



DIAKONOVA

BACHELOR

«Hva er sykepleiers ansvar ved mistanke om vanskjøtsel av barn?»

Dato: 23. mai 2014

Kandidat: 211

Kull: 181

Antall ord: 8089

Veileder: Trine Klette

«Child neglect is a relentless and silent killer of the human spirit»

(Daro og McCurdy i Killén 2004)

INNHold

1. INNLEDNING

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstilling	6
1.3 Oppgavens hensikt	6
1.4 Avgrensning	6
1.5 Begrepsavklaring	7
1.6 Oppgavens oppbygning	7

2. METODE

2.1 Valg av metode	8
2.2 Presentasjon av litteratur	8
2.3 Kildekritikk	9

3. TEORI

3.1 Sykepleieteori	11
3.1.1 Virginia Hendersons teori	11
3.1.2 Kari Martinsens teori	12
3.2 Omsorgssvikt	12
3.2.1 Ulike former for omsorgssvikt	13
3.3 Vanskjøtsel	14
3.3.1 Tegn på vanskjøtsel hos barnet	15
3.3.2 Konsekvenser av vanskjøtsel	16
3.4 Barnet 0-1 år	17
3.4.1 Utviklingsteori	17
3.4.2 Tilknytning	17
3.4.3 Barns rettigheter	18
3.5 Foreldrene	19
3.5.1 Foreldrenes oppfatning av barnet	19
3.5.2 Foreldrefunksjoner ved vanskjøtsel	19

3.6 Sykepleieren	19
3.6.1 Konfrontasjon	20
3.6.2 Lovverk	20
3.6.2 Etikk	21
<u>4. DRØFTING</u>	
4.1 Hva er sykepleiers ansvar ved mistanke om vanskjøtsel av barn?	22
4.2 Vanskjøtsel i samfunnet	24
<u>5. KONKLUSJON</u>	27
<u>6. LITTERATURLISTE</u>	28

1. INNLEDNING

I dette kapittelet vil jeg presentere hva oppgaven handler om. Her følger presentasjon og begrunnelse for valg av tema, problemstilling, avgrensning, begrepsavklaring og oppgavens hensikt og oppbygning.

1.1 Presentasjon og begrunnelse av tema

Denne oppgaven tar for seg temaet vanskjøtsel av barn. En tilsynelatende usynlig form for omsorgssvikt fordi den, i motsetning til mishandling, er mangel på handling. En manglende evne til å dekke barnets grunnleggende behov (Klette, 1998).

Forskning viser at vanskjøtsel av barn er den mest utbredte formen for omsorgssvikt, og det utgjør mer enn halvparten av alle saker som blir rapportert til barnevernet (Endom, 2014).

Gail Hornors forskning viser at det er den vanligste og dødeligste formen for omsorgssvikt. Til tross for dette blir den ofte oversett. Hun hevder at en sykepleier som jobber med barn høyst sannsynlig vil møte vanskjøtte barn på sin arbeidsplass, og at det er viktig å ta tak i dette tidlig fordi det kan gi alvorlige og livslange konsekvenser (Hornor, 2014).

Da mitt kull startet sykepleieutdanningen ved høyskolen Diakonova for snart tre år siden, ble vi spurt; «Hva er sykepleie?» Et gjentakende svar fra elevene var *omsorg*.

Sykepleieteoretiker Kari Martinsen (2003) mener at omsorg er det mest naturlige og grunnleggende i menneskets eksistens og utgjør grunnlaget for god sykepleie. Derfor mener jeg det er viktig at vi ikke lukker øynene når vi ser fravær av omsorg.

Jeg ønsker å jobbe med barn, og grunnen til at jeg søkte på sykepleieutdannelsen var for å bli helsesøster eller jordmor. Ved studiets start interesserte jeg meg umiddelbart for anatomi, fysiologi og patologi. Likevel returnerer jeg alltid til temaet barn og det som engasjerer, beveger og provoserer meg mest, nemlig vanskjøtsel av barn.

Jeg har valgt dette temaet for å gjøre fenomenet vanskjøtsel bedre kjent, og jeg mener det er veldig viktig at sykepleiere har kunnskap om dette. For å begrunne mitt valg av tema vil jeg sitere Kari Killén (2004): «Omsorgssvikt er alles ansvar»

– også sykepleierens.

1.2 Problemstilling

«Hva er sykepleiers ansvar ved mistanke om vanskjøtsel av barn?»

1.3 Oppgavens hensikt

Mange har vanskelig for å tro at foreldre vil vanskjøtte sine barn, men tallene er høye. Tall fra Statistisk Sentralbyrå (2013) viser at det ved utgangen av 2012 var 38 700 barn i Norge som hadde tiltak hos barnevernet. Det er grunn til å tro at mange av disse barna var vanskjøttet. Fordi dette er en «usynlig» form for omsorgssvikt, er det også sannsynlig at vanskjøtsel hos barn ikke blir oppdaget.

En stortingsmelding fra Barne-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet (2001-2002) slår fast at uakseptabel passivitet, som grov vanskjøtsel, er en straffbar handling på lik linje med mishandling og overgrep. Vanskjøtsel er med andre ord ulovlig.

Den som yter helsehjelp skal være oppmerksomme på forhold som kan lede til tiltak fra barnevernet, og av eget tiltak opplyse barnevernstjenesten dersom det er grunn til å tro at et barn blir utsatt for mishandling eller andre former for omsorgssvikt (Helsepersonelloven, 1999).

Jeg har opplevd at mange, også medstudenter, ikke vet hva vanskjøtsel er. De fleste vet i hvert fall ikke om de alvorlige konsekvensene det har. Hensikten med denne oppgaven er derfor å øke kunnskapen om hva vanskjøtsel av barn er. Hvilke tegn man skal se etter og hvilke konsekvenser passivitet overfor barn har. Jeg vil også undersøke hvilket ansvar sykepleier har dersom hun oppdager vanskjøtsel, ved å trekke inn lovverket og å se på den etiske og moralske plikt sykepleieren har i en slik situasjon.

1.4 Avgrensning

På grunn av den tiden jeg har til rådighet, velger jeg å avgrense til å skrive om barn fra de er nyfødt til de er 0 – 1 1/2 år, fordi dette er den alderen som er mest kritisk og sårbar i forhold til utvikling og tilknytning (Erikson, 2000, Klette, 2007).

Vanskjøtsel er en form for omsorgssvikt, og kan være et forstadium til de mer alvorlige tilfellene (Killén, 2004). Det generelle ved omsorgssvikt og de forskjellige formene blir derfor nevnt, men jeg fordyper meg ikke i fysisk, psykiske eller seksuelle overgrep.

Jeg vil belyse det problemet at vanskjøtsel er mer vanlig enn man tror og vil derfor ikke gå nærmere inn på foreldrenes bakgrunn eller bakgrunnen for vanskjøtselen, men heller se på hvilke symptomer man kan se hos barnet og hva sykepleier kan gjøre. Det vil si at det ikke

fokuseres spesielt på barn av foreldre i vanskelige livssituasjoner, barn av foreldre med kjent psykisk sykdom, rusproblematikk, eller som kommer fra land med krig, sult, ekstrem fattigdom og/eller lignende.

Barn av annen etnisk bakgrunn enn den norske er heller ikke et tema i denne oppgaven.

Jeg tar utgangspunkt i at sykepleier kan møte vanskjøtte barn i mange sammenhenger, for eksempel på en barneavdeling.

