



Hva kan sykepleier gjøre ved mistanke om omsorgssvikt mot barn?

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 136

Antall ord: 9428 (Eksklusive litteraturliste og innholdsfortegnelse)

Dato: 10.03.2017

Veileder: Trine Klette

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

Innhold

1. Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Problemstilling	5
1.3 Hensikt og sykepleiefaglig relevans.....	5
1.4 Avgrensning	6
1.5 Begrepsavklaring.....	6
1.6 Videre oppbygning av oppgave.....	7
2. Metode.....	8
2.1 Metodebeskrivelse.....	8
2.2 Databaser og litteratursøk.....	8
2.3 Forskningslitteratur	9
2.4 Kildekritikk	10
3. Teori	12
3.1 Sykepleieteori.....	12
3.2 Tilknytningsteori og barns følelsesmessige behov.....	13
3.2.1 Trygg tilknytning	14
3.2.2 Engstelig unnvikende.....	14
3.2.3 Engstelig ambivalent	14
3.2.4 Desorganisert tilknytning.....	14
3.3 Barns følelsesmessige behov i denne aldersgruppen	15
3.4 Hva er omsorgssvikt?	16
3.4.1 Fysiske overgrep	16
3.4.2 Psykiske overgrep.....	17
3.4.3 Vanskjøtsel	17
3.4.4. Seksuelle overgrep.....	18
3.4.5 Øvrige tegn på omsorgssvikt	18
3.5 Presentasjon av forskningslitteratur	19
3.6 Hvorfor er dette en sykepleieoppgave?.....	21
3.7 Ansvar og etiske retningslinjer.....	23
3.7.1 Etikk.....	24
4. Drøfting	25
4.1 Hva kan vi gjøre bedre?	25

4.1.1 Å redusere tabuet – bryte tausheten	27
4.1.2 Å synliggjøre barnet	28
4.1.3 Å sikre barnet tilknytninger utenfor familien	28
4.2 Konklusjon	30
4.2.1 Konkrete tiltak	30
5. Litteraturliste	32

1. Innledning

I dette kapittelet vil jeg gi en begrunnelse for valg av tema, samt temaets hensikt og sykepleiefaglig relevans. Jeg vil presentere min problemstilling og definere begreper tilknyttet den. På grunn av oppgavens avgrensede størrelse vil jeg også gi begrunnelse for ting jeg har unnlatt å ta med. Til slutt vil jeg gi en kort presentasjon av oppgavens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn

Jeg har valgt temaet barn og omsorgssvikt med fokus på hvordan sykepleier kan oppdage dette hos små barn og hva man gjør dersom det er tilfellet. Først og fremst har jeg valgt det fordi jeg syntes det er spennende, men også fordi jeg personlig frykter å komme i en situasjon hvor jeg ikke har nok kunnskap til å avdekke omsorgssvikt, eller vite hva jeg skal gjøre. Vi har vært heldige og hatt noe undervisning om omsorgssvikt på skolen, men jeg ønsker gjennom denne oppgaven å tilegne meg mer og bredere kunnskap og trygghet rundt temaet. Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) ble det i 2015 meldt i fra om 16 451 tilfeller av omsorgssvikt hos barn mellom 0-5 år til barnevernet. Av disse tilfellene ble kun 1212 meldt i fra lege/sykehus/tannlege, dette tilsvarer så lite som 7,4 % av meldingene (SSB, 2015). Mangel på kunnskap, frykten for å ta feil, samt at det oppleves sårt og vanskelig når man fatter mistanke om omsorgssvikt mot barn er viktige årsaker til underreporteringen (Söderman & Jackson, 2011). Mange synes det er vanskelig å vite hvordan man skal håndtere situasjonen. I dag er ikke helsepersonell flinke nok til å melde fra til barnevernet, men kunnskap kan hjelpe og gi mot til å handle.

I tillegg til dette har jeg vært så heldig at jeg fikk ha min fordypningspraksis på Madagaskar. Her fikk jeg muligheten til å være tett på barn med tydelig mangel på omsorg og fikk selv se hva det kan gjøre med et barn. Barn som er desperate etter kontakt, men samtidig har sluttet å gråte for å oppnå omsorg. Det gjorde også inntrykk å være i psykiatripraksis å lese journaler om unge menneskers oppvekst. Folk som har vært utsatt for ulike former omsorgssvikt gjennom barndommen var en gjenganger på institusjonen. Forskning viser sammenhenger mellom ulike former for omsorgssvikt i oppveksten og psykiske lidelser senere i livet. Flere langtidsundersøkelser indikerer sammenheng mellom usikker tilknytning i barndommen og

personlighetsforstyrrelser eller andre psykiske lidelser og plager hos ungdom og voksne (Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003; Klette, 2008; Min, Minnes, Kim, & Singer, 2013).

1.2 Problemstilling

Hva kan sykepleier gjøre ved mistanke om omsorgssvikt mot barn?

1.3 Hensikt og sykepleiefaglig relevans

I Norge i dag lever folk relativt private liv hvor de har nok med sitt, og det er få som blander seg i andres problemer. En grunn til det kan være at man er redd for hvilke konsekvenser det kan få, samt at frykten for å ta feil trolig veier tungt. Kunnskap kan hjelpe helsepersonell til å bygge opp sin selvsikkerhet og bli tryggere på sin vurderingsevne, og jeg håper at denne oppgaven kan belyse betydningen av nettopp dette. Det er heller ikke alle som vet at loven pålegger oss å si ifra; i *Helsepersonelloven §33 opplysninger til barneverntjenesten* formuleres det slik: «Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side». Videre står det: «Uten hinder av taushetsplikt etter §21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. Dette gjelder også når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker» (Helsepersonelloven, 2003).

Ut av dette kan vi lese at helsepersonell er lovpålagt til å melde fra til barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt. På tross av §33 finnes det ingenting i rammeplanen for sykepleie som pålegger studentene å lære noe som helst om temaet omsorgssvikt (Kunnskapsdepartementet, 2008). Som vist i avsnitt 1.1 sendes det få bekymringsmeldinger fra helsevesenet til barnevernet, noe som kan ses i sammenheng med mangelen på undervisning rundt temaet. Det er mulig at fagfolk rett og slett kan for lite til å se og observere viktige tegn og faresignaler, eller at man er så usikker på sin egen kunnskap at man lar være å si ifra.

1.4 Avgrensning

Jeg har i denne oppgaven valgt å avgrense til barn i alderen 0-5 år. Det er fordi spedbarn og små barn har til felles at de er svært sårbare for både indre og ytre påkjenninger. Disse årene er avgjørende for tilknytning og helse senere i livet (Klette, 2007). Ved denne alderen går også et naturlig skille for å finne relevant statistikk, samt at det er mye forskning som treffer dersom jeg benytter meg av et såpass bredt aldersspekter.

Jeg tar utgangspunkt i pasienter som man vil møte på sykehuset ved korte innleggelser. Det vil si at man som sykepleier må sitte med god nok kunnskap til å kunne avdekke faresignaler knyttet til omsorgssvikt mot barn i løpet av en kort periode på to til tre dager. Det vil jeg gjøre for å trekke inn betydningen av å observere godt på kort tid. Her kan det være naturlig å trekke inn at dette er en tverrfaglig problemstilling, og det vil jeg nevne der det er naturlig.

Med en så ung pasientgruppe er pårørende et viktig element. Jeg vil i denne oppgaven benytte begrepet omsorgsperson, fordi det er mange barn i dag som ikke har sine biologiske foreldre som omsorgspersoner. Jeg vil i tillegg legge hovedvekten på omsorgssvikt som foregår i barnets hjemmiljø. Dersom barn blir utsatt for omsorgssvikt er det vanlig at flere søsken også er utsatt, men jeg vil holde fokus på det barnet som er innlagt på sykehus. Det vil også være naturlig å se på faktorer og tegn hos barnets omsorgspersoner, men det kommer jeg til å se bort i fra i denne oppgaven.

Et flerkulturelt perspektiv ville vært naturlig å trekke inn i en slik oppgave, fordi det er viktig med tanke på dilemmaene som oppstår på grunn av kulturforskjell og barneoppdragelse, men også fordi hvert fjerde barn med tiltak i løpet av 2015 hadde innvandrerbakgrunn (SSB.2015). På grunn av oppgavens størrelse velger jeg likevel å holde det utenfor min oppgave.

