



FORSIDEARK

Avsluttende eksamen i sykepleie ved høyskolen Diakonova

Tittel: Hvordan kan sykepleier hjelpe barn som er utsatt for seksuelle overgrep?

Dato for innlevering: 23.05.14

Kandidat nr: 220

Kull: 181

Antall ord: 10342

Veileder: Trine Klette

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1. Innledning	3
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Problemstilling.....	3
1.3 Hensikt og sykepleiefaglig relevans.....	4
1.4 Avgrensninger.....	4
1.5 Begrepsavklaringer.....	5
1.6 Oppgavens innhold.....	6
Kapittel 2. Metode.....	7
2.1 Metodebeskrivelse	7
2.2 Kildekritikk.....	9
Kapittel 3. Presentasjon av teori	11
3.1 Travelbees sykepleierteori	11
3.2 Definisjon av seksuelle overgrep.....	13
3.2.1 Tall på seksuelle overgrep	13
3.2.2 Overgripere	14
3.3 Presentasjon av tilknytningsteori.....	15
3.3.1 Barnets kognitive/psykologiske utvikling.....	16
3.3.2 Kommunikasjon med barn	17
3.4 Signaler fra barnet.....	18
3.5 Senere lidelser	19
3.6 Lovverk og etikk.....	21
3.6.1 Sykepleier- hva gjør du?	22
Kapittel 4. Drøfting av problemstilling	24
4.1 Bekymret sykepleier i møte med lovverk og etikk	24
4.2 Sykepleieren og barnet.....	25
4.2.1 Kommunikasjon for å oppdage?.....	26
4.2.2 Målrettet sykepleie	27
4.3 Barnet og foreldrene- behov for sykepleie?.....	28
5. Konklusjon	32
6. Litteraturliste.....	33

Kapittel 1. Innledning

I dette kapittelet vil jeg presentere tema og problemstilling. Jeg vil først presentere bakgrunnen for valgt tema, og videre formulere problemstillingen, samt si noe om hensikten med denne oppgaven. Jeg vil klargjøre hvilke avgrensninger jeg har gjort, og avklare noen av begrepene i problemstillingen. Til slutt vil jeg si kort hvordan oppgaven er bygd opp.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Seksuelt misbruk av barn er en type overgrep som kan være vanskelige å begripe. Seksuelle overgrep forekommer i alle aldergrupper, og i mange ulike miljøer (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Dette er et tema som mange blir engasjert av, men som kan være vanskelig å få tak på. Kanskje er det også vanskelig å erkjenne at dette er en problematikk, fordi vi ønsker så sterkt at det ikke skal være det.

Bakgrunnen for at jeg ønsker å skrive om dette tema bunner blant annet i at jeg fasineres av hvor mange aspekter det er ved et menneske. Barndommen spiller en viktig rolle for hvordan vi utvikler oss og for hvem vi ender opp med å bli (Kirkengen, 2005). Gjennom barna skapes det en framtid som er verd å være opptatt av. Jeg tenker at selv om det er barna som er fremtiden, er det de voksnes ansvar å skape et godt utgangspunkt for barnas møte med den. Jeg tror at en sykepleier kan spille en viktig rolle i møte med barn som utsettes for seksuelle overgrep, og gjøre en viktig jobb for å hjelpe dem.

1.2 Problemstilling

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier hjelpe barn som er utsatt for seksuelle overgrep?

1.3 Hensikt og sykepleiefaglig relevans

Sykepleierutdanningen er en allsidig utdanning som gjør at man kan engasjere seg i mange ulike arbeidsområder. De fleste sykepleiere jobber med mennesker, og møter også barn i mange ulike settinger. Det har vist seg at helsepersonell ofte vegrer seg for å ta tak i problematikken rundt barn og mistanke om overgrep (Rutgerson, 2013). Jeg tror at ved økt kunnskap på området, vil sykepleiere bli tryggere til å ta bekymringsfølelsen på alvor.

Studier gjort både i Norge og internasjonalt har tatt for seg sammenhengen mellom seksuelle overgrep og helsemessige konsekvenser (Wilson, 2010). Det viser seg at det svært ofte er en sammenheng mellom disse. Seksuelle overgrep kan få både psykiske og fysiske konsekvenser for mennesket som opplever dette.

Hensikten med denne oppgaven er å bli rustet til videre jobb med mennesker, og vite mer om hvordan man kan bidra til å oppdage seksuelle overgrep mot barn, og hjelpe disse slik at de på lang sikt får en bedre livskvalitet. Ved å ha kunnskap om dette tema vil man være bedre rustet til å skjønne når man bør melde fra til barnevern. Det er også viktig å ha kunnskap om dette for å kunne møte barna på en best mulig måte, dersom man jobber direkte med dette i for eksempel barnepsykiatri, Barne-hus, barneavdelinger i sykehus, eller andre aktuelle arena.

1.4 Avgrensninger

Dette er en oppgave som skrives med et sykepleierfaglig perspektiv, og om et stort tema. Det vil derfor bli nødvendig å avgrense fra noen områder av tema.

Hvordan man velger å definere et overgrep kan være ulikt, og det kan være svært individuelt hvordan man for eksempel opplever ulike handlinger som overgrep eller ikke (Sosial og helsedirektoratet, 2003). Seksuell trakassering og overgrep mot voksne vil ikke bli omtalt i denne oppgaven.

Omskjæring er et tema som er aktuelt i forhold til dette, og noen vil kalle det for seksuelle overgrep. Dette er et stort og krevende tema, og på bakgrunn av denne oppgavens omfang, vil jeg avgrense meg fra å skrive om omskjæring.

Jeg vil også avgrense meg fra å skrive om ulike diagnoser et barn kan få etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep, og fra eventuelle diagnoser som overgripere kan ha. Videre vil jeg avgrense meg fra å skrive om kommunikasjon med foreldrene, og samarbeid med andre instanser vil kun bli nevnt der det er aktuelt.

Det avgrenses i denne oppgaven til å skrive om barn som er utsatt for seksuelle overgrep i nære relasjoner. Jeg vil ta høyde for både incest og overgrep fra andre, som barnet står i nær relasjon til.

Jeg avgrenser meg fra å skrive om barn som vitner i disse sakene da det blir på siden av et sykepleiefaglig perspektiv. Også sykepleiers rolle som vitne i juridiske saker, vil jeg avgrense meg fra å skrive om.

Jeg har valgt å fokusere på barn på omtrent 5 år, og dette er på bakgrunn av at disse kan kommunisere med språk. I oppgavens sammenheng møter sykepleieren barnet på en barneavdeling på sykehus i forbindelse med skade eller somatisk problem, hvor tid og rom også setter sine begrensninger. Tegn og signaler fra barnet, og hvordan sykepleier videre kan gå fram for å hjelpe, er de sentrale temaene i denne oppgaven.

1.5 Begrepsavklaringer

Hjelpe: «Skal man hjelpe en annen, må man først finne ut hvor han er, og møte ham der. Dette er det første bud i all sann hjelpekunst.» (Søren Kirkegaard, 1994). Dette legges til grunn i avklaringen av begrepet «hjelpe» i denne oppgaven.

Seksuelle overgrep: Dette vil i oppgavens sammenheng bety at en person misbruker sin posisjon som autoritet, og involverer et barn i seksuelle handlinger som barnet ikke har fotutsetning for å forstå, er moden for, eller kan gi informert samtykke til (Sosial- og helsedirektoratet, 2003).

1.6 Oppgavens innhold

I det neste kapittelet vil det komme en beskrivelse av metoden brukt for å finne litteratur og forskning til emnet, samt kildekritikk. Oppgaven vil deretter inneholde en kort innføring i deler av Joyce Travelbees sykepleierteori. Videre følger en presentasjon av forskning og litteratur om seksuelle overgrep mot barn. Det vil deretter en kort introduksjon til tilknytningsteori, og videre følger teori om barnets signaler på seksuelle overgrep, og hvilke senere lidelser disse har risiko for å utvikle. Barnets utvikling og kommunikasjon vil kort bli presentert, og til slutt litt om lovverk og etikk. Deretter vil problemstillingen bli drøftet i lys av litteraturen og Travelbees sykepleierteori.

Kapittel 2. Metode

I de følgende underkapitlene vil jeg presentere fremgangsmåten jeg har hatt for å finne litteraturen som er brukt til å belyse problemstillingen. Noe av den sentrale litteraturen vil bli presentert nærmere, og til slutt kommer noen avsnitt om kildekritikk.

2.1 Metodebeskrivelse

I Dalland (2012) beskrives metode som det som forteller oss om hvordan vi bør gå fram for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, og en metode blir definert som et middel eller en framgangsmåte for å løse problemer og for å komme frem til ny kunnskap. (Dalland, 2012).

Kvantitative metode har den fordel at den gir data i form av målbare enheter, og tallene kan gi mulighet for statistiske beregninger. Kvalitative metoder fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Begge tilnærmingene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av samfunnet som vi lever i (Dalland, 2012). Et litteraturstudium er en systematisk gjennomgang av litteraturen rundt en valgt problemstilling (Forelesningsnotat, Klette, 2014). Denne oppgaven er et litteraturstudium, og artikler med både kvalitativ og kvantitativ vinkling har blitt brukt for å forsøke å belyse problemstillingen. Relevans og pålitelighet er grunnleggende krav til data (Dalland, 2012), og jeg har forsøkt å legge dette til grunn for min prosess i å innhente data til min problemstilling.