1.5 Begrepsavklaring

Vanskjøtsel er når barnets foreldre eller primære omsorgspersoner, har reduserte eller manglende evner til å se og dekke barnets grunnleggende behov, slik at konsekvensene er fysiologiske, psykologiske og /eller sosiokulturelle skader eller lidelser hos barnet (Klette, 1998).

Ansvar kan i følge helsepersonelloven kap. 2, §4 (1999) forstås som sykepleierens krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at det yrkesetiske ansvar har grenseoppganger mot det faglige og juridiske ansvaret. En handling kan være faglig forsvarlig og juridisk tillatt men etisk uakseptabel (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

1.6 Oppgavens oppbygning

I kapittelet som følger, *Metode*, gjøre jeg rede for hvordan jeg har valgt å løse denne oppgaven. Fagbøker, forskningsartikler og annen litteratur blir presentert og til slutt følger en kildekritikk.

I kapittel tre, *Teori*, blir innsamlet data presentert. Dette er fordelt på fem kapitler med underkapitler.

Kapittel fire, *Drøfting*, tar for seg teoriene fra del tre og veier disse opp mot hverandre for å komme nærmere en konklusjon til problemstillingen.

Avslutningsvis kommer en kort konklusjon som tar utgangspunkt i problemstillingen drøftingskapittelet.

2. METODE

I kapittelets første del gjør jeg rede for hva metode er og hvilken metode jeg har tatt i bruk for å løse denne oppgaven. Videre følger en presentasjon av litteratur og kildekritikk.

2.1 Bruk av metode

En metode er en framgangsmåte for hvordan man løser et problem eller oppdager ny kunnskap. En hvilken som helst fremgangsmåte som tjener dette formålet kan kalles en metode (Dalland, 2000). For å løse denne oppgaven har jeg tatt i bruk litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en systematisk innsamling og gjennomgang av litteratur rundt et valgt tema og problemstilling (Dalland, 2012). Ved å bruke denne metoden kan jeg fordype meg i eldre informasjon, men også søke nyere kunnskap.

2.2 Presentasjon av litteratur

Jeg har valgt å bruke bøker fra skolens bibliotek og på Deichmanske bibliotek. I tillegg til bøker fra skolens pensumliste, supplerer jeg med annen litteratur:

Sveket (Killén, 2004) – en bok til alle som møter omsorgssvikt i sitt arbeid.

Hvem ser barnet? (Klette, 1998) – handler om fenomenet vanskjøtsel.

Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling (Kvello, 2007) – gir en god forståelse av hva omsorgssvikt er.

Hvordan krenkede barn blir syke voksne (Kirkengen, 2005) – dreier seg om krenkelser av ulike slag og om hvilke konsekvenser disse har for barnet i voksen alder.

Utvikling, personlighet og borderline (Evang, 2010) – tar blant annet for seg situasjoner i tidlige barneår som kan anses som en del av årsaken til personlighetsforstyrrelser.

Barndommen og samfunnet (Erikson, 2000) – inneholder teori om de psykososiale fasene.

Kjeft Mindre (Sigsgaard, 2008) – tar for seg konsekvenser ved avviseelse av barnet.

Se på meg! (Gerhardsen, 2012) – en bok om barnets selvfølelse.

Sykepleiens natur (Henderson, 1998) – Virginia Hendersons sykepleieteori.

Omsorgens ansikt (Bø, 1996) – en bok som handler om omsorg i sykepleien.

Omsorg, sykepleie og medisin (Martinsen, 2003) – Kari Martinsens sykepleieteori.

I søk etter forskningsartikler har jeg brukt søkemotorene UpToDate, PubMed, Cochrane og helsebiblioteket. En fagartikkel fra sykepleien.no har også blitt tatt i bruk.

I alle søk har jeg tatt i bruk følgende kombinasjoner av ord: barn+vanskjøtsel+sykepleier og

child+neglect+nurse. Søkene resulterte i mange treff, men jeg valgte følgende artikler:

Child neglect and emotional abuse (Endom, 2014) – Dette er en kvalitativ forskningsartikkel som tar for seg hva vanskjøtsel av barn er, hvilke tegn man skal se etter og hva helsearbeidere bør gjøre når det oppdages.

Child neglect: Assessment and Intervention (Hornor, 2014) – Forskningen er kvalitativ og den gjør rede for forekomst av vanskjøtsel, konsekvensene av det og utfordringer i praksis.

A 30-year Follow-up of the effect of child abuse and neglect on obesity in adulthood (Bentley & Widom, 2009) – En kvantitativ forskningsartikkel som tar for seg sammenhengen mellom vanskjøtsel og misbruk av barn og overvekt i voksen alder.

Overview of diaper dermatitis in infants and children (Horii & Prossick, 2014) – en artikkel som gjør rede for ulike årsaker til bleieutslett. Jeg velger å ta i bruk denne artikkelen fordi vanskjøtsel viser seg i enkelte tilfeller å være årsak til bleieutslett.

I tillegg til nevnte bøker og forskningsartikler har jeg tatt i bruk følgende litteratur:

Tid for trøst (Klette, 2007) – en undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner.

Omsorgssvikt og personlighetsforstyrrelsen (Klette, 2008) – viser en sammenheng mellom psykiske lidelser og ulike former for omsorgssvikt.

Fagprosedyre for *Omsorgssvikt og Vanskjøtsel* (2012) er i samarbeid med Oslo Universitetssykehus utviklet av Kynø, Lindboe, Vetlesand, Holgersen Skotte, Stoltenberg Bjaanes og Syversen. Hensikten er å gjøre kliniske tegn, symptomer, signaler og tiltak på omsorgssvikt/vanskjøtsel kjent for sykepleiere som behandler og følger opp pasienter som har omsorg for barn eller barn som kan være utsatt for omsorgssvikt/vanskjøtsel.

Våger å tenke mishandling (2013), skrevet av sykepleier Nina Hernæs, er en artikkel fra tidsskriftet *Sykepleien* som har fokus på at sykepleiere må ha mot til å handle.

Jeg har i min oppgave også valgt å se på lovverket. Kildene er hentet fra www.lovdatab.no. For å belyse etikkspørsmålet har jeg valgt å bruke *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

2.3 Kildekritikk

Når en samler inn data som skal brukes i en undersøkelse, må dataene være relevante for problemstillingen. Det er viktig at de er pålitelige og gyldige (Dalland, 2000).

Alle bøker og forskningsartikler som vises til i denne oppgaven handler om vanskjøtsel, omsorgssvikt, barns utvikling, sykepleiefaget, etikk eller lovverk og er derfor etter mitt

skjønn relevante for problemstilling.

I søk etter forskningsartikler i de forskjellige databasene brukte jeg en kombinasjon av søkeord som gav mange treff. På det meste fikk jeg over 900 treff. Omtrent 20 hadde de valgte søkeordene i titlene og var sykepleierelevante, og jeg valgte fire av disse artiklene. Med hensyn til at jeg fikk mange treff, kan det tenkes at det vil være forskning som kunne gitt en annen konklusjon enn den jeg har kommet frem til.

Jeg har tatt i bruk noe eldre litteratur. Trine Klettes bok er fra 1998. Jeg har likevel valgt å bruke denne fordi det er en av få bøker som handler om vanskjøtsel, og det er lite av dens innhold som strider mot ny forskning og litteratur.

Forskningen viser til undersøkelser som er gjort hovedsakelig i USA, og man kan stille spørsmål ved om funnene er relevante for Norge. Andre lands forhold kan ikke overføres direkte til å gjelde norske, men Norge har nære bånd til USA og er i betydelig grad påvirket av kulturen. Derfor er det interessant å reflektere over i hvilken grad disse resultatene også gjelder for Norge.

