

ALDRI LUKK ØYNENE TIL DE MINSTE BARNA

Kandidatnummer: 91 og 177
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie, emne 14B

Antall ord: 8319
Dato: 19. April 2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19. April 2022
Tittel Aldri lukk øynene til de minste barna	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvilken betydning kan bruk av kartleggingsverktøy ha for identifisering av fysisk vold mot barn?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Gjennom det teoretiske kunnskapsgrunnlaget blir sykepleiers funksjon og ansvar, samt tegn og symptomer på fysisk vold mot barn gjort rede for. Deretter gjøres det rede for hva kartlegging innebærer, og det presenteres kartleggingsverktøy som anvendes for å identifisere barn utsatt for fysisk vold. Kapitlet avsluttes ved å belyse lovverk og etiske rammer som er relevant for sykepleier i møte med barn utsatt for fysisk vold på legevakt.</p> <p><u>Metode:</u> Litterær oppgave som anvender fag- og forskningslitteratur for å besvare oppgavens problemstilling. I metodekapitlet presenteres en detaljert beskrivelse av fremgangsmåten for litteratursøk, søkestrategi, samt kildekritikk av anvendt fag- og forskningslitteratur.</p> <p><u>Drøfting:</u> Problemstillingen diskuteres med bakgrunn i anvendt teori, egne erfaringer, faglitteratur og resultater fra valgte forskningsartikler. Diskusjonen belyser kombinasjonen av kartleggingsverktøy og klinisk undersøkelse, samt at kartleggingsverktøy kan bidra til å identifisere flere voldsutsatte barn. Ved implementering av kartleggingsverktøy viser forskningen til at det kan føre til feilaktig mistenkte tilfeller av vold mot barn. Videre belyses det at kartleggingsverktøy kan føre til økt systematikk og struktur i sykepleiers observasjoner og vurderinger. Avslutningsvis belyses det at bruk av kartleggingsverktøy kan føre til økt bevissthet og kunnskap hos sykepleier, om barn utsatt for fysisk vold.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Majoriteten av forskningen belyser at implementering av kartleggingsverktøy kan føre til økt antall oppdagede voldsutsatte barn, men at det i tillegg foreligger en risiko for at flere av disse barna er feilaktig identifisert. Videre diskuteres det om kartleggingsverktøy kan ha betydning for å gjøre observasjoner og vurderinger mer strukturert og systematisk. Forskningen vektlegger at implementering av kartleggingsverktøy kan føre til økt kunnskap, mestringsfølelse og økt bevissthet om temaet. På denne måten viser forskningen til at kartleggingsverktøy kan ha betydning for å identifisere disse barna.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensing og presisering.....	2
1.4	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	5
2.1	Sykepleiers funksjons- og ansvarsområde.....	5
2.2	Fysisk vold	5
2.2.1	Kliniske tegn og symptomer på fysisk vold	6
2.2.2	Andre tegn på fysisk vold.....	7
2.3	Kartlegging og kartleggingsverktøy.....	8
2.4	Relevant lovverk	9
2.4.1	Helsepersonelloven	9
2.4.2	Straffeloven	9
2.5	Etikk og yrkesetiske retningslinjer	10
3	Metode	11
3.1	Litteratursøk	11
3.1.1	Valg av database og søkeord.....	11
3.1.2	Beskrivelse av litteratursøk	11
3.1.3	Valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.2	Øvrig faglitteratur	14
3.3	Kildekritikk	15
3.3.1	Litteratursøk og inklusjonskriterier	15
3.3.2	Øvrig faglitteratur.....	16
3.4	Etiske vurderinger	16
4	Forskningsresultater	17
5	Diskusjon.....	19
5.1	Kartleggingsverktøy i kombinasjon med klinisk undersøkelse	19
5.2	Økt identifisering av voldsutsatte barn ved bruk av kartleggingsverktøy	21
5.3	Struktur, systematikk og dokumentasjon ved bruk av kartleggingsverktøy	23
5.4	Sykepleiers kunnskap ved kartlegging av barn utsatt for vold	24
6	Oppsummering	27
	Referanseliste	28
	Vedlegg 1	34
	Vedlegg 2	35
	Vedlegg 3	36

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Historien om 8 år gamle Christoffer som døde som følge av fysisk mishandling rystet hele nasjonen. Familie, venner, skolesystemet og helsevesenet var vitne, men ingen slo alarm (Andersland & Mevik, 2016, s. 40). Det er 17 år siden Christoffer døde. 17 år med ettertanke, og for mange trolig dårlig samvittighet. Selv om tegnene var tydelige, var tanken å tenke det verste vanskelig. Ubehaget over å anklage noen for å fysisk mishandle et barn vant.

Til tross for stor mediedekning i Norge, er ikke historien om Christoffer unik. Blant 90 straffesaker om alvorlig vold mot barn i alderen 0-4 år i perioden 2015-2018, omhandlet ti av sakene dødsfall. Seks av disse barna døde før de hadde fylt et halvt år (Kripos, 2019, s. 21). Omtrent ett av 20 barn i Norge har opplevd alvorlig fysisk vold i løpet av oppveksten. Forekomsten av mindre alvorlig fysisk vold er høyere, og viser at omkring ett av fem barn har opplevd mindre alvorlig vold (NKVTS, 2018d). Konsekvensene av fysisk vold er alvorlige og kan legge føringer for barnas liv, i tillegg kan det påføre helsevesenet i Norge betydelig bruk av ressurser (A. K. Myhre, 2016, s. 102).

Gjennom vår bachelorutdanning i sykepleie er temaet om barn utsatt for fysisk vold og andre typer mishandling blitt belyst i én forelesning. Et viktig tema som bør få mer oppmerksomhet generelt i samfunnet, men særlig for sykepleier som i helsevesenet ofte vil møte barn, uavhengig av hvor man jobber. Et tema som for mange kan være så ubehagelig og ubegripelig å forstå at man på denne måten ikke evner å se det. Vi vet at barn i Norge blir utsatt for vold av foresatte, selv om vi ikke ønsker å tro at det skjer. Som sykepleier har vi derfor et spesielt ansvar til å bruke vår unike posisjon til å kunne se barna og deres totale situasjon, og dermed oppdage og hjelpe barn utsatt for fysisk vold.

Sykepleier som jobber på legevakt møter daglig barn som ankommer legevakt grunnet sykdom, ulykker og skader. I følge Statistisk sentralbyrå (SSB) ble det gjort totalt 177 060 legevaktkonsultasjoner i 2020 hos personer i alle aldre ved allmennlegetjenesten grunnet ulykker og skader. Av disse var 20 257 barn i alderen 0-5 år (Statistisk sentralbyrå, 2021). At noen av disse barna kan ha blitt utsatt for fysisk vold av blant annet deres foresatte kan tenkes.

Sykepleiers funksjon i møte med disse barna handler i stor grad om å observere og vurdere, og deretter ta en beslutning om videre tiltak og eventuell behandling. I sykepleiers arbeid med å observere og innhente informasjon i ulike situasjoner finnes det forskjellige verktøy for å sikre systematikk og struktur. Eksempelvis har vi NEWS II (National Early Warning Score), for å systematisk vurdere vitalia (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 32) og qSOFA (quick Sepsis-related Organ Failure Assessment) for å tidlig oppdage symptomer på sepsis (Rygh et al., 2016, s. 94). Disse verktøyene er sentrale hjelpemidler for at sykepleier kan jobbe systematisk, innhente nødvendig og relevant informasjon, samt at verktøyene er viktige hjelpemidler for å kunne ta gode kunnskapsbaserte avgjørelser i krevende situasjoner. Når det gjelder vold mot barn er det derimot erfaringsmessig få kartleggingsverktøy som benyttes i Norge, med unntak av veiledere og fagprosedyrer (NKVTS, u.å.; Norsk barnelegeforening, 2012). Med bakgrunn i dette er det interessant å se nærmere på betydningen kartleggingsverktøy kan ha for identifisering av fysisk vold mot barn.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen i denne bacheloroppgaven er:

Hvilken betydning kan bruk av kartleggingsverktøy ha for identifisering av fysisk vold mot barn?