Jeg var interessert i å finne ut av hvilken litteratur som fantes om temaet seksuelle overgrep mot barn, og valgte først å oppsøke ulike bibliotek. Her søkte jeg veiledning, og fant blant annet et hefte utgitt av Sosial -og helsedirektoratet som tar for seg veiledningen for hjelpeapparatet til barn som blir utsatt for seksuelle overgrep. «Seksuelle overgrep mot barn - en veileder for hjelpeapparatet,» utgitt i 2003 anså jeg som svært relevant for min oppgave, og har valgt å bruke den noe. «Si det til noen» fra 2004 er en bok som er skrevet av sexolog og psykiatrisk hjelpepleier Margrethe Aasland. Denne boken tar for seg mange sentrale aspekter ved både signaler fra barnet, senskader ved seksuelle overgrep, og hvordan man kan gå videre med problemstillingen for å hjelpe barn som er utsatt for seksuelle overgrep. Videre har jeg blant annet brukt Kari Killéns bok «Sveket1» fra 2009, samt «Tid for trøst» fra 2007 av Trine Klette for å belyse tilknytningsteorien.

For å finne forskning gikk jeg inn på helsebibliotekets nettsider, og brukte primært OvidNursing og SveMed+ som databaser. I sveMed+ søkte jeg blant annet på «Sykepleie, overgrep» som gav 10 treff. I denne databasen får man forslag om andre søkeord, og jeg søkte videre på «child abuse sexual». Dette gav 206 treff, og av disse var 17 på norsk. Blant disse 17 fant jeg en forskningsartikkel som jeg har valgt å bruke i min oppgave. «Omfanget av seksuelle krenkelser og overgrep i en ungdomsbefolkning» fra 2010 er skrevet av Svein Mossige og Lihong Huang. Den bygger blant annet på forskning gjort i 2007 blant videregående elever i Norge. Forskningsarbeidet fra 2007 er en selvrapporteringsstudie som er utført av «norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring». Selvrapporteringsstudiet fra 2007 blir også brukt som kilder i denne oppgaven. Å lese i litteraturlisten på ulike forskningsartikler eller fagartikler har jeg hatt god nytte av, og også brukt det som framgangsmåte for å finne mer forskning og litteratur. I SveMed+ søkte jeg også på «barnemishandling», noe som gav 365 treff, og ved å videre innskrenke søket fant jeg en artikkel i «barnbladet» utgitt i Sverige i 2012. Forfatter er distriktssykepleier Emma Van Hove. Her det er gjort en kvalitativ intervjustudie blant svenske sykepleiere på en barneavdeling, hvor man har tatt for seg deres erfaringer med å mistenke at barn blir mishandlet.

På OvidNursing gjorde jeg også mange søk, og søkte blant annet på «childhood sexual abuse», som gav 15207 treff, altså et svært vidt søk, som krevde innskrenkninger. Da jeg søkte på «health consequences sexual abuse» var det 92 treff. Av disse var det en artikkel som jeg oppfattet som aktuell og interessant. «Health consequences of childhood sexual abuse» har forfatteren Debra Rose Wilson og er utgitt i 2010. Den har et sykepleierperspektiv og framstiller forskning på helsekonsekvenser ved seksuelle overgrep i barndommen. Artikkelen påpeker også manglende kunnskap om dette blant helsepersonell.

Jeg gjorde også søk i fagtidsskriftet «sykepleien», og brukte søkeordene « seksuelle overgrep barn» som ga 0 treff. Da jeg utvidet søket, og søkte på «seksuell overgrep» fikk jeg omentrent 30 treff, og svært få er utgitt av «Sykepleien forskning». Blant disse var det likevel en artikkel jeg har brukt, da « Hjelp til avdekking av omsorgssvikt og mishandling av barn» fra 2013 tar for seg viktige elementer for min oppgave i et sykepleierperspektiv.

På bakgrunn av oppgavens omfang og tidsbegrensning er det nødvendig å gjøre en utvelgelse, og videre kan det bli viktig å se kildene med et kritisk blikk.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk vil si at man vurderer og karakteriserer kildene som brukes (Dalland, 2012). Litteraturen som er brukt er blant annet noe pensumlitteratur, noe som jeg anser som sikre kilder. Da mye av kildene ikke er pensum, har jeg valgt å se på hvilke sammenhenger de er gitt ut, eller hvilken bakgrunn forfatteren har. Heftet utgitt av sosial- og helsedirektoratet anser jeg som en trygg kilde, men heftet kom ut i 2003, og kunne med fordel ha vært av nyere dato. Både i belysningen av Travelbees sykepleierteori og i datainnsamlingen til oppgaven for øvrig, har jeg valgt å bruke både primær og sekundærlitteratur. Jeg mener jeg har funnet gode og relevante kilder, men jeg er også klar over at sekundærlitteratur innebærer en viss risiko for feiltolkning. Jeg har likevel vurdert det slik at det kan være positivt å bruke begge deler.

I mye forskningen som er gjort i Norge på seksuelle overgrep henvises det til selvrapporteringsstudiet utført av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring i 2007. Altså er dette av relativt ny dato, og kan gi gode indikasjoner på hvordan forholdene er i dag.

Jeg har også brukt noe litteratur som er skrevet på engelsk, samt noe på svensk. Den engelske artikkelen omhandler helsemessige konsekvenser for barn som har blitt misbrukt seksuelt, og jeg tenker at dette er anvendbart for denne oppgaven, fordi dette vil være det samme for mennesker i Norge. Videre mener jeg også at svensk litteratur kan være overførbart til norske forhold, men det kan være en brist at det i artikkelen om svenske sykepleiere i hovedsak handler om sykepleiere som er spesialister på barnesykepleie. Mulige misforståelser på grunn av språk kan også ha forekommet, både i den svenske og den engelske litteraturen. Disse artiklene er også utgitt i tidsskrifter, henholdsvis «Barnbladet» og «Perspectives in psychiatric care», og det er artikler som er utdrag, eller bygger på forskningartikler publisert andre steder. På bakgrunn av begrenset tilgang, tidsbegrensning og at det finnes svært mye litteratur på temaets seksuelle overgrep mot barn, har jeg ikke prioritert å finne primærlitteraturen for disse, noe jeg ser kan være en svakhet.

I forhold til bruk av internasjonale kilder, har jeg kommet fram til at det er en fordel å prioritere norsk litteratur, da dette er en oppgave skrevet med tanke på norske forhold.

Slik som jeg har oppfattet det, finnes det ikke veldig mye norsk forskning på seksuelle overgrep mot barn, som er gjort i et sykepleieperspektiv. At det er brukt lite forskning i et sykepleierfaglig perspektiv, kan være negativt for oppgaven.

Kapittel 3. Presentasjon av teori

I dette kapittelet vil jeg først presentere aspekter ved Joyce Travelbees sykepleierteori som jeg anser som aktuelle for denne oppgaven. Videre følger aktuell teori for problemstillingen, hvor jeg først presenterer ulike definisjoner, tall og noen ord om overgriperen. Tilknytningsteori, signaler og senere lidelser vil deretter bli omtalt, og til slutt litt om lovverk og etikk i forhold til problemstillingen.

3.1 Travelbees sykepleierteori

Joyces Travelbee utgav på 60- tallet sin bok hvor hun presenterer sin teori om mellommenneskelige forhold i sykepleien (Kirkevold, 2009). De viktigste begrepene i Travelbees teori er menneske som individ, lidelse, mening, menneske- til menneske forhold og kommunikasjon (Kirkevold, 2009). Travelbees teori sier at mennesket trenger å oppleve mening i de ulike situasjonene en møter. Å hjelpe personen til å oppleve mening er sykepleierens viktigste hensikt. Denne hensikten oppnås ved å etablere et menneske til menneskeforhold (Kirkevold, 2009). Dette forholdet er en prosess og et middel for å oppnå sykepleie. Forholdet kjennetegnes ved at individet, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt (Travelbee, 2003) Et slikt mellom-menneskelig forhold kan utvikles når en eller flere erfaringer eller opplevelser deles mellom pasienten og sykepleieren. Travelbee er opptatt av det enkelte menneske, og mener at sykepleier må ha en dyp forståelse av hva det vil si å være menneske (Travelbee, 2003).

Å oppnå et menneske til menneske forhold kan man i følge Travelbee gjøre med å gå gjennom fem faser. Den første fasen er det innledende møtet. Når sykepleieren første gang møter en pasient, vil hun observere, vurdere pasientene og trekke slutninger. Det er sykepleierens oppgave å se pasienten som et individ og et menneske (Eide & Eide, 2008). Denne fasen vil være preget av begges førsteinntrykk og tidligere erfaringer med slike situasjoner (Eide & Eide, 2008). Når den første fasen er vellykket avsluttet, kan den neste fasen begynne. Dette er fasen hvor fremvekst av identiteter oppstår. I framveksten av identiteten begynner sykepleieren og pasienten å etablere et bånd til hverandre. De begynner å oppfatte hverandre som unike mennesker. I denne fasen advarer Travelbee mot å legge mer

av egne følelser, tanker og forventninger hos pasienten enn hva som er realistisk (Eide & Eide, 2008). Fase nummer tre er empati. Her er Travelbee opptatt av at sykepleier må ta del i og forstå pasientens psykologiske tilstand, men likevel stå utenfor. Empati er nødvendig for god sykepleie, men for at det skal bli tilstrekkelig kreves også sympati, som er den fjerde fasen. Denne fasen omhandler en dyp og personlig omtanke og interesse for pasienten. Til sist er gjensidig forståelse og kontakt (Kirkevold, 2009). Dette er realiseringen av menneske-til-menneske forholdet, som Travelbee legger til grunn for all sykepleie (Eide & Eide, 2008). Disse fasene overlapper hverandre til en viss grad (Eide & Eide, 2008).