Etter tre år med sykepleiestudier, og på grunn av et stort engasjement for barn som lider av omsorgssvikt, har jeg opparbeidet meg noe kunnskap om vanskjøtsel. Jeg tror at vanskjøtsel vil ha store negative konsekvenser for et barn og at det er viktig at sykepleier tar tak i det. Jeg har derfor valgt litteratur som understøtter min hypotese. Jeg kan ikke si å ha oppdaget forskning eller annen litteratur som setter vanskjøtselproblematikken i et godt lys, men oppgaven kan være preget av min forforståelse for temaet.

3. TEORI

I dette kapittelet presenteres innhentet litteratur som er relevant for min problemstilling.

3.1 Sykepleieteori

For å belyse min problemstilling fra et sykepleieteoretisk standpunkt, har jeg valgt å bruke to ulike teorier; Virginia Hendersons teori med fokus på grunnleggende behov, og Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

3.1.1 *Virginia Hendersons sykepleierteori*

Hovedfokuset i Virginia Hendersons sykepleieteori er menneskets felles grunnleggende behov, og sykepleierens særegne ansvars- og funksjonsområde (Kristoffersen, 2011).

Hendersons definisjon på sykepleie lyder slik:

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (Henderson, 1998, s.45).

Hendersons hevder at en person vil ha behov for sykepleie dersom han ikke har de nødvendige ressurser til å dekke egne grunnleggende behov. Årsaken til ressursvikt kan være mangel på kunnskap, krefter eller vilje, og inntreffer ikke bare på grunn av sykdom. Friske mennesker kan også ha behov for sykepleie dersom de av ulike grunner ikke klarer å utføre nødvendige gjøremål for å bevare sin helse. I disse tilfellene har sykepleieren en viktig forebyggende og helsefremmende funksjon (Kristoffersen, 2011).

For å hjelpe en pasient må sykepleier først skaffe seg en forståelse av pasientens behov ved å utføre en datasamling. Behovet må så bedømmes ut ifra kunnskap om den aktuelle pasientens ressurser. Deretter lages en sykepleiediagnose med utgangspunkt i hvordan problemet har oppstått – om det er manglende kunnskap, krefter eller vilje. Til slutt iverksettes tiltak for å hjelpe pasienten. Pasienten er i fokus og omgivelsene trekkes i liten grad inn, men Henderson påpeker at pasientens pårørende bør involveres dersom det kan bidra til å dekke pasientens behov (Kristoffersen, 2011).

3.1.2 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen har i gjennom mange år utviklet det som i dag betegnes som omsorgsfilosofi. Hun har stor vekt på grunnleggende verdier og hun beskriver et syn på sykepleie som er basert på omsorgstradisjoner og erfaringsbasert sykepleie (Kristoffersen, 2011).

Martinsens teori betegnes som kritisk fordi den presenterer et alternativ til tidligere sykepleietenkning. Hun tar et oppgjør med det hun kaller positivistisk vitenskapssyn og teoretisering av sykepleiefaget. Hun er kritisk til at begrepet *evidens* kun omfatter det vitenskapelige, når det tradisjonelt var forbundet med verdier som kjærlighet, barmhjertighet, og med fenomener som glede, håp, sårbarhet, lidelse og sorg (Kristoffersen, 2011).

Hennes tenkning bygger på en verdioppfatning der man ser på relasjoner som fundamentale i et menneskes liv. Omsorg er et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og utgjør dermed grunnlaget for sykepleie (Martinsen, 2003).

Martinsen mener at sykepleiere må ha omsorg for medmennesker, og våge å vise mot på de syke og utstøttes vegne (Martinsen, 2013).

Martinsen mener omsorg er et moralsk spørsmål, og viser til tre kvaliteter i sin forståelse av omsorg;

Det relasjonelle – som beskriver forholdet mellom mennsker. Det er karakterisert ved at fokuset er rettet bort fra en selv, og at det er særpreget av det umotiverte og betingelsesløse. Den relasjonelle omsorgen er den enes svar på den andres appell.

Det praktiske – Å bli berørt gjør at man «lider med», men å bli berørt utfordrer også til praktisk handling der vi må «sørge for». En gir betingelsesløs omsorg til den som trenger det.

Det moralske – På individplan handler dette først og fremst om hvordan vi *er* i relasjonen, og om hvilken holdning vi har. En forutsetning for å handle omsorgsfult er å anerkjenne den andre. Anerkjennelse vokser frem ved å være sammen og ved økt forståelse. Den moralske omsorgen kommer til uttrykk i vår måte å være på, og vår holdning er med på å farge den andres hverdag og livsverden (Bø, 1996, Martinsen, 2003).

3.2 Omsorgssvikt

Det å definere omsorgssvikt og å finne klare skiller mellom omsorgssvikt, mishandling og vanskjøtsel viser seg å være en problematisk oppgave. Definisjonene varierer litt fra teori til teori, og det ser ut til at særlig begrepene omsorgssvikt og vanskjøtsel blir brukt om hverandre. Kempe bidro i med denne definisjonen av omsorgssvikt;

Med omsorgssvikt forstår vi at foreldre eller de som har omsorgen for barnet påfører det fysisk eller psykisk skade eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare (Killen, 2004, s.35).

3.2.1 Ulike former for omsorgssvikt

For å forstå begrepet vanskjøtsel og dens konsekvenser tror jeg at det er viktig å vite hva som kjennetegner de ulike formene for omsorgssvikt. Omsorgssvikt er delt opp i fire forskjellige kategorier, der vanskjøtsel er en av dem (Killen, 2004).

Vanskjøtsel er som nevnt den vanligste formen og er når foreldrene ikke engasjerer seg følelsesmessig positivt i barnet (Killen, 2004). Dette typen blir sett nærmere på i kapittel 3.3.

Fysiske overgrep er der barn skades ved aktiv handling eller ved mangel på tilsyn. De vanligste tegnene er blåmerker etter å ha blitt slått eller kastet, og/eller brannsår etter sigaretter, varmeovn, strykejern eller lignende. Hodeskader og brudd på armer og bein hos småbarn, spesielt hos spedbarn, er ofte resultat av fysisk overgrep (Killén, 2004). Barnet som er utsatt for denne formen for omsorgssvikt vil etter hvert føle seg som et «dårlig menneske» som ikke fortjener kjærlighet og omsorg, og vil utvikle ulike overlevelsesstrategier og angstfylte tilknytningsstrategier. Fysisk overgrep kan føre til langvarige skader, både fysisk og psykisk, og i verste fall død (Killen, 2004).

Psykiske overgrep er kort definert som foreldrenes kroniske holdning eller handling, som er ødeleggende for, eller forhindrer utviklingen av, et positivt selvbilde hos barnet (Killen, 2004). Barnet lever konstant med uro for at foreldrene ikke vil være i stand til å ta vare på og beskytte seg selv og barnet. De påførte skadene er ikke synlige, men er innvendige sår som kan være mer ødeleggende enn noen annen form for overgrep. Ofte er ofrene barn av foreldre i voldelig samlivssituasjoner, med rusproblematikk, med psykiske lidelser eller med ubearbeidede samlivbrudd. Det kan også være alenebarn, barn som oppfattes som annerledes enn de er, eller barn i isolerte trossamfunn (Killén, 2004).

