ansvar og regelverk (Nasjonalt Kunnskapssenter for vold og traumatisk stress [NKVTS], 2018). Forskning viser at sykepleiere kan føle at deres kunnskap på å observere tegn på barnemishandling og definere barnemishandling var mangelfull. Ønsket om retningslinjer eller screeninglister spesielt knyttet til sykepleiere kom frem (Skarsaune & Bondas, 2015). Ved å utarbeide en ny metode og rutine på screening for sykepleiere på legevakt, kan det bidra til økt avdekking av tegn på mulig fysisk vold mot barn. God screening og observasjon kan bidra til å redde liv, bidra til en bedre helse og igjen sikre livsglede, noe Nightingale la stor vekt på (Nightingale, 1984).

5.3 Å øke sykepleiers kompetanse

Fysisk vold og barnemishandling er et krevende fagområde. Det krever kompetanse både innenfor fysisk og psykisk helse, sosiale og juridiske problemstillinger og tverrfaglig i form av samarbeid med lege, barnevern og politi (Gustavsen & Nesvold, 2016). Kunnskap om barns utvikling og kommunikasjon er viktig, for igjen kunne avdekke avvik som fysisk vold mot barn. Økt kompetanse står sentralt. Kompetanse opparbeides gjennom kunnskap, praktisering og erfaring (Nightingale, 1984).

Stortinget har utarbeidet en opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021). Her kommer det frem at en rekke ulike tjenester inkludert helse- og omsorgstjeneste mangler kompetanse om vold. En årsak kan være at vold og overgrep ikke blir tilstrekkelig inkludert i utdanningene. Regjeringen har satt i gang *Kompetanseløftet 2020*, hvor en plan for rekruttering av fagutvikling og kompetanse i helsesektoren står sentralt. Regjeringen foreslo også at 5 millioner fra budsjettet for 2017 skulle gå til økt kompetanse i helsetjenesten om vold mot barn (Det kongelige barne- og likestillingsdepartementet, 2016, s. 48-49). Regional kompetansetjeneste om vold og seksuelle overgrep i regi av Oslo universitetssykehus, tar for seg oppgaver som kunnskap- og kompetanseheving, veiledning, forskning, og tilbyr også et helhetlig tilbud til barn som er utsatte for mishandling (Oslo universitetssykehus, 2018).

Rammeplanen for sykepleiere fra 2008, har ikke voldt som et obligatorisk tema i utdanningen. Det var da opp til hver enkelt av skolene å ta opp temaet. Dette kan ha ført til at det har blitt en mangel på kunnskap og kompetanse innenfor fysisk vold mot barn hos sykepleierstudenter og sykepleiere. 15. Mars 2019 har det nå blitt dannet en felles rammeplan for sykepleierutdanningene. Denne blir iverksatt 1. juli 2019, og innen skoleåret 2020/2021, skal den være innført i alle sykepleierutdanningene. Den nye rammeplanen har nå en §6g som pålegger sykepleierstudenten å ha et innblikk i sosiale og helsemessige problemer. Dette innebærer vold, omsorgssvikt og overgrep. Identifisering, oppfølging, behandling eller henvisning videre inngår i dette. Videre blir samtaler med barn om vold, overgrep og omsorgssvikt satt i fokus (Kunnskapsdepartementet, 2019). Etter mitt synspunkt er dette fremskritt på veien mot bedre kunnskap, kompetanse og dermed forebygging av vold mot barn.

Ifølge akuttmedisinforskriften §8, skal helsepersonell som arbeider med lege på legevakten gjennomgå obligatorisk kurs om vold (Akuttmedisinforskriften, 2015, §8). Sykepleier har et selvstendig ansvar for å holde seg oppdatert og utføre sykepleie etter erfaringsbasert kompetanse. Dette innebærer faglig, juridisk og etisk forsvarlighet (NSF, 2016). Forskningen viser derimot at sykepleiere rapporterer om mangel på kompetanse om fysisk vold og mishandling. Studien til Albaek et al., (2018) viser til sammenligning at det å oppdage barnemishandling kunne sammenlignes med å manøvrere seg gjennom et minefelt uten en trygg rute eller kart. Dette støttes av studien fra Polen hvor en barriere i den effektive diagnostiseringen av fysisk vold og behandlingen er lite kunnskap blant sykepleierne (Pabiś et al., 2011). Dette blir igjen understreket av forskning fra Norge, hvor det ble ønsket mer kunnskap om barnemishandling, men også etisk refleksjon, kollegiale og tverrfaglig samarbeid (Skarsaune & Bondas, 2015).