1.3 Avgrensning og presisering

Barnets alder er begrenset til 0-4 år, da barn i denne alderen er avhengig av voksne for tilgang på-, og for å ivareta grunnleggende behov (Hauge et al., 2016, s. 12). Fysisk vold, samt andre typer mishandling mot barn er på sitt mest omfattende og alvorlige i sped- og småbarnsalderen. De minste barna er mest utsatt, og det kan få alvorlige konsekvenser helsemessig og utviklingsmessig sammenlignet med barn som utsettes for mishandling senere i livet (Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 65). Barn som er utsatt for fysisk vold har ofte økt risiko for å utsettes for flere typer mishandling (Kvelling, 2015, s. 218; Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 66), oppgaven vil derimot kun omhandle fysisk vold mot barn.

Barns nære relasjoner inkluderer i henhold til straffeloven § 282 foreldre, foreldrenes samboer, foreldrenes slektninger, andre i husstanden eller andre som har omsorgen for barnet. Nære relasjoner omfatter derfor søsken, foreldre og besteforeldre (Straffeloven, 2005, § 282).

Oppgaven vil ikke ha fokus på hvem som utøver volden. Begrepet «foresatt» vil likevel bli benyttet ettersom barnemishandling, herunder fysisk vold, spesifiserer at en forelder eller andre omsorgspersoner utøver volden (NKVTS, 2018c).

Etter egne erfaringer fra arbeid på legevakt, ble legevakt valgt som oppgavens kontekst. I kommunehelsetjenesten og den akuttmedisinske kjeden utgjør legevakten en viktig del. Arbeidet på legevakt preges av uforutsigbarhet, korte møter med pasienter og stor variasjon av symptomer, sykdommer og skader. Alt fra akutte tilstander til vanlige plager hvor det ikke haster med behandling. Det er store variasjoner i organisering og størrelse på legevakter i Norge, derfor vil også driften kunne variere. Sykepleier og lege samarbeider tett og utfyller hverandre i pasientforløpet, hvem som gjør hva kan variere fra legevakt til legevakt (E. H. Hansen & Hunskår, 2020, s. 63).

Barn på legevakt er vanlig, da de kommer til undersøkelse og behandling som følge av skader (M. C. Myhre, 2016, s. 171). Ifølge statistisk sentralbyrå, som nevnt på side 1, utgjør barn i alderen 0-5 år en relativt stor andel av personer som ankommer legevakt grunnet ulykker og skader (statistisk sentralbyrå, 2021). Det er de minste barna som oftest får alvorlige skader, og det er hos de yngste barna mishandling hyppigst blir oppdaget i helsevesenet (M. C. Myhre, 2016, s. 171). Det er en bred pasientgruppe, hvor både henvendelsesårsaker og symptomer er forskjellige. De minste barna er helt avhengige av pårørende i sin kontakt med helsepersonellet (Stensland & Hunskår, 2020, s. 248). Mange barn skriker straks de kommer til lege eller sykepleier da det er normalt for små barn å være skeptiske i møtet med ukjente mennesker. Det er viktig å få kontakt med barnet tidlig, ved å tilnærme seg varsomt (Stensland & Hunskår, 2020, s. 251).

1.4 Begrepsavklaring

Fysisk vold mot barn innebærer at en voksen foresatt bruker fysisk makt direkte rettet mot barnet som resulterer i, eller har potensial til å resultere i, fysisk skade, slik som smerte, kroppslig skade eller sykdom (NKVTS, 2018c). Den fysiske volden kan ta form av blant annet risting dytting, slag, spark, kvelertak, vridning av ekstremiteter, skålding, biting eller brenning. Den fysiske volden er ofte lett synlig, og kan forårsake både fysisk og psykisk skade, samt verste konsekvens, død (Lillevik, 2016, s. 27; NKVTS, 2018c).

Kartleggingsverktøy er hjelpemidler for å innhente relevant informasjon ved å bruke systematiske spørreskjemaer (Helsedirektoratet, u.å.).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I kapittelet vil relevant teori på bakgrunn av oppgavens problemstilling bli presentert.

2.1 Sykepleiers funksjons- og ansvarsområde

Sykepleier har ulike faglige funksjoner og ansvar, og skal ivareta pasientens grunnleggende behov. Utøvelsen av sykepleie innebærer pasientrettede oppgaver som forebyggende og helsefremmende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjoner (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21-22). Sykepleiers behandlende funksjon er aktuell for barn som ankommer legevakt for undersøkelse av sykdom og skader. Funksjonen innebærer å observere barnet og samle inn data, vurdere symptomer og eventuelle skader, planlegge og gjennomføre tiltak eller behandling, samt å dokumentere sykepleien. For å utøve faglig klinisk sykepleie er god vurderings- og kartleggingskompetanse avgjørende (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22-23).

I læreboken «Notater om sykepleie», beskrev Florence Nightingale hva en sykepleier skal observere, hvilke observasjoner som er nyttige og hvilke grunnleggende kunnskaper som bør ligge til grunn, samt hva en sykepleier skal gjøre (Nightingale, 1997, s. 149). Hun beskrev grunnelementer i en sykepleiers plikter, slik som å observere pasientens respirasjon og ekspektorat ved lungesykdom (Holter, 2015, s. 110). Nightingales syn på sykepleiers observerende rolle ses overførbart og svært relevant til oppgaven, til tross for ulik kontekst og pasientgruppe. Sykepleiers observerende rolle i oppgaven er å kunne observere og identifisere tegn til fysisk vold mot barn. Nightingale understreket at observasjoner for å kartlegge pasientens kliniske tilstand er den viktigste praktiske kunnskapen sykepleier kan ha (Nightingale, 1997, s. 149). Hun var opptatt av å beskrive hva god systematisk observasjon betyr for pasientens tilstand (Holter, 2015, s. 110).

2.2 Fysisk vold

Møter med barn som er utsatt for vold kan en sykepleier ha i ulike situasjoner, uavhengig av hvor i helsevesenet man jobber (M. C. Myhre, 2016, s. 169). I enkelte situasjoner kan volden være kjent, men i andre situasjoner må sykepleier kunne kjenne igjen tegnene. Barn som er blitt utsatt for vold har økt risiko for å utvikle andre helseplager, noe som medfører at de har behov for hyppigere helsehjelp. Svært få oppsøker helsehjelp grunnet direkte følger av

volden, og ofte vil volden være skjult. Med bakgrunn i dette er sykepleier avhengig av å ha kunnskap nok til å identifisere tegn og symptomer som følge av den voldelige mishandlingen uten at dette er kjent eller blitt fortalt (M. C. Myhre, 2016, s. 170). Videre presenteres kliniske tegn og symptomer, samt andre tegn sykepleier bør ha kunnskap om for å kunne identifisere barn utsatt for vold.