1.5 Begrepsavklaring

Omsorgssvikt:

«Foreldre eller de som har omsorgen for barnet påfører det fysiske eller psykisk skade eller forsømmer det så alvorlig av barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare».
(Killén, 2009)

1.6 Videre oppbygning av oppgave

I metodedelen av oppgaven presenterer jeg benyttet metode, samt søkeprosessen i innhenting av relevant litteratur og forskning. Her presenterer jeg kort databaser og søkeord jeg har brukt i mine søk. Jeg foretar også en vurdering av kildene. Det jeg har funnet av kilder presenterer jeg i oppgavens teoridel som er den mest omfattende delen av oppgaven. I siste del, drøftingsdelen, blir materialet som jeg har presentert i teoridelen brukt til å gi svar på oppgavens problemstilling. Oppgaven avsluttes med en konklusjon og litteraturliste over brukte kilder.

2. Metode

I dette kapittelet vil jeg gi en beskrivelse av benyttet metode og lede deg gjennom prosessen med å finne relevant forskning og litteratur. Jeg kommer til å gi en kort beskrivelse av forskningslitteraturen jeg har valgt å benytte meg av, samt kildekritikk.

2.1 Metodebeskrivelse

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s. 111).

Etter krav fra skolen benytter jeg litteraturstudium som metode i denne oppgaven. En litteraturstudium innebærer at oppgaven i all hovedsak bygger på skriftlige kilder og andres litteratur og forskning. En naturlig fremgangsmåte vil være å starte med å finne litteratur for å avklare begreper, samt finne teori for å belyse den valgte problemstillingen. Det er et viktig forarbeid å orientere seg rundt tematikken og gjøre seg kjent med litteraturen og forskningen som er tilgjengelig på området. I den litterære oppgaven er det vurderingsevne av de skriftlige kildene i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet (Dalland, 2012).

2.2 Databaser og litteratursøk

Litteratur til denne oppgaven er hentet fra forskningsartikler, fagbøker, fagartikler og tidsskrift. Jeg har benyttet meg av helsebiblioteket og databaser som SweMed+ og PubMed, og brukt søkeord som «barnemishandling», «omsorgssvikt», «barn», «nurse», «sykepleie», «mental health», «childhood», «Psychological distress», «physical health» og «maltreatment». Søkeresultatene ga inntrykk av at det er mye forskning å finne på temaet omsorgssvikt. Etter en grundig vurdering av artikler er jeg fortrolig med at jeg har funnet god forskning som passer godt til min problemstilling og fokus i oppgaven. I SweMed+, med søkeordene barnemishandling AND sykepleie, fikk jeg 9 treff, og bestemte meg for å bruke forskningsartikkelen *Barn som far illa i sitt hjemmilö* (Söderman & Jackson, 2011).

I databasen PubMed, med søkeordene «Childhood maltreatment», «physical health» og «Psychological distress», fikk jeg opp forskningsartikkelen *Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health* (Min et al., 2013), sammen med *Long term health consequences of child physical abuse, emotional abuse and neglect A systematic review and meta-analysis* (Norman et al., 2012), som jeg har valgt å bruke i min oppgave.

Jeg vil også benytte meg av Trine Klettes doktorgradsavhandling *Tid for Trøst*, samt hennes bok «Hvem ser barnet» og undervisningsnotater fra hennes undervisningstimer (Klette, 1998, 2007, 2016). Etter veiledning fikk jeg anbefalt Kari Killén sine bøker «Sveket I» og «Sveket II» (Killén, 2009, 2010), samt forskningsartikkelen *Relationships Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study*, som er en del av ACE studiene (Edwards et al., 2003).

Jeg har i min søkeprosess lest og anvendt litteraturlister fra tidligere oppgaver, fag- og forskningsartikler. På den måten fant jeg mye relevant litteratur og forskning til temaet. *Oppdager sykehusene barnemishandling* (Myhre, Lindboe, & Dyb, 2010) er en av forskningsartiklene jeg fant og benyttet meg av. I tillegg har jeg vært inne på Statistisk sentralbyrås sider for å samle statistikk som belyser betydningen av kunnskap rundt omsorgssvikt, samt benyttet Lovdata for å finne lovverk rundt dette.

2.3 Forskningslitteratur

Tid for trøst er doktorgradsavhandlingen til Trine Klette, publisert i 2007. Det er en kvalitativ studie hvor formålet er å bidra til en bredere forståelse av fenomenet trøst, og hvor viktig trøst er for utviklingen av trygghet. Hun presenterer Bowlby sin tilknytningsteori (Klette, 2007).

Oppdager sykehusene barnemishandling, er en kvantitativ studie utført av Mia C. Myhre, Anne Lindboe og Grete Dyb hvor formålet er å kartlegge utredning for mulig fysisk barnemishandling ved norske barneavdelinger. De har sett på utredningspraksis, prosedyrer og henvisningsrutiner ved avdelingene (Myhre et al., 2010).

Barn som far illa i sin hjemmiljø er en kvalitativ studie av Annika Söderman og Kari Jackson, publisert i 2011. Studien ble utført med hensikt å beskrive barnesykepleieres opplevelser av å

møte barn som blir mishandlet i hjemmet. Det er en svensk studie, men det er sannsynlig at resultatet ville blitt omtrent likt i Norge (Söderman & Jackson, 2011).

Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health, (Min et al., 2013), *Long term health consequences of child physical abuse emotional abuse and neglect A systematic review and meta- analysis* (Norman et al., 2012) og *Relationships Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study* (Edwards et al., 2003) er alle kvantitative studier som ser på sammenhengen mellom omsorgssvikt og overgrep i oppveksten, og konsekvensene av dette senere i livet.

2.4 Kildekritikk

I dette avsnittet skal jeg vurdere litteraturens relevans opp i mot valgt problemstilling. Kildekritikk brukes for å fastslå om en kilde er sann, det betyr at man vurderer og karakteriserer kildene man har valgt å benytte seg av (Dalland, 2012).

Litteraturen som jeg har benyttet meg av er hentet fra pensum, forskning, artikler, statistikk og lovverk. Pensumlitteratur anser jeg som relevante og pålitelige kilder som er viktige å ha med i oppgaven. Av forskningsartiklene mine har jeg med to norske studier, et svensk og tre amerikanske. På grunn av likheten mellom helsesystemet i Sverige og Norge vil jeg anta at resultatet ville blitt omtrent det samme i Norge. Det amerikanske systemet fungerer derimot annerledes enn her til lands, men forskningen ser på langtidskonsekvenser av omsorgssvikt i barndommen, og etter sammenlikning med norske studier gjort på samme felt regner jeg det som relevant og overførbart.

I oppgaven har jeg benyttet flere kvantitative enn kvalitative studier. En mer jevn fordeling av metode ville gitt det bredeste resultatet. På tross av det mener jeg at min kombinasjon belyser hvordan samfunnet, men også hvordan enkeltmennesket tenker og handler, hvilket er hva jeg ønsker å finne ut av i oppgaven.

Den eldste forskningen jeg har benyttet er fra 2003, den nyeste fra 2013. Alt er relativt ny forskning, men jeg er klar over at resultatet kunne blitt noe annerledes dersom utvalget av deltakere ville blitt spurt i dag.

En svakhet blant mine kilder er at jeg har benyttet meg av enkelte sekundærkilder. I Klettes avhandling *Tid for trøst* presenterer hun Bowlby sin tilknytningsteori. Teorien er dermed filtrert gjennom Klette, og potensielt påvirket av hennes forståelse. Jeg har generelt forsøkt å benytte meg av primærkilder, blant dem Hendersons sykepleieteori – som også er å finne i et mangfold av bøker – men jeg har også brukt noen sekundærkilder.

Killén oppdaterer boken sin til stadighet med ny kunnskap på temaet. Jeg bruker boken hennes mye, fordi jeg anser det som en spesielt god og oppdatert kilde. Klette sin bok er relativt gammel, fra 1998, men ut i fra innholdet i boken anser jeg den som like relevant i dag.

3. Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere valgt sykepleieteori og beskrive ulike tilknytningsmønstre, samt barns følelsesmessige behov innenfor valgt aldersgruppe. Jeg kommer deretter til å gi en kort beskrivelse av ulike former for omsorgssvikt og tegn og symptomer på disse. Videre kommer jeg til å presentere fire utvalgte forskningsartikler, samt legge frem hvorfor omsorgssvikt er en oppgave for sykepleiere og etiske aspekter knyttet til denne rollen.

