



Du må tørre å tenke det verste – seksuelle overgrep mot barn.

Hvordan kan sykepleier observere symptomer og tegn hos barn som kan gi mistanke om seksuelle overgrep?

Kandidatnr: 184
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i emne 14b

Antall ord: 9838
Dato: 18.04.2017



Beskytte hvem?

Ser du det lille barnet?

Vil du se?

Orker du å se?

Kanskje er det ikke slik du tror.

Kanskje er det bare fantasi.

Kanskje går det over snart.

Kanskje er det best å overse.

Kanskje er det best å vente.

Best – for hvem?

Fra boken *Vet du hva det koster?* Av Unni W. Lindberg og Bodil von Schantz (Aasland, 2014, s. 110)

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 18.04.2017
<p>Tittel</p> <p>Du må tørre å tenke det verste – seksuelle overgrep mot barn.</p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvordan kan sykepleier observere symptomer og tegn hos barn som kan gi mistanke om seksuelle overgrep?</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Den litterære oppgaven bruker skriftlige kilder til å belyse problemstillingen. Jeg har brukt akademiske bøker og ulike artikler og studier til å innhente kunnskap.</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Oppgavens teori består av ulike lover og yrkesetiske retningslinjer som er relevant for problemstillingen, sykepleiers observerende funksjon, barns normale utvikling, barns reaksjoner ved sykehusinnleggelse, kommunikasjon med barn samt ulike symptomer og tegn på seksuell mishandling.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>I drøftingsdelen tar jeg utgangspunkt i å svare på problemstillingen. Jeg diskuterer sykepleiers ansvar og kommer med eksempler på ulike situasjoner der sykepleieren bør kunne observere eventuelle symptomer og tegn på seksuell mishandling. Disse symptomene og tegnene kan komme av andre årsaker enn seksuell mishandling. Dette vil bli belyst. Videre drøfter jeg at god kommunikasjon er nødvendig for at sykepleieren skal kunne bli kjent med barnet. Avslutningsvis blir sykepleiers plikter og handlingsalternativer og deres frykt for å ta feil i en situasjon der det er mistanke om seksuell mishandling, drøftet.</p> <p><u>Oppsummering</u></p> <p>Tilstrekkelig med kunnskap om barns normale utvikling er viktig for at sykepleieren skal kunne vite når noe er galt. God kunnskap om symptomer og tegn på seksuell mishandling kan gjøre en stor forskjell for enkelte barns videre liv og helse. Det hjelper ikke at sykepleieren har tilstrekkelig med kunnskap hvis handlinger ikke blir gjort. Sykepleier har en plikt til å rapportere videre hvis det er tatt mistanke om mishandling av barn.</p>	

(Totalt antall ord:242)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Problemstilling.....	2
1.2 Avgrensning og presisering	2
2 Metode	4
2.1 Den litterære oppgaven	4
2.2 Datainnsamling.....	4
2.3 Kildekritikk	5
3 Sykepleiefaglige rammeverk	6
3.1 Relevante lover	6
3.2 Etske prinsipper	6
3.3 Sykepleiers funksjonsområder.....	7
4. Teori	10
4.1 Barnets kognitive utvikling.....	10
4.2 Barnets psykososiale utvikling.....	11
4.3 Barn på sykehus	12
4.4 Kommunikasjon med barn i alderen 7 til 12 år.....	13
4.5 Seksuelle overgrep	15
4.6 Kliniske tegn og fysiske symptomer	15
4.7 Atferdsmessige/psykososiale symptomer og tegn.....	16
5. Hvordan kan sykepleier observere symptomer og tegn hos barn som kan gi mistanke om seksuelle overgrep?	18
5.1 Sykepleiers ansvar og funksjon, hva som leder til mistanke	18
5.2 Kommunikasjon, den gyldne mulighet	22
5.3 Det etiske dilemmaet og frykten for å ta feil	25
6. Oppsummering	28
Referanseliste	29

1. Innledning

I følge nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress blir 15 % av norske menn og kvinner utsatt for seksuelle overgrep før fylte 18 år (Thoresen & Hjemdal, 2014). Hele 10,2 % av jenter og 3,5 % av gutter blir utsatt for seksuelle overgrep før fylte 13 år av en person som er minst 5 år eldre enn dem (Thoresen & Hjemdal, 2014).

Det står nedfelt i lov at sykepleiere er pliktet til å melde til barnevernet ved mistanke om overgrep mot barn (Helsepersonelloven, 1999). Likevel viser forskning at dette ikke alltid blir gjort da mange føler seg usikre på fagområdet (Caneira & Myrick, 2015). Derfor ønsker jeg å sette fokus på dette problemet gjennom lover, yrkesetiske retningslinjer, sykepleierens funksjonsområder og ulik fagkunnskap som er viktig å kunne for å klare å observere eventuelle symptomer og tegn på seksuell mishandling.

Sykepleiere som jobber med barn på en medisinsk avdeling har en helt unik mulighet til å kunne observere de ulike tegnene og symptomene på eventuell seksuell mishandling. Dette forutsetter selvsagt at sykepleier har tilstrekkelig med relevant kunnskap innenfor fagområdet og anvender denne kunnskapen på en hensiktsmessig måte (Nordtvedt & Grønseth, 2013, s. 23).

Det kan bli vanskelig å forebygge det første overgrepet, men ved tidlig observasjon og rapportering kan en kanskje forebygge videre overgrep. Grunnen til at jeg valgte dette temaet er at jeg ønsker å sette fokus på hvilke symptomer og tegn en sykepleier, som jobber på medisinsk avdeling for barn, kan observere ved eventuell mistanke om seksuell mishandling slik at barnet kan få profesjonell hjelp. Barndommen spiller en svært viktig rolle for hvordan voksenlivet blir. Forstyrrelser i utvikling kan gi store konsekvenser på både kort og lang sikt (Aasland, 2014). Nøyaktig og rask diagnostisering av barnemishandling kan gjøre at sykepleier gir rett omsorg for barn i akutfasen og senskadene kan minimaliseres (Caneira & Myrick, 2015).

Hensikten med oppgaven er å øke kunnskapen om barnets utvikling, normale helse og ikke minst mulige symptomer og tegn på seksuell mishandling. Ved å ha kunnskap om temaet og vite hva man skal være oppmerksom på, er sykepleieren bedre rustet til å vite når man burde

være bekymret og skal rapportere videre. Dette kan gjøre en stor forskjell for barnet og barnets videre liv.

1.1 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier observere symptomer og tegn hos barn som kan gi mistanke om seksuelle overgrep?»

1.2 Avgrensning og presisering

Denne oppgaven skrives fra et sykepleiefaglig perspektiv. Temaet er stort, og det vil bli nødvendig å avgrense det slik at det fokuseres på det som er viktigst i forhold til min problemstilling. Psykisk mishandling, fysisk mishandling, seksuelle overgrep og omsorgssvikt henger nøye sammen og barna blir ofte utsatt for flere av dem på samme tid (Kynø, Lindboe, Vetlesand, Skotte, Bjaanes, Syversen & Randklev, 2015, 04.05). Jeg velger å skrive om seksuelle overgrep uavhengig av de andre formene for mishandling og omsorgssvikt, selv om jeg vet at disse ofte foregår samtidig og henger nøye sammen. Ved å avgrense oppgaven til å gjelde seksuelle overgrep, kan jeg gå i dybden på det jeg ønsker å skrive om.

Jeg skriver kun om de funksjonsområdene som har betydning for oppgaven. Dette er den forebyggende og helsefremmende funksjonen og den observerende funksjonen.

Jeg har tidligere nevnt at seksuelle overgrep kan gi uheldige konsekvenser og ulike medisinske diagnoser senere i livet. Dette blir ikke beskrevet ytterligere i oppgaven. Det blir heller ikke presentert hvordan sykepleier skal rapportere eventuell bekymring og mistanke videre.

Målgruppen i min oppgave er barn fra 7 til 12 år. Dette fordi barn i denne aldersgruppen er lettere å kommunisere med på grunn av deres modenhet enn for eksempel barn som ikke har språk eller mangelfullt språk. Jeg vil velge en aldersgruppe som er kommet like langt med tanke på utvikling. Dette belyses i teorikapitlet hvor Piagets tredje stadium i hans utviklingsteori blir beskrevet. Konteksten for problemstillingen vil foregå på en medisinsk

avdeling der barnet er innlagt for utredning og behandling av sykdom. På grunn av mitt valg av alder, velger jeg å kun skrive om det tredje stadiet i Piagets utviklingsteori.

I oppgavens teoridel har kommunikasjon mellom sykepleier og barnet et stort fokus. Jeg er klar over at foreldre er sammen med barnet når de er på sykehuset, og at sykepleier er nødt til å samhandle med dem. Likevel vil ikke kommunikasjon med foreldre ha et stort fokus i min oppgave, men det vil bli nevnt. Foreldre er ofte en viktig informasjonskilde. Sykepleieren kan observere hvordan barnet og foreldrene samhandler og om tilknytningen mellom dem er som den skal være i forhold til utviklingsnivå og den situasjonen de er i.