Travelbee er også kjent for sitt uttrykk «terapeutisk bruk av seg selv» (Kristoffersen, 2011). Dette vil si at sykepleieren bevisst bruker sin egen personlighet og kunnskap for å bidra til at det skjer forandringer hos den syke. Denne forandringen er terapeutisk dersom den avhjelper personens plager i følge Travelbee (Kirkevold, 2009). Målet med forandringen er at mennesker skal handle på en slik måte at det høyest mulige nivå av helse oppnås (Travelbee, 2003). Dette krever igjen en dyp forståelse av menneskets tilstand, og innsikt i egne verdier. Kommunikasjon inngår også i terapeutisk bruk av seg selv (Kirkevold, 2009) og kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er helt avgjørende for å sikre at tiltakene sykepleier iverksetter er i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen, 2011).

Kommunikasjon er blant sykepleierens viktigste redskaper. Kommunikasjon er en gjensidig prosess hvor mennesker deler eller overfører tanker og følelser mellom seg (Kirkevold, 2009). Kommunikasjon er en forutsetning for at man skal oppnå sykepleiens hensikt (Kirkevold, 2009). Travelbee sier også at kommunikasjon er en formålsstyrt prosess som gjør sykepleieren i stand til å opprette et menneske-til-menneske forhold (Kirkevold, 2009). Hensikten med kommunikasjon er videre å bli kjent med pasienten og finne fram til og oppfylle pasientens behov (Kirkevold, 2009). Kommunikasjonens innhold skal være «velgjørenhet» i følge Travelbee, og hun sier videre at kommunikasjonen krever ulike forutsetninger. Det kreves også evner som kunnskap, evnen til å anvende denne, sensitivitet og en velutviklet sans for «timing» (Kirkevold, 2009).

3.2 Definisjon av seksuelle overgrep

Det kan være vanskelig å definere hva som ligger i begrepet seksuelle overgrep. Det er vanlig å definere seksuelle overgrep på to måter. Fordi seksuelle overgrep kan innebære et vidt spekter av handlinger, finnes definisjon i juridiske sammenhenger, samtidig som det kan være nyttig å definere det psykologisk (Sosial – og helsedirektoratet, 2003). Grunnleggende elementer for å definere seksuelle overgrep mot barn på den psykologiske måten, er at det er seksuell handling som barnet ikke kan forstå. Barnet er heller ikke modent for, og kan ikke gi informert samtykke til handlingen. Videre er handlingen noe som krenker barnets integritet, og den voksne utnytter ens egen maktposisjon og barnets avhengighet til den voksne. Det er den voksnes behov handlingen baserer seg på. Det siste elementet er at denne aktiviteten er ulovlig eller bryter med sosiale tabuer innenfor familien (Sosial – og helsedirektoratet, 2003). I straffelovens kapittel 19 tar man for seg lovgivningen rundt seksuelle overgrep. Her graderer man overgrepene først og fremst i forhold til fysiske og ytre kjennetegn, altså betraktes seksuell omgang som inkluderer samleie som grovere lovbrudd enn seksuelt krenkende oppførsel, som for eksempel blotting (Sosial – og helsedirektoratet, 2003). I loven tar man også for seg strafferammene dersom noen utnytter sin egen stilling, eller misbruker et tillits- eller avhengighetsforhold for å skaffe seg selv eller annen seksuell omgang. Her er strafferammene på inntil 6 år (Straffeloven).

3.2.1 Tall på seksuelle overgrep

I 2010 ble det registrert omentrent 3400 ofre for seksuallovbrudd, og halvparten av disse mot barn i alderen 10- 15 år. I gjennomsnitt blir det anmeldt 80 tilfeller av incest i året, og 160 tilfeller av seksuell omgang med barn under 10 år (Statistisk sentralbyrå, 2011).

Forskning har vist at generelt sett er jenter mer utsatt for seksuelle overgrep enn gutter (Mossige & Huang, 2010). Ungdom er ansvarlig for mange av de seksuelle krenkelser som begås mot barn og mot andre ungdommer (Mossige, 2001).

Forskning viser at ungdom mellom 16 og 18 år er mer utsatt for seksuelle overgrep enn barn som er yngre enn dette (Broch, 2008). Man kan likevel regne med at mørketallene for barn som utsettes for seksuelle overgrep er høye (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). I år 2000, ble

det anmeldt over 600 tilfeller av utuktig omgang med barn. At flere av disse hendelsene som ble anmeldt da lå flere år tilbake i tid, understreker at det med stor sannsynlighet foreligger mye mørketall på dette området (Sosial- og helsedirektoratet, 2003).

Stefansen og Mossige finner i sin undersøkelse om vold og overgrep mot ungdom, fra 2007 at 22 % av jentene, og 8 % av guttene oppgav å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep før fylte 18 år. I rapporten kommer det også fram at noen unngikk å svare på hvem som hadde utført uønskede seksuelle handlinger. Man mistenker altså en underrapportering av incestuøse overgrep fordi det er mer tabubelagt (Mossige & Stefansen, 2007).

I undersøkelser har man funnet at mange av de som forgriper seg seksuelt på andre, har selv opplevd overgrep (Mossige, 2001). Å vokse opp i en ustabil familie, mye vold og desorganisering, samt både fysisk og seksuelt misbruk er gjerne betingelser for at unge begår overgrep mot andre (Mossige, 2001).

3.2.2 Overgripere

Overgripere kan ofte være flinke med barn, og opptatt av dem. Det kan variere mellom overgripere om de forgriper seg på egne barn eller ikke, og alle av søsknene, eller bare en eller to i søskenflokk. Noen overgripere trekkes mot jobber der de kommer i kontakt med andres barn. De fleste overgrep som begås mot barn, begås av noen som barnet kjenner, og har tillit til (Aasland, 2004). Det kan i noen tilfeller være overgrep utført av omsorgspersoner, og andre ganger av andre kjente, som en nabo, slektning eller bekjent av familien. Det er likevel nyttig å vite at seksuelle overgrep kan forekomme hyppigere i noen miljø, og innenfor visse grupper. Barn i institusjon har høyere risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep (Sosial – og helsedirektoratet, 2003). I tillegg er barn av rusmisbrukere og barn av foreldre med alvorlige psykiske lidelser i en gruppe hvor seksuelle overgrep forekommer hyppigere (Sosial – og helsedirektoratet, 2003). I noen tilfeller kjenner overgriperen igjen seg selv i barnets lidelse og ensomhet, og vil derfor bruke tid på å bli kjent med det. Dette er nyttig å vite fordi det her vil være vanlig at overgrepene skjer gradvis. Overgriperen flytter stadig grenser (Aasland, 2004).

Barn er prisgitt sine omgivelser, og er utlevert til voksne, og de voksnes evne til å skape trygge omgivelser for barnet (Eide & Eide, 2008).

3.3 Presentasjon av tilknytningsteori

Tilknytningsteori betegnes som den moderne psykologiens vendepunkt, og ble aktuelt så sent som på 70 tallet (Eide & Eide, 2008). Tilknytningsteorien er en teori som i stor grad tar for seg barnets adferd når det blir utsatt for påkjenning som stress eller fare (Klette, 2007).

Teori om tilknytning tar utgangspunkt i at trygge, sterke bånd til andre er avgjørende og et grunnleggende behov hos alle mennesker. Dette er viktig helt fra barnet er født og videre gjennom livet (Eide & Eide, 2008). Man forsøker i tilknytningsteorien å forklare menneskers adferd, samt de varige båndene som barn knytter til sine omsorgspersoner (Eide & Eide, 2008). Det står sentralt i tilknytningsteorien at alle mennesker er født med spesifikke og instinktive responser knyttet til å være menneske (Klette, 2007). Man betrakter barnets første leveår som avgjørende for barnets tilknytning til foreldre eller andre omsorgspersoner. Fra naturens side er barn utrustet til å bruke sine tilknytningspersoner som en trygg base hvor de kan utforske fra, og søke tilbake til når de kjenner seg truet. (Killén, 2009).

Å være tilknyttet et annet menneske vil ut i fra denne teorien si at personen søker nærhet og kontakt med denne personen, og særlig når man trenger hjelp, støtte og beskyttelse (Eide & Eide, 2008).

Tilknytningsatferd er det som personen gjør da han vil oppnå nærhet til denne omsorgspersonen. Denne adferden er mest framtrødende i tidlig barndom, men man ser altså dette i alle livets faser, og spesielt når mennesker opplever kriser (Klette, 2007). I tilknytningsteorien deler man inn i trygg og utrygg tilknytning (Klette, 2007). Barn som har trygg tilknytning, stoler på at omsorgspersonen er tilgjengelig for trøst og beskyttelse ved behov (Klette, 2007). Et trygt tilknytningsmønster utvikles fra barnet er nyfødt, og i de første leveårene. Det skjer i kommunikasjon med foreldre eller foreldrefigurer som er tilgjengelig og sensitiv på barnets signaler. Foreldrene er kjærlig og omsorgsfull når de gir respons på barnets søken etter trøst og støtte (Eide & Eide, 2008).