3.1 Sykepleieteori

Virginia Henderson hevder at evne til medfølelse er et kjennetegn på den beste sykepleier (Klette, 1998). I sin teori om grunnleggende sykepleie beskriver hun 14 punkter. Jeg synes flere av punktene belyser betydningen av valgt tema, og derfor har jeg valgt å benytte meg av hennes teori i oppgaven.

«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 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).

Dette er Hendersons definisjon av sykepleie, hvor hun sier at målet med sykepleien er å bevare menneskets hverdag så normal som mulig. Henderson mener at dersom et menneske over for lang tid berøves det han verdsetter mest, som kjærighet, anerkjennelse og berikende gjøremål, kan ofte følelsen av å bli fratatt dette være verre enn sykdommen selv. Hun legger stor vekt på kontinuerlige evalueringer av pasientens behov på veien mot målet om selvstendighet (Henderson, 1998). Henderson hevder at en sykepleier er, eller i hvert fall bør være en selvstendig utøver som er i stand til å foreta selvstendige bedømmelser. Hun skriver at sykepleiere er autoriteten når det gjelder grunnleggende sykepleie. Som tidligere nevnt har hun utarbeidet 14 punkter i sin teori. Disse innebærer gjøremål som sykepleiere enten skal hjelpe pasienten med, eller helst skape forhold som gjør at pasienten kan utføre gjøremålene uten hjelp (1998). Videre vil jeg liste opp et relevant utvalg av Hendersons punkter:

2. Spise og drikke tilstrekkelig.
 4. Bevege seg og innta behagelige kroppsstillinger.
 5. Sove og hvile.
 8. Holde kroppen ren og velpleid og beskytte hudoverflaten.
 9. Unngå farer i miljøet og å skade andre.
 10. Kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger.
 12. Arbeide på en måte som styrker selvfølelsen.
 14. Lære, oppdage eller tilfredsstill den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og benytte de helsetjenester som finnes.
- (Henderson, 1998)

Med min oppgaves fokus er punkt 9, 10 og 14 spesielt relevante. Punkt 9 og 14 belyser sykepleiers ansvar til å hjelpe pasienter med å unngå farer i sitt hjemmiljø og plikten til handling dersom man fatter mistanke om sådan. I punkt 14 skriver hun også om betydningen av å bruke sykepleiers undervisende funksjon aktivt ved å gi pasienten tilfredsstillende kunnskap til en normal utvikling, funksjon og et selvstendig og velfungerende liv (Henderson, 1998). Punkt 10 tydeliggjør betydningen av tillit og kommunikasjon for å eksempelvis få en større tilgang til et barns opplevelse av situasjonen.

3.2 Tilknytningsteori og barns følelsesmessige behov

Tilknytningssystemet kan beskrives som menneskers medfødte evne til å knytte varige og følelsesmessige bånd til sine nærmeste omsorgspersoner. Vi utvikler ulike strategier for å oppnå størst mulig trygghet innenfor rammene vi har i samspillet med omsorgsgiver. I kapittel to i Trine Klette sin doktorgradsavhandling presenterer hun John Bowlby sin teori om tilknytning. Fire ulike mønstre for tilknytningsadferd blir beskrevet: trygg tilknytning, engstelig unnvikende tilknytningsmønstre, engstelig ambivalente mønstre og desorganisert tilknytning. I tillegg til psykiske problemer senere i livet, ser man at barn som har vært utsatt for omsorgssvikt eller mishandling kan få vedvarende konsekvenser med tanke på nevrologisk, kognitiv og emosjonell utvikling (Myhre et al., 2010).

3.2.1 Trygg tilknytning

Utvikling av trygg tilknytning handler om barn som har vokst opp med forutsigbare og trygge voksne. En barndom som bærer preg av åpenhet og en regulert følelsesmessig kommunikasjon. Foreldrene oppleves som kjærlige, omsorgsfulle og beskyttende, og man har oppnådd trøst når man har søkt om det. Mennesker med en trygg tilknytning viser gjerne følelsesmessig åpenhet og er gode til å regulere sine følelser ut i fra situasjonen de er i, både med hensyn til sine egne og andres. De er flinkere til å tolerere stress og til å komme seg igjen etter større påkjenninger sammenliknet med mennesker som har usikre former for tilknytning. Det er veldig sjeldent funnet trygge tilknytningsmønstre hos personer med psykiske lidelser (Klette, 2008).

3.2.2 Engstelig unnvikende

Dette tilknytningsmønsteret dreier seg om tildekning, hemming og tilbaketrekning av følelser, som gjerne har sitt grunnlag i avvisning og følelsesmessig avstand fra barnets nærmeste omsorgspersoner. Barnets behov for beskyttelse og trøst har ikke blitt dekket. Mennesker med engstelig unnvikende tilknytning viser i varierende grad avvisning, reservasjon og unnvikelse i forbindelse med å uttrykke følelser. Disse symptomene blir gjerne tydelige når man er i et nært forhold med gjeldende person, eller når personen føler frykt eller uro (Klette, 2007, 2008).

3.2.3 Engstelig ambivalent

Dette mønsteret dreier seg om følelsesmessig og atferdsmessig uforutsigbarhet, ofte preget av overdrivelser. Mønsteret har som regel bakgrunn i en uforutsigbarhet i måten de nærmeste har reagert på barnets behov for omsorg og trøst. Disse menneskene viser ofte mye angst og mangel på stabilitet i følelseslivet. De har ofte vanskelig for å regulere og tilpasse sine egne følelser, som gjerne resulterer i utbrudd og direkte reaksjoner på impulser. Dette vises også ved at de har lav toleranse for stress og andre påkjenninger (Klette, 2007, 2008).

3.2.4 Desorganisert tilknytning

Den siste formen for tilknytning som er beskrevet, synes særlig å ha sitt grunnlag fra langvarig mishandling og misbruk fra de nærmeste omsorgspersonene. Dette fører til sammenbrudd, følelses- og atferdsmessig kaos og forvirring. I stedet for å være en kilde til beskyttelse og trøst er omsorgspersonene gjerne den største trusselen og utryggheten barna står overfor. Mennesker som har lært denne formen for tilknytning har gjerne tendenser til å trekke seg tilbake og forsøke å isolere seg fra andre. De er ofte mye inn og ut av forhold, som gjerne er preget av aggresjon og vold. Barn med desorganisert tilknytning har stor risiko for å

utvikle psykiske lidelser (Klette, 2007, 2008). Sannsynligheten for å få diagnosen personlighetsforstyrrelse er firedoblet for mennesker som er blitt utsatt for omsorgssvikt i barndommen sammenliknet med andre (Myhre et al., 2010).

3.3 Barns følelsesmessige behov i denne aldersgruppen

Jeg tar utgangspunkt i psykolog Erik Eriksons fase teorier. Han vektlegger betydninger av aldersbestemte faser og integrering i relasjon til disse. Disse fasene inneholder ulike «kriser» som barnet må igjennom, og hvordan barnet vil se på seg selv i relasjon til andre mennesker og resten av verden. Hver krise er representert gjennom hele livet, men den psykososiale utviklingen har en ekstra stor påvirkning og betydning innenfor en periode i livet. Erikson mente som Bowlby at en trygg og stabil omsorgsperson er avgjørende for et barns utvikling (Walker, 2002). Det finnes i alt åtte faser, men i henhold til mitt fokus i oppgaven skal jeg kort presentere de tre første fasene:

1. *Grunnleggende tillitt eller mistillit.* I løpet av barnets første leveår legges grunnlaget for utvikling av enten tillitt eller mistillit til de nærmeste omsorgspersonene. Tilliten som utvikles avhenger av hvor godt behovene blir møtt, som hvor mye kjærlighet og oppmerksomhet barnet får i løpet av livets første år (Walker, 2002).
2. *Autonomi eller tvil og usikkerhet.* I løpet av de to neste årene vil barnet utvikle selvstendige egenskaper. Hvis barnet får utfordringer som det mestrer, med påfølgende gode tilbakemeldinger, utvikler barnet trygghet og selvstendighet knyttet til egne evner. Opplever barnet det motsatte, å bli holdt tilbake og få kjeft, vil barnet undertrykke sin selvstendighet som det kan trekke med seg videre inn i voksenlivet (Walker, 2002).
3. *Initiativ eller skyldfølelse og skam.* I alderen 3-5 år er barnet gjerne svært nysgjerrig på verden. Hvis barnet får friheten til og utforske, samt svar på de spørsmålene som blir stilt, vil barnet utvikle trygghet og en følelse av moralsk ansvar. Barnet vil utvikle glede ved å mestre redskaper og leker, samt glede gjennom omsorg for mindre barn. Barn som holdes tilbake eller straffes vil utvikle en skyldfølelse rundt sin nysgjerrighet og undertrykke den (Walker, 2002).