Det er viktig å få fram at barna som er lagt inn på medisinsk avdeling på sykehus er lagt inn for forskjellige plager og sykdommer. Ingen av barna jeg skriver om i oppgaven, er lagt inn på grunn av seksuelle overgrep. Seksuelle overgrep kan være noe barna kan være utsatt for i tillegg. På medisinsk avdeling på sykehuset er barnet gjerne lagt inn over flere dager, og sykepleieren har tid til å bli kjent med barnet. Jeg velger at barnet har enerom på sykehuset da det naturlig nok vil føre til færre forstyrrelser enn på et dobbeltrom, og sykepleieren kan fokusere på barnet. Selv om barnet er innlagt over flere dager og har enerom, vil tid og rom allikevel sette sine begrensninger da sykepleieren som regel ikke har god tid. Dette kan hemme sykepleierens observerende funksjon. Det krever tid å bli kjent og opparbeide seg tillit hos barnet.

Avslutningsvis vil jeg presisere at jeg noen steder skriver hun istedenfor sykepleieren selv om jeg vet at en sykepleier også kan være en mann.

2 Metode

Gjengitt av Dalland (2012) har sosiologen Vilhelm Aubert formulert hva metode er. «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s. 111). Dalland presiserer at metoden skal være til hjelp ved innsamling av data og er den informasjonen man trenger til oppgaven (2012, s. 112).

2.1 Den litterære oppgaven

I den litterære oppgaven brukes det skriftlige kilder for å belyse problemstillingen (Dalland, 2012, s. 223). I startfasen orienterer man seg i litteratur som belyser temaet og erverver kunnskap. Dette gjør at man lettere kan finne ut hva som er relevant for oppgaven. I denne type oppgave er det vurderingen av kildene som er det metodiske redskapet. Vurderingen gjøres i form av kildekritikk (Dalland, 2012, s. 223).

2.2 Datainnsamling

Jeg har brukt akademiske bøker for å finne relevant teori og kunnskap. Artikler og studier har jeg kommet fram til ved å bruke ulike søkeord. De engelske søkeordene er sexual abuse, incest, abuse, observation, symptoms, findings, nurse, disclosure, communication, child abuse, physical symptoms, differential diagnosis, hospital, children og child. De norske søkeordene er seksuell mishandling, observasjoner, symptomer, barn, sykehus, sykepleier, kommunikasjon og differensialdiagnoser.

I hovedsak er databasene chinal, swemed og pubmed blitt brukt for å finne artikler og ulike studier som passer til min oppgave, men søkemotoren google scholar har også blitt tatt i bruk. Jeg har også benyttet meg av kjedesøk der jeg har funnet relevante artikler ved å se i referanselisten til andre oppgaver og artikler. Jeg har prøvd å avgrense søkene mine til å finne artikler og studier produsert i løpet av de siste ti årene og som er godkjent av etisk komité.

2.3 Kildekritikk

Jeg har valgt å bruke eldre teorier om barnets utvikling. Det er grunnsteinene i Piagets og Eriksons utviklingsteorier som brukes den dag i dag. Bøker av nyere dato forklarer deres teorier slik at det passer inn i dag.

Den tiden da Erikson levde, var utviklingsteorier styrt av drifter og den strukturelle modellen. I de siste årene har utviklingsteorier flyttet seg vekk fra disse driftene og over til de relasjonelle behovene barnet allerede har fra fødselen (Erikson, 2000). Kritikere av Erikson mener han er for lite opptatt av det ubevisste der han først og fremst fokuserer på det rasjonelle. Erikson mener at de enkelte utviklingstrinnene er sterkt biologisk forutbestemt samtidig som han mener at verken biologi eller miljø er avgjørende for hvordan de forskjellige utviklingsstadiene foregår. Han mener at løsningen på problemene ligger hos individet selv (Nielsen & Binder, 2017).

Flere har vært kritiske mot Piagets utviklingsteori da han deler barnets utvikling i ulike faser. Piaget nærmest utelukker at utviklingen tar del i en sosial kontekst og at det da er flere faktorer som spiller inn på formingen av barnet (Ruud, 2011). Kulturelle forskjeller har stor betydning for utviklingen. Dette er noe Piaget ikke har forsket på da hans forskning kun var rettet mot den vestlige kulturen (Ruud, 2011).

Urie Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell ble introdusert i 1979. Denne modellen er en av de kjente referansem modellene i utviklingspsykologien. Bronfenbrenner var svært opptatt av ny forskning. Hans modell ble revidert helt frem til hans død i 2005. Denne modellen er derfor like aktuell i dag (Guldbrandsen, 2017).

Artikkelen til Weinstein, Staffelbach & Biaggio er fra år 2000. I utgangspunktet ville denne artikkelen være for gammel, men på grunn av innholdet mener jeg at den fortsatt er relevant. Den handler om diagnosene posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og oppmerksomhetssvikt og hyperaktivitet (ADHD) og deres likheter og forskjeller.

De fleste artiklene og studiene jeg har funnet er enten australsk eller amerikansk. Dette er også relevant for Norge da helsevesenet i Australia, USA og Norge har mange likheter. Kulturene i disse landene er også nokså like.

3 Sykepleiefaglige rammeverk

Det er ulike rammeverk som styrer sykepleiers utførelse av sykepleien. Disse rammeverkene er lover, forskrifter og etiske retningslinjer. Sykepleieren har ulike funksjonsområder, og det som er relevante for min oppgave er den forebyggende, helsefremmende og observerende funksjonen.

3.1 Relevante lover

Lov om helsepersonell § 33. Opplysninger til barneverntjenesten beskriver sykepleiers plikter der forhold kan føre til tiltak fra barnevernstjenesten (Helsepersonelloven, 1999). Dette skal være uten hinder av taushetsplikten og sykepleieren skal gi opplysninger til barnevernet der det er mistanke om at et barn blir mishandlet eller blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleieren skal også gi opplysninger der et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleiers plikt til å gi opplysninger til barnevernet ved mistanke om overgrep, viser hvor viktig det er at sykepleieren har nok kunnskap om ulike symptomer og tegn som skal observeres.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) er hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten. Forskriften gjelder for helseinstitusjoner som yter spesialisthelsetjenester i henhold til spesialisthelseloven. Forskriften beskriver at barn skal legges inn på egne barneavdelinger. Barn har rett til å ha minst en forelder hos seg under sykehusoppholdet. Disse barneavdelingene skal være tilpasset barn. Barn har lov til å ta med seg egne leker på avdelingen. Under sykehusoppholdet skal barn tas hånd om av det samme personalet så langt det lar seg gjøre. Personalet som jobber på barneavdelinger må ha kunnskap om barns utvikling og behov (Forskrift om barn i helseinstitusjon, 2000). Disse lovene og forskriftene viser hvor viktig kunnskap om barn er for sykepleiere. Kunnskapen sykepleiere må ha om barn vil bli nøye belyst i teorikapitlet.

3.2 Etiske prinsipper

Det moralske aspektet ved klinisk sykepleie innebærer de etiske prinsippene velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Dette kalles også de fire

prinsippers etikk. Hvert av disse prinsippene defineres som en plikt (Brinchmann, 2013). Velgjørenhetsprinsippet er plikten til å gjøre godt mot andre. Ikke-skade-prinsippet er plikten til ikke å skade andre. Autonomiprinsippet er plikten til å respektere pasientenes egne beslutninger. Rettferdighetsprinsippet er plikten til å behandle alle like tilfeller helt likt (Brinchmann, 2013).

Pliktetikken omhandler det å handle ut ifra de fire prinsippers etikk. Det handles uavhengig av konsekvensene (Brinchmann, 2013). Pliktetikken har fokus på personen og handlingen. Det skilles mellom indre og ytre plikter. De indre pliktene er motivasjon innenfra, altså av fornuften. Den ytre plikten styres av lovgivning, regler og religion (Brinchmann, 2013).

Moralfilosofen Immanuel Kant er kjent for sin tolkning av pliktetikken (Brinchmann, 2013). Han mente at mennesket selv kan velge mellom ulike handlingsalternativer. Det er altså menneskets fornuft og egne bestemmelser som danner grunnlaget for hans filosofi (Brinchmann, 2013). Kant mente at følelser som lyst og begjær var det motsatte av fornuft. Det er fornuften som bestemmer pliktene, men handlingene må også være en indre motivasjon (Brinchmann, 2013).

Konsekvensetikken har fokus på konsekvensene av handlingene som utføres. Det som bestemmer om en handling er etisk riktig, er om de positive konsekvensene overveier de negative konsekvensene (Sneltvedt, 2013).

Nytteetikk er en form for konsekvensetikk der konsekvensene vurderes ut ifra den nytten det gir. Jeremy Bentham var en engelsk filosof og jurist og er en sentral teoretiker innenfor konsekvensetikken. Han mente at mennesket handler ut ifra lyst og lykke, og prøver å unngå ulyst og smerte (Sneltvedt, 2013). Det som er meningen med konsekvensetikken er å gjøre de handlingene som fører til mest mulig lykke, lyst og nytte for flest mulig (Sneltvedt, 2013).