Barn med utrygg tilknytning har ikke erfart tilgjengelighet for beskyttelse og trøst fra sine omsorgspersoner (Klette, 2007). Utrygg tilknytning er delt inn i tre undergrupper (Eide & Eide, 2008). Den første undergruppen av utrygg tilknytning er ambivalent tilknytning. Her er barnet grunnleggende usikker på om foreldrefiguren vil være tilgjengelig når barnet trenger det. Denne tilknytningen bærer i at foreldrene er tidvis er tilgjengelig, eller at barnet skilles

fra foreldrefigurer (Eide & Eide, 2008). Resultatet kan bli separasjonsangst, klenge-tendens, og usikkerhet (Eide & Eide, 2008). Den andre typen utrygg tilknytning er unnvikende tilknytning. Her har personen grunnleggende manglende tillit til at foreldrefiguren vil være der når det trengs. Dette kan være resultat av at barnets behov konstant blir avvist, og kan føre til at personen forsøker å leve livet uten å knytte seg til andre, og motsette seg kontakt (Eide & Eide, 2008). Den tredje typen utrygg tilknytningsadferd er desorganisert, og preges av stadige brudd i kommunikasjonen. Barnet virker redd og kommunikasjon kan virke uorganisert. Denne typen tilknytning kan være preget av uferdige setninger, brå skifte av tema, plutselig stopp i samtale og lek (Eide & Eide, 2008). Dette er tilknytningsadferd som kan tyde på omsorgssvikt, mishandling eller overgrep, for eksempel seksuelt (Killén, 2009). Dette kan få lang tids utviklingskonsekvenser (Killén, 2009).

Barn som ikke får den omsorgen de trenger, er ofte hele tiden på vakt for å følge med på hva som foregår rundt dem, og prøver å forberede seg på det som kommer. Derfor vil de har lite overskudd til å investere i sin egen sosiale og intellektuelle utvikling (Killén, 2009). Dersom et barn utsettes for omsorgssvikt de første årene i sitt liv, vil de utvikle en utrygg tilknytning til foreldrene, og kan få problemer med å utvikle tillit til andre mennesker (Killén, 2009). Teorien om tilknytning viser til grunnleggende fellestrekk ved menneskets reaksjoner og adferd når det opplever trusler (Klette, 2007).

3.3.1 Barnets kognitive/psykologiske utvikling

Fra barnet er omentrent 2 år og oppover, utvikler barnet et selvbylde. Barnet er på dette stadiet i stand til å dele opplevelser med andre. Barn mellom 2 og 4 år kan ha en svært livlig fantasi. Videre har førskolebarn en konkret tenkemåte. Det man sier til et barn i 5-6 års alderen vil bli oppfattet svært konkret og bokstavelig. Barn i førskolealder ser verden ut i fra seg selv (Grønseth & Markestad, 2001). De er egosentriske, og ser seg selv som årsak til det som skjer. Fra barnet er omentrent 7 år videreutvikles evnen til å tenke logisk, og til å utføre det som de tenker på. Barn i denne alderen har evne til å se ting fra flere sider, og klarer å forstå mer av hvordan ting henger sammen. De utvikler også evnen til abstrakt tenkning (Grønseth & Markestad, 2011).

Et barns språk og ordforråd utvides veldig mens barnet er mellom 2-5 år. Et barn på ca 5 år kan mellom 2 -3000 ord. Disse uttales stort sett riktig, og barnet er i stand til å sette sammen lange setninger. Når barnet er omtrent tre år, blir rolle-lek viktig. Leken kan gjerne reflektere sosiale relasjoner. Etter hvert blir rolleleken stadig mer lik virkelige situasjoner. Når barnet kommer i førskolealder, utviklers regelleken mer (Grønseth & Markestad, 2011).

Utviklingstrekk for barn i alderen 3-6 år, er blant annet separasjonsangst, og foreldrene er svært viktig for barnets trygghet. Barn i denne alderen kan ha en egosentrisk tankegang, som kan innebære skyldfølelse ved sykdom eller skade. Barnet kan ha problemer med å skille mellom fantasi og virkelighet, og kan ha lite utviklet tidsbegrep. Den språklige utviklingen kan være kommet lengre enn barnets modenhet, altså er barnet mindre modent enn hva språket tilsier. Barnet har stor aktivitetstrang, og kan ha frykt for å miste kontroll. Andre særtrekk ved barn i femårsalderen kan være at de har kort oppmerksomhetstid (Grønseth & Markestad, 2011).

3.3.2 Kommunikasjon med barn

I 4- 8 års alderen begynner barn å utvikle en logisk forståelse, og tenker i konkrete kategorier. Barn i denne alderen er likevel selvsentrert, og kan se det meste som skjer ut i fra seg selv. Det vil si at dersom barnet blir utsatt for overgrep vil det sannsynligvis tenke at det selv er skyld i overgrepet (Eide & Eide, 2008). Denne aldersgruppen trenger hjelp til å lage sammenhengende historier, og man kan med stor fordel bruke hjelpemidler i samtaler med barnet. Hjelpemidlet kan for eksempel være sang, lek, kosedyr eller tegning (Eide & Eide, 2008). Dersom man har en hensikt med samtalen med barnet, må man likevel relatere den til det barnet er opptatt av, samtidig som man har samtaleformål i tankene (Eide & Eide).

For at et barn skal fortelle om noe som er vanskelig, må den voksne legge til rette for det. Den voksne må etablere trygge rammer og forsikre barnet om at det barnet forteller er viktig for den lyttende (Redd barna, u.å.). Den voksne må tåle å høre hva barnet sier, og la barnet vite at man vil høre. Kanskje kan det være nyttig å tematisere overgrep mot barn, men her må man være forsiktig med å legge føringer for samtalen (Redd barna, u.å.)

3.4 Signaler fra barnet

Symptomer på overgrep kan ofte være diffuse, og generelle symptomer på mishandling kan være mistrivsel, dårlig vektøkning, forsinket utvikling, dårlig hygiene, atferdsvansker, og uklare smerter barnet gir uttrykk for (Grønseth & Markestad, 2011).

Symptomer, tegn og senskader ved seksuelt misbruk varierer ut i fra alvorlighetsgraden av overgrepet, tidsaspektet og omstendighetene rundt (Myhren & Steinsbekk, 2000). Det er også slik at et desto eldre barnet er, jo flinkere er det til å skjule overgrepene (Myhren & Steinsbekk, 2000). Noen barn som opplever seksuelle overgrep opplever også trussel fra personen som gjør det. Skam og frykt for overgripere og eventuelle konsekvenser er for mange grunn for å prøve å skjule overgrepene (Aasland, 2004). Det har også vært gjort undersøkelser som tyder på at en del barn som har vært misbrukt ikke gir symptomer på at de ble misbrukt (Myhren & Steinsbekk, 2000). Altså er symptomer og signaler noe man må ha et reflektert forhold til.

Når dette er sagt, kan man likevel si noe om hvilke signaler som har vist seg oftere å være symptomer på seksuelle overgrep. Det som nevnes nedenfor er med utgangspunkt for barn på omtrent 5 år. Symptomer og tegn på misbruk varierer, og trekk fra den gitte aldersgruppen kan vedvare når barnet blir større. Også yngre barn enn 5åringer kan gi uttrykk for noen av de følgende symptomene (Sosial – og helsedirektoratet, 2003).

For seksuelt misbrakte barn kan man noen ganger peke på at barnet har en seksualisert adferd, samt et seksualisert språk, og dette er dette er som symptomer som gjerne trekkes fram i denne sammenheng (Sosial – og helsedirektoratet, 2003). Depresjon, sorg og endret adferd kan også være viktige tegn å være oppmerksom på (Myhren & Steinsbekk, 2000). Dersom barnet har utviklet et språk, og senere begynner å snakke babyspråk, kan dette være et tegn på regresjon, altså at barnet går tilbake i utvikling. Et annet eksempel på regresjon kan være at barnet som har vært kontinent, begynner å miste kontroll over urin og avføring. Regresjonen kan være et symptom på overgrep (Aasland, 2004). Konsentrasjonsvansker kan opptre både i form av veldig urolige barn, og i form av at de ikke klarer å følge med på det som skjer rundt dem (Aasland, 2003). Søvnproblemer og mareritt kan også være pekepinn (Myhren & Steinsbekk, 2000). I marerittet kan barnet rope navn eller holde seg i underlivet (Aasland, 2004). Angst for berøring kan også være viktige signaler som barnet sender (Myhren & Steinsbekk, 2000). Barnet kan også vegre seg fra å spise mat som minner om kjønnsorgan

eller sæd. (Myhren & Steinsbekk, 2000). Mimikkfattige eller tilnærmet apatiske barn kan også ha vært utsatt for overgrep, og sengevæting kan opptre som et resultat av misbruk (Myhren & Steinsbekk, 2000) Mer somatiske tegn på seksuelt misbruk kan være sårhet og rødhet i underlivet og eksem rundt endetarmsåpningen. Barnet kan ha blødinger fra skjedeåpningen eller endetarmsåpningen. Blåmerker i ansiktet og/eller blåmerker på hoftepartiet og rundt lårene kan være blant tegnene som er mest fysisk synlig (Sosial – og helsedirektoratet, 2003). Barnet kan også ha utflod, urinveisinfeksjoner eller problemer med ganget. Tannhelsen kan også være viktig å observere i forbindelse med dette, og noen ganger kan man se uvanlig tannråte som resultat av misbruk (Aasland, 2004). Også seksuelt overførbare sykdommer kan forekomme hos barn som er misbrukt seksuelt (Aasland, 2004). Barnet kan også gi uttrykk for vondt i magen, hodet, ha spente muskler eller vondt i underlivet (Sosial – og helsedirektoratet, 2003). Likevel er det de færreste seksuelle overgrep som kan ses tegn etter i barnets genitalier (Grønseth & Markestad, 2011).