Seksuelle overgrep er når barn engasjeres i seksuelle aktiviteter som de hverken følelsesmessig, utviklingsmessig eller seksuelt er modne for (Killen, 2004). Det er et grunnleggende svik fra en barnet har tillit til. Seksuelt misbruk har et bredt spekter av aktiviteter. Det kan være fra å se på pornografiske bilder/film, se på den voksne som onanerer og leke seksuelle leker, til berøring, masturbasjon og oralt, analt og/eller genitalt samleie. Denne formen for overgrep kan, i tillegg til psykiske utfordringer, føre til fysiske smerter, søvnforstyrrelser, hysteriske anfall, skjjelving eller anoreksia. For noen er selvmord eneste utvei (Killén, 2004).

Barna som er utsatt for omsorgssvikt vil sjelden utsettes kun for én disse formene. Barn som har opplevd fysisk overgrep, vil ofte ha opplevd psykisk overgrep. Selv om de forskjellige typene kan forekomme alene, vil de ofte opptre sammen (Killen, 2004).

3.2.2 Grader av omsorgssvikt.

Kvellido (2008) skriver om fire grader av omsorgssvikt;

Alvorlig omsorgssvikt er når det er periodevis tilbakeholdenhet av varme og kjærlighet.

Barnets vekt er tilnærmet lik normal og har ikke ført til fysiologiske skader. Barnet er noe sen i utvikling og er preget av dårlig hygiene.

Moderat alvorlig betegnes ved hyppig tilbakeholdelse av varme og kjærlighet. Det er ikke-organiske årsaker til lav vekt. Barnet har dårlig hygiene og foreldrene har dårlige omsorgsferdigheter og egne betydelige problemer.

Meget alvorlig omsorgssvikt er preget av emosjonell fraværenhet fra barnet. Barnet blir ofte forlatt til seg selv. Den ikke-organiske undervekten gjør at barnet utvikler seg sakte. Barnet har utslett og sår på kroppen. Foreldrene har psykiske lidelser.

Ved *livstruende* omsorgssvikt har barnet samme symptomer som i forrige punkt, men utviklingen stopper opp. Barnet er ofte sykt og har infeksjoner grunnet dårlig hygiene.

3.3 Vanskjøtsel

Vanskjøtsel er den vanligste formen for omsorgssvikt, og teller for mer enn halvparten av alle saker som blir rapportert til barnevernet (Endom, 2014). Den kan oppfattes som mindre dramatisk, men kan påvirke barnets utvikling på mange områder. Den kan få alvorlige og varige konsekvenser for barnets kognitive, følelsesmessige, sosiale og atferdsmessige utvikling (Horner, 2014, Killen, 2004, Klette, 1998). Selv om det er en av de dødeligste formene for omsorgssvikt, blir den likevel ofte ignorert (Horner, 2014).

Å definere vanskjøtsel er ingen enkel oppgave. Definisjonene varierer fra land til land (Hornor, 2014), men jeg velger å ta i bruk Klettes definisjon;

Vanskjøtsel av barn i vår kultur innebærer at foreldrene eller de primære omsorgspersonene for et barn, har reduserte eller manglende evner til å se og dekke barnets grunnleggende behov, slik at det fører til fysiologiske, psykologiske og/eller sosiokulturelle skader eller lidelser hos barnet (Klette, 1998, s. 75)

Vanskjøtte barns behov blir ignorert. Barnet opplever angst og fortvilelse over å ikke bli sett av nettopp hos dem som skal se dem, beskytte dem og gi dem kjærlighet (Killén, 2004).

Barnet opplever at foreldrene prioriterer andre aktiviteter enn å være sammen med dem. De føler seg som en belastning for foreldrene, og dette kan ha negative konsekvenser for deres selvoppfatning (Killén, 2004).

Vi kan dele vanskjøtsel i fire ulike kategorier (Endom, 2014);

Fysisk vanskjøtsel: Foreldrene sørger ikke for tilstrekkelig tilførsel av mat, klær, eller ly. De får ikke beskyttelse eller har mangel på tilsyn. Barnet er preget av dårlig hygiene.

Medisinsk vanskjøtsel: Er en form for vanskjøtsel der foreldrene ikke oppsøker eller følger opp medisinsk behandling eller forebyggende helsetiltak for barnet (Killen, 2004).

Emosjonell vanskjøtsel: Barnet får lite eller ingen kjærlighet, omsorg, trygghet eller trøst.

Utdannelse: Barnet blir ikke skrevet inn på skole, eller har mye udokumentert fravær. Dette er imidlertid ikke så relevant for denne oppgaven, ettersom det vil være vanskelig for sykepleier å oppdage dette, og fordi dette gjelder eldre barn.

3.3.1 Tegn på vanskjøtsel hos barnet

Vanskjøtsel er sjeldent et enkelt tegn, men et bilde sammensatt av flere symptomer (Oslo Universitetssykehus, 2012, Killen, 2004). Dersom et barn er utsatt for vanskjøtsel vil man se at barnet er over-/undervektig på grunn av dårlig, manglende eller feilernæring, har forstoppelse og/eller mangler appetitt. Det kan vise seg som abdominal utspiling, manglende underhudsfett og dehydrering (Endom, 2014, Klette, 1998). Barnet vokser ikke, går heller ned i vekt, og er anemisk. Det har hendt at spedbarn har ligget flere dager uten og få trøst, mat eller stell (Killén, 2004). Hos spedbarn som ligger mye og som ikke blir tatt opp kan man observere flatt bakhode, skjevt hode eller avgnidd hår. Man kan observere muskelspenninger og -slapphet, rugging og hodedunking (Klette, 1998).

Barnet er som nevnt preget av svært dårlig hygiene, skitne klær og det lukter vondt. Det har uhensiktsmessig påkledning, og klærne kan være for små. Forskning viser at barn som har store tilbakevendene «resistente» bleieutslett, med stor sannsynlighet er utsatt for vanskjøtsel eller misbruk (Horii & Prossick, 2014). Ved vanskjøtsel kan bleieutslettene noen ganger være så omfattende at barnet er hudløst helt til navlen (Killen, 2004).

Den dårlige hygien vil etter hvert vise seg som dårlig tannstatus. Den kan også føre til nedsatt immunforsvar. Barnet er ofte sykt, har hyppig hoste er preget av ubehandlede infeksjoner, også skabb og lus, og får ikke behandling for sine sykdommer (Oslo Universitetssykehus, 2012).

Ved vanskjøtsel av et spedbarn vil man også observere at det har en svak eller usikker tilknytning til mor, og at det strekker seg mot hvem som helst for å få omsorg. Barnet har

manglende respons på andre mennesker og viser liten glede i kontakt med folk (Klette, 1998).

Det er viktig og avgjørende om tegnene man ser er resultat av et engangstilfelle, eller om det er en lang rekke av hendelser (Hornor, 2014, Killen, 2004). Det er ofte avhengig av helsepersonell, lærere, barnehageansatte og andre som jobber med barn for å kunne avgjøre om omsorgen er så utilstrekkelig at det må settes i gang tiltak (Hornor, 2014).

3.3.2 *Konsekvenser av vanskjøtsel*

De umiddelbare farene ved vanskjøtsel vil være infeksjoner som følge av dårlig hygiene og skader på grunn av uaktsomhet. Situasjoner der barnet ikke har i tilstrekkelig tilsyn av foreldrene sine, kan resultere i skader, for eksempel bitt, fall eller brannskader (Oslo Universitetssykehus, 2012). I de verste tilfellene, for eksempel der små barn er alene hjemme, eller der infeksjoner forblir ubehandlet, kan vanskjøtsel ende i død (Hornor, 2014).