3.3 Sykepleiers funksjonsområder

En god klinisk sykepleieutøvelse har ulike kjennetegn. Sykepleieren skal bruke relevante fagkunnskaper og etiske aspekter til å tilpasse sykepleien individuelt til hver enkelt pasient og situasjon. Sykepleieren må opprettholde sitt faglige ansvar og sine funksjoner i møte med

pasientene og observere, vurdere og foreta beslutninger basert på disse observasjonene og vurderingene (Nordtvedt & Grønseth, 2013).

Sykepleieren har en forebyggende og helsefremmende funksjon (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Dette rettes mot både friske og syke personer. Når det gjelder barn, vil det å fremme helse bety at sykepleieren skal tilrettelegge for normal vekst og utvikling ved sykdom (Nordtvedt & Grønseth, 2013).

Sykepleiers observerende funksjon vil for eksempel si å fange opp tidlige tegn på sykdom eller endring i sykdom (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Dette er svært viktig for å opprettholde pasientens helse og livskvalitet. Sykdom viser seg ofte gjennom kroppslige tegn og symptomer. Observasjon har derfor blitt en svært vesentlig del av sykepleiers kliniske arbeid. Kliniske vurderinger og observasjoner danner grunnlaget for de handlingene sykepleier gjør og tiltakene som settes i gang (Nordtvedt & Grønseth, 2013).

Grunnlaget for observasjonskompetansen til sykepleieren er tilstrekkelig med kunnskaper om den normale anatomien, fysiologien, patofysiologien og psykologien (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Det er svært viktig at sykepleieren vet hva som skal observeres før møtet med pasienten. Sykepleieren må bruke sin kunnskap og erfaring. Observasjon handler om å lytte, se, kjenne og lukte (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Sykepleieren må bruke alle sine sanser. Det er også viktig å lytte til hva pasienten selv sier. Noen symptomer og tegn er objektive, mens andre er subjektive (Nordtvedt & Grønseth, 2013).

Observasjon alene er ikke nok. Sykepleieren må ha kunnskap fra teori og forskning og ha gode erfaringskunnskaper for å gjøre riktige vurderinger (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Denne kunnskapen må stadig oppdateres og fornyes. Ofte er det å tolke symptomer og tegn forbundet med usikkerhet. Sykepleiere snakker ofte sammen med kolleger om ulike observasjoner som er gjort. Det å konferere med erfarne kolleger eller eksperter innenfor et gitt område, er en svært viktig kunnskapskilde (Nordtvedt & Grønseth, 2013).

Det er flere faktorer som må tas hensyn til under kliniske vurderinger. Data skal samles inn ved bruk av intervju, observasjon, skriftlige kilder, forskjellige vurderingsskjemaer eller overvåkningsutstyr (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Ofte brukes en kombinasjon av flere av disse metodene. Sykepleieren må vite hvilke symptomer og tegn som er relevante i pasientens

situasjon (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Ved kliniske undersøkelser bruker vi ulike undersøkelsesteknikker. Disse teknikkene er inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon (Grov, Madah-Amiri & Kyte, 2015). Ved inspeksjon brukes synet for å observere pasienten. Det som ser sykt eller annerledes ut vekker oppmerksomheten og blir undersøkt videre. Sykepleieren må være bevisst på hva hun ser etter. Ved inspeksjon av hud, må klær fjernes. Dette kan for eksempel gjøres i forbindelse med andre prosedyrer som stell (Grov et al, 2015). Palpasjon vil si at sykepleieren bruker hender til å kjenne. Når sykepleieren kjenner på pasienten er det viktig å forklare hvorfor det noen ganger brukes trykk og andre ganger ikke. Finner sykepleieren klumper eller former som ikke skal være der, må dette undersøkes videre (Grov et al, 2015). Ved bruk av perkusjon bruker sykepleieren gjenstander eller fingre til å banke på ulike deler av kroppen for å høre lyd. Når perkusjon benyttes, får sykepleieren informasjon om underliggende vev og organer (Grov et al, 2015). Auskultasjon betyr at det lyttes ved bruk av stetoskop. Dette brukes ved undersøkelser av hjertet, abdomen og respirasjonssystemet (Grov et al, 2015).

4. Teori

Teorikapitlet vil handle om barns kognitive og psykososiale utvikling i utviklingsstadiet for barn i alderen 7 til 12 år. Videre vil det blir beskrevet hvordan et sykehusopphold i seg selv kan påvirke barnet og hvordan sykepleier bør kommunisere med barn på sykehus. Til slutt i teorikapitlet vil ulike tegn og symptomer et barn kan få på grunn av seksuell mishandling blir belyst.

4.1 Barnets kognitive utvikling

Kunnskap om barns normale vekst og utvikling er nødvendig kunnskap i pediatrik sykepleie (Grønseth & Markestad, 2011). Dette er basiskunnskap sykepleieren må ha for å kunne danne et tillitsforhold til barnet og kommunisere med dem på deres premisser. Denne kunnskapen er også nødvendig for å kunne tolke og observere barnets uttrykk for at noe er galt (Grønseth & Markestad, 2011).

I følge Grønseth og Markestad (2011, s. 31) betyr kognisjon evne til tenkning og til å tilegne seg kunnskap. De presiserer at kognisjon omhandler sanseoppfatning, oppmerksomhet, hukommelse og evne til å resonnerer, bedømme, danne begreper, uttrykke seg og løse problemstillinger (2011, s. 31).

Jean Piaget utviklet en av de mest kjente kognitive utviklingsteoriene. Han var opprinnelig utdannet biolog, men utdannet seg senere til professor i psykologi. Piaget mente at alle barn er født med kognitive skjemaer. Dette er kognitive strukturer som han satte sammen til forskjellige stadier (Hundeide & Gulbrandsen, 2017).

Det første stadiet er det sensomotoriske stadium og omhandler barn fra 0 til 1,5 år. Det andre stadiet er det pre-operasjonelle stadium og omhandler barn fra 1,5 til 7 år (Hundeide & Gulbrandsen, 2017). Det stadiet som har betydning for den valgte aldersgruppen er det tredje stadiet. Dette er det konkret-operasjonelle stadium. Her er barnet 7 til 12 år (Hundeide & Gulbrandsen, 2017). Barnet er ikke kun forbundet til det som skjer i øyeblikket, men kan forestille seg og representere det som har skjedd eller kommer til å skje. Barnet har nå evne til å tenke operasjonelt. Her utvikles barnets opplevelse av tid, hukommelse og språk (Hundeide & Gulbrandsen, 2017). I dette stadiet må fortsatt abstrakte fenomener forklares ved bruk av

konkrete handlinger (Hundeide & Gulbrandsen, 2017). Barnet lærer også å gruppere objekter etter ulike egenskaper som for eksempel farge. Barnet lærer å kategorisere, for eksempel at kjøretøy er en fellesbetegnelse på bil, buss og lastebil (Hundeide & Gulbrandsen, 2017). Barn i alderen 7 til 12 år klarer å skille mellom viktige og uviktige opplysninger og utvikler evnen til å se situasjoner fra andres synspunkt, ikke kun sitt eget. Barnet har også evne til reversibel tenkning (Grønseth & Markestad, 2011).

4.2 Barnets psykososiale utvikling

Miljø, omgivelser og kontekst har stor betydning for barnets utvikling. Det blir vanskelig å forstå et barns oppførsel uten å se hvordan dette inngår i barnets sosiale og kulturelle sammenheng (Gulbrandsen, 2017).

Barns emosjonelle utvikling og atferd er et resultat av arv og miljø (Grønseth & Markestad, 2011). For at denne emosjonelle utviklingen skal gå som normalt, er det viktig at foreldre og andre omsorgspersoner dekker de basale fysiske behovene for mat, klær, trygge omgivelser og emosjonelle behov som kjærlighet, trygghet, tilstedeværelse og trøst når barnet trenger det. Det er viktig at barnet opplever forutsigbarhet (Grønseth & Markestad, 2011).

Den russisk/amerikanske psykologen Urie Bronfenbrenner utviklet den utviklingsøkologiske modellen. Denne modellen tok for seg fem systemer som gir et oversiktsbilde av barnet i dets materielle, institusjonelle, sosiale, kulturelle og historiske sammenheng (Gulbrandsen, 2017). Denne modellen er en systemisk modell. Det betyr at alle ledd i modellen avhenger av hverandre. (Gulbrandsen, 2017).

Bronfenbrenners modell beskriver de påvirkninger som er nær barnet over lengre tid. Dette kan for eksempel være hjemmet, skolen eller barnehagen. Det kan også omhandle mellommenneskelige relasjoner som mor-barn-relasjonen (Gulbrandsen, 2017). Modellen beskriver også forbindelsen mellom to eller flere av miljøene barnet er innblandet i. Et eksempel her er forbindelsen mellom skolen og hjemmet der mor eller far følger barnet til skolen (Gulbrandsen, 2017). Etablering av forbindelse mellom barnets miljøer er viktig for å skape trygghet og at barnet kan fokusere på de rette tingene ved eventuelle overganger (Gulbrandsen, 2017). Bronfenbrenners modell beskriver også de faktorene som har

innvirkning på barnet uten at barnet har direkte kontakt med det. Faktorer som påvirker mor eller far og igjen deres måte å oppdra barnet på er eksempler på dette (Guldbrandsen, 2017). Kultur, normer, verdier og ideologier har stor påvirkning på barnet. Dette har innvirkning på hvordan mor-barn-forholdet og far-barn-forholdet skal være (Guldbrandsen, 2017). Modellen beskriver til slutt hvordan ulike livshendelser har innvirkning på barnet i flere av fasene. Dette kan være sykdom eller dødsfall i familien eller at mor og far skilles (Guldbrandsen, 2017).