Mangel på kunnskap og kompetanse blir uttrykt og understreket i forskningen, og et ønske videre om opplæring blir uttrykt. Veiledning, kunnskap, retningslinjer, arbeidsoppgaver og en rolleavklaring blir etterspurt (Albaek et al., 2018). Behov for spesialisert trening for sykepleiere er av betydning for å øke deres kompetanse i arbeid med fysisk vold og barn (Pabiś et al., 2011). Spesialisert trening kan foregå på flere forskjellige måter. Ved å innføre et nytt screeningverktøy i tillegg til praktisk ferdighetstrening gjennom workshop, ble kunnskapen og kompetansen til sykepleierne på legevakten økt. Ulike intervju teknikker ble

gjennomgått slik at sykepleiere kunne bli tryggere i intervju når fysisk vold mot barn var mistenkt. Slik ble flere tilfeller avdekket (Louwers et al., 2012).

Forskning tar opp hvordan det å arbeide med fysisk vold virker inn på følelsene til sykepleierne. Følelser som frustrasjon, fortvilelse og skyldfølelse blir nevnt. For øvrig blir det derimot lite etterspurt om kunnskap og opplæring for å lære å regulere de emosjonelle følelsene rundt arbeid med vold mot barn. Det blir kun etterspurt opplæring rundt fysiske symptomer og tegn (Albaek et al., 2018). Dette viser to motstridende sider. Barna trenger sykepleiere som kan stå i det følelsesmessige rundt avdekkingen av fysisk vold (Dybesland, 2019). Kurs og workshop hvor både det teoretiske og emosjonelle blir ivarettatt, kan bidra til et helhetlig kompetanseløft slik at igjen barna som mulig er utsatt for fysisk vold vil bli tatt imot og ivarettatt på best mulig måte av sykepleierne.

5.4 Hva kan hindre sykepleieren?

Helsepersonell kan oppleve det vanskelig å snakke om fysisk vold med barn. En av grunnene kan være at en vil unngå å sette barnet i en lojalitetskonflikt. Dette selv om barna kan gi uttrykk for at de vil snakke om temaet. Dersom en unngår å snakke med barn en har en bekymring for, kan dette gi en følelse av at barnet ikke føler seg sett eller hørt. Barna er avhengige av å få hjelp til å fortelle om sin situasjon (Dybesland, 2019). Derimot hvis barnet ikke blir tatt på alvor når det snakker om fysisk vold, kan det føre til at barnet ombestemmer seg, og endrer utsagnene. Flere ganger har barna endret forklaring, dersom en mistenkt mor eller far har fått høre hva barnet har uttrykt tidlig i forløpet (Myhre, 2016a). Andre grunner til at helsepersonell ikke spør barna om vold kan være at en ønsker å beskytte seg selv mot sterke følelser og reaksjoner på barnets historie, og ikke vet handlingstiltak som kan gjøres for å bedre situasjonen (Albaek et al., 2018).

En del kan også føle at en ikke har tilfredsstillende kompetanse når det gjelder samtalemotodikk med barn, og ønske at eksempelvis barnevernet tar disse samtalene. Det er imidlertid kjent at barna lettere betror seg til personer de har tillit til. Det er viktig å vise at en har fortjent den tilliten og lytte når barnet betror seg om vanskelige tema. En annen årsak til at helsepersonell kan kvie seg for å spørre om vold, kan være uroen for å retraumatisere barnet. Dette kan gjøre det verre for barnet samtidig som det kan øke usikkerheten rundt konsekvensene dersom overgrep blir avdekket. Tankene om urettmessig feilbeskyldning, beskyldninger for å ødelegge familier og trusler knytter seg til engstelsen ovenfor foreldrene

reaksjoner. Ved mistanke om vold eller omsorgssvikt prøver en å finne andre årsaker og forklaringer (Dybesland, 2019). Det kan være fordi fysisk vold mot barn er langt utenfor samfunnets normer. Det å tro at noen barn kunne leve i slike omstendigheter og forhold var veldig sterkt og hardt. Helsepersonell kunne derfor finne andre unnskyldninger for å unngå å tro at dette var hverdagen til barnet, for å beskytte seg selv (Albaek et al., 2018). Dette må endres.