I tilfeller med veldig alvorlig vanskjøtsel kan et spedbarn, som ved er velkapt ved fødsel, komme i akutt fare etter kun seks til syv uker. I slike tilfeller vil det påvirke barnets utvikling på mange måter. Ved mangel på respons fra foreldre, og ved understimulering, vil barnets psykomotoriske utvikling bli forsinket. Et barn på ett år kan ha lik utvikling som et barn på seks måneder. Disse barna vil etter hvert slutte å skrike og miste språkutviklingen, fordi ingen snakker med dem (Killén, 2004).

Alvorlig vanskjøtsel vil også være skadelig for barnets fysiske utvikling. Proteintilførselen hos et spedbarn er helt nødvendig for hjernens utvikling (Killén, 2004), og nyere forskning har påvist fysiske forandringer i hjernen til feilernærte, vanskjøttede barn (Hornor, 2014). Vanskjøttede barn vil ha økt fare for å utvikle migrene, leversykdom, astma og lungekreft og iskemiske helseplager. Forskning viser også at det er en sammenheng mellom vanskjøtsel i barndommen og depresjon, angst, selvmordstanker og -forsøk, rusmisbruk, risikabel promiskuøs atferd og seksuelt overførbare sykdomer (Hornor, 2014).

Bentley og Widom forsket på om det fantes sammenheng mellom vanskjøtsel og misbruk av barn og overvekt i voksen alder. Det var en sammenheng mellom misbruk og overvekt, men til tross for dårlig kosthold hos mange vanskjøttede barn kunne de ikke finne en direkte sammenheng mellom overvekt og vanskjøtsel. De var kritiske til sitt eget resultat, og lurte på om det hadde påvirket resultatet at nesten alle de vanskjøttede barna bodde utenfor hjemmet og fikk næringsrike måltider der de bodde (Bentley & Widom, 2009). Barn som blir fjernet fra hjemmet på grunn av vanskjøtsel har mindre sannsynlighet for å flytte hjem i igjen, enn de barna som opplever misbruk (Hornor, 2014).

En langtidskonsekvens av følelsesmessig vanskjøtsel, der foreldrene er ute av stand til å

engasjere seg positivt følelsesmessig i barnet, kan være at barnet utvikler ulike personlighetsforstyrrelser (Evang, 2010). Blant annet viser det seg at det er en sammenheng mellom avvisning og manglende varme, og senere psykiske lidelser og kriminalitet. Unge mennesker med atferdsproblemer, antisosial oppførsel og/eller kriminell atferd har i høyere grad blitt avvist eller har manglet varme relasjoner til omsorgspersonene. I tilfeller der omsorgspersonen var avvisende overfor barnet var det også økt risiko for å utvikle depresjon i voksen alder (Siegsgård, 2008).

En annen viktig årsak til avdekke vanskjøtsel og ta tak i det tidlig, er at vanskjøtte barn står i økt fare for senere å bli utsatt for fysisk, seksuell og emosjonell omsorgsvikt i tillegg til vanskjøtsel. Barna som viser tegn til vanskjøtsel kan faktisk allerede være utsatt for disse formene (Hornor, 2014, Klette, 1998). Omsorgssvikt er en form for krenkelse, og et barn som krenkes i sin verdighet blir til en voksen som ikke verdsetter liv og helse (Kirkengen, 2005).

3.4 Barnet

For å oppdage det vanskjøttede barnet og vite hva slags ansvar en har, kan det være nødvendig med kunnskap om barnets utvikling, tilknytning og rettigheter.

3.4.1 *Utviklingsteori*

Eriksons utviklingsteori inneholder avgjørende vendepunkter, eller kriser. I løpet av barnets første leveår vil det opparbeide seg en grunnleggende tillit eller mistillit til sine omsorgspersoner. Gjennom erfaring lærer barnet om det kan stole på og forutsi hvordan omgivelsene oppfører seg. Dersom foreldrene møter barnets behov og er omsorgsfulle, vil barnet få en grunnleggende tillit, som er grunnlaget for barnets videre utvikling. Hvis barnet derimot har ustabile omgivelser, der foreldrene bare noen ganger møter barnets behov for nærhet og omsorg, vil barnet kunne utvikle en grunnleggende mistillit til omgivelsene. Tillit og mistillit er grunnholdninger i menneskets personlighet, og et barn som opplever sterk grad av mistillit i sitt første leveår, vil senere i livet ha vanskeligheter med å skape nære relasjoner til andre (Erikson, 2000).

Barnet vil i løpet av det første året også lære å tro på seg selv (Erikson, 2000). Grunnlaget for barnets selvtillit dannes av hva vi gjør mot barnet, hva vi sier til og om barnet og hvilke følelser barnet vekker i oss (Gerhardsen, 2012).

3.4.2 *Tilknytning*

Tilknytning kan forklares som menneskers medfødte evne til å knytte varige følelsesmessige bånd til sine nærmeste omsorgspersoner (Klette, 2008).

Bowlbys teori forteller om tre hovedtyper av tilknytningsmøntre

Den trygge tilknytningen baserer seg på at barnet har tillit til at foreldrene vil stille opp, trøste og hjelpe dersom barnet har behov for støtte eller trygghet. Barnet utvikler et trygt tilknytningsmønster dersom omsorgspersonene i de første årene er mottakelig for barnets signaler og behandler barnet med kjærlighet og omsorg (Klette, 1998).

Det ambivalente tilknytningsmønsteret utvikles når barnet er usikker på hvordan foreldrene vil reagere når barnet søker etter trygghet og omsorg. Dette er en konfliktfylt form for tilknytning der mor noen ganger er tilgjengelig, mens andre ganger avvise (Klette, 1998).

Det engstelig, unnvikende tilknytningsmønsteret oppstår når barnet ikke forventer å få hjelp. Barnet forventer å bli avvist, og vil derfor forsøke å leve uten andres kjærlighet eller støtte. Dette anses som å være et resultat av høy grad av avvising når barnet har trengt trøst og beskyttelse (Klette, 1998).

Selv om man har gitt barnet en trygg tilknytning så bør man være forsiktig med å reise for mye fra barn under ett år. Fravær på flere døgn kan være vanskelig å takle uansett hvor godt barnet ditt kjenner den som overtar. Med et trygt tilknytningsmønster er det en forventning om at primærkontakten vil være tilgjengelig når barnet trenger henne (Gerhardsen, 2012).

Avbrutt kontakt med mor i siste halvdel av første leveår kan føre til depresjon hos barnet. De blir engstelige og triste, og kan trekke seg unna omgivelsene. De kan bli apatiske, næringsvegrende og få nedsatt motstandskraft mot sykdom. Belastningen små barn opplever ved atskillelse fra foreldrene er særlig stor de første tre leveårene (Evang, 2010).