Barna på 5 år kan i stor grad bruke lek og språk for å vise hva de har vært utsatt for. Noen barn tegner også det de har vært utsatt for, og noen kan fortelle vage ting, som kan være vanskelig å oppfatte, men som gjør en bekymret (Aasland, 2004). I noen tilfeller kan barnets forhold til egen kropp være en pekepinn på at noe ikke er som det skal (Aasland, 2004). For eksempel kan barnet vegre seg for lek der fysisk kontakt innbefattes i leken, eller være redd for å kle av seg, eller være naken. Barnet kan vise redsel ved fysisk kontakt, og være avvisende. Andre ganger kan barnet kle av seg, og ønsker å være naken (Sosial- og helsedirektoratet, 2003).

3.5 Senere lidelser

Dersom et barn utsettes for seksuelle overgrep av en omsorgsperson, kan barnet knytte seg til personen på en slik måte at det skader barnets selvopplevelse og tilpasningsevne (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Det kan også begrense barnets muligheter til å etablere stabile og intime forholdt til andre mennesker. Barnet vil prøve å takle situasjonen ved blant annet å sløve sine sanseinntrykk slik, at de blir psykisk og fysisk ufølsomme, eller de prøver å ta på seg ansvaret for overgrepene. Dette for å være i stand til å beholde tilknytningen til omsorgspersonen som barnet er avhengig av (Sosial – og helsedirektoratet, 2003).

Barna kan begynne å isolere seg, skifte mellom venner, og ha overflatiske bekjenskaper. Videre kan barnet, på bakgrunn av utrygg tilknytning, få et negativt bilde av verden og av seg selv (Killén, 2009). I tillegg mer sosialt tilbaketrukkne, aggressive og mindre oppmerksomme når de kommer over i skolesystemet (Killén, 2009).

Barn fra omtrent seks års alderen og oppover, kan oppleve veldig sterk skam knyttet til overgrepene, og dette kan føre til at barnet isolerer seg fra andre barn. Når barnet har blitt så mye som seks år, kan det gi uttrykk for at de har det psykisk vondt, og at de ikke ønsker å leve mer. Lærevansker blir mer framtrødende, og de kan begynne å høre stemmer som barnet lar seg dirigere av (Sosial- og helsedirektoratet, 2003) Forvirring i forhold til egen kjønnsrolle kan opptre tydeligere desto eldre barnet er, og noen barn kan etter hvert som de blir større, ønsker mer å være som det motsatte kjønn. Gutter som har blitt misbrukt av menn, kan bli redd for at de er homofile, bli sinte på de som de oppfatter som homofile ect. (Sosial – og helsedirektoratet, 2003). Etterhvert kan de også begynne å oppsøke menn, og utsetter seg selv for overgrep. Jenter kan kle seg veldig utfordrende, sminke seg i svært ung alder, eller ha problemer med hygiene. Dette kan gi seg utslag i både overdrevet hygiene, ignorering av hygiene, eller nekte å dusje sammen med andre (Sosial- og helsedirektoratet, 2003).

Problemer i forhold til skyld og skam, og i forhold til egen seksualitet kan også opptre som senskade av seksuelt misbruk (Aasland, 2004). Noen begynner med rus for å glemme de vonde opplevelsene de har hatt (Aasland, 2004). Som en følge av rusmisbruk, kan noen komme i pengetrøbbel, og prostituere seg av den grunn. I noen tilfeller starter disse med kriminelle handlinger, dette også på bakgrunn av at noen ikke har klart å gjennomføre skolegang (Aasland, 2004).

Det er nær sammenheng mellom seksuelt misbruk og helsemessige problemer, også senere i livet (Wilson, 2010). Omtrent 30 % av de som lider av spiseforstyrrelser har vært utsatt for seksuelle overgrep (Hummelvoll, 2012). Personer som ble utsatt for seksuelle overgrep som barn, rapporterer ofte om frykt, depresjon, hodepine, søvnløshet, sinne, lav selvtillit, fiendtlighet, fedme, selvmordsforsøk og seksuelle misforhold (Wilson, 2010) Ved depresjon har man også funnet sammenheng med dårligere immunsystem (Wilson, 2010). Andre somatiske komplikasjoner ved overgrep har vist seg å være muskelsmerter, migrene, hoste, feber, abdominale smerter og andre gastronomiske symptomer. I tillegg har man funnet at mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep kan ha tendenser til en seksuell adferd som kan spre HIV- virus (Wilson, 2010). Det er også hevdet at de fleste kvinnelige psykotiske

pasienter har opplevd fysisk eller seksuelt misbruk som barn eller som voksen (Hummelvoll, 2012).

3.6 Lovverk og etikk

I Forente Nasjoners (FN) barnekonvensjon fra 1989 stadfestes det i artikkel 19 at staten har et ansvar for å beskytte barn mot mishandling. I 2003 ble FN's barnekonvensjon inkorporert i norsk lov (Barne- og familiedepartementet, 2005).

Som helsepersonell fins retningslinjer og lovverk man er nødt til å forholde seg til. Som helsepersonell er man nødt til å se på mishandling og omsorgssvikt som en stor trussel mot barnets helse, på linje med andre elementer som er til fare for barnets helsetilstand (Grønseth & Markestad, 2011).

I loven for helsepersonell er det i kapittel 5, paragraf 21 nedfelt en regel om taushetsplikt (Helsepersonelloven). Her kommer det helt tydelig frem at opplysninger som man får om andre mennesker i egenskap av å være helsepersonell, har man ikke lov til å gi videre til noen. Dette er en hovedregel som alle i helseforetak må forholde seg til (Helsepersonelloven). I paragraf 23 står det imidlertid at denne loven ikke er til hinder for å gi opplysninger videre i enkelte tilfeller. Blant annet står det i punkt 4 at opplysninger kan gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig for helsepersonell å gi opplysningene videre (Helsepersonelloven).

I helsepersonell- loven er også en paragraf nedfelt om helsepersonells plikt til å melde til barnevern. I kapittel 6, paragraf 33 omtales dette, og det uttrykkes klart at helsepersonell skal være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernets side. Det står også i denne paragrafen at dersom man mistenker at barnet utsettes for omsorgssvikt skal man melde uten at paragraf 21, altså taushetsplikten, er til hinder for dette.

I tillegg til lovgivning har også sykepleiere yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til. Disse retningslinjene bygger på blant annet menneskerettigheten som er utformet av FN (Norsk sykepleierforbund, 2011). Grunnlaget for all sykepleie slik det er formulert i retningslinjene, skal være ankret i respekten for hvert menneskes iboende verdighet, og at sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt. Den skal ta utgangspunkt i

menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2011). I disse retningslinjene står det også noen punkter som er aktuell i forhold til problemstillingen i denne oppgaven. I punkt 2.3 står det at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Videre står det i punkt 2.2 at sykepleieren understøtter håp, mestring, og livsmot hos pasienten. I punkt 3.4 står det at dersom det skulle oppstå interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres. I punkt 6.2 trekkes det fram at sykepleier skal bidra til og aktivt imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse og omsorgstjenester (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Helsepersonell er også lovpålagt dokumentasjon (Helsepersonelloven).

Sykepleiedokumentasjon skal sikre kvalitet og kontinuitet i pasientomsorgen (Dahl & Skaug, 2011).

3.6.1 Sykepleier- hva gjør du?

Det har vist seg at mange sykepleiere lar være å melde fra til barnevern dersom de opplever bekymring for barn (Rutgerson, 2013). Dette begrunner man i at sykepleierne ofte er redde for å ta feil. En annen grunn for at sykepleiere ikke melder, er at man gjerne er redd for å støte foreldrene, samt redd for å bli utsatt for aggresjon dersom man kommer med antydninger som viser seg å være gale (Grønseth & Markestad, 2011).

Når man er bekymret for et barn, starter det ofte med en magefølelse (Aasland, 2004). Det er anbefalt at man prøver å finne ut hva som, helt konkret, gjør en bekymret og skrive det ned (Aasland, 2004). Hvis barnet sier selv at det blir misbrukt, så bør man prøve å skrive ned ordrett hva barnet har sagt, så godt man kan. (Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep [SMISO], u.å.). Videre kan man ta kontakt med andre instanser som kan bistå med informasjon eller veiledning. Det anbefales ikke å avvende situasjonen, men og kontakte politi eller barnevern snarest (SMISO, u.å.).