Erik H. Erikson er mest kjent for sine teorier om de psykososiale fasene i utviklingen (Erikson, 2000, s. 13). Erikson omtaler barns utviklingsmessige konsentrasjon, men også det samspillet som er mellom barnet, barnets behov og det nære sosiale miljøet som barnet har rundt seg. Det mest fremtredende i Eriksons tenkning er hvordan det biologiske møtes av de nære andre rundt barnet, og hvilken påvirkning dette har på barnets utvikling (Erikson, 2000).

4.3 Barn på sykehus

For barn er følelser, tanker og opplevelse av mestring sterkt knyttet til kropp og kroppsbeherskelse (Grønseth & Markestad, 2011). På grunn av dette, vil mye av det som skjer på sykehus føles truende. Dette kan for eksempel være immobilitet, ulike skader, venekanyler, blodprøver, undersøkelser av kroppen, sonder, katetre og andre inngrep (Grønseth & Markestad, 2011).

Alt er nytt for barn som blir innlagt på sykehus. Plutselig er det mange nye mennesker barnet skal forholde seg til. Det er nye lukter, fremmede lyder, ny mat og andre rutiner. Barnet trenger nærhet og forklaringer. Dette er med på å skape trygghet hos barnet (Grønseth & Markestad, 2011).

Barn reagerer svært forskjellige på sykehusopphold. Noen barn har ingen problemer med å være der, mens andre reagerer sterkere på opplevelsen. Dette kan resultere i mareritt og mye gråt (Grønseth & Markestad, 2011). Barnet må få lov til å være redd og få lov til å gråte. Berøring virker ofte beroligende (Grønseth & Markestad, 2011). Andre voldsomme reaksjoner kan forekomme der barnet for eksempel blir aggressivt, urolig, får søvnvansker, separasjonsangst og spisevansker (Grønseth & Markestad, 2011). Ved aggresjon og urolighet

er det viktig at sykepleier og foreldre beholder roen, selv om dette kan være vanskelig (Grønseth & Markestad, 2011).

Sykdom, sykehusinnleggelse, undersøkelser, pleie og behandling kan forårsake stress som er utover barnets mestringsevne (Grønseth & Markestad, 2011). Dette kan føre til psykologiske forsvarsmekanismer som for eksempel å gå tilbake i utviklingsstadier, regresjon. Barnet kan for eksempel begynne å sutte på tommelen eller tisse på seg. Den kognitive kapasiteten svekkes og tidsbegrepet blir dårligere. Barnet kan derfor huske informasjon dårligere (Grønseth & Markestad, 2011). Dette viser hvor redde barna er, og at de ikke ønsker å bli overlatt til seg selv.

Sykehusopphold er også nytt for mange foreldre. Dette gjør at foreldrene kan oppføre seg annerledes. For barn er det som er annerledes skummelt (Eide & Eide, 2012).

4.4 Kommunikasjon med barn i alderen 7 til 12 år

Barn og unge er ingen ensartet gruppe. Ethvert barn er unikt. Dette har å gjøre med barnets forutsetninger; livshistorie, utviklingsfase og sykdomssituasjonen for hver enkelt (Eide & Eide, 2012). Det er umulig å gi en ensartet oppskrift på hvordan kommunikasjon med barn skal foregå. For at god kommunikasjon skal opprettes, er det viktig å lage en god relasjon til barnet (Eide & Eide, 2012). For å skape en god relasjon må sykepleier være tillitsfull mot barnet. Det å skape tillit er ikke bare enkelt. For å få tillit må sykepleieren like og respektere barnet, vise interesse og vise at en har god tid (Eide & Eide, 2012). Det å gjøre noe hyggelige sammen kan være positivt. Det er viktig at sykepleieren prøver å bli kjent med barnet som en person, ikke bare som en pasient (Grønseth & Markestad, 2011). Sykepleieren må ikke være redd for å gi litt av seg selv og bli involvert. Hun må være ærlig med barnet og forklare hva som skal gjøres i de ulike prosedyrene grundig slik at barnet skal forstå hva som skjer (Grønseth & Markestad, 2011).

Barn bør være hovedpersonen i samtalen. Sykepleieren må anerkjenne tankene, følelsene og væremåten til barnet slik at barnet skal føle at sin integritet ivaretas (Grønseth & Markestad, 2011). Ved at sykepleieren bortforklarer eller bagatelliserer barnets følelser, vil ikke barnet oppleve anerkjennelse (Grønseth & Markestad, 2011).

Sykepleieren bør bruke ulike samtaleteknikker. Dette fører til økt formidlingsevne og hjelper både barnet og foreldrene til å bearbeide følelsene og opplevelsene de har i forbindelse med sykehusinnleggelse (Grønseth & Markestad, 2011). I samtale med barn er det viktig å ta utgangspunkt i det barnet sier og viser og be barnet beskrive og fortelle (Grønseth og Markestad, 2011). Det er viktig at sykepleieren godtar benektelser og andre forsvarsmekanismer. Ved bruk av åpne spørsmål kan barnet selv velge om det vil svare eller ikke (Grønseth & Markestad, 2011). Generalisering er en fin teknikk da sykepleieren kan snakke om andre barn i samme situasjon. Dette gjør at barnet selv ikke føler seg alene og som den eneste som har opplevd dette. Foreldre bør også inkluderes, da disse spiller en viktig rolle for barna (Grønseth og Markestad, 2011).

Samtaler med barn bør være kortvarige og foregå på en tid på døgnet der barnet er opplagt siden de har kortere oppmerksomhetstid enn voksne (Grønseth & Markestad, 2011). Det er viktig å lage en avslappet atmosfære. Sykepleieren kan sette seg ned med barnet og la barnet sitte eller gå rundt. Dette er opp til barnet. Barn blir lett forstyrret av mange sanseinntrykk og mye støy (Grønseth & Markestad, 2011).

Sykepleieren og andre voksne må være bevisst på måten de reagerer på hvis et barn forteller at det har blitt seksuelt mishandlet. Ved voldsomme reaksjoner fra den voksne kan barnet bli redd og slutte å fortelle, eller fortelle mindre enn det som virkelig har skjedd (Aasland, 2014). Rundt 7 til 8 års alderen begynner barn å forstå tabuet rundt seksualitet. Dette vil føre til at barnet kan kjenne mer og mer på skam og skyld i det som har skjedd. Det er da større sjanse for at barnet holder det hemmelig (Aasland, 2014).

Sykepleieren må observere hva barnet signaliserer og være oppmerksom på deres kommunikasjonsform. Konkrete spørsmål er viktig. Dette er spørsmål som starter med hvem, hva eller hvor. En effektiv måte er å speile barnet. Dette kan for eksempel være: -I dag er du sint, kan du fortelle meg hva/hvem du er sint på i dag? Det er viktig å la barnet fortelle. Sykepleieren må vise barnet at hun lytter og at hun har god tid. Ja/nei-spørsmål bør unngås (Aasland, 2014).

4.5 Seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep deles inn i tre deler; omgang, handling og atferd (Aasland, 2014). Aasland forklarer i sin bok at seksuell omgang er når penis, fingre eller gjenstander føres inn oralt, vaginalt eller analt (2014, s. 33). Aasland beskriver videre at seksuell handling er når overgriperen beføler barnet og når barnet blir lokket eller truet til å ta på overgriperens kjønnsorganer (2014, s. 33). Til slutt skriver Aasland at seksuell atferd er når overgriperen viser barnet pornografi, tvinger barnet til å se på overgriperen når han/hun utfører seksuelle handlinger, tvinge barnet til å utføre seksuelle handlinger med seg selv, blotting, fotografering, tvinge barnet til å vise seg selv fram i ulike positurer eller filming (2014, s. 33). Seksuell atferd innebærer altså ikke fysisk kontakt (Aasland, 2014).

Overgriperen lurer, tvinger, lokker eller manipulerer barnet til å delta i seksuelle aktiviteter som barnet ikke ønsker eller er modent nok til å delta i. Barna hengir seg til overgriperen på grunn av frykt, uvitenhet, beruselse eller trusler. Overgriperen misbruker sin autoritære posisjon til å få barnet til å være med på disse aktivitetene (Aasland, 2014).

Barn som blir utsatt for seksuelle overgrep kan gi svært vage signaler. Her er det viktig at sykepleier observerer slike signaler, men også har kunnskap om at disse signalene ikke nødvendigvis tyder på seksuell mishandling (Aasland, 2014).