2.2.1 Kliniske tegn og symptomer på fysisk vold

Hudskader som blåmerker, rifter og sårskader, samt gamle arr er de vanligste kliniske funnene ved fysisk vold (A. K. Myhre, 2016, s. 108). Skader i ansikt-, nakke-, øre- og halsregionen er vanlig ved fysisk vold, med eksempelvis hevelser, blødninger eller rifter. Skader av øre, nakke og hals er uvanlig etter ulykker. Hode og ansikt er de vanligste lokalisasjonene for skader etter fysisk vold. Påførte blåmerker forekommer ofte på steder som er skjult av klær og kan ha form som grep og fingre (NKVTS, 2018b). Barn som kan gå og som får blåmerker grunnet lek og uhell vil derimot typisk finnes på kroppens fremside, og på beinete framspring slik som knær og legger (A. K. Myhre, 2016, s.108). Blåmerker eller andre skader hos spedbarn under seks måneder som ikke enda kan krabbe er svært mistenkelig i forhold til fysisk vold (A. K. Myhre, 2016, s. 108; Kvello, 2015, s. 397; NKVTS, 2018b).

Ved stranguleringsforsøk kan det oppstå petekkier eller blåmerker rundt hals og nakke. Hos barn med gjentatte livløshetsanfall bør fysisk vold mistenkes og vurderes. Pustestans eller uregelmessig respirasjon beskrives også som vanlige symptomer ved forgiftninger og påført hodeskade (NKVTS, 2018b).

Brudd bør gi mistanke om fysisk vold, særlig hos barn under 18 måneder. Brudd i rørknokler ses hos opptil en tredjedel av barn som har vært utsatt for fysisk vold. De vanligste bruddene er da i overarmsben, leggben og lårben. Hos friske barn under 18 måneder er multiple brudd, lårbensbrudd og ribbensbrudd før barnet klarer å gå mer vanlig ved fysisk vold enn ved ulykker. Overarmsbrudd hos barn under tre år kan skyldes fysisk vold i 50% av tilfellene, ribbensbrudd 70% av tilfellene, lårbensbrudd 25-35% av tilfellene og brudd i skallen hos små barn i en tredjedel av tilfellene (NKVTS, 2018b). Studier viser at benbrudd grunnet mishandling hos selv små barn krever betydelig styrke fra voldsutøveren, og den fysiske volden kan derfor skilles fra uhell ut fra den styrken som må til for å skape benbrudd (Kvello, 2015, s. 397).

Alle typer brannskader kan skyldes fysisk vold, men karakteristiske forhold kan være barn som ikke kan forflytte seg selv. Skåldeskader på setet og perineum, eller andre områder hvor en ikke forventer å komme i kontakt med varme gjenstander bør vekke mistanke, eksempelvis under føtter, baksiden av hender eller rygg. Dersom skåldingen har skarp avgrensning eller merker etter en gjenstand som for eksempel sigarettmerker eller strykejern, skal fysisk vold mistenkes (NKVTS, 2018b).

Visse typer skader og funn kan assosieres med fysisk vold, en bør da være ekstra oppmerksom dersom det ikke er en god forklaring for skadene. Barn kan ved uhell pådra seg uvanlige skader, og sykdommer kan ha sjeldne eller uvanlige uttrykk. Ingen skadetyper eller symptomer kan være sikre tegn på fysisk vold. Symptomer og skadetyper i kombinasjon med sykehistorien og det helhetlige kliniske bildet er det som skal vekke mistanke (M. C. Myhre, 2016, s. 172; NKVTS, 2018b).

2.2.2 Andre tegn på fysisk vold

Trekk i sykehistorien kan være viktig informasjon for å kunne identifisere fysisk vold mot barn. Dersom foresatte ikke oppsøker helsehjelp når skaden har oppstått, men avventer en god stund bør fysisk vold mistenkes. Det er grunn til sterk mistanke om fysisk vold dersom foresatte i liten grad kan forklare skader som barnet har, og som er skader barn sjelden påfører seg ved uhell (Kvello, 2015, s. 400). Dersom beskrivelsen av hendelsesforløpet endrer seg underveis i samtalen bør sykepleier mistenke fysisk vold, samt dersom vitner som var til stede ved ulykken har andre forklaringer (NKVTS, 2018b).

Barn som er utsatt for fysisk vold kan også ha andre uttrykksformer som å vise tegn til frykt, vise tegn til regresjoner, ha problemer med søvn, eller gi uttrykk for hodepine og magesmerter (Kvello, 2015, s. 401). Noen barn blir utsatt for vold i en slik grad at det påvirker helsen deres, derfor er det viktig i alt klinisk arbeid med barn å tenke mishandling som en av mange mulige årsaker til helseplager. Dette inkluderer å ha et våkent blikk, samt å vurdere barnemishandling med samme analytiske og strukturerte tilnærming som ved andre differensialdiagnoser (M. C. Myhre, 2016, s. 180).

2.3 Kartlegging og kartleggingsverktøy

Kartlegging vil si å avdekke status og danne grunnlag for videre tiltak (Rotegård et al., 2015, s. 262). Kartlegging omfatter systematisk undersøkelse og innhenting av både subjektive og objektive data, ved hjelp av observasjoner, spørsmål, målinger og eventuelt andre kilder til data (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Det er utviklet ulike kartleggingsverktøy for standardisert og strukturert innhenting av informasjon når en skal avdekke potensielle eller aktuelle problemer. Ved bruk av kartleggingsverktøy får sykepleier hjelp til å avdekke alvorlighetsgraden av problemet (Rotegård et al., 2015, s. 262). Samtidig er det viktig at sykepleier er bevisst på at kartleggingsverktøy er hjelpemidler, og at de ikke skal ta bort oppmerksomheten fra pasienten og situasjonen, eller fortrenge bruken av faglig skjønn (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 29).

Kartleggingsverktøy knyttet til barn utsatt for vold er i all hovedsak laget for å kunne identifisere alle slags typer mishandling (fysisk vold, psykisk vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt) av barn som oppsøker legevakt og akuttmottak (Louwers et al., 2014, s. 1276; Teeuw, et al., 2019, s. 301). Eksempler på slike kartleggingsverktøy er SPUTOVAMO og Escape (Vedlegg 1 og 2). Disse kartleggingsverktøyene vises det hyppig til i forskningslitteratur. Verktøyene er utformet som en sjekklister bestående av spørsmål som adresserer risikofaktorer knyttet til barnemishandling. Sykepleier stiller seg selv disse spørsmålene ved triagering og undersøkelse av barnet, og kan dermed oppdage røde flagg. SPUTOVAMO består henholdsvis av ni spørsmål, Escape derimot består av seks spørsmål (Louwers et al., 2014, s. 1276; Teeuw et al., 2019, s. 301). Kartleggingsverktøyene kan brukes uavhengig av årsak til besøket i akuttmottak eller på legevakt, og kan i tillegg være prediktive for barnemishandling hos alle barn (Louwers et al., 2014, s. 1276). SUBFI (Screening för att Upptäcka Barn som Far Illa) er et svensk kartleggingsverktøy og består i likhet med Escape av seks spørsmål. Verktøyet er basert på en modifisert versjon av SPUTOVAMO, og tilpasset svensk kontekst (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2019, s. 3).

Kartlegging av barn bør i tillegg inneholde en klinisk undersøkelse. Under en slik undersøkelse undersøker man hele kroppen grundig, fra toppen av hodet til under fotsålene. Det er viktig å gjennomføre en klinisk undersøkelse selv ved det som tilsynelatende fremstår som beskjedne symptomer på fysisk vold (Norsk barnelegeforening, 2012).

2.4 Relevant lovverk

Sykepleier har et bredt lovverk å forholde seg til som styrer plikter og rettigheter som skal overholdes. I situasjoner hvor det fattes mistanke om barn utsatt for fysisk vold, må sykepleier handle på slik måte at de utsatte barna kan sikres mot nye voldshandlinger (M. C. Myhre, 2016, s. 171). Videre vil aktuelt lovverk for oppgavens tematikk presenteres.