Sykepleier har plikt til å hjelpe, spesielt sårbare grupper. Barn er sårbare, og trenger virkelig at sykepleieren ser dem og lytter til dem (Brinchmann, 2016b). Den enkeltes personlige egenskaper kan gjøre slik at en handler moralsk godt. Dette gjennom dydsetikken. Mot, måtehold og barmhjertighet står sentralt, og må påvirke sykepleiers praksis i møte med barn (Brinchmann, 2016a). Dyd er en sammenfatning av moralske egenskaper og kvaliteter. Samfunn er avhengig av dyder. Dydene må kultiveres, og være grunnleggende for utdanning og praksis. Dyder som er viktige for sykepleierprofesjonen vil være påvirket av samfunnet vi lever i (Ruyter, 2011).

Holdningene til enkeltindividet kan ses gjennom handlingene en utfører. De formes av kunnskap. Det er en nær sammenheng mellom moralsk og faglig kompetanse (Ruyter, 2011). Sykepleier må vise mot slik at en kan avdekke mulige tegn på fysisk vold hos utsatte barn selv når en føler seg usikker. Det er viktigere å tørre og spørre dersom en har mistanke om fysisk vold mot barn, enn å la være fordi en er redd for å spørre på feil måte (Dybesland, 2019).

5.5 Håndtering av mistanke om fysisk vold

Barn som er utsatt for ulike typer mishandling har en økt risiko for igjen utvikle flere helseplager. Dette fører til at barn som blir mishandlet oftere har behov for helsehjelp. Andelen utsatte barn som helsepersonell møter vil da være høyere, enn generelt i befolkningen (Gilbert et al., referert i Myhre, 2016b). Barnemishandling er underreportert og blir for sjeldent kjent igjen på legevakt (Tiyyagura et al., 2015). Barnemishandling kan være en kronisk tilstand, og vil fortsette frem til noen oppdager den og griper inn i situasjonen. Sykepleier på legevakt kan være i en nøkkelposisjon til å gripe inn og avdekke tegn på mulig fysisk vold. Dersom helsepersonell får mistanke om fysisk vold mot barn må en kunne handle, for å sikre barnet mot nye overgrep (Myhre, 2016b). Sykepleiere har plikt til å melde ifra. Dette kan meldes til kommunelegen eller barnevernet. Barnevernet har det formelle

ansvaret for oppfølgingen (Grønseth & Markestad, 2017). Rapportering av mistenkt og kjent fysisk mishandling er et lovfestet ansvar for sykepleiere i mange land i tillegg til et etisk ansvar. Likevel er det underrapportert på legevakt (Tiyyagura et al., 2015).

Forskning viser at flere sykepleiere er redde for å ta feil ved mistanke om fysisk vold, og usikre på når situasjonen er så alvorlig at taushetsplikten til sykepleierne kan brytes (Skarsaune & Bondas, 2015). Helsepersonelloven gjør sykepleiere lovpålagt å melde ifra til barnevernstjenesten ved mistanke på fysisk vold (Helsepersonelloven, 1999, §33). Opplysningsplikten understreker dette ved å ha begrensninger til taushetsplikten. Dette blir igjen underbygget av de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere. Retningslinjene understreker at sykepleieren skal ta vare på barnets integritet, verdighet og beskytte mot krenkende handlinger (NSF, 2016).