Det kommer fram av en undersøkelse gjort blant svenske barnesykepleiere at det er svært viktig at man fanger opp signaler på overgrep tidlig, Skal man ha forutsetning for å oppfatte signalene, er man avhengig av en kompetanseøkning blant helsepersonell og andre aktuelle aktører (van Hove, 2012). Sykepleierne oppgir flere forhold som de kan legge merke til, og som videre kan vekke mistanke. De legger merke til barnets oppførsel, familiens situasjon, og

hvilken tilknytning barnet har til omsorgspersonene. I tillegg til dette, observerer de omsorgsutøvelsen foreldrene har ovenfor barnet. De er likevel redde for at de kan ta feil og at en dårlig personkjemi med foreldrene kan være grunn for feiloppfattelse av situasjonen (van Hove, 2012).

Undersøkelser har også vist at sykepleiere i Sverige sliter med å ha en dobbeltrolle dersom de mistenker foreldrene, hvor de opplever seg som en overvåker, samtidig en omsorgsperson (Tingberg, 2011).

I studiet gjort blant de svenske barnesykepleiere kommer det fram at det hersker for liten kunnskap om misbruk og overgrep mot barn, og at dette også er grunn for at de svenske sykepleierne ikke melder fra om sine mistanker (van Hove, 2012). Annen forskning viser også at det er viktig at sykepleiere trenger mer trening for å identifisere og oppdage seksuelle overgrep for og videre ta vare på disse menneskene (Wilson, 2010).

Kapittel 4. Drøfting av problemstilling

I dette kapitlet vil jeg bruke kunnskapen fra teoridelen til å drøfte og belyse hvordan sykepleier kan hjelpe barn som blir utsatt for seksuelle overgrep.

4.1 Bekymret sykepleier i møte med lovverk og etikk

FN's barnekonvensjon er integrert i vår lovgivning og påpeker at samfunnet skal beskytte barnet mot overgrep (Barne- og familiedepartementet, 2005). Da den norske stat har ansvaret for at barn skal beskyttes mot seksuelle overgrep, (Barne- og familiedepartementet, 2005) tenker jeg at det utøvende ansvaret nødvendigvis må falle på dem som er ansatt og som arbeider direkte med barn og unge og deres familier. Sykepleiere er en yrkesgruppe som i stor grad jobber tett innpå mennesker. Å få lov til å komme nær andre mennesker i en jobbsituasjon gir også ansvar og plikt (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Helsepersonell har som tidligere nevnt, en plikt til å melde dersom man mistenker at barn lever under forhold som ikke er akseptable. I tillegg er vi lovpålagt å overholde taushetsplikten (Helsepersonelloven). På den ene siden skal vi forholde oss til norsk lov som sier at vi ikke skal fortelle noe om de mennesker vi kommer i kontakt med. På en annen side har vi meldeplikt til barnevern, og jeg tenker at det vil være naturlig å kjenne på at disse kommer i konflikt med hverandre. Sykepleier blir nødt til å gjøre noen vurderinger som kan være vanskelige.

Å forholde seg til norsk lov er selvsagt, og kanskje kan en følelse av å bryte taushetsplikten være til hinder for at noen melder. På en annen side tenker jeg at å proklamere taushetsplikten som en kappe over arbeidet vårt kan være en fallgrube som videre får konsekvenser for pasientene våre. Å gjemme seg bak en paragraf om taushetsplikt kan i noen sammenhenger være et lett valg, og ikke det rette, tenker jeg. Hvis man ser på hva yrkesetiske retningslinjer sier om sykepleierens ansvar, kommer det fram at hensynet til pasienten skal stå sterkere enn hensynet til de pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sykepleieren har også et ansvar for at pasienten skal få helhetlig omsorg, og for å ivareta sårbare gruppers interesser.

Forskningen har vist at sykepleiere trenger høyere kompetanse på å oppdage seksuelle overgrep (Wilson, 2010). Kanskje trengs også et kompetanseløft på områder rundt lovverk,

slik at man er oppmerksom på at taushetsplikten ikke er til hinder for meldeplikten (Helsepersonelloven)

Er man da bekymret for et barn, og setter de yrkesetiske retningslinjene sammen med plikten til å melde til barnevern, kan kanskje dette veie like tungt som en bekymring for å bryte taushetsplikt. Travelbees sykepleierteori trekker fram viktigheten av at sykepleieren skal bidra til forandring som har pasientens optimale helse som hovedmål. (Travelbee, 2003) Kanskje vil det å melde en bekymring føre til at det skjer en forandring som kan bidra til god helse for et barn.

4.2 Sykepleieren og barnet

På en spesialpedagogs kontor sitter et barn på 5 år. Det skal utredes for adferdsvansker. Barnet får tillit til spesialpedagogen og sier stille «Mamma slår meg». Spesialpedagogen blir svært overrumplet og spør fort «Hva sa du?» Barnet svarer at hun ikke sa noen ting, og nevner det ikke igjen. Spesialpedagogen undrer seg over utsagnet, men gjør ingenting videre for å klare opp i det. Noen år går, og spesialpedagogen får i en annen sammenheng vite at barnet har levd i et voldspreget hjem, og har blitt mishandlet hjemme over flere år. Denne spesialpedagogen fortalte selv meg denne historien, og den gjorde inntrykk på meg.

Kanskje har historien ovenfor overføringsverdi til en hverdag for en sykepleier. Slik som i eksemplet fra historien, er det ikke sikkert at sykepleier får tilbringe spesielt mye tid sammen med barnet. Kanskje er det likevel noe som gjør at barnet får tillit til sykepleier og forteller noe om hvordan livet er. På tross av eventuelt begrenset tidsrom tenker jeg at sykepleieren har en unik sjanse til å komme nært barnet. Sykepleier vil kunne hjelpe barnet med helt elementære ting, slik som mat og stell og eventuelt smertelindring. I tillegg kan en mulig stellsituasjon være en sjanse for sykepleier å observere barnets adferd, da et seksuelt misbrukt barn for eksempel kan reagere negativt på berøring (Sosial – og helsedirektoratet, 2003). Også andre signaler som for eksempel å ha seksualisert adferd, problemer med å spise mat som kan minne om kjønnsorganer, inkontinens, urinveisinfeksjoner, søvnproblemer og flere som er nevnt ovenfor (Aasland, 2004), tenker jeg at en sykepleier kan ha unik mulighet til å fange opp.

4.2.1 Kommunikasjon for å oppdage?

Å komme i posisjon for å få snakket med barnet på en måte som gjør det naturlig å ta opp slike spørsmål, kan være utfordrende, og kanskje føles det skremmende for sykepleieren. Travelbee hevder i sin teori at kommunikasjon er et viktig redskap for sykepleien. (Travelbee, 2003). Den er et redskap for å bli kjent med pasienten, og for å finne ut av hvor pasientens behov ligger. Å utvikle et tillitsforhold er en viktig oppgave i kommunikasjon med barn (Eide & Eide, 2008). Å skape tillit hos et barn krever likevel en viss innsats. Dersom man skal skape tillit, kan det være gode fremgangsmåter og først og fremst lytte etter hvor barnet har sin oppmerksomhet. Det er viktig å finne ut av hva barnet er opptatt av. Ofte kan barns tanker og følelser være noe de holder for seg selv, og for å skape tillit kan det derfor være fint å bli kjent med barnet ved å rette oppmerksomheten mot andre ting, som for eksempel leker eller tegninger. (Eide & Eide, 2008) På bakgrunn av det man vet om barnets kognitive utvikling vil barnet ha en kort oppmerksomhetstid, og tenke konkret (Markestad & Grønseth, 2011). For å skape tillit trenger den voksne å tilpasse seg barnets skiftninger, og la barnet ha styringen (Eide & Eide, 2008). Å følge barnets takt og rytme, og være opptatt av det som barnet er opptatt av kan være tillitsskapende (Eide & Eide, 2008).

Ofte sier ikke barnet noe med ord, men noe kan oppfattes likevel. Kanskje forteller barnet noe gjennom lek eller tegning. Lek er en form for kommunikasjon, og barnet er i stand til å leke sosiale relasjoner (Markestad & Grønseth, 2011). Barnets språk kan også være en ressurs for å klare opp i om barnet blir misbrukt seksuelt, og det går an å spørre barnet direkte, dersom forholdene er lagt til rette for det (Aasland, 2004). Dersom man har mistanke om at barnet blir utsatt for seksuelle overgrep, kan man prøve å stille spørsmål direkte til barnet (Aasland, 2004). Det kan for eksempel være hvordan barnet har fått blåmerker eller sår. Det går også an å spørre om det er noe som barnet vil snakke om, for eksempel hvis barnet sier det ofte har vondt ulike steder (Aasland, 2004). I tillegg kan man blant annet spørre om barnet sover godt om natten, eller spørre hvorfor barnet er trist, hvis man opplever at barnet er det (Aasland, 2004). Et barn kan tenke egosentrisk, og oppleve det som sin skyld at overgrepene skjer, og på bakgrunn av det ikke ønske å si noe (Markestad & Grønseth, 2011). Også trusler fra overgripere kan gjøre en slik samtale vanskelig å få gjennomført (Aasland, 2004).