2.4.1 Helsepersonelloven

Sykepleier har taushetsplikt ovenfor pasientene, jf. Helsepersonelloven (1999) § 21. Det finnes dog unntak som gjør seg gjeldende når det foreligger mistanke om at et barn utsettes for vold, dette gjelder blant annet opplysningsplikt til barnevernet og nødeter, jf. Helsepersonelloven (1999) §§ 31 og 33. Med andre ord er sykepleier lovpålagt å melde ifra til barnevernstjenesten dersom det foreligger grunn til å tro at barn blir utsatt for fysisk vold (M. C. Myhre, 2016, s. 171).

I tillegg har sykepleier en opplysningsrett dersom det er tungtveiende grunner for å melde videre til andre enn helsepersonell og nødeter. Heller ikke her vil taushetsplikten være til hinder når opplysninger gis videre, jf. Helsepersonelloven § 24 (1999) § 23 nr. 4 (NKVTS, 2018a).

Sykepleier har i henhold til helsepersonelloven dokumentasjonsplikt, jf. Helsepersonelloven (1999) § 39. Krav til journalens innhold blir beskrevet i § 40, og sier blant annet at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk, jf. Helsepersonelloven (1999) § 40.

2.4.2 Straffeloven

Dersom det med sikkerhet eller det er høy sannsynlighet for at det er blitt utøvet vold mot et barn, er sykepleier pliktet til å bruke avvergeplikten, jf. Straffeloven (2005) § 196 første ledd bokstav a. Det foreligger ikke krav i disse tilfellene om at det må anmeldes eller at politi skal kontaktes dersom det er mulig å avverge på andre måter, eksempelvis ved at det fattes akuttvedtak fra barnevernstjenesten (NKVTS, 2018a).

2.5 Etikk og yrkesetiske retningslinjer

Barneverntjenesten har et overordnet ansvar for å iverksette nødvendige tiltak og foreta nødvendige undersøkelser for å sikre at barn og unge ikke lever under forhold som kan skade deres utvikling og helse. Dersom helsepersonell er bekymret for et barn, uten å kunne sende en begrunnet melding til barnevernet, må den profesjonelle forsøke å avklare situasjonen (M. C. Myhre, 2016, s. 170). Sykepleiere som kommer i kontakt med barn utsatt for fysisk vold eller fatter mistanke om fysisk vold mot barn kan oppleve etiske dilemmaer, konflikter og usikkerhet om hvordan situasjonen bør håndteres. Velgjørhetsprinsippet og ikke skadeprinsippet kan særlig trekkes frem. Sykepleier skal tilstrebe å handle til det beste for pasienten, og pasienten skal beskyttes mot handlinger eller omsorg som kan være til skade (Brinchmann, 2021, s. 87). Helsepersonell har en lovpålagt plikt til å melde til barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt og mishandling. Å mistenke noen for fysisk mishandling er alvorlig, og det kan sitte langt inne for helsepersonell å mistenke noen for omsorgssvikt eller fysisk vold, og enda vanskeligere kan det oppleves å melde fra (T. W. Hansen & Førde, 2020, s. 135).

De yrkesetiske retningslinjene danner verdigrunnlaget for utøvelsen av sykepleie. I utøvelsen av sykepleie er etikk og fagkunnskaper nært forbundet. Det sykepleieren gjør, kan ikke skilles fra måten det gjøres på. Etiske vurderinger danner grunnlag for valg av gode og riktige handlinger i ulike situasjoner (Kristoffersen et al., 2021, s. 22). Moralske og etiske aspekter danner grunnlag for yrkesutøvelsen. De yrkesetiske retningslinjene fremhever at kompetansen sykepleier har skal bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene (Holter, 2015, s. 112; Norsk sykepleierforbund, u.å.).

3 Metode

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave definert av Dalland som baseres på eksisterende forskning, fagkunnskap og teori (Dalland, 2020, s. 199). Kapittelet beskriver fremgangsmåten for litteratursøk, valg av øvrig faglitteratur, kildekritikk og etiske vurderinger.

3.1 Litteratursøk

I de følgende underkapitlene blir litteratursøket for oppgaven presentert og beskrevet.

3.1.1 Valg av database og søkeord

Problemstillingen vi har valgt danner grunnlaget for litteratursøket. Vi benyttet oss av PICO-skjema for å konkretisere behovet for informasjon, og for å finne aktuelle søkeord (vedlegg 3). PICO-skjema har flere funksjoner som et hjelpemiddel til å presisere og gjøre problemstillingen søkbar, ved å presisere; hvem problemstillingen dreier seg om, hvilke intervensjoner problemstillingen omhandler eller om intervensjoner skal sammenlignes og hva med intervensjonen problemstillingen ønsker å vurdere (Thidemann, 2020, s. 82-83). Søkeordene “Child abuse” og “Child maltreatment” representerer oppgavens problemområde som er fysisk vold mot barn. “Emergency service”, “Emergency room” og “Emergency department” viser til oppgavens kontekst legevakt. For sykepleierens intervensjon ble søkeordene “Detection” og “Screening” brukt, som viser til utfallet identifisering og kartlegging av fysisk vold mot barn.

Det finnes ulike databaser for søk av forskningslitteratur. Vi har primært gjort søk i CINAHL og PubMed. I tillegg har vi gjort søk i Idunn som er universitetsforlagets digitale plattform for kvalitetssikrede fag- og forskningsartikler (Idunn, u.å.). Forskningsartiklene som er brukt i oppgaven er funnet i CINAHL, som er en svært relevant database da det er en internasjonal referansedatabase med tidsskrifter innen sykepleie og helsefaglig forskning (Underdal, 2013).

3.1.2 Beskrivelse av litteratursøk

Tabell 1 viser en detaljert oversikt av søkehistorikken til de inkluderte forskningsartiklene. Tabellen viser dato for aktuelt søk, hvilken database som er benyttet og hvilke søkeord og ordkombinasjoner som er avendt. Videre viser oversiktstabellen antall treff søket ga, antall

leste abstrakter, valgte artikler, samt tittel på de ulike artiklene. Søkene ble gjennomført av to personer individuelt, hvor de samme søkeordene ble benyttet ved kombinasjon av AND og OR. Ved bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier utformet i forkant av søkene (tabell 2), vurderte vi sammen hvilke forskningsartikler som var relevante for problemstillingen i oppgaven. Flere forskningsartikler ble lest og ekskludert grunnet feil kontekst, forskning som omhandler avgrenset barnemishandling eksempelvis seksuell mishandling eller neglisjering, eller grunnet lav overføringsverdi da forskningen var utført i geografiske områder med kulturelle forskjeller som ikke ses overførbare til Norge.