3.4 Hva er omsorgssvikt?

Definering av det aktuelle begrepet utgjør en stor utfordring, og det er vanskelig å finne gode betegnelser. Det sies at det finnes like mange definisjoner som det finnes forskningsprosjekter. I boka *Sveket* (Killén, 2009) bruker Kari Killén begrepet omsorgssvikt som en fellesbetegnelse for alle former for overgrep av alvorlig og straffbar karakter. Det er vanlig å skille mellom fire former for omsorgssvikt, selv om disse dimensjonene ofte overlapper hverandre i praksis. Nedenfor vil jeg behandle én kategori om gangen for å gjøre det lettere å forstå hvert enkelt begrep. Det er viktig å ha i bakhodet at barn som er utsatt for omsorgssvikt sjelden utsettes for kun én av disse formene for overgrep, men at det snarere er et spørsmål om hvilken form som til enhver til er mest iøynefallende (Killén, 2009).

3.4.1 Fysiske overgrep

Begrepet omfatter barn som enten skades ved aktiv handling eller grunnet manglende tilsyn fra omsorgspersoner (Killén, 2009). Hvis vi ser bort i fra skader som viser tydelige tegn på at det er hånd eller gjenstand som er blitt brukt, ligner svært mange av skadene på de som barn kan få i bevegelse og lek. Disse barna opplever av at omsorgspersonene som i utgangspunktet skal være en kilde til beskyttelse og trygghet har mistet kontrollen og påfører dem fysiske skader. Det fører til smerte, angst og hjelpeløshet, og det er blant annet denne opplevelsen som fører til psykiske skader som i et lenger tidsperspektiv kan ha langt mer alvorlig karakter enn de fysiske sårene. Samtidig er ikke alltid de mest alvorlige fysiske skadene – som hodeskader hos små barn – synlige som ytre tegn. Kraftig risting kan føre til sleng i nakken, hvilket kan gi blødninger i hjernebarken eller i øyet. Fall eller slag mot hodet kan gi alvorlige hjernesker, med epilepsi, lammelse eller utviklingshemming som mulige følger. Skader som gjerne ikke oppdages før senere i livet og derfor ikke får direkte tilknytning til overgrep. Fysiske overgrep er også en vanlig årsak til benbrudd hos spedbarn. Killén (2009); Myhre et al. (2010) skriver at så mye som en av fire bruddskader hos barn under ett år skyldes fysiske overgrep. Sårene gror, blåmerkene forsvinner og bruddene heles, men barnet lever videre med angsten for nye overgrep (Killén, 2009; Klette, 1998; Myhre et al., 2010).

Tegn og symptomer:

De vanligste synlige tegnene til påført fysisk skade er blåmerker eller brannsåre. Har man kjennskap til plassering av skadene, barnets alder, samt forklaringen på hvordan de er oppstått, kan det vitne om at skadene er påført. Merker etter fysisk mishandling ved bruk av

hånd, gjenstander, dytt eller kast finnes gjerne på ryggen eller på setet. Barnet kan ha merker på kinn etter fingre, på ben og armer etter klyp, og blått øye etter slag. Brannså er ofte sår etter sigaretter. De kan også være påført ved bruk av for eksempel varmeovn eller strykejern (Killén, 2009).

3.4.2 Psykiske overgrep

Psykiske overgrep er kanskje den vanskeligst definerbare av de ulike formene for omsorgssvikt. Killén (2009) definerer det som en kronisk holdning eller handling hos omsorgspersoner som er ødeleggende for, eller forhindrer utviklingen av, et positivt selvbilde hos barnet. For barnet innebærer det et vedvarende adferdsmønster hos omsorgspersoner, som blir et dominerende trekk ved barnets liv. Skadene er ikke synlige, fordi de er innvendige, men de kan være mer ødeleggende enn noen annen form for overgrep.

Tegn og symptomer:

Tegn til påført psykisk smerte er ikke synlige, men tegn kan utvikle seg etter hvert. Har man kunnskap om ulike tilknytningsmønstre kan man bidra til at de psykiske overgrepene blir synlige mye tidligere (Killén, 2009).

3.4.3 Vanskjøtsel

Vanskjøtsel er den vanligste formen for omsorgssvikt, hvor omsorgspersonene er følelsesmessig utilgjengelig for barnet, og dét er vanskelig å oppdage. Barn som blir utsatt for vanskjøtsel får typisk mat i stedet for kjærlighet, mangel på fysisk omsorg, og manglende dekning av kognitive, emosjonelle og sosiale behov. Barnet lever i en verden hvor dets behov ikke registreres og hvor ingen engasjerer seg eller viser at det er ønsket. Omsorgspersonene kan la være å oppsøke medisinsk behandling, hvilket kan få alvorlige konsekvenser (Killén, 2009).

Tegn og symptomer:

De ytre tegnene på alvorlig vanskjøtsel er mange. Barnet kan være skittent, dårlig stelt og lukte vondt. Små barn legger ofte ikke på seg, men går snarere ned i vekt (Killén, 2009). Manglende respons og understimulering fører til forsinket psykomotorisk utvikling, språkutvikling og dårlig kontaktevne. Disse barna slutter gjerne å skrike og melde sine behov. Hjernens utvikling er også avhengig av kvaliteten på den følelsesmessige omsorgen og samspillet mellom omsorgsperson og barn (Klette, 1998, 2007).

3.4.4. Seksuelle overgrep

«Barn som utsettes for seksuelle overgrep i familien eller i det sosiale nettverket, er barn som av voksne omsorgspersoner engasjeres i seksuelle aktiviteter som de hverken emosjonelt, seksuelt eller utviklingsmessig er modne for» (Killén, 2009). Barna er ikke i stand til å forstå eller gi samtykke til seksuell aktivitet, og blir gjerne lurt inn i en overgrepssituasjon ved bruk av lek. Seksuelle overgrep er sjelden fysisk voldelige, men psykisk voldelige i den forstand at barnet tidlig blir tillagt skyld og ansvar av overgriperen. De får beskjed om at leken er hemmelig, og blir utsatt for bestikkelser og trusler for ikke å fortelle det til noen (Killén, 2009).

Tegn og symptomer

Barn som blir utsatt for seksuelle overgrep uttrykker dette på ulike måter. Ironisk nok viser gjerne de minste barna tydeligere tegn enn de større. De minste kan vise det gjennom direkte utsagn, i lek eller med tegninger. Fysiske skader kan i enkelte saker påvises. Eksempler er utvidet endetarm og vagina, sprekk i endetarm, fysiske skader rundt kroppsåpninger og på hofter, lår og bryster. Barna kan lide av kroniske urinveisinfeksjoner, kløe og blødninger i genital- og analområdet. Mange opplever også psykosomatiske magesmerter og smerter i hofteregionen. Enkelte små barn kan ha vanskeligheter med å gå og sitte. Noen barn vil kunne bli unormalt opptatt av seksuell lek og vise tegn til detaljert kunnskap om "voksen" seksualitet (Killén, 2009).

3.4.5 Øvrige tegn på omsorgssvikt

Klette har i løpet av sin karriere samlet en rekke tegn og symptomer, presentert for oss i forelesninger. Jeg bruker hennes forelesningsnotater og boken "Hvem ser barnet", for å ramse opp tegn og symptomer utover de som er presentert over (Klette, 1998, 2016).