3.4.3 Barns rettigheter

I FNs konvensjon om barns rettigheter står det blant annet at et hvert barn har en iboende rett til livet. Alle parter som har undertegnet skal så langt det er mulig sikre at barnet overlever og vokser opp. Barn har rett til å kjenne sine foreldre og få omsorg fra dem, og barn skal ikke bli fra sine foreldre mot deres vilje, unntatt når kompetente myndigheter, som er underlagt rettslig prøving, i samsvar med gjeldende lover og saksbehandlingsregler, bestemmer at atskillelsen er nødvendig av hensyn til barnets beste. En slik beslutning kan være nødvendig i tilfeller der barnet utsettes for mishandling eller vanskjøtsel. Partene sikre at alle grupper i samfunnet, særlig foreldre og barn, er informert om, har tilgang til undervisning om og støttes i bruken av grunnleggende kunnskaper om barns helse og ernæring, hygiene og forebygging av ulykker. Partene skal også utføre tiltak for å fremme fysisk og psykisk rehabilitering og sosial reintegrering av barn som har vært utsatt for enhver form for vanskjøtsel eller misbruk. (FNs konvensjon for barns rettigheter)

3.5 Foreldrene

Foreldrene har en sentral rolle når sykepleier skal oppdage og ta tak i vanskjøtsel. Det er jo nettopp de som vanskjøtter sine barn. Som nærmeste omsorgsperson for et barn skal man sørge for sosial integrering, støtte, stimulering, struktur i form av forutsigbarhet og rutiner, tilsyn og kontroll. De skal gi omsorg, trøst, kjærlighet og trygghet (Kvillo, 2008). Det er tydelig at mange av disse kvalitetene mangler hos foreldrene som vanskjøtter sine barn.

3.5.1 Foreldrenes oppfatning av barnet

Foreldrenes holdninger og adferd mot barnet er knyttet til hvordan de oppfatter barnet. Jo mer realistisk og nyansert man ser dem, desto større sjanse er det for at de behandler dem på en måte som står i forhold til dets behov og muligheter (Killén, 2004)

En mor eller far som utsetter sitt barn for omsorgssvikt derimot vil antagelig ha en urealistisk oppfatning av sitt barn og tillegge barnet egenskaper det ikke har. For eksempel kan foreldrene si at barn helt ned i spedbarnsalder er dumme, onde eller at de bevisst provoserer sine foreldre. De legger sine egne problemer på barnet (Killén, 2004).

3.5.2 Foreldrefunksjoner ved vanskjøtsel

Foreldre i vanskjøtselssituasjoner er karakterisert ved manglende engasjement. Det er vanskelig å avdekke vanskjøtsel kun ved å snakke med foreldrene (Killén, 2004).

Ved mistanke om vanskjøtsel av et barn er det tegn man kan se etter hos foreldrene. De ser ikke på barnet og snakker heller ikke til det. De viser ingen interesse og har liten tilknytning til barnet (Klette, 1998). Når mor er sammen med andre voksne blir barnets nærvær fort glemt. Foreldrene tar ikke i mot nødvendig hjelp, enten det er medisinsk eller psykologisk. De har manglende kunnskap og vurderingsevne, og virker lite motivert i omsorgen for sitt barn (Killén, 2004).

Ved vanskjøtsel av barn kan det være grunn til å tro at foreldrene rett og slett ikke har nok kunnskap om barnets behov. De har ikke kunnskap om utviklingsfaser eller hvordan man løser konflikter (Klette, 1998). Foreldre som er i stand til å innrømme at de har behov for hjelp, og som tidligere har vist evne til forbedring har ofte gode utviklingspotensial.

3.6 Sykepleieren

Når sykepleier har mistanke om vanskjøtsel må hun evaluere situasjonen. Dette kan hun gjøre ved å stille seg noen spørsmål; Er foreldrenes møte med barnets behov utilstrekkelig? Er barnets liv er i fare? Ser man et vanskjøtelsmønster? Hvilke faktorer ser man? Hvorfor har man grunn til å tro at det er vanskjøtsel? Er barnevernet involvert? Hvilke tiltak har blitt

gjort tidligere? Hvilke styrker og ressurser har familien? Er familien motivert til å gjøre forandringer? Hvor mye hjelp er familien villig til å ta i mot (Endom, 2014).

3.6.1 Konfrontasjon

For å ta tak i vanskjøtselsproblematikken må sykepleieren uttrykke sin bekymring til foreldrene. Problemene må avdekkes, kartlegges og adresseres (Endom, 2014).

Dersom sykepleier avdekker vanskjøtsel hos barn, er åpenhet med foreldrene helt avgjørende. Ved å dele sin bekymring tidlig vil det åpne for å snakke om foreldrenes situasjon. Dersom omsorgssvikten er på grunn av kriser i familien, som har belastet familien og dermed barna, vil åpenheten gi mulighet for løsninger og avlastning. Dersom det er større grunn til bekymring, vil åpenhet rundt temaet fortsatt gi foreldrene en mulighet til å jobbe med problemet før det blir for stort (Killén, 2004).

Hvordan foreldrene reagerer på konfrontasjonen vil variere. Deres reaksjon vil avhenge av hvor alvorlig vanskjøtselen er, deres tidligere erfaring med hjelpeapparatet og forholdet til den som konfronterer dem. De vil for eksempel forsøke å forsvare seg, benekte det, bli aggressive eller bagatellisere omsorgssvikten (Killén, 2004).

Frykten for at foreldrene vil «stikke av» etter en konfrontasjon, bør ikke være en grunn for sykepleier til å la vær å ytre bekymring. Hvis det derimot er mistanke om grove overgrep, og en konfrontasjon med foreldrene vil resultere i økt fare for barnet, er saken ikke lenger på bekymringsnivå, og barnevernet skal kontaktes. Vi må alltid vurdere barnet før vi tar opp bekymringen med foreldrene (Killén, 2004).

3.6.2 Lovverk

I sykepleiers møte med vanskjøttede barn, er det særlig to lover i Helsepersonelloven (1999) som er relevante;

Kapittel 2, Krav til helsepersonell yrkesutøvelse, §4 – Forsvarlighet. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav som faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Kapittel 6, Opplysningsplikt, §33 – Opplysninger til barnevernstjenesten. Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernstjenestens side. Uten hinder av taushetsplikt etter §21 skal helsepersonell av eget tiltak fi opplysninger til barnevernstjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgsvikt.

Disse to lovene sier noe om hva sykepleier i følge norsk lov er pliktig til å gjøre ved mistanke om vanskjøtsel.

3.6.3 Etikk

Etikken ses ofte på som moralens teori, begrunnelsen for de moralske handlingene vi gjør.

Når sykepleier avdekker vanskjøtsel hos barn vil hun stå foran vanskelige etiske valg.

Sykepleier kan jobbe ut i fra de fire prinsipper etikk;

Velgjørenhet – ønske om å gjør noe godt for andre.

Ikke-skade prinsippet – at man ikke skal gjøre skade med de handlingene man gjør.

Rettferdighetsprinsippet – man arbeider ut i fra hva som er mest rettferdig.

Autonomi – at man ivaretar andres selvbestemmelsesrett. Dette forutsetter at personen er i stand til å gjøre avgjørelser selv.

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at det yrkesetiske ansvar har grenseoppganger mot det faglige og juridiske ansvaret. En handling kan være faglig forsvarlig og juridisk tillatt men etisk uakseptabel (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

4. DRØFTING

I drøftingen tar jeg i kun i bruk teorien fra forrige kapittel. Jeg henviser derfor ikke til kilder. Underveis i drøftingen vil jeg ta i bruk eksempler for å underbygge min teori.

4.1 «Hva er sykepleiers ansvar ved mistanke om vanskjøtsel av barn?»

Først og fremst vil sykepleiers ansvar være å tilegne kunnskap om vanskjøtsel. I følge aktuelle lover er sykepleiers ansvar blant annet å yte omsorgsfull hjelp som forventes av kvalifikasjoner og arbeidets karakter. Sykepleiere som møter barn på sin arbeidsplass bør derfor ha grunnleggende kunnskap om omsorgssvikt og vanskjøtsel. I følge Henderson må må pasientens behov kartlegges, og dersom barnet er offer for vanskjøtsel bør kartleggingen kunne avsløre dette. En forutsetning for det er at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap.