Tabell 1. Oversikt litteratursøk

Søk nr.	Søkedato	Database	Søkeord/ ordkombinasjoner	Antall treff	Antall leste abstrakter	Valgte artikler	Tittel
1	06.12.21	CINAHL	1. Child abuse 2. Emergency service 3. Detection 4. 1 AND 2 AND 3	32	5	1	Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moulaert, A.-F., van den Elzen, A. P., Jongejan, M. H., Ruige, M., Maná, B. H., Looman, C. W., Bosschaart, A. N., Teeuw, A. H., Moll, H. A. & de Koning, H. J. (2012). <i>Effects of Systematic Screening and Detection of Child Abuse in Emergency Departments</i>
2	07.12.21	CINAHL	1. Child abuse 2. Child maltreatment 3. Emergency room 4. Emergency department 5. Detection 6. 1 OR 2 7. 3 OR 4 8. 5 AND 6 AND 7	30	8	1	Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moulaert, F. A., Woltering, C. M., Jongejan, M. H., Ruige, M., Moll, H. A. & de Koning, H. J. (2011). <i>Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study</i>
3	13.01.22	CINAHL	1. Child abuse 2. Child maltreatment 3. Emergency department 4. Screening 5. 1 OR 2 6. 3 AND 4 AND 5	46	8	1	Teeuw, A. H., Sieswerda-Hoogendoorn, T., Sangers, E. J., Heymans, H. S. & van Rijn, R. R. (2016). <i>Results of the implementation of a new screening protocol for child maltreatment at the Emergency Department of the Academic Medical Center in Amsterdam</i>

4	16.01.22	CINAHL	1. Nursing 2. Child abuse 3. Child maltreatment 4. Emergency department 5. Emergency room 6. 2 OR 3 7. 4 OR 5 8. 1 AND 6 AND 7	56	8	1	McTavish, J. R., Gonzalez, A., Santesso, N., MacGregor, J. C., McKee, C. & MacMillan, H. L. (2020). <i>Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update</i>
---	----------	--------	---	----	---	---	---

3.1.3 Valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble utformet i forkant av søkene etter forskningsartikler for å finne relevante artikler for problemstillingen i oppgaven (tabell 2). Legevakt er konteksten i oppgaven og ble derfor et vesentlig inklusjonskriterie, øvrige helsetjenester slik som sengepost på sykehus eller helsestasjon ble derfor et eksklusjonskriterie. Oppgavens problemstilling fokuserer på fysisk vold mot barn, et eksklusjonskriterie ble derfor også forskning som ikke omhandler fysisk vold. Forskning som kun tar for seg alderen 0-4 år har vært utfordrende å finne, det har derfor blitt inkludert forskning som omhandler barn i alderen 0-18 år, da kartleggingsverktøy er ment å kunne brukes på alle barn i alderen 0-18 år. Til tross for et bredt aldersspenn i forskningslitteraturen har vi valgt å bruke artiklene, men kun valgt å trekke fram informasjon om barn i alderen 0-4 år i oppgaven. Videre har vi sett på helsevesenets overførbarhet til Norge, hvor vi da har sett på de inkluderte geografiske områdene som Europa, Nord-Amerika og Oseania da de er nærliggende å anse som overførbare å sammenligne med Norge, med tanke på kultur og helsevesenets standard. Forskning som er fagfellevurdert er et inklusjonskriterie, hvor forskning utenom dette ble ekskludert fra søkene. Da problemstillingen fokuserer på kartlegging som intervensjon, ble dette et klart inklusjonskriterie.

Tabell 2. Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Legevakt/akuttmottak	Øvrige helsetjenester
Barnemishandling, inkl. Fysisk vold mot barn	Barnemishandling som ikke inkluderer fysisk vold
Barn i alderen 0-4 år	Artikler som kun inneholder barn i alderen > 4 år
Alder 0-18	Artikler som ikke inneholder aldersgruppen 0-4 år
Europa, Oseania, Nord-Amerika	Øvrig verdensdeler
Fagfellevurderte artikler	Vold i nære relasjoner (vold mellom foreldre med barn til stede)
Kartlegging som intervensjon	

3.2 Øvrig faglitteratur

Faglitteratur benyttet for å belyse oppgavens problemstilling er hentet fra pensumlitteratur for sykepleier utdanningen, øvrig litteratur er funnet ved søk i Oria, Lovisenberg Diakonale høyskole sitt bibliotek. Vi har brukt fagbøker relatert til klinisk sykepleie til barn, vold mot barn og sykepleie ved legevakt. I teorikapittelet har vi hentet teori om fysiske tegn til vold fra bøkene «Barn vold og traumer» av A. K Myhre (2016) og «Barn i risiko- skadelige omsorgssituasjoner» av Kvello (2015), da forfatterne av disse bøkene gjør godt rede for kunnskap om fysiske og andre tegn til vold mot barn. For å beskrive oppgavens kontekst ble det naturlig å bruke E. H. Hansen & Hunskaar (2020) sin bok «Legevaktarbeid». For å sikre sykepleiefaglig relevans i oppgaven har vi benyttet Stubberud et al. (2016) sin bok «Klinisk sykepleie 1» for å beskrive sykepleiers funksjon og ansvarsområde ved observasjon og identifisering av vold mot barn, samt «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie» av Grov & Holter (2015). «Notater om sykepleie» av Florence Nightingale er også benyttet for å beskrive sykepleiers behandlende funksjon (1997).

Relevante nettsider som er benyttet er eksempelvis Lovdata for å belyse gjeldene lovverk sykepleier må forholde seg til med tanke på problemstillingen i oppgaven. Yrkesetiske retningslinjer er beskrevet og hentet fra Norsk sykepleierforbund sin nettside. Statistikk som er brukt i oppgaven er hentet fra Statistisk sentralbyrå, samt Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Helsebiblioteket.no utarbeidet av Folkehelseinstituttet, er benyttet for å innhente informasjon om retningslinjer og prosedyrer ved mistanke om vold mot barn, samt brukt for å definere «kartlegging». I teorikapittelet om fysiske- og andre tegn til fysisk vold mot barn er Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) flittig brukt.

NKVTS er en veileder for helse og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner, som bygger på internasjonale og norske retningslinjer. Veilederen anses som svært relevant for oppgavens problemstilling og tematikk.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og å karakterisere den anvendte litteraturen (Dalland, 2020, s. 152). I de følgende underkapitlene vil kritiske vurderinger av de utvalgte forskningsartiklene, samt øvrig faglitteratur bli beskrevet.

3.3.1 Litteratursøk og inklusjonskriterier

Det er ikke gjennomført systematisk litteratursøk i alle de tilgjengelige databasene, dette kan ha medført at relevant forskningslitteratur ikke er funnet. Det er en mulighet for at andre alternative søkeord kunne vært mer relevant og bedre egnet for vår problemstilling.

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene valgt før søkene ble gjennomført kan også ha ført til at relevant forskningslitteratur har blitt oversett. Ved bruk av søkeord som «Emergency department» og «Emergency room», er det grad av uvisshet knyttet til om artiklene mener akuttmottak eller legevakt. Forskningen vi har benyttet er hovedsakelig fra Nederland, noe som gjøre det vanskelig å si med sikkerhet at legevakt og akuttmottak er strukturert tilsvarende Norge. Det er nærliggende å tro at mye av forskningen er gjort ved akuttmottak ettersom den er gjort ved flere sykehus. Til tross for akuttmottak som kontekst i forskningen, anser vi den som overførbar til oppgavens kontekst, arbeid på legevakt. Kultur og helsevesenets oppbygning og struktur kan ha store variasjoner fra land til land. Vi har derfor vært bevisst på å velge artikler som er fra geografiske områder som det er nærliggende å anta er tilsvarende likt Norge. Slik som Nederland, Irland, England og USA. Vi har primært benyttet forskningsartikler fra Nederland, noe som eksempelvis kan ha ført til at forskning fra andre land som kan ha motstridende resultater ikke har blitt inkludert i oppgaven.

Forskningsartiklene som er benyttet er på engelsk da vi ikke har funnet norsk forskning som var relevant for oppgavens problemstilling. Noe som kan ha ført til feiltolkninger, til tross for at vi har brukt mye tid på oversettelse og forståelse av artiklenes innhold. Forskningsartiklene tar for seg mishandling av barn i et større perspektiv enn kun fysisk vold. Vi har derfor vært bevisste på å trekke ut den relevante kunnskapen og informasjonen om fysisk vold som er relevant for problemstillingen i oppgaven. Ved bruk av direkte resultater i systematisk oversiktsartikkel har vi etter beste evne søkt etter primærkilde og anvendt denne.