Barnet kan gi uttrykk for å være ansvarlig og selv tre inn i rollen som omsorgsgiver, til tross for at barnet er alt for ungt til å kunne ta det ansvaret. I tillegg kan barnet være uvanlig fokusert på foreldre i forhold til alder og utvikling. Det kan vises ved at omsorgspersoner rett og slett er fraværende og barnet er alene på sykehuset, eller at omsorgspersonene – gjerne gjentatte ganger – ikke møter opp til avtaler for nødvendig medisinsk behandling som er viktig for barnets helse. Dårlig ernæringsstatus er et typisk tegn; barnet kan enten være under- eller overvektig, eller dehydrert selv om det ikke finnes en bakenforliggende sykdom. Barnet kan ha fått skader som fallskader, dyrebitt eller forgiftninger som et resultat av manglende tilsyn. Videre tegn kan være hyppige ubehandlede fysiske plager som infeksjoner, parasitter,

skabb eller lus, forsinket psykomotorisk utvikling, påfallende gråt eller sutring, motorisk uro og vandring. Barnet har gjerne uforklarlige skader og klager, og vedvarende uforklarlige magesmerter. En forklaring kan være at omsorgspersonene misbruker rusmidler. Rugging, hodedunking, selvskading eller selvstraffing er typiske tegn på omsorgssvikt, samt stamming, taushet eller påfallende sjenanse. Det samme er mangelfull språk-, følelsesmessig og intellektuell utvikling, samt konsentrasjonsvansker og udiskriminerende tillit eller frykt for fysisk nærhet og berøring. Barnet kan være preget av angst, tristhet, ha mangel på mimikk og være følelsesmessig ustabil, og har ofte ufrivillig vannlating og avføring.

En skal imidlertid være varsom med å trekke konklusjoner. Mange barn viser tegn og symptomer som snarere kan være personlighetstrekk eller naturlige sider ved å være barn enn en grunn til bekymring. Viser barnet derimot flere tegn samtidig, kan det være nødvendig å tenke at omsorgssvikt er en mulig forklaring.

3.5 Presentasjon av forskningslitteratur

Tid for trøst

Trine Klettes doktorgradsavhandling som ble publisert i 2007 er en kvalitativ studie hvor hun undersøker sammenhenger mellom 17 mødres opplevelse av trøst i barndommen. Avhandlingen tar for seg deres evne til å gi sine barn trøst, samt barnas tillærte tilknytningsstrategi ved ettårsalder. Barnets utvikling av tilknytningstrygghet i dette mor-barn-samspeillet ble observert over fire år. Klette ville undersøke hvorvidt mødre som ikke har opplevd å bli trøstet under sin oppvekst er i stand til å trøste sine egne barn. Antakelsene bygger på at de mødrene som selv opplevde å få trøst som barn vil kunne gi trøst videre til sine egne barn. Funnene i studien styrker grunnen til å tro at trøst har stor betydning for et barns utvikling av tilknytningsstrategier og trøstens viktige funksjon i omsorg. Det ble vist sterke sammenhenger mellom omsorgsgiverens tidligere erfaringer med trøst og senere trøstatferd. Foreldre som har fått lite eller uforutsigbar trøst i barndommen vil være tilbøyelige til å reagere på barnets behov for trøst med passivitet eller forvrengt atferd og dermed gå inn i repeterende sirkler (Klette, 2007).

Oppdager sykehusene barnemishandling

Dette er en prospektiv observasjonsstudie i kvantitativ metode utført og publisert av Mia C. Myhre, Anna Lindboe og Grete Dyb i 2010. Alle barneavdelingene i Norge rapporterte anonymt tilfellene som ble utredet for mulig fysisk barnemishandling i løpet av et år. Det ble registrert 70 saker som omhandlet barn mellom 0 til 14 år, men halvparten av tilfellene var barn under 12 måneder. Den vanligste årsaken til at det ble startet utredning for barnemishandling var mistanke om påførte hodeskader. Undersøkelsen viste at barneavdelingene i all hovedsak utredet to type saker når det gjaldt mistanke om barnemishandling: saker med en allerede etablert mistanke hvor barnet ble henvist til barneavdelingen for dokumentasjon av skader og eventuell ytterligere utredning, og saker hvor mistanke oppsto i tilknytning til det aktuelle oppholdet. Etter innrapporteringen fra barneavdelingene anslo de omfanget av saker hvor barnelege utredet for mistenkt fysisk barnemishandling til i underkant av 100 saker i året. Det viste seg at forskjellene mellom de ulike avdelingene var liten i praksis, og at den medisinske utredningen i stor grad syntes å følge anbefalte retningslinjer i Den norske legeforenings akuttveileder. Til tross for at den medisinske utredningen virket systematisk, opplevdes prosessen som ga mistanke om mishandling mer tilfeldig. Det kreves en bred kompetanse fra de som skal sørge for avdekking og adekvat utredning og ivaretagelse av disse barna, men undersøkelsen fanget ikke opp noen systemer for å avdekke eller identifisere tilfeller av omsorgssvikt. Den hyppigste årsaken til at utredning ble igangsatt var avvik mellom beskrevet hendelse og den faktiske skaden (Myhre et al., 2010).

Barn som far illa i sin hjemmiljö. -BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen.

Dette er en kvalitativ studie utført av Annika Söderman og Karin Jackson. Artikkelen ble publisert i 2011. Målet med studien var å beskrive barnesykepleieres opplevelser av å møte og hjelpe barn som er utsatt for mishandling hjemme. Som metode intervjuet de seks kvinnelige barnesykepleiere i alderen 45-64 år, hvor de i gjennomsnitt hadde jobbet som barnesykepleiere i 22,7 år. Sykepleierne ble intervjuet i 20-30 minutter. Temaet for intervjuet var: hvordan det oppleves å møte barn som er blitt utsatt for omsorgssvikt, samt hvordan det oppleves å møte barnets foreldre og mulighetene for å hjelpe barna som er utsatt. Undersøkelsen viste at sykepleiere kunne få en traumatisk, skremmende og sorgelig opplevelse når de fattet bekymring for et barn eller ble klar over en situasjon med

omsorgssvikt. Dersom sykepleierne ikke tar hensyn til sine egne følelser eller tar følelsene på alvor, mente deltakerne i studien at det kunne medføre risiko for underrapportering, samt fare for at barnets situasjon ble bagatellisert. Det er altså viktig med håndtering av egne følelser for å ikke miste fokus på barnet. I møte med barn i nød er sykepleiere utsatt for en sårbar situasjon, og det er derfor viktig å kaste lys på deres egne opplevelser. Undersøkelsen viser imidlertid at sykepleiere som jobber på området opparbeider seg erfaring som gir selvtillit til å kunne påta seg denne oppgaven, noe som gir bedre forutsetninger for at utsatte barn får hjelpen de trenger. Undersøkelsen viser at sykepleierne opplever gode og støttende kollegaer som den viktigste hjelpen i en slik situasjon, og at det er avgjørende for at nødvendige meldinger til barnevernet blir sendt (Söderman & Jackson, 2011).

Relationships Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study.

Studien er utført av Valerie J. Edwards, George W. Holden, Vincent J. Felitti og Robert F. Anda, og ble utgitt i 2003. Studien er kvantitativ, og inngår i ACE-studiene. I studien undersøker de sammenhengen mellom ulike former for omsorgssvikt i barndommen og psykisk helse i voksen alder. 8667 voksne medlemmer av Health Maintenance Organization (HMO) deltar i undersøkelsen. 34,6% av respondentene hadde i løpet av barndommen erfart mer enn én form for omsorgssvikt, deriblant seksuell, emosjonell og fysisk mishandling. Det viste seg at ulike former for misbruk eller omsorgssvikt i barndommen hadde et markant utslag på deres mentale helse i voksen alder (Edwards et al., 2003).

3.6 Hvorfor er dette en sykepleieoppgave?

Det har lenge vært kjent hvilke alvorlige konsekvenser omsorgssvikt kan ha for et barns utvikling. I dag finnes det en rekke undersøkelser og forskning som dokumenterer det, og vi vet at omsorgssvikt ikke bare har konsekvenser for barnets tilknytning til foreldrene, men også for hjernens utvikling. Pasienter med en forhistorie med omsorgssvikt har gjerne alvorlige symptomer, psykiske lidelser og hyppigere rusproblemer, og benytter seg som et resultat av dette oftere av kostbar psykiatrisk behandling (Edwards et al., 2003). Fysiske, seksuelle eller psykiske overgrep og vanskjøtsel i barndommen har blitt knyttet til depresjoner, angstforstyrrelser, suicidal atferd, lav selvfølelse, spiseforstyrrelser, seksuelle

problemer, post-traumatiske stressforstyrrelser og rusproblemer. Psykiske overgrep i barndommen viser seg å ha sammenheng med symptomer på alle former for personlighetsforstyrrelser senere i livet. Seksuelt misbruk er særlig knyttet til symptomer på emosjonell ustabilitet. Forskning viser at jo nærmere forhold overgriperen har til barnet, jo større blir de psykiske problemene til offeret. Jo tidligere overgrepene innledes, jo større blir problemene for barnet. Det er også dokumentert at jo mer alvorlig overgrepet er, desto større er sannsynligheten for psykiske lidelser i voksen alder (Killén, 2009; Klette, 2008).