4.6 Kliniske tegn og fysiske symptomer

De fleste barn som er eller har vært seksuelt misbrukt har ingen eller få fysiske symptomer. Om det skulle være fysiske symptomer kan det være rifter, blåmerker eller arr nedentil, vorter og vesikulære lesjoner i anogenitalområdet, påvisning av seksuelt overførbare sykdommer eller lesjoner i munnhulens slimhinne, infeksjoner eller dårlig tannstatus (Markestad, 2016). Dårlige tenner kan skyldes gulping eller oppkast etter seksuelle overgrep. Oppkast kan forekomme selv om overgrepene ikke er orale. Psykosomatiske tegn som bør vekke mistanke er stadige magesmerter, smerter i underlivet, brystet eller hodet uten at det er funnet objektive funn. Enurese, enkoprese, obstipasjon og smertefull avføring er andre tegn (Markestad, 2016).

Kun 5 % av tilfellene av seksuell mishandling gir fysiske tegn (Killén, 2015). For å kunne oppdage de resterende 95% av tilfellene, er det nødvendig at sykepleier også har kunnskap om de atferdsmessige og psykososiale symptomene og tegnene (Killén, 2015).

4.7 Atferdsmessige/psykososiale symptomer og tegn

Regresjon er et vanlig symptom på seksuell mishandling (Aasland, 2014). Det vil si å gå tilbake i utvikling. Dette kan vise seg ved at barnet begynner å snakke babyspråk eller begynner å bæsje og tisse på seg igjen (Aasland, 2014).

Et annet tegn er depresjon (Markestad, 2016). Man ser nesten aldri at barnet ler eller smiler. Det er viktig å huske at barna også kan være glad innimellom da overgrepene ikke skjer hele tiden. Mange barn lever i nuet og klarer å «glemme» overgrepene. Dette gjelder selvsagt ikke alle barn der noen er på vakt og er redd de skal bli overgrepet hele tiden (Aasland, 2014). Det er også vanlig at barnet trekker seg tilbake fra venner og ønsker å være alene (Markestad, 2016).

Dissosiasjon vil si at kroppen og selvet på en måte skiller lag (Aasland, 2014). Barnet kan føle det slik at det forlater seg selv og ser på det som skjer utenfra. Barnet kan bli helt motløst og numment. Dette kan gjøre at barnet ikke registrerer eller husker det som har skjedd. Barnet kan dissosiere for å lage flere deler av seg selv (Aasland, 2014). Barnet kan fungere som normalt på skolen fordi det føler seg trygg der. Når barnet kommer hjem, er situasjonen en helt annen der alt er utrygt og alt kan skje. Dette gjøres for at barnet har biter i livet det tåler istedenfor å fatte alt i en sammenheng (Aasland, 2014).

Barn som er utsatt for seksuelle overgrep er ofte plaget med mareritt og sover derfor dårlig om natten. Barnet kan rope navnet på overgriperen i søvne og si hva overgriperen pleier å gjøre (Aasland, 2014; Markestad, 2016).

Barnet kan plutselig prestere dårligere på skolen eller begynner å skulke (Aasland, 2014; Markestad, 2016). Konsentrasjonsvansker er vanlig da barnet distraheres av fæle tanker. Noen barn sliter på skolen på grunn av at de blir urolige og aggressive eller fjerne og innadvendte (Aasland, 2014; Markestad, 2016). Andre barn kan reagere motsatt ved at de presterer bedre

på skolen. Dette er på grunn av at de føler seg trygge her og slipper å tenke på overgrepene hele tiden (Aasland, 2014; Markestad, 2016).

Om barnet har en seksuell oppførsel som ikke passer alderen, bør det vekke mistanke. Barnet kan begynne å bruke et seksualisert språk (Aasland, 2014; Markestad, 2016). Det er viktig å vite at barn leker seksuelle leker med hverandre uten at seksuelle overgrep har skjedd (Aasland, 2014). Barn er nysgjerrige på egen kropp og også eget kjønnsorgan. Barna prøver ut grenser, lyster og kontroll (Aasland, 2014).

5. Hvordan kan sykepleier observere symptomer og tegn hos barn som kan gi mistanke om seksuelle overgrep?

Ved bruk av kunnskap fra teorikapitlet og ulike artikler vil jeg drøfte viktigheten av sykepleiers faglige kunnskap, hva som er sykepleiers funksjon og at god kommunikasjon med barnet er viktig.

5.1 Sykepleiers ansvar og funksjon, hva som leder til mistanke

Sykepleiers oppgave i en situasjon der barnet kan være utsatt for seksuell mishandling, er å identifisere mistenksomme tegn og symptomer som kan tyde på mishandling. Hun må utføre kliniske vurderinger og observasjoner av barnet (Caneira & Myrick, 2015). Sykepleier skal også være en tillitsfull støttespiller for barnet, en barnet kan betro seg til og føle seg trygg på (Caneira & Myrick, 2015). Som pasientens talsmann er det svært viktig at sykepleier observerer, vurderer og fatter mistanke slik at et barn som blir mishandlet, blir hørt og hjulpet (Caneira & Myrick, 2015).

Det kan være vanskelig og utfordrende å observere barn i stressende og sårbare situasjoner. For å gjøre det lettere for sykepleiere å observere symptomer og tegn hos barn som kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep, er det fint med en konsekvent og evidensbasert tilnærming (Adams, Kaplan, Starling, Mehta, Finkel, Botash & Shapiro, 2007). Det er utviklet flere retningslinjer for hvordan sykepleier kan oppdage og tolke resultater de finner ved medisinske undersøkelser av barn. Adams et al (2007) beskriver i sin studie en rekke retningslinjer som har blitt utviklet av leger som er eksperter på området. Artikkelen beskriver de ulike symptomene og tegnene barnet kan ha, både fysisk og psykisk, og presiserer at mange av symptomene også kan komme av andre årsaker enn mishandling (Adams et al, 2007). I følge denne amerikanske artikkelen, skal det tas en medisinsk vurdering av barnet ved mistanke om mishandling. Målet med den medisinske evalueringen er å få hele historien fra både barnet og omsorgspersonene, å vurdere alternative forklaringer på symptomene og tegnene og å identifisere og dokumentere bevis på de eventuelle skadene som er påført barnet (Adams et al, 2007). Videre er målet å vurdere barnet for eventuelle utviklings-, emosjonelle eller atferdsmessige problemer som trenger videre oppfølging (Adams et al, 2007).

Helsebiblioteket har også laget retningslinjer for hvordan helsearbeidere skal gå fram for å observere ulike tegn og symptomer som skal gi mistanke om seksuelle overgrep (Kynø et al, 2015). Disse retningslinjene minner svært mye om retningslinjene som kommer frem i den nevnte studien, men er noe forenklet og er en fin og enkel oversikt for sykepleiere. For å gjøre disse retningslinjene lett tilgjengelig for sykepleiere på en medisinsk avdeling for barn, kan det være en mulighet å henge det opp på veggen på vaktrommet. Dette vil gjøre at retningslinjene alltid vil være synlig og vil derfor minne sykepleiere på at det er viktig å ha dette i bakhodet. En ulempe med denne løsningen kan være at sykepleierne kan bli for opptatt av symptomene og tegnene på seksuelle overgrep slik at andre observasjoner blir glemt.

Med grunnlag i helsepersonelloven (1999) og i Adams et al (2007) sin studie der det presiseres at et av målene med den medisinske vurderingen er å identifisere og dokumentere bevis på de eventuelle skadene som er påført barnet, vil dokumentasjon være en viktig funksjon sykepleiere er pliktig til å benytte seg av. Om sykepleieren skulle ende opp med å ikke gjøre noe med sin bekymring, vil det å dokumentere være nødvendig da dette er en plikt. Videre vil det kunne hjelpe de neste sykepleierne som skal gi pleie til barnet med å være oppmerksom på dette fra første stund. Terskelen for å rapportere videre om sin bekymring vil da bli atskillelig mindre.

Det er gjennom utførelsen av ulike prosedyrer og samtaler sykepleier lettest kan observere barnet. Ved for eksempel lytting på rygg og bryst eller ved blodtrykkstaking er det lettest om barnet tar av seg gensen slik at det er lettere å komme til. Barn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, kan i en slik situasjon reagere da barnet mest sannsynlig ikke vil kle av seg. Barnet kan bli aggressivt, urolig og kanskje begynne å gråte (Aasland, 2014). Barnet kan også reagere annerledes ved å dissosiere og bli motløst og apatisk (Aasland, 2014). Sykepleieren må ikke tvinge barnet til å gjøre noe det ikke vil, da en slik situasjon kan være svært traumatiserende (Eide & Eide, 2012). Sett i et annet lys kan slike reaksjoner også komme på grunn av frykten barnet har ved det å være på sykehus (Grønseth & Markestad, 2011). At et barn i alderen 7 til 12 år ikke ønsker å kle av seg foran en sykepleier barnet ikke kjenner så godt, kan også være helt normalt. Barns opplevelse av mestring er sterkt knyttet til egen kroppsbeherskelse og en situasjon der det må kle av seg kan virke truende (Grønseth & Markestad, 2011).