3.3.2 Øvrig faglitteratur

Vi har forsøkt å benytte nyere bøker, og de nyeste utgavene for å sikre faglig oppdatert kunnskap i oppgaven. Vi har bevisst forsøkt å anvende primærkilder, men sekundærkilder er også benyttet. Eksempelvis «Grunnleggende klinisk sykepleie: sykepleieboken 1» (Grov & Holter, 2015) som henviser til Florence Nightingales bok, hvor sykepleiers observerende funksjon beskrives. En uheldig konsekvens ved å bruke sekundær kilde kan være at det gir rom for at forfatteren kan ha mistolket den opprinnelige forfatterens budskap. Vi har derfor også benyttet primærkilden for å undersøke at informasjonen i sekundærkilden samsvarer. «Notater om sykepleie» (Florence Nightingale, 1997) er en oversatt versjon av «Notes on Nursing», det er en primærkilde, men da den er oversatt fra engelsk til norsk kan det gi rom for feilaktighet og tolkninger.

Vi har benyttet ulike fagbøker som omhandler fysisk vold, hvor ulike fagpersoner gjør rede for tematikken. Dette anser vi som hensiktsmessig, da det viser flere fagpersoners ulike syn og tilnærminger til det aktuelle tema, samt at det gir en bredere forståelse. Fagbøkene omhandler mishandling av barn i et større perspektiv, vi har derfor brukt kapitler som anses å være relevante for oppgaven.

3.4 Etiske vurderinger

Anvendte forskningsartikler inkludert i oppgaven er blitt publisert i anerkjente tidsskrifter. Artiklene er sjekket for fagfelleevaluering i Norsk senter for dataforskning (NSD), og godkjent av etiske komiteer. Alle referanser er satt opp i henhold til APA 7, høyskolens retningslinjer for oppgaveskriving er fulgt, og andres arbeid er referert til etter beste evne. Det er blitt referert til egne erfaringer i oppgaven. Spesifikke situasjoner, mennesker eller steder er ikke omtalt, og konfidensialitet er ivaretatt etter beste evne.

4 Forskningsresultater

I kapittelet vil valgt forskningslitteratur bli presentert. Tabell 3 viser til artiklenes hensikt, metode og hovedfunn.

Anvendelsen av kartleggingsverktøy er felles for de valgte artiklene. Resultatene viser en ulik oppfatning av hvilken betydning verktøyene kan ha, eksempelvis ved at mange tilfeller av barn utsatt for vold oppdages, men det vises også til at det foreligger en mulighet for å overidentifisere barn. Artiklene viser til ulike resultater om kartlegging bør anvendes eller ikke for å kunne identifisere fysisk vold, grunnet faren for overidentifisering. Barn som ble kartlagt ved bruk av kartleggingsverktøy hadde en større sannsynlighet for å gjennomgå en klinisk undersøkelse. I tillegg viser resultatene at det var lettere å fullføre kartlegging ved bruk av kartleggingsverktøy, herunder også klinisk undersøkelse av yngre barn. Resultatene viser også at bruk av kartleggingsverktøy førte til økt kunnskap, gode rutiner og økt bevissthet blant sykepleiere om temaet vold mot barn, samt at arbeidet for å identifisere barn ble mer strukturert og systematisert gjennom bruk av kartleggingsverktøy.

Tabell 3. Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Louwens, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moulaert, A. F., van den Elzen, A. P., Jongejan, M. H., Ruijs, M., Manai, B. H., Looman, C. W., Bosschaart, A. N., Teeuw, A. H., Moll, H. A. & de Koning, H. J. (2012)	Effects of Systematic Screening and Detection of Child Abuse in Emergency Departments	Pediatrics	Undersøke om innføring av kartleggingsverktøy og opplæring av sykepleiere i akuttmottak økte oppdagelsen av barnemishandling	Kvantitativ intervensjons kohortstudie. Inkluderte totalt 104 028 barn i alderen 0-18 år som besøkte akuttmottak i 7 ulike sykehus i Nederland. De 4 akuttmottakene i intervensjonsgruppen brukte verktøyet Escape, og de 3 akuttmottakene i kontrollgruppen brukte ingen eller andre verktøy. Randomisering av akuttmottakene var ikke mulig av etiske årsaker.	Oppdagelsesraten var fem ganger høyere hos barn som gjennomgikk kartlegging enn barn som ikke ble kartlagt. Bruk av kartleggingsverktøyet ble gjennomført 37 404 ganger, i 243 tilfeller ble mishandling av barn mistenkt. Under studien ble kartlegging lovpålagt av Nederlandske myndigheter, noe som førte til en økt positiv effekt i alle akuttmottakene, inkludert kontrollgruppen. Kartleggingen økte fra 20% i februar 2008 til 67% i desember 2009. det ble observert en signifikant holdningsendring hos sykepleiere som gjennomgikk opplæring.

2	McTavish, J. R., Gonzalez, A., Santesso, N., MacGregor, J., McKee, C. & MacMillan, H. L. (2020)	Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update	BMC Pediatrics	Evaluerer nøyaktigheten av strategier for å identifisere barn som er blitt utsatt for mishandling	Systematisk oversiktsartikkel. Systematisk litteratursøk i ulike databaser. 32 artikler evaluerte ulike identifiseringsstrategier, inkludert kartleggingsverktøyene SPUTOVAMO og Escape. Nøyaktigheten av kartleggingsverktøyene for identifisering av fysisk vold ble undersøkt	Ved bruk av SPUTOVAMO og Escape ble det kalkulert at ingen barn utsatt for vold ikke vil bli oppdaget. Videre ble det kalkulert at ved bruk av SPUTOVAMO risikerte 13 230 av 100 000 barn å bli feilidentifisert. Kalkulerte tall for Escape viste at over 2000 barn kunne bli feilidentifisert. Alle studiene ble vurdert til å ha risiko for feilaktighet.
3	Teeuw, A. H., Sieswerda-Hoogendoorn, T., Sangers, E. J., Heymans, H. S. & van Rijn, R. R. (2016)	Results of the implementation of a new screening protocol for child maltreatment at the Emergency Department of the Academic Medical Center in Amsterdam	International Emergency Nursing	Evaluerer implementeringen av en ny protokoll bestående av det brukte Kartleggingverktøyet SPUTOVAMO i kombinasjon med en full klinisk undersøkelse	Kvantitativ studie gjennomført over to perioder ved akuttmottak i Nederland, hvor totalt 1089 barn oppsøkte akuttmottaket. Barn i alderen 0-18 år ble inkludert. Korrelasjonen mellom gjennomføring av SPUTOVAMO og utførelsen av klinisk undersøkelse ble analysert	Under den første perioden ble den nye kartleggingsprotokollen gjennomført hos 42% av barna, men under andre periode hos 17% av barna. Eldre barn hadde en mindre sannsynlighet for å bli kartlagt, både med kartleggingsverktøy og klinisk undersøkelse. Årsaker til hvorfor klinisk undersøkelse ikke ble gjennomført ble ikke dokumentert, og pasienter og foreldre som nektet undersøkelsen ble rapportert om tre ganger. Gjennomsnittsalder for barn som ble kartlagt var 7,95 år
4	Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moulaert, F. A., Woltering, C. M., Jongejan, M. H., Ruijs, M., Moll, H. A. & De Koning, H. J. (2011)	Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study	Archives of disease childhood	Undersøker oppdagelsen av hvor mange barn som er mistenkt å være utsatt for fysisk vold, basert på om akuttmottakene arbeider etter retningslinjene for kartlegging eller ikke	Kohortstudie hvor data fra syv akuttmottak i Nederland ble innhentet. Alle barn i alderen 0-18 år ble inkludert. Totalt ble 24 472 besøk ved akuttmottakene analysert. Hvilke kartleggingsverktøy som ble benyttet oppgis ikke. Data ble innhentet fra triagesystemer, pasientjournaler og selve sjekklisten	Blant de 24 472 besøkene, var 54% av de i akuttmottak som fulgte retningslinjene og benyttet seg av kartleggingsverktøy. Fysisk vold ble mistenkt hos 52 barn, og av disse ble 40 tilfeller identifisert gjennom bruk av kartleggingsverktøy. Oppdagelsen av barn mistenkt utsatt for fysisk vold var høyere blant akuttmottakene som brukte kartleggingsverktøy, enn hos de som ikke benyttet seg av verktøy. Blant alle de besøkende var 40% av barna 4 år eller yngre. I 33 av de 52 mistenkte tilfellene var barnet 4 år eller yngre