Som tidligere nevnt er de ulike formene for overgrep som oftest vevet inn i hverandre, og det er derfor ikke overraskende at det også er stor grad av overlapping når det gjelder langtidsvirkninger. Det har vist seg at psykiske lidelser ikke er den eneste konsekvensen av omsorgssvikt; det er også påvist sammenhenger av somatisk form. Voksne som har vært utsatt for omsorgssvikt i barndommen er oftere syke og går oftere til lege. Operative inngrep utføres bortimot to ganger så ofte på denne pasientgruppen som på personer uten forhistorie med omsorgssvikt (Killén, 2009). Mennesker som har vært utsatt for omsorgssvikt har også økt risiko for å få en eller flere kroniske smertesyndromer. Vincent Felitti har som en del av ACE-studiene undersøkt de medisinske langtidskonsekvensene for mennesker som har blitt utsatt for ulike former av omsorgssvikt som barn: psykiske, fysiske og seksuelle overgrep, foreldres rusmisbruk eller kriminelle handlinger og psykiske lidelser eller voldelige samlivssituasjoner. Felittis undersøkelse viste at barn som hadde vært utsatt for fire eller flere av disse formene av omsorgssvikt hadde økt risiko for en rekke medisinske tilstander. Eksempler er ischemisk hjertelidelse (angina), kreft, slag, kronisk bronkitt, emfysem, sukkersyke og hepatitt (Killén, 2010).

Killén beskriver i boken *Sveket* / Kendell-Tackett sin modell på fire utviklingsstier. Modellen viser hvordan omsorgssvikt kan påvirke stiene og prege helsen i voksen alder.

- *Adferdsstien*: Innebærer adferd som er direkte skadelig for helsen, som rusmisbruk, spiseforstyrrelser, selvmordsforsøk, høyrisiko seksuell atferd, røyking og søvnvansker.
- *Den sosiale stien*: Innebærer begrensede evner til å etablere og vedlikeholde positive relasjoner. Disse lever ofte i relasjoner preget av undertrykkelse hvor de blir utsatt for overgrep, og opplever generell misnøye med det forholdet de er i. Mange velger derfor heller å isolere seg.
- *Den kognitive stien*: Omfatter oppfatninger og holdninger som gjør at de ser på verden som et farlig sted, noe som preger livene deres. De utvikler gjerne et selvbylde som

kronisk hjelpeløse, maktesløse, med en idé om at de er i konstant fare. De forvrengte oppfatningene kan bidra til stress og øke risikoen for depresjoner, samt stimulere paranoide forestillinger.

- *Den følelsesmessige stien*: Omfatter depresjoner og post-traumatisk stresslidelse, som påvirker helsen direkte.

Her er en rekke elementer som viser hvor høyaktuelt dette er for oss som sykepleiere. Disse menneskenes liv bærer preg av mye innleggelser innen for helsevesenet, hvor vi jobber daglig gjennom hele vår arbeidskarriere. Vi trengs, og vi kan hjelpe hvis vi har kunnskap nok til å se faresignalene, kombinert med mot til å melde ifra.

3.7 Ansvar og etiske retningslinjer

Arbeid med barn og familier i risiko- og omsorgssviktsituasjoner krever tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, og det gjenspeiles nå også i offentlige dokumenter og i lovgivningen. I rundskrivet "Forebyggende innsats for barn og unge" (Departementene, 2013) understrekes betydningen av å tenke helhetlig og samordne innsatsen på tvers av fagområder. Som nevnt i innledningen er helsepersonell lovforpliktet til å gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. Her skal ikke taushetsplikten stå som et hinder. Opplysningsplikten gjelder for alle innsatser og tjenester, samt organisasjoner og private som utfører oppgaver for stat, kommune eller fylkeskommune. Særlig aktuelle innsatser og tjenester er helsestasjoner, legekontor, sykehus, barnehager, skoler, politiet og sosialkontor (Departementene, 2013). I tillegg pålegger en ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven helseinstitusjoner å ha tilstrekkelig barneansvarlig personell. Det er også gjort endringer i barnevernloven som gir barneverntjenester mulighet til å dele informasjon med den som har meldt inn tilfellet. Forholdene ligger bedre til rette nå enn tidligere for tverrfaglig samarbeid, som fortsatt er en av de største utfordringene vi står overfor (Killén, 2010).

3.7.1 Etikk

Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og et personlig ansvar for å sette seg inn i lovverk som regulerer tjenesten. Som sykepleier er det viktig at man erkjenner grensene for egen kompetanse, at man praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner. Samtidig har man som sykepleier, i kraft av å være en fagperson, makt til å ta vare på menneskers liv og livsmuligheter. Denne makten må ivaretas på en moralsk forsvarlig måte (Brinchmann, 2012). Norsk Sykepleierforbund (NSF) formulerer sykepleierens fundamentale plikt i fire punkter:

- å fremme helse
- å forebygge sykdom
- å lindre lidelse
- å sikre en verdig død

Drivkraften bak sykepleierens handlinger skal være å bruke kunnskapen sin til nettopp disse pliktene; å fremme det gode og å unngå det som kan skade (Brinchmann, 2012).

4. Drøfting

I dette kapitlet skal jeg svare på problemstillingen min, i sammenheng med teorien jeg har lagt frem i teorikapitlet.

Hva kan sykepleier gjøre ved mistanke om omsorgssvikt mot barn?

4.1 Hva kan vi gjøre bedre?

Jeg har gjennom oppgaven vist at sykepleiere i prinsippet har både faglig, juridisk og moralsk ansvar overfor barn som utsettes for omsorgssvikt. På tross av dette har det i svært liten grad kommet til uttrykk i sykepleierutdannelsen. Hvordan skal vi klare å hjelpe dersom vi ikke vet hva vi skal se etter eller har kunnskap om at omsorgssvikt er en reel problematikk? Imidlertid finnes det i dag omfattende kunnskap og forskning på området, så alt ligger til rette for en forandring.

Som Henderson beskriver i sin teori, er sykepleierens hovedoppgave å kompensere for funksjoner som et menneske normalt sett vil kunne utføre selv, med hensyn til å ivareta grunnleggende behov og helse. Målet er at pasienten så raskt som mulig skal kunne overta egenomsorgen igjen og bli selvstendig. Henderson mener at kjærlighet til mennesket bør ligge til grunn for pleie av den syke, og at omsorg bør komme til uttrykk i form av praktiske og helsebevarende handlinger, mens ømhet, medfølelse og omtanke synes å være nøkkelen til å se og nå fram til mennesker som lider, og dermed kunne gi hjelp og støtte. Dette er vi kun i stand til dersom vi har kunnskapen til å vite hvilke tegn og symptomer vi skal se etter, samt vite hva vi skal gjøre dersom vi fatter mistanke om omsorgssvikt mot barn.

Imidlertid er vi i dag fremdeles inne i en erkjennelsesprosess når det gjelder omsorgssviktens karakter og konsekvenser. På den ene siden stiller erkjennelsesprosessen store krav til oss, både som fagfolk og som ansvarlige voksne. Det stiller krav til holdningsendringer og nye måter å arbeide på. Fordi selv om omsorgssvikten kan være åpenbar, er det både følelsesmessig og faglig en stor utfordring å se realiteten i øynene. Å hjelpe barn som er utsatt for omsorgssvikt krever ferdigheter. Söderman og Jackson (2011) viser i sin undersøkelse at sykepleiere er utsatt for en sårbar situasjon i møte med barn i nød, at sykepleiere kan oppleve det traumatisk, skremmende og sørgelig når de fatter bekymring for et barn. Deler man sine

bekymringer med barnets omsorgsperson kan det i tillegg utløse sterke reaksjoner. Ikke bare fra omsorgspersonene, men også fra deres sosiale nettverk og vårt eget profesjonelle nettverk, så vel som gjennom eventuelle medier. Vi nøler derfor både med å sette ord på våre bekymringer og dele dem med hverandre og med omsorgsperson (Killén, 2009). Vi vet også i dag at tegn og symptomer kan være svake i lang tid. Hvordan kan vi da med sikkerhet vite om symptomene barnet viser er tegn på omsorgssvikt og ikke bare en naturlig side ved å være barn? Som et resultat av smerten en erkjennelse medfører ser vi at voksensamfunnet i mange tilfeller lukker øynene og snur seg bort. Ved å velge å ikke se slipper vi å ta det innover oss, og vi får det litt bedre. Framfor at det er en selvfølge å ta ansvar, er det i dag snarere et spørsmål om øynene som ser, og om det er et ansvar man er villig til å ta. Å stå overfor situasjoner hvor barn lider, med omsorgspersoner som ikke er i stand til å gi sine barn trygghet og omsorg, er smertefullt. Å erkjenne at omsorgssvikt faktisk skjer kan som nevnt stille oss overfor store utfordringer både personlig og faglig, og vekke så sterke motstridende følelser i oss at vi velger å lukke øynene i stedet for å se graden og omfanget av omsorgssvikten.