Selv om jeg i min avgrensning ikke ønsket å fokusere på foreldre i denne oppgaven, vil jeg likevel skrive kort om deres rolle i barns sykehusopphold (Grønseth & Markestad, 2011). Foreldrene er de som kjenner barna best og kan ofte forklare når og hvorfor mulige tegn og symptomer har oppstått. Ved at sykepleieren inkluderer foreldrene i sine bekymringer, kan det hende at sykepleieren setter ord på bekymringer foreldrene selv har uten at foreldrene helt vet hva bekymringene kom av. Sykepleier og foreldre kan sammen finne ut hva dette kan komme av og når dette oppsto. Det trenger nødvendigvis ikke være seksuelle overgrep barnet utsettes for, men det kan være noe annet som bør undersøkes (Aasland, 2014).

Sykepleier skal avklare med foreldrene hvilke prosedyrer foreldrene ønsker å gjøre selv og hvilke sykepleieren skal gjøre for å eventuelt avlaste foreldrene (Forskrift om barns opphold på helseinstitusjon, 2000). Om barnet trenger hjelp i en stellesituasjon, vil det ofte være tryggest for barnet at foreldrene hjelper til med dette. Sykepleieren kan her observere hvordan barnet reagerer på at foreldrene skal stelle. For et barn som blir seksuelt misbrukt av en forelder, kan denne situasjonen være noe barnet gruer seg til. Men igjen, det er ikke nødvendigvis foreldrene som er overgriperen. Om foreldrene ønsker at sykepleieren skal utføre stellet, er det viktig at det blir observert hvordan barnet reagerer på at en ukjent person skal gjøre dette. Først og fremst må man snakke med barnet selv og høre hva det ønsker (Grønseth & Markestad, 2011). Hvis barnet blir utsatt for seksuelle overgrep, vil denne situasjonen være forferdelig, og det at barnet skal kle av seg kan være et stort problem. På en annen side kan dette være noe barnet ikke synes er problematisk. Kanskje forteller barnet at onkelen pleier å vaske barnet nedentil så det kan sykepleieren gjøre da dette er noe barnet er vant med. Hvis dette er tilfellet, må det ringe en bjelle hos sykepleieren, og hun må prøve å finne ut hva dette med onkelen innebærer. Når sykepleieren utfører stellet, må hun også se etter fysiske symptomer og kliniske tegn (Nordtvedt & Grønseth, 2013).

Når kun 5 % av tilfellene av seksuelle overgrep gir fysiske bevis, kan det da bli utfordrende å oppdage og observere symptomer og tegn hos de resterende 95 % (Killén, 2015).

Sykepleieren må være observant og bruke mulighetene hun har. I løpet av sykehusoppholdet blir sykepleieren kjent med barnet. Hun må tenke over hvordan barnet er i forhold til de ulike utviklingstrinnene. Hvis sykepleieren mener at barnet oppfører seg annerledes enn det barnet burde i forhold til sin alder, vil det være lurt å ta en samtale med foreldrene (Aasland, 2014). Et eksempel her kan være at barnet tisser på seg om natten. På den ene siden kan en såkalt regresjon være et tegn på seksuell mishandling (Aasland, 2014), men kan på den andre siden

oppstå grunnet den stressende situasjonen barnet er i på sykehuset (Grønseth & Markestad, 2011). Sykepleier bør i et slikt tilfelle spørre foreldrene om barnet begynte å tisse på seg da det kom på sykehuset eller om dette har pågått lenge. Hvis tissingen startet da barnet kom på sykehuset, vil det mest sannsynlig være grunnet sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2011). Hvis tissingen har pågått over lengre tid, er det hensiktsmessig å finne ut når dette startet. Kanskje det startet etter en skilsmisse eller etter et dødsfall i familien, da slike hendelser også kan være en grunn til regresjon (Aasland, 2014).

Flere symptomer og tegn som kan komme grunnet både seksuell mishandling og innleggelse på sykehus, er mareritt, aggressivitet, at barnet er urolig og engstelig, søvnevansker, spisevansker, fortvilelse, depresjon og separasjonsangst (Aasland, 2014; Grønseth & Markestad, 2011). Sykepleier bør ikke komme til en bestemt konklusjon på grunn av få symptomer og tegn, men heller prøve å finne ut når disse symptomene startet og hvorfor. Barnet må imidlertid få lov å være redd og å utfolde sine følelser (Grønseth & Markestad, 2011). Ikke desto mindre viktig er det å opplyse foreldrene om de ulike reaksjonene barnet deres kan få i løpet av sykehusoppholdet. Disse reaksjonene kan ofte fortsette etter hjemreise (Grønseth & Markestad, 2011).

Som jeg akkurat nevnte, skal ikke sykepleier legge noen konklusjon for tidlig, men det er imidlertid også viktig å ta bekymringene på alvor. At barn blir feildiagnostisert må unngås. Sykepleiere skal være bevisst på de typiske symptomer og tegn som kan skyldes ulike diagnoser og ikke kun seksuell mishandling (Grønseth & Markestad, 2011). Barn som har vært utsatt for seksuell mishandling har ifølge Weinstein, Staffelbach og Biaggio (2000) høy risiko for å utvikle post traumatisk stresslidelse (PTSD). Artikkelen forteller at svært mange barn som har utviklet PTSD etter seksuell mishandling blir diagnostisert med ADHD (Weinstein et al, 2000). Disse barna led av oppmerksomhetssvikt, aggresjon og hyperaktivitet. Feil diagnostisering av de utsatte barna vil få uheldige konsekvenser som upassende eller utilstrekkelig behandling. For eksempel kan et barn som har blitt utsatt for seksuell mishandling bli diagnostisert med ADHD selv om diagnosen PTSD ville være riktig. Som resultat her kan barnet for det første få behandlingstiltak som kan skade ytterligere, og for det andre vil ikke barnet få riktig behandling og hjelp i sin situasjon (Weinstein et al, 2000).

ADHD har allikevel en sammenheng med seksuell mishandling (Briscoe-Smith & Hinshaw, 2006). Med grunnlag i studien til Briscoe-Smith og Hinshaw (2006) ble det gjort funn om at

det er en betydelig høyere forekomst av overgrep hos barn som har ADHD enn hos barn uten ADHD. Når det er sagt, ble denne studien kun gjort på jenter og ikke på gutter. Jeg synes allikevel det er verdt å nevne. På en annen side vet man ikke om disse jentene har blitt riktig diagnostisert med tanke på ADHD-diagnosen, da studien til Weinstein et al (2000) kom fram til at svært mange barn blir feildiagnostisert.

5.2 Kommunikasjon, den gylne mulighet

Mange barn synes det er vanskelig å finne muligheter for å fortelle om overgrepene de blir utsatt for (Jensen, Gulbrandsen, Mossige, Reichelt & Tjersland, 2005). I følge Jensen et al (2005) ønsker barn at det finnes en mer naturlig setting og at det finnes forbindelser til temaet slik at terskelen til å starte å snakke om seksuelle overgrep ikke blir så stor. En løsning her kan være å ha brosjyrer på avdelingen om overgrep. Dette kan være nyttig for foreldrene i den forstand at de selv kan oppdage eventuelle symptomer og tegn hos sine egne barn. Men dette vil nok ikke hjelpe barna til å komme over terskelen da de fleste barn ikke vil komme til å sette seg ned og lese om seksuelle overgrep. En annen løsning kan da være at programmer eller opplysninger om seksuelle overgrep og andre typer mishandling vises på eventuelle tv-skjermer på avdelingen. På den ene siden kan dette gjøre at barna føler det blir enklere å starte en samtale om overgrepene siden det kan relateres til det som blir vist på tv. Det kan også være enklere for sykepleieren å starte en samtale om seksuelle overgrep ved å relatere det til tv-programmet. På den andre siden kan dette gi en låber stemning på avdelingen. Stemningen er kanskje ikke på sitt beste i utgangspunktet, og det å ha et så tungt tema surrende i bakgrunnen vil da ikke være gunstig.

Mange av barna som er blitt utsatt for seksuelle overgrep, ønsker å få hjelp, men ofte er det forhold som stopper dem i å fortelle om overgrepene (Jensen et al, 2005). Disse forholdene er utviklingens begrensninger, barnets ansvarsfølelse og skam, forhold knyttet til post-traumatisk stresslidelse, forholdet barnet har til overgriperen, omsorgspersonenes oppfatninger og eventuelle trusler mot barnet (Jensen et al, 2005).

Barn som blir utsatt for seksuelle overgrep føler ofte skam og skyld i det som har skjedd. Ofte tenker barnet at hvis det hadde sagt noe annet eller oppført seg annerledes, ville dette aldri skjedd (Jensen et al, 2005). Slik er det imidlertid ikke. Hvis sykepleieren har en mistanke om

at et barn blir seksuelt misbrukt, er det viktig å få sagt dette til barnet (Aasland, 2014). Sykepleieren trenger ikke nødvendigvis si dette direkte til barnet, men kan distansere temaet ved at sykepleieren forteller om et annet barn som ble utsatt for slike overgrep og følte skyld (Ruud, 2011).