Travelbee sier at kommunikasjonen med pasientene blant annet handler om timing (Kirkevold, 2009) og jeg tenker at dersom sykepleier skal prøve å snakke med barnet om

hvordan barnet har det, er det viktig å ha riktig timing. Jeg tenker at sykepleier må bruke sin kunnskap om kommunikasjon i møte med barnet, slik som Travelbee sier, og møter barnet på det nivået det er.

4.2.2 Målrettet sykepleie

Det kan være helt avgjørende for barnets framtid at noen tar på alvor sine mistanker, og tør å stå i dette for barnets skyld (Kirkengen, 2005).

I følge Travelbees sykepleierteori, er det viktigste grunnlaget for sykepleie at man klarer å skape et mellom-menneskelig forhold. Dette for å skape forandring i pasientens liv, med et mål om en optimal helse (Kirkevold, 2009). Dersom man klarer å skape et menneske til menneske- forhold har man videre forutsetning for at sykepleien bli ivaretatt (Travelbee, 2003). For å skape et mellommenneskelig forhold mellom pasient og sykepleier, må man i følge Travelbee gjennom fem faser (Eide & Eide, 2008), som nevnt i teoridelen. Med disse fasene i bakhode kan sykepleier fokusere på å bli kjent med barnet, og på den måten få større innblikk i hva barnet trenger. Dersom man får en god relasjon til barnet, kan barnet komme til å fortelle noe, tegne, eller gi tydelig uttrykk for at barnet blir misbrukt (Aasland, 2004) Sykepleier kan bruke seg selv for å bli kjent, skape tillit, og dersom det er mistanke om overgrep, melde fra. På den måten tenker jeg at sykepleier direkte kan være med på å avhjelpe barnets plager, som er et mål for sykepleien i følge Travelbee (2003).

Det er også et viktig aspekt ved denne problemstillingen at barn som opplever overgrep i barndommen utvikler en vernestrategi for å overleve, som senere kan fram stå som sykdom (Kirkengen, 2005). Barnet som blir utsatt for seksuelle overgrep har stor risiko for å utvikle lidelser av ulike slag senere i livet (Killén, 2009). Lidelser som spiseforstyrrelser, depresjon og andre somatiske og psykiatriske problemer kan bli aktuelle problemstillinger for sykepleieren i andre sammenhenger, og jeg tenker at det derfor vil være nyttig å ha kunnskap om dette emnet i møte med mange pasientgrupper. I tillegg er det også et aspekt av dette at barn som blir misbrukt har større risiko for å ende opp som overgripere selv, eller i en offer-situasjon på nytt (Mossige, 2001). Det utvikles en ond sirkel hvor et krenket barn blir en krenket forelder, som igjen får krenkede barn (Kirkengen, 2005). Dersom man kan løfte blikket og se at et overgrep kan få store konsekvenser, og tørre å ta denne problematikken,

kan man kanskje være den endringsagenten som Travelbee snakker om at sykepleier skal være (Travelbee, 2003). Kan man på den måten bidra til at en vond historie ikke gjentar seg, tenker jeg at man har gjort en unik jobb. Med kunnskap om dette vil man kanskje ha en god motivasjon for å ta tak i denne problematikken. Det kan være avgjørende for et barn at noen oppdager at de lever under uakseptable forhold, tar det på alvor og hjelper dem ut av det (Kirkengen, 2005).

Mistanke om seksuelle overgrep er svært alvorlig, og jeg mener at sykepleier bør være modig for barnets skyld. Med kunnskap om senere lidelser i bakhodet, bør det heller meldes fra en gang for mye enn en gang for lite.

4.3 Barnet og foreldrene- behov for sykepleie?

I teoridelen kommer det fram at tilknytningen som barnet har til sine omsorgsgivere har mye å si for barnets adferd og utvikling. Det kommer fram at de fleste barn som blir seksuelt misbrukt, blir misbrukt av noen som de kjenner, og gjerne har en relasjon til (Aasland, 2004). Når barnet er innlagt i sykehus, vil det gjerne være omsorgsgivere som barnet blir observert sammen med. Kan barnets adferd sammen med omsorgsgivere være med på å skape grobunn for bekymring hos sykepleier?

Selv om signaler fra barn kan være diffuse og noen ganger vanskelig å få grep om, har man likevel satt opp noen signaler som kan være nyttige å vite om. På en annen side kan det være nyttig å diskutere disse signalene, fordi ett enkelt signal blir et tynt grunnlag å basere sine mistanker på (Myhren & Steinsbekk, 2000). Altså vil det faktum alene at et barn er inkontinent vekke liten mistanke om overgrep. (Myhren & Steinsbekk, 2000). Er barnet i tillegg til dette engstelig for berøring eller sender ut andre signaler, kan det være lettere å bli oppmerksom, og det vanlige er at symptomene opptrer noenlunde sammen (Myhren & Steinsbekk, 2000). Et barn på fem år kan som nevnt gjerne blant annet ha separasjonsangst fra foreldre eller omsorgspersoner, og å være innlagt på sykehus kan være en skummel opplevelse for den lille (Markestad & Grønseth, 2011). Kan man da videre tenke at sykepleieren har et dårlig utgangspunkt for å oppdage misbruk, fordi omstendighetene er unormale, og barnet gjerne oppfører seg annerledes enn det ville gjort hjemme? På bakgrunn av en slik tankegang kan man spørre seg om dersom signalene fra barnet er noe diffuse, kan

man handle på bakgrunn av dem? Som litteraturen sier, (Aasland, 2004) kan altså tegn som for eksempel sengevæting, engstelse for berøring, svært seksualisert adferd, vondt i magen eller andre steder, også ha sin bakgrunn i helt andre forhold (Myhren & Steinsbekk, 2000). Altså kan man gjerne konkludere med at typiske symptomer på overgrep kan være linket til helt andre ting. Problemet, tenker jeg, er når dette blir en hvilepute for helsepersonell, og ingen tør å tenke tanken helt ut, og ta bekymringen på alvor.

Spørsmålet er likevel om sykepleier kan oppfatte at noe ikke stemmer på bakgrunn av hvordan barnet er sammen med omsorgspersonene sine. Det kan også være interessant å spørre seg om barnet vil kunne endre adferd hvis bare den ene omsorgspersonen er til stede. I forhold til barnets psykologiske utvikling, mener man at et barn på 5 år sannsynligvis har en kort konsentrasjonstid (Markestad & Grønseth, 2011) Ut i fra tilknytningsteorien kan blant annet hyppig skifte av samtale tema, stopp i lek og uferdige setninger vitne om en utrygg tilknytning til omsorgspersoner (Killén, 2009). Hvis man setter det på spissen, er det mulig å forveksle disse to adferdsmønstrene, eller er det nettopp noe i tilknytningen til foreldrene som er bakgrunn for mistanken? Kunnskap om tilknytning må da være en forutsetning for å observere dette, etter min oppfatning. Undersøkelsen av de svenske sykepleierne i forhold til å oppdage misbruk viste at blant annet observasjon av hvilken tilknytning barnet har til foreldrene, samt hvordan omsorgen tydeliggjøres fra foreldrenes side, var viktige for dem å ta med i vurderingen av situasjonen (van Hove, 2012). De svenske sykepleierne forteller også at de finner det betydningsfullt at de kan snakke sammen, og vurdere observasjoner sammen med kollegaer (van Hove, 2012). Ved kunnskap om tilknytning og samspill mellom barn og foreldre tenker jeg at sykepleier kan ha en bedre forutsetning for å avdekke seksuelle overgrep, samtidig som det blir tynt å basere seg kun på dette i møte med spørsmålet. Også norske sykepleiere oppfordres til å kontakte kollega dersom man er bekymret (Rutgerson, 2013).

Man har lært at sykepleieren er redd for å fornærme foreldrene, og er engstelig for at noen skal bli sinte fordi man har kommet med alvorlige anklager som kanskje senere viser seg å være feilaktige (Rutgerson, 2013). Man kan spørre seg om hvorfor man velger å ta foreldrenes parti, og er det i hele tatt en aktivt valgt? Vi anser dem som viktige samarbeidspartnere i omsorgen for barnet og opplever at de er flink med barnet, og at det virker som de står hverandre nær. Som vi har sett i teoridelen, (Aasland, 2004) kan mennesker som forgriper seg på barn ofte være flinke og opptatt av barn. Å bli lurt av en fasade er kanskje heller ikke et helt uvanlig fenomen? Det er blitt oppfordret til at barneavdelingene på ulike sykehus

etablerer lokale ordninger i møte med spørsmål knyttet til seksuelle overgrep mot barn (Sosial – og helsedirektoratet, 2003). Barnevern kan kontaktes for råd i slike saker, og man kan også kontakte støttesenter mot incest, eller andre kompetansesenter (Aasland, 2004). Man kan også kontakte politi, pedagogisk – psykologisk tjenestekontor eller barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger/institusjoner for å få råd og veiledning hvis man er i tvil. (Aasland, 2004)

Barnevern og politi har den avgjørende makten (Rutgerson, 2013). Det er ikke sykepleiers ansvar å avgjøre om barn blir misbrukt, (Rutgerson, 2013). En trøst kan være at det understrekes i litteraturen at dersom man velger å gå videre med en situasjon, vil man ikke anmelde en person, men man melder fra om en bekymring (Aasland, 2003). Videre blir vår plikt om dokumentasjon et viktig redskap her (Aasland, 2004). Ved å dokumentere kan man innhente opplysninger som kan være med på å underbygge eller fjerne mistanken og uroen man kan kjenner dersom man lurer på om et barn er utsatt for overgrep. Naturligvis kan det også bli aktuelt i en juridisk sammenheng (SMISO, u.å.).