På bakgrunn av oppfatningen om at det er en sykepleiers oppgave å yte tjeneste når menneskers helse er truet, er det på den andre siden sykepleiers etiske plikt og ansvar at familiene får hjelp. Sykepleiernes yrkesetiske ansvar skal – ifølge våre retningslinjer – omfatte mennesker på alle livets stadier, fra livets begynnelse til livets slutt. I undersøkelsen til Söderman og Jackson (2011) kom det frem at sykepleiere som jobber på området opparbeider seg erfaring som gir selvtillit til å kunne påta seg denne oppgaven, noe som gir bedre forutsetninger for at utsatte barn får hjelpen de trenger. I dag vet vi nok til å slå fast at omsorgssvikt kan få enorme konsekvenser. Velger vi å lukke øynene vil ikke barna og deres omsorgspersoner få hjelpen de trenger. Selv om jeg i løpet av mitt arbeid med bacheloroppgaven unektelig har kjent på frykt bare av tanken på å stå i en situasjon med potensiell omsorgssvikt, kjenner jeg meg nå sikker på at jeg ville valgt å se og ta opp det såre temaet, samt ha mot til å stå i den påfølgende krevende situasjonen. For to måneder siden kunne jeg valgt annerledes. Det avgjørende for min holdningsendring er den bevisstgjørende kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom oppgaven. Med en slik kunnskap om omsorgssviktens alvorlige konsekvenser for individet og samfunnet, er tanken på å ikke våge å se og hjelpe utenkelig og hjerteskjærende for meg personlig. Vi svikter både barna og omsorgspersonene ved å ikke klare å se realiteten i øynene. Videre vil jeg derfor ta for meg ulike metoder for å hjelpe et barn, samt problematisere disse.

Å hjelpe barn som er utsatt for omsorgssvikt krever ferdigheter. Undersøkelsen til Myhre et al. (2010) viste at det kreves bred kompetanse for å oppdage tegnene, men ingen systemer var der for å avdekke eller identifisere tilfeller av omsorgssvikt. Söderman og Jackson (2011) viste som nevnt at sykepleiere som jobber på området vil opparbeide seg erfaring som gir kompetanse og selvtillit. Kunnskap vil altså hjelpe helsepersonell til å bygge opp selvsikkerhet og bli tryggere på sin vurderingsevne. I dag er helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten ifølge spesialisthelsetjenesteloven pålagt å ha tilstrekkelig barneansvarlig personell. Ønsket om en forandring er der, men det krever en kompetanseheving.

Killén (2010) har utarbeidet 12 viktige grunnprinsipper og funksjoner i arbeidet med å hjelpe rammede barn, som jeg vil bruke som inspirasjon til å svare på min problemstilling.

4.1.1 Å redusere tabuet – bryte tausheten

Som nevnt i innledningen lever vi i Norge i dag relativt private liv, og det er få som blander seg inn i andres problemer. Vi lever i et samfunn hvor omsorgssvikt er tabubelagt. Det snakkes verken åpent om omsorgspersoners eller barnas situasjon, og dette vil jeg påstå er en grov form for omsorgssvikt fra samfunnets side. Etter å ha fordypet meg i de alvorlige konsekvensene av omsorgssvikt, innser jeg at det er helt nødvendig for barna at tausheten brytes og at tabuemner blir satt på dagsorden. I en ideell verden bør dette fokuset være tilstede på alle barnets arenaer, men institusjoner i nærkontakt med barn vil være viktigst: i barnehagen, SFO og i skolen. Forslag til gode hjelpemidler for å bryte tausheten kan være å fortelle og lese historier om barn i ulike risikogrupper og omsorgssviktsituasjoner. Ved å prate om tabubelagte temaer og formidle at dette er noe som er greit å snakke om kan man ufarliggjøre samtalen om omsorgssvikt. Å oppleve omsorgssvikt er en belastning, og hemmeligholdelsen i seg selv tilfører en unødvendig smerte. Barna trenger hjelp, og vi trenger hjelp til å hjelpe. Det kan høres lett vint ut, men det er det ikke. Alle barn er forskjellige og vil derfor trenge ulik hjelp. Som hjelper er det være vanskelig å være tett på barn som lider, men hvis man tør å eksponere seg for det som er så skremmende og sørgelig, vil man etter hvert bygge seg opp en kompetanse basert på at man var modig nok til å se realiteten i øyene første gang. Undersøkelsen til Söderman og Jackson (2011) viste også at sykepleierne opplevde gode og støttende kollegaer som den viktigste hjelpen i en slik situasjon. Dette underbygger betydningen av å jobbe i team, og av å få støtte når man står i den vanskelige situasjonen.

4.1.2 Å synliggjøre barnet

En annen side ved omsorgssvikt er at mange av de rammede barna kjenner på å bli oversett. Barnet lever gjerne i en verden hvor dets behov ikke registreres og hvor ingen engasjerer seg eller viser at det er ønsket. Konsekvensene av manglende respons og understimulering kan føre til forsinket psykomotorisk utvikling. Et barn som har levd under slike forhold vil nok by på store utfordringer for den som hjelper, men som sykepleier kan man bevisst benytte seg av metoder for å gjøre barna mer synlige, både for seg selv og for andre. Vi kan vise interesse ved å kommentere det barnet gjør. Enten man er i samtale med barnet eller lar barnet tegne, kan vi kommentere ulike delene av tegningen eller det som blir sagt. På den måten kan barnet oppleve å føle seg sett, hvilket sannsynligvis vil være en ny erfaring i dets situasjon. En annen måte kan være å speile barnet ved å kommentere ansiktsuttrykk og kroppsspråk med utsagn som ”- Du ser lei deg ut i dag?” eller ”- Jeg kunne se på deg at du likte det som skjedde i stad, men du sa ingenting?”. I tillegg kan man vise til hendelser som har skjedd tidligere; ”Jeg har hengt opp tegningen du tegnet sist, vil du tegne mer i dag?”. På den ene siden kan det å våge å se og engasjere seg i barnet gjøre at barnet får oppleve et engasjement og følelsen av å bli registrert av en voksen.

En ting er å engasjere seg direkte i barnet, men på en annen side har vi sett at det å dele sine bekymringer kan utløse sterke reaksjoner. I sær hvis sykepleier velger å melde sin mistanke om omsorgssvikt til barnevernet, og omsorgspersonene havner i fare for å miste omsorgen for barnet. For å begrense konsekvensene for sykepleier, er det mulig å sende en anonym melding slik at ditt navn ikke oppgis til omsorgspersonene. For å unngå negative reaksjoner fra egne kollegaer er det igjen av stor betydning å jobbe i team og samarbeide. På den måten vil man stå sterkere til å takle situasjoner som kan oppleves vanskelige. Søker man om hjelp og støtte kan flere øyne bidra, og man kan i fellesskap vurdere om det er grunnlag for bekymring.

4.1.3 Å sikre barnet tilknytninger utenfor familien

I løpet av oppgaven har jeg presentert ulike tilknytningmønstre og hva omsorgssvikt kan gjøre med et barns tilknytning til omsorgsgiver, samt Eriksons faseteorier. Vi har sett at barn allerede etter sitt første leveår har lagt grunnlaget for enten tillit eller mistillit til sine nærmeste omsorgspersoner. Som sykepleier vil det by på store utfordringer å hjelpe barnet fordi barn som har vært utsatt for omsorgssvikt gjerne har mistro til sine omgivelser. Får barn som befinner seg i omsorgssviktsituasjoner mulighet til å sikre seg tilknytning utenfor familien, kan det være et steg på veien. Da får barnet oppleve et voksent menneske som ikke svikter, men tar ansvar, ser og er der for barnet. Fremfor alt vil barnet ha behov for voksne

som engasjerer seg i dem med glede og nysgjerrighet, og behov for gode opplevelser og mestringsfølelse i sosial kontakt med andre.