I følge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000), har barn rett til å få et tilrettelagt miljø ved sykehusoppholdet og har rett til å ha minst en av foreldrene med seg. På den ene siden vil foreldrenes tilstedeværelse være positivt fordi barnet har nedsatt toleranse for stress når foreldrene ikke er til stede (Grønseth & Markestad, 2011). Foreldrenes tilstedeværelse vil derfor være med på å skape trygghet og velvære rundt barnet i stressende situasjoner. På den andre siden kan foreldrenes tilstedeværelse virke negativt i samtalsituasjoner. For det første så blir de fleste seksuelle overgrep utført av en som barnet har tillit til og kjenner godt (Aasland, 2014). Det kan være en av foreldrene som er overgriperen, og det vil da bli vanskelig for barnet å uttrykke dette når overgriperen er til stede (Jensen et al, 2005). Ofte sier overgriperen at overgrepene er deres hemmelighet (Aasland, 2014). Det vil være feil av sykepleieren å anta at en av foreldrene er overgriperen, men hvis dette av en eller annen grunn er mistanken, bør sykepleier prøve å få til en samtale med barnet alene. For det andre kom det frem i studien til Jensen et al (2005) at majoriteten av barn som blir utsatt for seksuelle overgrep var redd for å fortelle om at de blir mishandlet til sine omsorgspersoner. Mye av grunnen til dette var at de ikke ønsket å gjøre sin mor eller far trist ved å fortelle om det grusomme de opplever. Hvis det enten var mor eller far som var overgriperen, var barnet redd for at det å fortelle det til den andre omsorgspersonen ville føre til skilsmisse (Jensen et al, 2005). Det ville også være nyttig for sykepleieren å få en privat samtale med barnet om det var dette som var situasjonen.

Det er viktig at sykepleier har god kunnskap om barnets kognitive utvikling for å vite hvordan kommunikasjonen bør foregå (Ruud, 2011). Barn i alderen 7 til 12 år er i den konkret-operasjonelle fasen. Barnet klarer i denne alderen å holde lenger på oppmerksomheten og derfor også kunne samtale over lengre tid (Ruud, 2011). Med grunnlag i de ulike utviklingsteoriene bør sykepleier tilrettelegge kommunikasjonsforholdene i samsvar med utviklingstrinnet barnet er i (Eide & Eide, 2012). På den ene siden må sykepleier være klar over at det er stor forskjell på et barn som er 7 år og et barn som er 12 år (Ruud, 2011). Barn i samme alder er også svært forskjellige (Ruud, 2011). Dette gjør at sykepleier på den andre siden må være klar over at et barn som er 7 år kan være på samme modningsnivå som et barn

som er 12 år eller motsatt. Samtaler med barn er derfor alltid ulike. Det er viktig at sykepleieren bidrar til at barnet føler seg anerkjent. Sykepleieren bør være interessert, akseptere hvordan barnet velger å uttrykke seg på og forstå barnets evne til å kommunisere ut ifra sine kognitive forutsetninger (Ruud, 2011).

Sykepleieren må prøve seg fram på forskjellige måter da det samme ikke passer for alle barn (Ruud, 2011). En fin begynnelse kan være å lytte til barnet. Her kan sykepleieren kartlegge hvor oppmerksomheten til barnet er rettet, hva barnet er opptatt av og hvilke interesser barnet har. Dette kan sykepleieren trekke inn i senere samtaler. Ikke alle barn er like åpne og pratsomme. Hvis barnet er stille og holder følelser for seg selv, kan bilder, leker, fortellinger og tegninger være et godt hjelpemiddel. Gjennom lek kan barnet uttrykke følelser og opplevelser barnet bærer på (Eide & Eide, 2012).

Barn forstår lettest hvis ord og handlinger kombineres (Grønseth & Markestad, 2011). Bruk av hjelpemidler gjør det derfor lettere for barnet å takle og formidle følelser. Det er lettere å fortelle om skumle historier gjennom en leketelefon, en dukke eller en tegning enn kun en samtale ansikt til ansikt (Grønseth & Markestad, 2011). Ved bruk av tegninger kan sykepleieren oppfordre barnet til å tegne noe en har opplevd og oppmuntre barnet til å snakke om tegningen etterpå. Sykepleieren bør unngå å tolke barns tegninger, men heller spørre barnet direkte hva tegningen betyr. Bruk av dukker og bamser er en bra måte å snakke gjennom (Grønseth & Markestad, 2011). Barnet kan for eksempel leke at den ene bamsen er slem mot den andre bamsen. På en side er det viktig som sykepleier å være oppmerksom på slike indirekte uttrykksmåter. For barn har nemlig ikke ord og språk den samme betydningen som det den har for voksne (Eide & Eide, 2012). På den andre siden må sykepleier være klar over at slik lek ikke nødvendigvis betyr noe. Mange barn har en enorm evne til å bruke fantasien sin og kan leke mye forskjellig uten at det har noen betydning (Ruud, 2011).

For noen barn vil det hjelpe å snakke om følelser og vanskelige situasjoner, men slik er det nødvendigvis ikke for alle (Ruud, 2011). Det er ikke alltid at det å snakke om problemet er det beste for barnet. Sykepleier må akseptere at ikke alle barn ønsker å snakke om det som har skjedd eller om følelsene sine. Åpne spørsmål som «hvordan har du det?» kan for mange barn være svært vanskelig og vondt. Sykepleier kan heller informere barnet om at hun ser at barnet har det vondt og at barnet kan snakke med sykepleieren når det føler seg klar for det (Ruud, 2011). Dette gjør at barnet selv er den som bestemmer og styrer.

En grunn til at noen barn velger å ikke fortelle om det vonde de bærer på, kan være at de ønsker å være normale og oppegående. De ønsker å opprettholde et slikt selvbilde ved å skyve bort områder i livet som ikke passer inn i det normale (Ruud, 2011).

Barn lyver sjelden om at de har vært utsatt for seksuelle overgrep (Aasland, 2014). Ofte er det motsatt; barn lyver for å skåne overgriperen. Barn lyver sjelden om noe de ikke vet noe om (Aasland, 2014). Ofte lyver de om noe som er kjent for dem. Derfor er det viktig å observere måten barnet forteller på, hva som blir sagt og hvordan det sies. Imidlertid er det mange barn som både har sett og hørt ting de kanskje ikke burde i vår medie verden. I barnets hverdag med teknologi tilgjengelig hele tiden over alt, kan dette skje uten at foreldrene klarer å sette gode grenser.

Hvis barn skal fortelle om overgrep, er dette til personer de er trygge på. Det kan være viktig at sykepleieren forteller om overgrep som noe som skjer. Dette gir barnet innsikt. Det er lettere for barnet å fortelle hvis det er en anledning for det (Aasland, 2014).

Det er ikke bare barnet som synes det er vanskelig å prate om slike tunge temaer. Slik er det også for mange sykepleiere (Ruud, 2011). Barrierer kan være at sykepleieren ikke ønsker å belaste barnet unødvendig mye eller er redd for å ta feil i sin vurdering (Ruud, 2011).

Sykepleier må bevisstgjøre seg sine barrierer slik at hun kan kontrollere sine reaksjoner for at barnet skal slippe å bli forvirret. Slike reaksjoner kan for eksempel være sinne, frustrasjon eller redsel (Ruud, 2011).

5.3 Det etiske dilemmaet og frykten for å ta feil

Frykten for å ta feil gjør at sykepleiere utsetter det i det lengste med å gjøre bekymringene sine om til handling. Det er urovekkende å tenke at et barn blir mishandlet. Den tanken gjør noe med oss. At noen barn blir utsatt for seksuelle overgrep er så fælt og alvorlig at man helst ikke vil innrømme at det skjer. Det er mye lettere å holde det litt på avstand. Med grunnlag i loven har sykepleier plikt til å melde til barnevernet ved mistanke om at et barn blir mishandlet (Helsepersonelloven, 1999). Da det kun er sykepleieren selv som vet om hun har mistanke eller ikke, er det mulig at noen sykepleiere velger å se bort ifra dette. Ikke desto mindre så må sykepleier også følge de yrkesetiske retningslinjene (Brinchmann, 2013). De

fire prinsippers etikk, som sier at sykepleier skal gjøre godt mot andre, ikke skade, la pasienten ta egne beslutninger og behandle alle like tilfeller likt, må være rettesnoren når sykepleier observerer barnet og får en mistanke (Brinchmann, 2013). Når sykepleieren skal gjøre godt mot pasienten, som i dette tilfellet er barnet, vil det beste være å ta mistanken på alvor og søke hjelp hos overordnede slik at barnet blir sett og trodd, og i neste instans får hjelp. Noen vil hevde at sykepleier er med på å skade barnet ved å vite, men ikke handle fordi seksuell mishandling er svært skadelig for barnets helse (Aasland, 2014).

Så fort sykepleier får en bekymring og mistanke om at et barn blir utsatt for seksuell mishandling, har vi et etisk dilemma. Barn legges inn på sykehus på grunn av mange ulike årsaker. På den ene siden blir det feil av sykepleier å gå rundt å tenke at alle barn blir utsatt for seksuelle overgrep. På den andre siden blir det også feil av sykepleieren å tenke at ingen barn blir utsatt for seksuelle overgrep. Har sykepleieren rett i sin mistanke og bekymring ut i fra observasjoner som er gjort, vil et barn få muligheten til et bedre liv uten mishandling. Men om sykepleieren tar feil, kan det skape usikkerhet og utrygghet hos en familie som også kanskje vil føle seg sviktet av helsevesenet.