Sykepleiere rapporterte ifølge forskning at de har mye makt og kan utgjøre potensielt stor skade. Handlingene sykepleier utfører vil få konsekvenser for barnet og familie, uansett hva de gjør (Skarsaune & Bondas, 2015). Albaek et al., (2018) viser til at sykepleierne fryktet at handlingene deres skulle få konsekvenser som førte til en verre situasjon for barnet. Slik som å trigge mer vold, og at dette ville føre til at foreldrene ville hindre barna profesjonell medisinsk hjelp. De kortsiktige og langsiktige konsekvensene for barnet med fysisk mishandling i hjemmet, kan skape store permanente skader. Traumer (giftig stress) kan påvirke utviklingen av hjernen og skape læringsvasker, emosjonelle vansker og langvarig sykdomsbilde (Skarsaune & Bondas, 2015). Dette blir understreket i det teoretiske perspektivet hvor vold påvirker hormonsystemet, immunsystemet og sentralnervesystemet (Johnson et al., referert i Myhre, 2016a). Sykepleier vil da anvende sin behandlende funksjon ved å avdekke fysisk vold og redusere risikoen for langvarige og komplekse sykdomsbilder (Nortvedt & Grønseth, 2016). Ved observasjon eller mistanke om fysisk vold, må vi tørre å melde ifra for å beskytte barna og barnas helse.

Barna har gjennom FNs barnekonvensjon artikkel 19, rett til frihet fra fysisk vold (Lillevik, 2016). Dette blir igjen understreket og forsterket av barneloven §30 hvor vold som ledd i barneoppdragelse ikke er lovlig. Barneloven lovfester at barn ikke må bli utsatt for fysisk vold (Barnelova, 1981). Barnets beste er aldri forenelig med fysisk vold (Skjørten et al., 2016). Sykepleier må være observant på ansvaret som ligger i deres hender (Skarsaune & Bondas, 2015). Videre peker Skarsaune & Bondas (2015) at barna trenger modige sykepleiere, som

tørr og våger å bli involvert i situasjoner. Sykepleieren må også gå inn i situasjonen med et åpent og spørrende sinn. I forskningen blir det i flere studier lagt vekt på sykepleiers evne til å oppfatte mistanke gjennom magefølelsen (Skarsaune & Bondas, 2015). En må tørre å følge magefølelsen, og eventuelt ta en ekstra undersøkelse dersom tegn på fysisk vold blir mistenkt. Sykepleier må imidlertid være bevisst og konsekvent på sin egen kompetanse. Veiledning må søkes etter behov (NSF, 2016).

Ifølge Fraser et al. (2010) var sykepleiere selvsikre og hadde kunnskap om deres obligatoriske ansvar for å rapportere fysisk mishandling. Positive holdninger tilknyttet rapportering hadde også positiv virkning inn på gjenkjenningen av fysisk mishandling og selve rapporteringsraten. Imidlertid viser også forskning av Skarsaune & Bondas (2015) at sykepleiere var usikre på hvordan rapporteringen foregikk og hvem som skulle rapportere. Støtte fra kollegaer virket også inn på rapporteringen og håndteringen av mistanke. Rapporten fra 2015 viste at sykepleiere følte at de fikk lite støtte fra kollegaer og at usikkerheten herjet. En studie fra to legevakter i Norge viste at flesteparten ville ha konsultert seg med kollegaer eller leger, og et mindretall ville kontaktet foreldrene for konsultasjon. Fleste parten ville også ha varslet barnevernet (Thorvaldsen & Kirchhoff, 2017).

Når vold er mistenkt kan det være emosjonelt utfordrende, og vanskelig for sykepleier å møte alene. Helsearbeidere bør ikke være alene i voldssakene (Myhre, 2016a). Et godt samarbeid med sykepleierkollegaer og leger er viktig og ønsket av sykepleiere. På denne måten kan en støtte og utfylle hverandre i arbeidet sammen for å avdekke tegn på mulig fysisk vold mot barn (Skarsaune & Bondas, 2015). Ved godt samarbeid med kollegaer kan en få andres syn og tanker på symptomer hvor fysisk vold kan være presentert hos barnet. En vil da kunne dele kunnskap og bekymring, noe som kan bidra til større mot og sikkerhet i sin mistanke om fysisk vold mot barn. På legevakt arbeider kanskje flere sykepleiere på vakt sammen. Rammefaktorene kan variere på legevakten. Forskning viser at sykepleiere på legevakt rapportere om mangel på tid til observasjon (Tiyyagura et al., 2015). Mangel på tid, kan igjen påvirke kollegaers ressurser til å bistå medarbeidere.