Det kan tenkes at et barn som blir seksuelt misbrukt vil gjøre alt for å skjule det, litt avhengig av alder (Sosial – og helsedirektoratet, 2003). I tillegg må man ha i bakhodet det litteraturen sier om at barn kan bli truet til taushet rundt dette (Aasland, 2004). Dette har vist seg særlig å være aktuelt for barn som blir utsatt for overgrep av noen i familien. Det kan være av betydning å stille spørsmålstegn ved om barnet er i stand til å prøve å skjule det, på bakgrunn av alder, og om det er gammelt nok til å oppleve skam knyttet til dette. Jeg tenker at dette naturlig nok også vil ha med personlighet og omstendigheter å gjøre. På bakgrunn av at man vet at mange barn prøver å skjule sine opplevelser med seksuelle overgrep (Aasland, 2004), kan det være interessant å spørre seg om det gir grunn for å tro at det fins mørketall på hvor mange som lever under disse forholdene. Undersøkelsene som er gjort blant ungdom som viser at flere har blitt utsatt for overgrep da de var yngre, og man har konkludert med at mørketallene sannsynligvis er store på dette området (Mossige & Stefansen 2007). I tillegg kommer spørsmålet om incest er mer tabubelagt, og om det igjen fører til at det fins mange barn som blir misbrukt seksuelt og som aldri blir oppdaget. Er barna så flinke til å skjule hemmeligheten sin, at der er umulig å oppdage i noen tilfeller? Eller sender de ut signaler som voksne rundt dem burde oppdage, men tør ikke ta på alvor? Barn som selv har opplevd seksuelle overgrep sier selv at voksne rundt måtte ha skjönt at noe var galt (Aasland, 2004). Har de voksnes feighet også skyld i store mørketall rundt overgrep mot barn? Jeg tenker at spørsmål knyttet mørketall og tabubeleggelse også kan være med å underbygge viktigheten i å ta denne problematikken på alvor. På bakgrunn av hva ofre for overgrep selv sier om at de

voksne rundt måtte skjønt at noe var galt,(Aasland, 2004) og videre at mange sykepleiere vegrer seg for å melde sine mistanker, (Markestad & Grønseth, 2011) kan man trekke den konklusjonen at for få tilfeller blir tatt på alvor. Kanskje er det heller ingen vits i å skylde på noen, men prøve å rette blikket framover, for å hjelpe barna slik at de går en lysere fremtid i møte.

5. Konklusjon

Som vi har sett er forekomsten av seksuelle overgrep mot barn stor, og sannsynligvis hersker det store mørketall rundt incest og overgrep mot barn i nære relasjoner. Problemstillingen i denne oppgaven stiller spørsmål ved hvordan sykepleier kan hjelpe barn som utsettes for seksuelle overgrep, i nære relasjoner. Alt i alt har vi sett at det er vårt samfunns felles ansvar å beskytte barn som utsettes for seksuelle overgrep. Vi har også sett at seksuelle overgrep kan få store helsemessige konsekvenser for barnet som blir misbrukt. Som sykepleier vil man kunne møte disse barna i mange ulike sammenhenger, og det kan være avgjørende for et barn at en sykepleier eller andre tør å ta bekymringen på alvor.

I og med at dette kan være et vanskelig tema å bevege seg inn på, trenger vi kunnskap. For å kunne hjelpe barnet, trenger vi kunnskap om seksuelle overgrep. Vår kunnskap om barnets eventuelle signaler på misbruk kan hjelpe oss til å være oppmerksomme, og kanskje være i stand til å høre et stille rop om hjelp. Å vite noe om hvem som kan være i risikogruppe kan også være en støtte i utforskningen av sin mistanke.

For å avkrefte eller bekrefte mistanker trenger vi å kommunisere med barnet, og kunnskap om tilknytningsteori kan være en støtte for å observere om et barns adferd kan være avslørende. Sykepleiere må vite hvordan man skal gå fram, og det kan være svært nyttig å støtte seg til kollega, som kan tilføre situasjonen en annen tilnærming, eller dele din bekymring. Jeg tror at kunnskap om dette vil være med på å gjøre sykepleiere modigere i møte med denne problematikken, og hjelpe oss til å være mer oppmerksomme. Ved å bidra til at seksuelle overgrep bli avdekket, tenker jeg at man skaper forandring i barnets liv. Ved å bruke vår kunnskap og posisjon som sykepleiere, kan vi hjelpe barn som utsettes for seksuelle overgrep.

6. Litteraturliste

Aasland, M.W.(2004) *Si det til noen*

Norge: Høyskoleforlaget

Barne- og familiedepartementet(2005). *Strategi mot seksuelle og fysiske overgrep.*

Oslo: Mentor Media.

Broch, K.(2008) *Seksuelle overgrep mot ungdom i Norge*

Masteroppgave, universitetet i Oslo, Oslo. Hentet 05.04.14 fra:

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/29694/ProsjektxBroch.pdf?sequence=1>

Dahl, K. & Skaug, E.A. Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie I:

Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.A.(red.) *Grunnleggende sykepleie*

Bind 2. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Dalland, O.(2012) *Metode og oppgaveskriving (5.utg)*

Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Eide, H. & Eide, T. (2008) *Kommunikasjon i relasjoner (2.utg.)*

Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Grønseth, R. & Markestad, T.(2011) *Pediatri og pediatrik sykepleie (3. utg)*

Bergen: Fagbokforlaget.

Helsepersonelloven. *Lov av 2.juli 1999 nr.64 om helsepersonell m. v.* Hentet 04.05.14 fra:

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hummelvoll, J.K. (2012) *Helt- ikke stykkevis og delt*

Oslo: Gyldendal akademisk.

Killén, K.(2009) *Sveket 1* (4.utg)

Otta: Kommuneforlaget.

Kirkegaard, S.(1994) Synspunkter for min forfatter- virksomhet I: *Kirkegaard S. Samlede*

Værker bd. 18. København: Gyldendal.

Kirkengen, A.L.(2005) *Når krenkede barn blir syke voksne*

Oslo: universitetsforlaget

Kirkevold, M.(2009) *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* (2.utg.)

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Klette, T. (2007) *Tid for trøst* (NOVA rapport 17/07). Oslo: Norsk institutt for forskning om

oppvekst, velferd og aldring.

Kristoffersen, N.J.(2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie I:

Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.A.(red.) *Grunnleggende sykepleie*

Bind 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Mossige, S., & Huang, L. (2010). Omfanget av seksuelle krenkelser og overgrep i en norsk

ungdomsbefolkning. *Norsk Epidemiologi*, 20(1), 53-62 Hentet 09.04 fra:

<http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1295/1204>

Mossige, S.& Stefansen, K(2007) *Vold og overgrep mot barn og unge* (NOVA Rapport

20/07). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Mossige, S (2001). *Ungdoms holdninger til seksuelle krenkelser og overgrep- Ungdommers*

oppfatning av barn som legitime mål for seksuelle handlinger (NOVA rapport 16/01).

Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Myhren, L. & Steinsbekk, S.(2000) *Avdekking av seksuelle overgrep mot små barn* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Redd barna (u.å.). *Slik forteller barn om overgrep*. Hentet 05.04.14 fra:

<http://www.reddbarna.no/forstyr/slik-forteller-barn-om-overgrep>

Rutgerson, K. (2013). Hjelp til å avdekke omsorgssvikt og mishandling av barn. *Sykepleien forskning* 2013 8(4):376-378.DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0169. Hentet 07.04.14 fra: <http://www.sykepleien.no/forskning/nyttestoff/1382880/hjelp-til-a-avdekke-omsorgssvikt-og-mishandling-av-barn>

Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Seksuelle overgrep mot barn- en veileder for hjelpeapparatet*. Oslo: Trykksaksekspedisjonen.

Statistisk sentralbyrå (2011). *Kriminalitetsbilder i endring*. Hentet 12.04.14 fra:

<http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/kriminalitetsbilder-i-endring>

Straffeloven. Lov av 22.mai. 1902 nr 10 om alminnelig borgerlig straffelov mv. Hentet 04.05.

14 fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1902-05-22-10?q=straffeloven>

Tingberg, B. (2011). Om barnmisshandel. *Barnbladet*, 36(3), 34-5. Hentet 09.04.14 fra:

http://www.barnbladet.org/sv/wp-content/uploads/bb_311.pdf

Travelbee, J.(2003) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (3. utg)

Oslo: Gyldendal akademisk

Van Hove, E. (2012). BVC-sjuksköterskors erfarenheter av att barn misstänks fara illa - en kvalitativ intervjustudie. *Barnbladet*, 37(6), 30-2. Hentet 07.04.14 fra:
http://www.barnbladet.org/sv/wp-content/uploads/bb_612.pdf

Wilson D. R. (2010). Health Consequences of Childhood Sexual Abuse. *Perspectives in psychiatric care* 46(1):56-64. Hentet 03.04.14 fra:
<http://search.proquest.com.proxy.helsebiblioteket.no/docview/200811319/fulltextPDF?accountid=35443>