På den ene siden har vi pliktetikken der sykepleier handler ut ifra pliktene (Brinchmann, 2013). På den andre siden har vi konsekvensetikken der sykepleieren handler ut ifra hva slags konsekvenser handlingen gir (Sneltvedt, 2013). Handlingene sykepleier gjør, bør bestemmes av både plikt- og konsekvensetikk sammen (Sneltvedt, 2013). Sykepleieren må handle ut ifra pliktene og følge Norges lover og regler. Samtidig som sykepleieren skal følge pliktene, skal hun også tenke over konsekvensen av handlingene (Sneltvedt, 2013). I en gitt situasjon der sykepleier ikke rapporterer videre det hun har observert fordi hun ikke ønsker mye styr og ubehageligheter, bør sykepleieren tenke over hva som gir mest nytte hos alle de berørte parter. I en slik situasjon er det barnet som er pasienten og den viktigste parten. Ved å unngå å melde ved mistanke om seksuell mishandling, kan dette føre til at barnet fortsetter å bli mishandlet og blir ytterligere skadet (Caneira & Myrick, 2015). Likevel er det noen sykepleiere som, kanskje ubevisst, ikke melder ifra. En løsning på dette problemet kan være å gi sykepleiere mer opplæring og utdanning innen pediatri og pediatrik sykepleie og mulige symptomer og tegn som kan tyde på mishandling da mange føler seg usikre i en slik situasjon (Plitz & Wachtel, 2009; Fraser et al, 2010).

I en studie av Plitz og Wachtel (2009) kom det frem at mange sykepleiere velger å ikke melde om mulig barnemishandling til barnevernet. Sykepleiere som jobber på sykehus har en god mulighet til å observere barnet nøye gjennom utførelsen av ulike prosedyrer. Dette gjør at sykepleiere bør kunne observere alle mulige tegn på at noe er galt, også tegn på barnemishandling. Likevel er ikke sykepleiere de som oftest melder til barnevernet (Plitz & Wachtel, 2009). For at sykepleiere skal kunne oppfatte symptomer og tegn på eventuell mishandling, må sykepleieren ha tilstrekkelig med faglig kunnskap om barns normale helse og om tilstander som bør vekke bekymring (Grønseth & Markestad, 2011).

For det første kan mangel på faglig kunnskap være en grunn til at tilfeller av mishandling ikke blir rapportert. Flere sykepleiere etterspør mer opplæring og utdanning innen hvilke symptomer og tegn som kan forekomme grunnet barnemishandling (Plitz & Wachtel, 2009; Fraser, Mathews, Walsh, Chen & Dunne, 2010). Det viser seg at de fleste sykepleiere føler seg kunnskapsrike på symptomer og tegn på fysisk mishandling, men synes symptomer og tegn på seksuell og psykisk mishandling kan være vanskelig å identifisere (Plitz & Wachtel, 2009; Fraser et al, 2010). Selv om et barn kan være utsatt for fysisk og seksuell mishandling samtidig, er det viktig å vite om hvilke symptomer og tegn som alene bør vekke mistanke om seksuell mishandling også (Kynø et al, 2015).

For det andre kan mye av grunnen til at mistanke om barnemishandling ikke blir rapportert, være frykten for å støte familier vekk fra helsevesenet og konsekvenser dette har for pasienten, altså barnet (Plitz & Wachtel, 2009). Mange sykepleiere er redd for å føle at de svikter familiene som har opparbeidet tillit til helsevesenet og er redde for å ikke bli likt av både pasienter, pårørende og kolleger (Plitz & Wachtel, 2009). Det er forståelig at det føles ubehagelig for sykepleieren å bli konfrontert av andre hvis de mener det er gjort en feil. På den andre siden er det rimelig å si at sykepleieren bør være profesjonell og fokusere mer på å gjøre jobben riktig enn hva andre skulle mene.

For det tredje kan en grunn for at mishandling ikke blir rapportert også være at noen sykepleiere skyver ansvaret over på andre. Sykepleierne tenker at det alltid er noen andre som oppdager det, og det ville være enklere om en kunne oversett symptomene og tegnene på seksuell mishandling og fokusert på det barnet egentlig er innlagt for (Plitz & Wachtel, 2009).

6. Oppsummering

Sykepleieren skal altså bruke relevante fagkunnskaper og etiske aspekter slik at sykepleien blir tilpasset til den individuelle pasient og situasjon (Nordtvedt & Grønseth, 2013). For at den pедиатriske sykepleien skal være så god som mulig, er kunnskap om barns normale vekst og utvikling påkrevet (Grønseth & Markestad, 2011). Denne kunnskapen er også nødvendig for å kunne tolke og observere barnets uttrykk for at noe er galt (Grønseth & Markestad, 2011). God kunnskap om ulike symptomer og tegn på seksuell mishandling kan være avgjørende for et barns videre liv og helse (Caneira & Myrick, 2015). Når det er sagt, hjelper det lite at sykepleieren sitter inne med mye kunnskap hvis hun unnlater å handle. Enkelte sykepleiere kan kanskje unnlate av ulike grunner å rapportere videre om seksuell mishandling tross sine plikter (Plitz & Wachtel, 2009). Som pasientens talsmann er det svært viktig at sykepleier observerer, vurderer, fatter mistanke og rapporterer videre slik at et barn som blir mishandlet blir hørt og hjulpet (Caneira & Myrick, 2015).

Avslutningsvis vil jeg presisere at loven står høyere enn de etiske retningslinjene. Det betyr da at sykepleier faktisk har en plikt til å melde ifra ved mistanke, ikke et valg (Helsepersonelloven, 1999). Unnlattelse av å identifisere mistenkelige symptomer og tegn og det å iverksette nødvendige tiltak, vil ha store ødeleggende konsekvenser for barnet og familien (Caneira & Myrick, 2015). Sykepleieren må i noen tilfeller tørre å tenke det verste.

Referanseliste

- Aasland, M. W. (2014). «-si det til noen-» *En bok om seksuelle overgrep mot barn og unge*. (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Adams, J. A., Kaplan, R. A., Starling, S. P., Mehta, N. H., Finkel, M. A., Botash, A. S. & Shapiro, R. A. (2007). Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 20(3), 163-172. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2006.10.001>
- Brinchmann, B. S. (2013). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3.utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2013). Pliktetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3.utg., s. 55-66). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Briscoe-Smith, A. M., & Hinshaw, S. P. (2006). Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: Behavioral and social correlates. *Child abuse & neglect*, 30(11), 1239-1255. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.04.008>
- Caneira, L., & Myrick, K. M. (2015). Diagnosing child abuse: The role of the nurse practitioner. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11(6), 640-646. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.03.017>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Erikson, E. H. (2000). *Barndommen og samfunnet*. (2.utg.). Trondheim: Gyldendal akademisk.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015>

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

Guldbrandsen, L. M. (2017). Barn, oppvekst og utvikling. I L. M. Guldbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling*. (2.utg., s. 15-50). Oslo: Unviersitetsforlaget.

Guldbrandsen, L. M. (2017). Urie Bronfenbrenner: En økologisk utviklingsmodell. I L. M. Guldbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling*. (2.utg., s. 51-72). Oslo: Universitetsforlaget.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

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

Hundeide, K. & Guldbrandsen, L. M. (2017). Jean Piaget: En konstruktivistisk teori om barns utvikling. I L. M. Guldbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling*. (2.utg., s. 213-234). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child abuse & neglect*, 29(12), 1395-1413. doi: <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.07.004>

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

Kynø, N. M., Lindboe, A., Vetlesand, N., Skotte, L. H., Bjaanes, A. K. S., Syversen, M. & Randklev, S. (2015, 04.05). Mishandling, overgrep eller omsorgssvikt av barn – bekymringer, mistanke og melding. Hentet fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-overgrep-eller-omsorgssvikt-av-barn-bekymring-mistanke-og-melding>

Kynø, N. M., Lindboe, A., Vetlesand, N., Skotte, L. H., Bjaanes, A. K. S., Syversen, M. & Randklev, S. (2015, 04.05). Seksuelle overgrep mot barn. Hentet fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/seksuelle-overgrep-mot-barn>

Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri*. (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Nielsen, G. H. & Binder, P.-E. (2017). Den klassiske psykoanalysens grunnbegreper: normalutvikling og psykopatologi hos barn og unge. I L. M. Guldbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling*. (2.utg., s. 73-103). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (4.utg., s. 17-31). Oslo: Gyldendal akademisk.

Piltz, A., & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 26(3), 93.

Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Sneltvedt, T. (2013). Konsekvensetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3.utg., s. 67-78). Oslo: Gyldendal akademisk.

Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (red.) (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. (NKVTS Rapport nr. 1, 2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Weinstein, D., Staffelbach, D., & Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical psychology review*, 20(3), 359-378. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00107-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00107-X)

Wilson, D. R. (2010). Health consequences of childhood sexual abuse. *Perspectives in psychiatric care*, 46(1), 56-64.