Jeg mistenker at mange velger å tro at barnet er i de beste hender hos mor eller far, selv om tegnene tyder på det motsatte. Man vil jo helst tro at foreldrene er de beste omsorgspersonene. Statistikken viser imidlertid noe annet. Derfor tror jeg en viktig del av kartleggingen av vanskjøtsel er å innrømme at det faktisk er det man ser. I Martinsens teori står det at sykepleiere må ha omsorg for medmennesker, og våge å vise mot på de syke og utstøttes vegne. Hun sier at den relasjonelle omsorgen karakteriseres ved at fokuset er rettet fra en selv, og at man er den enes svar på den andres appell. Et spedbarn kan ikke be om hjelp, så dersom man oppdager vanskjøtsel hos små barn bør man handle. Det første leveåret er det mest kritiske, og teorien viser at konsekvensene ved å se bort er for store.

Når man har kunnskapen om vanskjøtsel, og har bekreftet mistanken, må man se hvilken tilstand barnet er i. Da kan man begynne å kartlegge. Er barnet velstelt? Friskt? Undervektig? Kontaktbart? Har det en normal atferd som tilsvare alderen? Hvordan er forholdet mellom mor og barn? Er barnet søkende? Hvordan omtaler omsorgspersonene barnet? Dersom de snakker nedlatende til barnet og tilegner barnet egenskaper det åpenbart ikke har, kan det tyde på at foreldrene har en lite realistisk oppfatning av barnet. Hvis mor er lite engasjert i barnet er det da automatisk vanskjøtsel? Kan det være at mor bare er sliten i dag. Hvis barnet har skitne klær og lukter vondt, er det da automatisk vanskjøtsel da også, eller kan det være andre grunner til det?

Sykepleier må finne ut om det hun ser er resultat av et engangstilfelle. Hvis det viser seg å være vanskjøtsel, kan det vært lurt å bedømme alvorlighetsgrad.

Ved kartlegging er det mulig å finne ut om barnet tidligere har vært på sykehus. Har barnet

fått oppfølging på helsestasjonen? Hvorfor er barnet her i dag? Kanskje barnevernet allerede er involvert. Sykepleier kan bruke sin kunnskap til å avdekke symptomer på vanskjøtsel. Bør man være litt forsiktig? Kanskje man ser tegn som ikke egentlig er der.

Når man har kartlagt problemet, må sykepleier se hva slags vanskjøtsel det er snakk om. Er det fysisk, emosjonell eller medisinsk vanskjøtsel? Eller er det en kombinasjon?

Barnet er offer for omsorgssvikt, det er nå sykepleieren må vise omsorg. Vi «lider med», så nå må vi «sørge for». Hva skal sykepleier gjøre dersom man ser tegn på veldig alvorlig vanskjøtsel? Først og fremst bør sykepleier, i samarbeid med lege, sørge for å få dekket barnets akutte grunnleggende behov. Er barnet dehydrert? Anemisk? Full av bleieutslett eller infeksjoner?

Hendersons teori sier at vi skal hjelpe de som på grunn av manglende kunnskap, krefter, eller vilje ikke klarer å hjelpe seg selv. I en normal situasjon ville man involvert foreldrene til å hjelpe barnet, men hva skjer når barnets sykdom skyldes nettopp foreldrenes manglende kunnskap, krefter og vilje?

I følge loven skal den som yter helsehjelp være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnvernstjenesten. Sykepleier er ikke lenger hindret av taushetsplikt dersom hun har grunn til å tro at et barn er utsatt for alvorlig omsorgssvikt. Det kan tenkes at det første sykepleier skal gjøre er å kontakte barnevernet. Men er det etisk riktig? Hva hvis barnevernet tar fra dem omsorgen for barnet? Skal sykepleier «bare» sende problemet vekk, eller skal hun stå i relasjonen, slik Martinsen antyder? Kanskje skal sykepleieren gjør begge deler – både stå i relasjonen og opprette et tverrfaglig samarbeid.

Neste steg kan være å ytre bekymring til barnets foreldre. Ærlighet og åpenhet kan som nevnt føre til at omsorgspersonen åpner seg for deg. Kanskje sykepleier får kartlagt hva som er bakgrunnen for vanskjøtselen. Noen foreldre vil føle seg angrepet og kanskje stikke av. De vil ikke ta i mot hjelp eller anerkjenne at de trenger hjelp, og det går ut over barnet.

Hvis man har grunn til å tro at det ligger mer bak enn bare vanskjøtsel, og man oppdager at det kan være fysisk, psykisk eller seksuell mishandling inne i bildet, bør man være veldig varsom med å initiere en samtale med foreldrene. Omsorgspersonens reaksjon på konfrontasjonen kan gå utover barnet. I disse tilfellene må man kontakte barnevernet.

Dersom problemet er så alvorlig at sykepleier ikke når frem med sine tiltak, er det helt nødvendig, både etisk og juridisk, at sykepleier eller den aktuelle avdelingen melder fra til barnevernet. Som sykepleier må man kunne se sine begrensninger og få tak i andre instanser

med mer kompetanse innen dette feltet. Ettersom vanskjøtsel er en så alvorlig form for omsorgssvikt, og har så alvorlige konsekvenser, er det mulig at sykepleier uansett bør melde i fra for at barnet skal få den nødvendige hjelpen som trengs.

Barn har en iboende rett til livet og å få omsorg fra sine foreldre. Dersom foreldrene møter barnets behov og er omsorgsfulle, vil barnet få en grunnleggende tillit og en trygg tilknytning. Dette er grunnlaget for barnets videre utvikling. Hvis barnet derimot har ustabile omgivelser vil barnet kunne utvikle en grunnleggende mistillit til omgivelsene. Tillit og mistillit er grunnholdninger i menneskets personlighet, derfor mener jeg at å avdekke vanskjøtsel er veldig viktig.

4.2 Vanskjøtsel som samfunnsproblem

Hvilket ansvar har sykepleier når hun oppdager vanskjøtsel utenfor jobb? Det kommer muligens an på alvorlighetsgraden. Er man juridisk bundet til å melde bekymring ved mistanke om vanskjøtsel, på samme måte som helsepersonell må hjelpe til i kritiske situasjoner? Er det etisk feil å blande seg i andres familieaffærer? Hvem skal man ta hensyn til – barnet eller foreldrene? Det er vanskelig å finne en fasit på dette.

Samfunnet i dag er etter mitt syn preget av høye forventninger. Mange er i full jobb, barna skal på fritidsaktiviteter, man skal på ferier og på trening. Vi lever i tidsklemma. Jeg påstår at vi er i en tid der mange driver med en mild form for vanskjøtsel uten å være klar over det. En mor og en far som forlater en tre uker gammel baby på mini-SATS for å få tilbake fasongen. Kan dette være en slags form for vanskjøtsel? Dette kan være en situasjon der foreldrene ofrer det nyfødte barnets grunnleggende behov for å oppnå egne mål.

Noen foreldre som drar på to ukers ferie uten barnet før det er fylt ett år. Dette er kanskje ikke de foreldrene som fyller kriteriene for vanskjøtsel, men de ser ikke problemet fordi de muligens ikke har kunnskap om barnets tilknytningsstrategier.

Andre foreldre kan overvurdere barnets evner til å gå alene i trafikken. Et eksempel jeg så nylig var en mor, i en kiosk i Oslo, som sa til sin omtrent to år gamle datter at hun skulle gå ut til pappa og vente. Jeg kikket ut etter henne, og så far med nesen begravd i en iPad. Dette er helt sikkert gode foreldre, men som uten å tenke over det ikke har tilstrekkelig tilsyn med sin datter. Det er disse formene for vanskjøtsel som kan ha fatale konsekvenser.