Relasjoner må utvikles trinnvis over tid. Barnet har allerede lært seg et tilknytningssystem som er vanskelig å gjøre noe med, men vi har grunn til å tro at dette kan endres. Opplever barna engasjerte, omsorgsfulle og forutsigbare voksne vil de langsomt kunne endre sin tidligere oppfatning av voksne og av seg selv. Ved hjelp av tilknytningsforskning og teori bør vi kunne ta et stort skritt fremover i å hjelpe barna. Har vi kunnskap om tilknytning kan vi forsøke å utforme en relasjon til barnet som er annerledes enn det barnet har opplevd før.

Jeg mener imidlertid er dette et ansvar de ulike utdanningsinstitusjonene bør ta. Øker vi kompetansen rundt temaet har vi bedre forutsetninger til å kunne hjelpe og til å bryte det allerede tillærte tilknytningsmønsteret hos barnet. Det forutsetter at de som er i kontakt med barnet får nok informasjon om barnas tidligere tilknytningserfaringer. Med utdanningsinstitusjoner sikter jeg ikke kun til sykepleien; her kan også barnehagepersonell og lærere ha en svært viktig funksjon. Omsorgssvikt er alles ansvar, og økt kunnskap er avgjørende.

4.2 Konklusjon

Det er først og fremst de ulike utdanningsinstitusjonene innen sykepleien som bør påta seg et ansvar for kompetanseutvikling. Selv om det vil kreve en innsats å opparbeide den nødvendige kompetansen, vil det være av stor betydning at det skjer. Dette kan se ut til å være en av de største samfunnsproblemene vi står overfor, og har stått overfor i lang tid uten å erkjenne det (Klette, 1998). Det er på tide å ta problemet på alvor. I mitt utdannelsesløp har jeg som tidligere nevnt vært heldig å ha Klette som lærer på skolen, og derfor fått noe undervisning på området, men på sykepleieutdanninger ellers er dette ingen selvfølge. Får vi dette inn i undervisningen og i rammeplanen for sykepleie, vil vi kunne øke kunnskapen om barns utvikling og helse betraktelig. I tillegg til sykepleierutdannelsen bør både førskole- og grunnskoleutdanningen ta ansvar for at oppmerksomheten i mye større grad rettes mot barns helse og livskvalitet. Kunnskap er essensielt for å gjøre det mulig å forstå og håndtere problematikken. Blir dette en del av undervisningsprogrammet vil det gi svært mange flere sykepleiere mulighet til å bidra til at omsorgssvikt oppdages på et tidlig tidspunkt. Får sykepleiere tidlig kontakt med barnefamilier som lider, kan det gi en helt spesiell mulighet til å hjelpe. Sykepleiere kan bidra med veiledning, undervisning og avlastning. Gjennom observasjoner, god dokumentasjon, forebyggende arbeid og behandling kan sykepleiere sannsynligvis utgjøre en sentral gruppe når det gjelder å møte problematikken rundt omsorgssvikt. Vi har allerede mye kunnskap og mange ressurser til å kunne utarbeide et mye større fokus på slikt arbeid, og dermed få mulighet til å komme i posisjon til å skaffe hjelp før de store skadene er skjedd. Det er behov for klare retningslinjer på avdelinger om hva vi skal gjøre hvis vi fatter mistanke, og vi har behov for gode og støttene kollegaer i en slik situasjon.

4.2.1 Konkrete tiltak

Myhre et al. (2010) har i sin artikkel kommet med en rekke anbefalinger med bakgrunn i undersøkelsen de utførte, og Klette (2016) legger frem forslag til tiltak i sin forelesning. Jeg bruker de som inspirasjonskilde for listen over tiltak jeg mener bør igangsettes:

- Først og fremst bør all prevensjon være gratis, for å forhindre uønskede graviditeter.
- Det bør utføres en systematisk kartlegging av omsorgssituasjon og behov under et hvert svangerskap og i forbindelse med fødsel.

- Foreldre bør kurses i samspill og tilknytning, eksempelvis som en del av oppfølgingen under barselperioden.
- Det bør være et nært tverrfaglig samarbeid mellom de ulike sykepleiergruppene og andre faggrupper. Det bør opprettes tverrfaglige team som har ansvaret for avdekking, utredning og oppfølging av barn utsatt for omsorgssvikt ved alle sykehus. Ved alle avdelinger som jobber med barn bør det i tillegg være minimum én fagspesialist som har et spesielt ansvar for å ivareta problematikken. Det må i tillegg etableres bedre samarbeidsrutiner og tydeligere arbeidsfordelinger mellom barneavdelingene og sykehusene.
- Det må finnes en samordnet prosedyre ved alle sykehus for avdekking, utredning og oppfølging av barnemishandling. Prosedyren må gjøres gjeldende på alle avdelinger som undersøker og behandler barn. Her er det allerede mange som følger de samme prosedyrene for utredning, men det er ennå en lang vei å gå for en fullverdig samordnet prosedyre som dekker alle behov.
- Det bør igangsettes obligatoriske hjemmebesøk fra helsesøster i løpet av den første uken etter fødsel, og deretter en jevnlig oppfølging som en nasjonal standard. Det må etableres tettere samarbeid mellom barneavdelingene og førstelinjetjenestene (helsestasjoner, fastleger og legevakt), barneavdelingene og Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).
- Nasjonale retningslinjer for at journalopplysninger skal følge barnet ved flytting og ved bytte av helsestasjon, fastlege og sykehus må vurderes som et tiltak for å sikre en bedre kvalitet på oppfølging av de utsatte barna.
- I tillegg til å melde i fra til barnevernet skal det meldes i fra til politiet når barnet trenger øyeblikkelig beskyttelse. Det kan være fordi det er sannsynlig at barnet blir utsatt for mishandling av ulike former, og når det er nødvendig å gripe inn for å avverge eller forebygge omfanget av vold og overgrep.

Det hele starter imidlertid hos sykepleieren, og det viktigste er dermed:

Å ha kunnskapen til å se. Å våge å tro på det du ser. Å ha mot til å melde fra.

5. Litteraturliste

- Brinchmann, B. S. (2012). *Etikk i sykepleien* (3 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Departementene. (2013). *Forebyggende innsats for barn og unge.*: Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/rundskriv_q16_2013.pdf.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *The American journal of psychiatry*, 160(8), 1453.
- Helsepersonelloven. (2003). *Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) : med endringer, sist ved lov av 28. juni 2002 nr. 62 (i kraft 1. juli 2002) : samt forskrifter*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur : en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforl.
- Killén, K. (2009). *Sveket : I : Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner* (4. rev. utg. [i.e. 1. utg. av 2-bindsutg.]. utg. Vol. I). Oslo: Kommuneforl.
- Killén, K. (2010). *Sveket : II : Ansvar og (be)handling* (4. rev. utg. [i.e. 1. utg. av 2-bindsutg.]. utg. Vol. II). Oslo: Kommuneforl.
- Klette, T. (1998). *Hvem ser barnet? : vanskjøtsel, helse og sykepleie*. Oslo: Kommuneforl.
- Klette, T. (2007). *Tid for trøst : en undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner*. (17/2007), Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.
- Klette, T. (2008). Omsorgssvikt og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Klette, T. (2016). [Omsorgssvikt mot barn og unge. Forelesningsnotat.].
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning : fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet*
- Min, M. O., Minnes, S., Kim, H., & Singer, L. T. (2013). Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child Abuse & Neglect*, 37(6), 361-373. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.09.008
- Myhre, M. C., Lindboe, A. W., & Dyb, G. (2010). *Oppdager sykehusene barnemishandling? : en kartlegging av utredningspraksis*
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T., & Tomlinson, M. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis (Consequences of Child Nonsexual Maltreatment). 9(11), e1001349. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349
- SSB. (2015). Meldingar til barnevernet og barn med melding, etter alder og kjønn Lastet ned fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp>
- Söderman, A., & Jackson, K. (2011). Barn som far illa i sin hemmiljö — BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen. *Nordic Journal of Nursing Research*, 31(4). doi: 10.1177/010740831103100408
- Walker, J. (2002). Psychology: The Science of Mind and Behaviour (4th edition). *Nurse Education Today*, 22(6), 507-508. doi: 10.1054/nedt.2002.0766