5 Diskusjon

I dag er det usikkert om det brukes ett eller flere kartleggingsverktøy for å identifisere vold mot barn i Norge, derimot vet vi at det finnes blant annet veiledere på helsebiblioteket og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress sine nettsider. Veilederne kan hjelpe sykepleier på veien for å observere tegn og symptomer. I diskusjonen ønsker vi å besvare vår problemstilling, hvilken betydning kan bruk av kartleggingsverktøy ha for identifisering av fysisk vold mot barn, ved hjelp av valgt teori, egne erfaringer, relevant faglitteratur og funn i forskningslitteratur. Gjennom diskusjonen belyses kartleggingsverktøy i kombinasjon med klinisk undersøkelse og om kartleggingsverktøy kan bidra til å identifisere voldsutsatte barn. Videre vil diskusjonen omhandle struktur, systematikk og dokumentasjon ved bruk av kartleggingsverktøy, samt sykepleiers kunnskap ved kartlegging av barn utsatt for vold.

5.1 Kartleggingsverktøy i kombinasjon med klinisk undersøkelse

Kartleggingsverktøyene nevnt på side 8 har samme formål; å kunne identifisere mishandling av barn. I flere av forskningsresultatene kommer det frem at ved å bruke kartleggingsverktøy kan potensielt flere barn bli identifisert for fysisk vold, til forskjell fra barn som ikke blir kartlagt gjennom bruk av kartleggingsverktøy (Louwers et al., 2012, s. 461; Sitting et al., 2016, s. 5; Louwers et al., 2011, s. 424). Kartleggingsverktøyene som er anvendt er noe like og stiller blant annet spørsmål om skaden er forenelig med historien, og når skaden skjedde, samt om helsehjelp ble oppsøkt sent. Som en del av kartleggingsverktøyet inneholder Escape (vedlegg 1) og SUBFI (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2019, s. 10) resultatet av en klinisk undersøkelse. SPUTOVAMO (vedlegg 2) derimot inneholder ikke spørsmål om funn ved klinisk undersøkelse. Det kan anses hensiktsmessig og av betydning at det gjennomføres klinisk undersøkelse i kombinasjon med kartleggingsverktøy, for å kunne identifisere tegn til vold mot barn. I oversiktsartikkelen til McTavish et al. (2020, s. 11) pekes det på at flere studier har rapportert at en viktig indikator for å oppdage fysisk vold mot barn, har vært gjennom klinisk undersøkelse. På denne måten har de lettere kunne se fysiske tegn til vold, slik som blåmerker, bruddskader og brannskader. I teorien bør en klinisk undersøkelse gjennomføres av alle barn, men det kan tenkes at dette ikke er like gjennomførbart i praksis av ulike årsaker.

På en side kan det virke unødvendig å skulle kle av et barn med et kutt i en finger, hvor historien er forenelig med skaden. På en annen side kan den kliniske undersøkelse være

avgjørende faktor for mistanke ved at gamle skader blir avdekt ved å kle av barnet. Derfor kan det tenkes at den kliniske undersøkelsen kan være nødvendig selv ved slike tilfeller. Av erfaring tilbringer sykepleier mye tid sammen med barnet eksempelvis ved triagering, henting av barn til undersøkelsesrom, og ved å bistå lege. I tilfeller, slik som eksempelvis brannskader, kan sykepleier tilbringe mer tid med barnet, da nedkjøling og bandasjering er en stor og viktig del av behandlingen. Gjennom triagering, nedkjøling og bandasjering kan sykepleier allerede ha gjort mye av kartleggingen, og det kan da anses som fordelaktig at sykepleier i disse tilfeller er den som utfører den kliniske undersøkelsen, da sykepleier kan ha opparbeidet en viss form for relasjon til barnet. Teeuw et al. (2016, s. 14) viser til at sykepleier kan ha problemer med å gjennomføre en klinisk undersøkelse, ettersom dette ikke er en del av deres daglige rutine, likevel ble den kliniske undersøkelsen gjort av sykepleier i 27 tilfeller (Teeuw et al., 2016, s. 12). Til tross for funnene hvor sykepleier uttrykker utfordringer knyttet til gjennomføring av klinisk undersøkelse, kan det tenkes at en klinisk undersøkelse av barnet kan anses som en fullverdig sykepleieroppgave, men med forutsetning om at sykepleier får opplæring og har tilstrekkelig kunnskap.

Ved sykepleiers gjennomføring av klinisk undersøkelse er det andre forhold vi anser viktig at sykepleier bevisst. Eksempelvis at barn kan oppleve gjennomføring av klinisk undersøkelse som ydmykende, flaut og ubehagelig ved at de må kles av. A. K. Myhre (2016 s. 113) viser i tillegg til at kliniske undersøkelsen bør foregå i et rolig tempo, slik at barnet ikke blir retraumatisert, og at tap av kontroll kan virke skremmende. I den forbindelse kan det være viktig at sykepleier er bevisst på opplevelsene barn kan kjenne på i en slik situasjon, og bør derfor utvise faglig skjønn i slike vurderinger. I tillegg kan det nevnes at det kan være vesentlig forskjell på å gjennomføre en klinisk undersøkelse på et spedbarn, og et barn i skolealder. På en side er kartleggingsverktøyene utformet og ment for å kunne benyttes i alle møter med barn i alderen 0-18 år. Men på en annen side viser Teeuw (2016, s. 11-12) til en større sannsynlighet for gjennomføring av kartleggingsverktøyet SPUTOVAMO og klinisk undersøkelse hos yngre barn. Louwers et al. (2011, s. 424) fant i 33 av 52 mistenkte tilfeller at barnet var under 4 år. Disse tallene viser hvor essensielt bruken av kartleggingsverktøy i kombinasjon med klinisk undersøkelse, kan være hos barn i denne alderen. Disse barna var yngre enn gjennomsnittsalderen i studien, og Louwers et al (2011, s. 424) viser videre til at jo yngre barnet er, jo mer sårbart er det, og har større behov for helsehjelp hvor fysisk vold blir identifisert.

5.2 Økt identifisering av voldsutsatte barn ved bruk av kartleggingsverktøy

Gjennom forskningslitteratur ses det en enighet om at anvendelse av kartleggingsverktøy kan føre til at en høyere andel barn utsatt for fysisk vold blir identifisert. Det belyses i Louwers et al. (2012, s. 462) at oppdagelsen av vold mot barn er høyere hos barn som ble kartlagt, enn hos barn som ikke ble kartlagt. Dette gjenspeiles i McTavish et al. (2020) og Louwers et al. (2011) sine studier. McTavish et al. (2020, s.11) viser til at ingen barn ikke vil bli oppdaget ved bruk av sjekklister som kartleggingsverktøy, og i studien til Louwers et al. (2011, s. 424) viste funnene at 40 av 52 oppdagede tilfeller ble identifisert gjennom bruk av kartleggingsverktøy. Med bakgrunn i disse funnene er det tenkelig at kartleggingsverktøy er av betydning for å identifisere flere barn utsatt for fysisk vold som ankommer legevakt.