En barriere for rapportering er den negative prosessen med barnevernet. Forskning viser at sykepleiere opplevde negativ oppfølging fra barnevernet. Ønsket om økt oppfølging og samarbeid med barnevernet ble uttrykt i forskningen (Albaek et al., 2018). I tillegg ønskes økt kunnskap om hvordan barnevernet kan innvirke i barnets liv på en positiv måte (Tiyyagura et

al., 2015). Dette blir igjen understreket i forskningen fra Skarsaune & Bondas (2015) hvor sykepleiere ønsker økt samarbeid med helsesykepleier, barnehager og skoler. Et bedre samarbeid kan muligens opparbeides ved felles foredrag eller casearbeid hvor hele prosessen fra mistanke om mulig fysisk vold og frem til barnevernet har hjulpet barnet til en bedre hverdag. På denne måten vil sykepleiere kunne få et mer personlig forhold til barnevernet og igjen mer kunnskap om på hvilken måte de kan hjelpe. Dette kan etter min mening øke samarbeidet mellom ulike instanser, og føre til økt avdekking av fysisk vold mot barn.

6 Avslutning

Denne litterære oppgaven hadde som hensikt å belyse hvordan sykepleier på legevakt kunne bidra til å avdekke tegn på mulig fysisk vold mot barn. I oppgaven ble kommunikasjon mellom barn og sykepleier vektlagt i tillegg til sykepleiers funksjonsområde. Florence Nightingales observasjonsteori og dokumentasjon ble anvendt. Symptomer og tegn på fysisk vold ble drøftet gjennom fag- og forskningslitteratur, etiske, juridiske og politiske føringer.

Barn i alderen 3-6 år kan pådra seg skader og blåmerker under lek. Når skadeomfanget ikke kan relateres til dette, må sykepleier kjenne igjen tegnene på fysisk vold. Kunnskap om utviklingen til barnet står sentralt, slik at sykepleier kan tilrettelegge kommunikasjonen etter barnets utvikling (Ruud, 2011). Ved å vurdere observasjoner opp mot teoretisk kunnskap, kan sykepleier bidra til å avdekke tegn på mulig fysisk vold mot barn.

«Giftig stress» kan forstås som traumer i ung alder, eksempelvis barndom hvor vold preger hjemmesituasjonen (Johnson et al., referert i Myhre, 2016a). Ved å avdekke fysisk vold, vil sykepleier anvende sin behandlende funksjon og forebygge mulige langvarige og komplekse sykdomsbilder (Nortvedt & Grønseth, 2016).

En forutsetning for å gi barn den beskyttelsen og hjelpen de trenger er avdekking av vold. Sykepleiere på legevakt er i en nøkkelposisjon for å avdekke fysisk vold mot barn. Likevel viser forskning av sykepleiere melder om for lite teoretisk kunnskap for å kunne kjenne igjen de ulike tegnene på fysisk vold (Skarsaune & Bondas, 2015; Tiyyagura et al, 2015; Pabiś et al., 2011). For å avdekke de barna som lever i en utrygg ramme med vold og overgrep, må de profesjonelle rundt barna få nødvendig kompetanse og kunnskap, for igjen kunne bidra til forebygging av vold mot barn (Skjørten et al., 2016). Ny rammeplan fra 2019, kan bidra til økt kunnskap om fysisk vold i sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2019). I tillegg kan det ønskes en felles screening liste og flere spesialiserte casebaserte økter for å kunne bidra til å kunnskap som igjen vil føre til at sykepleiere blir bedre rustet til å avdekke mulig fysisk vold mot barn.

Sykepleier ved legevakt kan ikke forvente at barna selv forteller om fysisk mishandling. Sykepleiere må bli mye flinkere til å kommunisere med barn om vold. Handlingskompetanse og gjenkjennelsen av voldenes mange ansikter må være på plass, for å kunne hjelpe barna

som lever med fysisk vold i sin hverdag ut av problemene sine (Myhre, 2016a). Sykepleier har et juridisk og etiske ansvar for å melde ifra om fysisk vold mot barn. Dersom sykepleier unnlater å melde ifra om mistanke om fysisk vold er dette er brudd på Helsepersonelloven §33 (1999), de yrkesetiske retningslinjene og sykepleiers ansvarsområde. Det bidrar også til å opprettholde barnets smerte og lidelse (NSF, 2016).