Mange foreldre i dag er pengesterke og barna mangler ikke så mye, men det kan tenkes at det materialistiske, som for eksempel iPad og leker, går på bekostning av omsorgen for barnet. Dette er muligens ikke det verste som kan skje, men jeg vil påstå at de nevnte eksemplene er variasjoner av vanskjøtsel.

Nybakte foreldrene overlates meget raskt til seg uten å nødvendigvis ha spesielt mye kunnskap om barn. La meg bruke et eksempel:

«Jeg var 21 år gammel da jeg dro til Ullevål for å føde min første datter. Alle synes det var så fantastisk, så magisk! Jeg synes ikke det. Jeg ville bare sove. Jeg visste at det å få barn er et ansvar som varer livet ut. Alle vet det. Det hadde bare ikke gått opp for meg før nå. Tre timer etter fødselen gjorde vi oss klare. Jeg var i fysisk fin form og skulle flyttes til sykehushotellet. – Kommer hun med bruksanvisning, spurte jeg med et smil om munnen. De lo... Jeg gråt. – Lykke til!, sa de»

Dette er et eksempel på en arena der helsepersonell, som for eksempel sykepleier eller jordmor, har en gylden mulighet til å kartlegge risikoen for vanskjøtsel. Jeg synes det er tankevekkende at de likevel velger å sende unge førstegangsmødre med mulig begynnende fødselsdepresjoner til sykehushotellet, fordi de er i fysisk fin form. Det er nærliggende å tro at en mor også må være i psykisk god form dersom hun skal skape en trygg tilknytning til sitt nyfødte barn. En fødselsdepresjon vil muligens føre til manglende engasjement i barnet, og det er også en form for vanskjøtsel.

De mest alvorlige tilfellene av vanskjøtsel kan ha fatale konsekvenser. Jeg skal ikke gjenta alt fra teoridelen, men jeg vil gjerne bruke to kjente eksempler på hva vanskjøtsel kan føre til. Som nevnt i teorien kan vanskjøtsel være et «springbrett» til andre former for omsorgssvikt og mishandling. De fleste nordmenn kjenner til Christoffer-saken, den åtte år gamle gutten som ble drept av sin stefar i 2005, etter lang tids mishandling og vanskjøtsel.

Alvorlig vanskjøtsel kan også resultere i ulike personlighetsforstyrrelser. Etter Utøya-saken i 2011 ble Anders Behring Breivik diagnostisert med blant annet dyssosial personlighetsforstyrrelse, og det har senere kommet frem at han etter all sannsynlighet har vært offer for grov mishandling i barndommen.

Dette er to veldig ulike hendelser, men begge med et tragisk utfall og antagelig er begge et resultat av det samme, nemlig omsorgssvikt og vanskjøtsel.

Hvis man ser på teorien og tar hensyn til alle konsekvensene ved vanskjøtsel, så er det lett å tenke seg de konsekvensene det kan ha for samfunnet. Alikevel blir dette temaet oversett. Hvis man kunne fått mer fokus på temaet og økt kunnskapen om vanskjøtsel, ikke bare blant helsepersonell, men overalt så ville man kanskje hatt litt mer fokus på forebyggende arbeid. Jeg mener at dette kan være en del av sykepleiers ansvar å spre kunnskapen!

5. KONKLUSJON

Først å fremst vil sykepleierens ansvar være å ha kunnskap om emnet. Uten kunnskap om hva vanskjøtsel er vil det være vanskelig å oppdage og ta tak i det. Sykepleieren som jobber på en barneavdeling eller som hyppig kommer i kontakt med barn, bør selv ta ansvar for å tilegne seg kunnskap om vanskjøtsel. Hun må også ha mot til å ta tak i det.

Sykepleier må kartlegge barnets behov og sørge for at barnet får omsorg.

Symptomene man ser på vanskjøtsel kan være resultat av en forbigående krise i familien eller lignende, så man skal være varsom, så man ikke ser ting som ikke er der.

Dersom det virker hensiktsmessig å dele bekymring med foreldrene, tror jeg at man bør gjøre det. Da gir man foreldrene en mulighet til å åpne seg om det som er vanskelig, og kanskje de vil ta i mot den hjelpen som tilbys.

Hvis man har grunn til å tro at en eventuell konfrontasjon vil ha negative konsekvenser for barnet, skal barnevernet kontaktes først.

Dersom det er tydelig at barnet lider av alvorlig vanskjøtsel, må sykepleier kontakte barnevernet for at barnet skal få den hjelp og støtte det skal ha. Vi som sykepleiere er forpliktet av norsk lov til å melde fra til barnevernet dersom vi oppdager vanskjøtsel av barn.

Som jeg nevnte helt innledningsvis er det mange som ikke vet hva vanskjøtsel er. Enkelte sykepleiere vet ikke engang hva det er. Når man leser definisjonen høres det harmløst ut, men teori og erfaring viser at dette er alt annet enn harmløst. Det *er* den vanligste og farligste formen for omsorgssvikt, og jeg tror at en del av sykepleierens ansvar bør være å spre budskapet slik at alle kan være med å forebygge vanskjøtsel.

«... we must never neglect neglect»

(Endom, 2014)

5. LITTERATURLISTE

- Bentley, T., Widom, C. (2009) *A 30-year follow-up of the Effects of Child Abuse and Neglect on Obesity in Adulthood*. Nature Publishing Group.
- BLI (2001-2002) Om barne- og ungdomsvernet. Oslo: Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet, stortingsmelding nr. 40.
- Bø, A.K. (1996) *Omsorgens ansikt*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dallan, O. (2012) *Metode og oppgaveskrivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Endom, E.E. (2014) *Child Neglect and emotional abuse*. Wolters Kluwer Health.
- Erikson, E.H. (2000). *Barndommen og samfunnet*. Oslo: Gyldendal
- Evang, A. (2010) *Utvikling, personlighet og borderline*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Gerhardsen, E. (2012) *Se på meg!* Oslo: Cappelen Damm
- Helsepersonelloven (1999a) § 4. *Forsvarlighet I: Kapittel 2, Krav til helsepersonells yrkesutøvelse*
- Helsepersonelloven (1999b) § 33. *Opplysninger til barneverntjenesten I: Kapittel 6, opplysningsplikt*
- Henderson, V. (1998) *Sykepleiens natur*. Oslo: International council on Nurses
- Hoori, K., Prossick, T. (2014) *Overview of diaper dermatitis in infants and children*. Wolters Kluwer Health.
- Honor, G (2014) *Child Neglect: Assessment and Intervention*. Journal of Pediatric Health Care, Volume 28, Nr. 2.
- Håkonsen, K.M. (2011) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Killén, K. (2004) *Sveket*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kirkengen, A.L. (2009) *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget
- Klette, T. (1998) *Hvem ser barnet?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Klette, T. (2007) *Tid for trøst*. Oslo: Nova
- Kristoffersen, N.J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvello, Ø (2008) *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Tano A/S Oslo

Martinsen, K (2013) *Omsorg, sårbarhet og tid I: H.Alvsvåg, Å. Bergland, O. Førland (red.)
Nødvendige omveier*. Oslo: Cappelen Damm

Sigsgaard, E. (2008) *Kjeft Mindre*. Oslo: Cappelen Akademisk.

SSB (2013) Barnevernet. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <http://www.ssb.no/barneverng/>

World Health Organization (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 mars 1999, WHO*. Geneve, Sveits.