Økt kompetanse hos sykepleier kan gi trygghet, men det er også viktig å ta hensyn til den personlige motstanden og den utryggheten avdekkingen av vold og overgrep kan føre til (Nordager & Braarud, referert i Dybesland, 2019). Støtte fra medarbeidere og ledere er også viktig når en som fagfolk blir bekymret for barn, slik at en kan være flere sammen i arbeidet med å avdekke og stoppe fysisk vold mot barn (Dybesland, 2019).

Referanseliste

- Aakvaag, H. F., Thoresen, S. & Øverlien, C. (2016). Vold og overgrep mot barn og unge-
definisjoner og typologisering. I C. Øverlien, M-I. Hauge & J-H. Schulz (Red.), *Barn,
vold og traumer: møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 265-280). Oslo:
Universitetsforlaget
- Akuttmedisinforskriften. (2015). Forskrift om krav til og organisering av kommunal
legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (FOR-2015-03-
20-231). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>
- Albaek, A. U., Kinn, L. G. & Milde, A. M. (2018). Walking Children Through a Minefield:
How Professionals Experience Exploring Adverse Childhood Experiences. *Qualitative
Health Research*, 28(2), 231–244. <https://doi.org/10.1177/1049732317734828>
- Andersland, G. K. & Mevik, K. (2016). Barna rettsvern ved mistanke og avdekking av vold-
er lovverket godt nok? I K. Mevik, O. G. Lillevik & O. Edvardsen (Red.), *Vold mot
barn: teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger* (s. 38- 51). Oslo: Gyldendal
akademiske
- Barnelova. (1981). Lov om barn og foreldre (LOV-1981-04-08-7). Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2018). *Om vold mot barn*. Hentet 25.01.19 fra
https://www.bufdir.no/vold/Vold_og_overgrep_mot_barn_og_unge/Vold_mot_barn/
- Bondevik, G. T. (2016). Norsk legevakt i et internasjonalt perspektiv. I E. H. Hansen, & S.
Hunskår (Red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (s. 31-37).
Oslo: Gyldendal akademisk
- Brinchmann, B. S. (2016a). Dydsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4 utg.,
s.131- 146). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brinchmann, B. S. (2016b). Pliktetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4 utg., s.
55-66). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I Dalland, O., *Metode og
Oppgaveskriving* (6. utg., s. 50-61). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Det kongelige barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Opptappingsplan mot vold og
overgrep*. (Prop. 12S 2017-2021). Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/f53d8d6717d84613b9f0fc87deab516f/no/pdfs/prp201620170012000dddpdfs.pdf>

- Dybesland, R. (2019). Samtaler med barn når vi er bekymret. I O. G. Lillevik, J. S. Salamonsen & I. Nordhaug (Red.), *Vold i nære relasjoner: Diskurser og fenomenforståelse* (s. 26-40). Oslo: Gyldendal
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademiske
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (FOR-2000-12-01-1217). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L. & Dunne, M. (2010). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 146–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015>
- Gamst, K. M. T. (2017). *Profesjonelle barnesamtaler: Å ta barn på alvor*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grov, E. K., Madah- Amiri, D. & Kyte, L. (2015). Klinisk undersøkelse. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (5. utg., s. 588-618). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Grønseth, R & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Gustavsen, L. M. & Nesvold, H. M. F. (2016). Volds- og overgrepsofsatte. I E. H. Hansen, & S. Hunskår (red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (s. 268-276). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hansen, E. H. & Hunskår, S. (2016). Opplæring og kompetanseutvikling. I E. H. Hansen & S. Hunskår (red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (s. 294-300). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hauge, M.-I, Schultz, J.-H. & Øverlien, C. (2016). Møter med barn i utsatte livssituasjoner. Fra forskning til praktiske tiltak. I C. Øverlien, M.-I. Hauge & J.-H. Schulz (Red.), *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 11-20). Oslo: universitetsforlaget
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv- ny forståelse. Sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk

- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie- kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: sykepleie- fag og funksjon*. (3. utg., s. 139-189). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/5af90a9044c74d568d7de5c1d7f554eb/forskrift-om-nasjonal-retningslinje-for-sykepleierutdanning.pdf?fbclid=IwAR1XHfocQMR0ldb-PtiivkUEDErBDz_X-8FLu1BWx6xLDjR9ITWGRPflZE8
- Lillevik, O. G. (2016). Perspektiver på vold mot barn. I K. Mevik, O. G. Lillevik & O. Edvardsen (Red.), *Vold mot barn: teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger* (s. 18-37). Oslo: Gyldendal akademiske
- Louwers, E. C. F. M., Korfage, J. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J. H., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moulaert, A.-F. S. R., ...de Koning, H. J. (2012). Effects of Systematic Screening and Detection of Child Abuse in Emergency Departments. *Pediatrics*, 130 (3), 457-464. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3527>
- Lundesgaard, A. & Salamonsen, J. S. (2019). Hvordan ivareta barnets perspektiv i samtaler om vold og overgrep: Om barns hukommelse, pålitelighet og samtalekompetanse. I O. G. Lillevik, J. S. Salamonsen & I. Nordhaug (Red.), *Vold i nære relasjoner: Diskurser og fenomenforståelse*. (s. 41-52). Oslo: Gyldendal
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk
- Myhre, A. K. (2016a). Hvordan se det vi ikke ønsker å se- fysiske og psykososiale symptomer. I K. Mevik, O. G. Lillevik & O. Edvardsen (Red.), *Vold mot barn: teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger*. (s. 99-116). Oslo: Gyldendal akademisk
- Myhre, M. C. (2016b). Helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevd omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. I C. Øverlien, M.-I. Hauge & J-H. Schulz (Red.), *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 169- 182). Oslo: Universitetsforlaget
- Nasjonalt Kunnskapssenter for vold og traumatisk stress. (2018). Veileder for helse og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner: fysiske tegn. Hentet 27.03.19 fra <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/risikofaktorer-og-tegn-2/fysiske-tegn/>
- Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie: Hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Ad Notam

Gyldendal

- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. (2019). Tilbake til Nightingale. *Sykepleien*, 19 (01), 66-69.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I D.- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 1, s. 17-39) Oslo: Gyldendal akademisk
- NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svik*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/pdfs/nou201720170012000dddpdfs.pdf>
- Oslo universitetssykehus. (2015). *Mishandling av barn- fysisk*. Hentet 14.03.19 fra https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-fysisk?fbclid=IwAR2uBKHKdRzP801e3tezlguTKYgKmvbVbuzXYBFwajPVs5d_RDBEKF_JHgs
- Oslo universitetssykehus. (2018). Regional kompetansetjeneste om vold og seksuelle overgrep mot barn og unge. Hentet 27.03.19 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-om-vold-og-seksuelle-overgrep-mot-barn-og-unge>
- Pabiś, M., Wrońska, I., Ślusarska, B. & Cuber, T. (2011). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 384–393. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg?: Kommunikasjon med barn og unge i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Ruyter, K. W. (2011). Dyder er ikke tilleggsgoder – en utfordring for profesjonsutdanningene. I S. A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk: om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (2. utg., s. 109-141). Oslo: Universitetsforlaget
- Skarsaune, K. & Bondas, T. (2015). Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse. *Clinical Nursing Studies*, 4 (1), 24- 32. <https://doi.org/10.5430/cns.v4n1p24>
- Skjørten, K., Hauge, M.-I., Langballe, Å., Shultz, J.-H., & Øverlien, C. (2016). Å se det utsatte barnet. I C. Øverlien, M.-I. Hauge & J.-H. Schulz (Red.), *Barn, vold og traumer:*

- møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 93-107). Oslo: universitetsforlaget
- Sommerfeldt, M. B. & Øverlien, C. (2016). Barnevernstjenestens møte med barn og unge som opplever vold i hjemmet. I C. Øverlien, M.-I. Hauge & J.-H. Schulz (Red.), *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 183-199). Oslo: Universitetsforlaget
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Thorvaldsen, I. R. & Kirchhoff, J. W. (2017). Se tegnene på omsorgssvikt. *Sykepleien*, 105 (1), 50-53. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59740>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020>