Likevel peker McTavish et al. (2020, s. 8-9) også på en risiko for et høyt antall feilaktig identifiserte barn. Det ble kalkulert at for hvert 100 000 barn, kunne 13 034 barn bli feilaktig identifisert. Disse tallene er å anses svært høye ved sammenligning med tallene i resultatene til Louwers et al. (2012, s. 460), som fant at 243 av 104 028 barn ble identifisert ved bruk av kartleggingsverktøy. Ut ifra disse tallene sier forskningen ingenting om hvor mange barn som faktisk var blitt utsatt for vold, og hvor mange som ble feilaktig identifisert. Det kan anses å være kritikkverdig at det kun nevnes en mulig risiko for feilaktig identifisering ved anvendelse av kartleggingsverktøy, og at dette ikke beskrives nærmere (Louwers et al., 2012, s. 462). Det kunne trolig vært hensiktsmessig å belyse hvilke konsekvenser feilaktig identifisering kan medføre, samt hvor stor risiko det vil kunne være for feilaktighet ved bruk av kartleggingsverktøy. Det kan tenkes at forskningsmetoden benyttet av Louwers et al. (2012) har begrenset studiens muligheter til å belyse risiko for feilidentifisering. Det kan anses som viktig å belyse hvilke uheldige konsekvenser anvendelse av kartleggingsverktøy kan medføre, da det å bli feilaktig identifisert kan oppleves traumatiserende, både for barn og pårørende. Dette støttes av McTavish et al. (2020, s. 9) som påpeker at barn som blir feilaktig mistenkt som utsatt for fysisk vold, kan medføre konsekvenser som urettmessig etterforskning av barnevernet, som kan oppleves stressende og traumatiserende for barn.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2019, s. 11) fant derimot i sin rapport at bruk av kartleggingsverktøy ikke medførte overrapportering av identifiserte barn, men en markant økning i antall bekymringsmeldinger til barnevernet. Dette kan tyde på at de ansatte ved sykehuset har identifisert flere barn utsatt for vold gjennom bruk av kartleggingsverktøy, enn de ville gjort uten et verktøy. Tidligere var det blitt sendt i gjennomsnitt fem

bekymringsmeldinger i måneden, men under studien økte antall meldinger i måneden til gjennomsnittlig ti meldinger (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2019, s. 10). Hvor mange av disse som faktisk var utsatt for vold er det derimot vanskelig å skulle si noe om. Videre belyser Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2019, s. 11) hvor utfordrende det er å vite med sikkerhet om mistanken om voldsutsatte barn stemmer, etter å ha brukt kartleggingsverktøy, da barnevernet og politiet i Sverige arbeider under andre lovverk enn sykepleier gjør.

Utfordringen med å vite med sikkerhet om mistanken med voldsutsatte barn stemmer ses overførbart til Norge da sykepleier har opplysningsplikt til barnevern og politi (helsepersonelloven, 1999, §§ 31 og 33), men av etiske og juridiske grunner får ikke sykepleier kjennskap til de faktiske forhold, altså om barnet har blitt utsatt for fysisk vold. Sykepleiers rolle er å identifisere tegnene, mens det er barnevernet og politi som har det overordnede ansvaret for nødvendige undersøkelser og etterforskning (M. C. Myhre, 2016, s. 170). Det kan anses at bruk av kartleggingsverktøy også vil kunne ha betydning for at flere barn utsatt for fysisk vold i Norge oppdages. Ut ifra barnevernsstatistikken i Norge fra 2020 ble totalt 4823 barn meldt til barnevernet som mistenkt utsatt for fysisk vold. 130 meldinger kom fra lege, sykehus eller tannlege, og utgjorde en andel på kun 2% av alle barnevernsmeldingene (Bufdir, 2021). Med hensyn til statistikken er det nærliggende å tenke at det er rom for flere bekymringsmeldinger til barnevernet fra lege, sykehus og tannlege og i den forbindelse kan det tenkes at det er liten sannsynlighet for at barn mistenkt for fysisk vold blir overidentifisert i Norge.

Ikke bare kan kartleggingsverktøy være av betydning for identifisering av flere barn, men også et hjelpemiddel på veien. Sykepleier kan i møter med barn som er utsatt for vold oppleve etiske utfordringer og dilemmaer. Velgjørhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet gjør seg gjeldene, og viser til at sykepleier plikter å lindre barnets lidelse og sørge for at barnet ikke blir utsatt for skader og videre vold (Brinchmann, 2021, s. 87). Mange finner det vanskelig å gripe inn ved situasjoner hvor mistanken om at barn er utsatt for vold er til stede, og på denne måten stikker hodet i sanden for å skåne seg selv for ubehaget (Alsaker, 2016, s. 418). Dette kan anses som uforsvarlig av sykepleier og annet helsepersonell, da sykepleier har en opplysningsplikt (helsepersonelloven, 1999, §§ 31 og 33), i tillegg til en avvergingsplikt (straffeloven 2005, § 196) dersom det er forhold som kan tilsi at barnet blir, eller kan bli utsatt for fysisk vold. Det kan dermed tenkes at kartleggingsverktøy som hjelpemiddel kan være av betydning i den forstand at verktøyet kan veilede sykepleier i slike krevende situasjoner. Samt

at kartleggingsverktøyene på denne måten kan bidra til at sykepleier har et hjelpemiddel å støtte seg til, slik at sykepleier klarer å stå i det ubehagelige som vi faktisk er pliktet til å gjøre og som kan være avgjørende for at barnet får den hjelpen det trenger.

Teeuw et al. (2016, s.13) påpeker at sykepleiere og annet helsepersonell blant annet har en frykt for å komme med falske anklager om vold mot barn. Likevel viser Louwers et al. (2012, s. 462) til viktigheten av økt bevissthet rundt vold mot barn, da oppdagelsen av voldsutsatte barn er svært lav på akuttmottak i Nederland. Statistikken fra barnevernet i Norge viser en svært lav rapportering fra helsevesenet om vold mot barn, noe som står i kontrast til frykten helsepersonell har for falske anklager, samt overrapportering av vold mot barn. Det kan gi grunn til å anta at sykepleiere ikke har nok kunnskap til å gjøre gode vurderinger og gjenkjenne tegn til fysisk vold. Det kan tenkes at det er en generelt lav bevissthet rundt temaet, og at tegn og signaler hos voldsutsatte barn blir mistolket. På denne måten kan det anses hensiktsmessig å implementere kartleggingsverktøy, da forskning viser til at verktøyene fører til økt kunnskap, økt mestringsfølelse og bevissthet rundt temaet.

5.3 Struktur, systematikk og dokumentasjon ved bruk av kartleggingsverktøy

Observasjoner og vurderinger av barn som ankommer legevakt er en sentral del av sykepleiers behandlende funksjon. Sykepleier på legevakt er ofte i kontakt med barn og har en unik mulighet til å kunne identifisere voldsutsatte barn (M. C. Myhre, 2016, s. 171). Arbeid på legevakt kjennetegnes erfaringsmessig av høyt tempo og ofte korte møter med pasientene i tillegg til at man som pasient er en av mange, noe som gjør det lettere å være anonym. Med bakgrunn i dette kan det tenkes at kartleggingsverktøy kan bidra i sykepleiers arbeid med å identifisere vold mot barn, ved at kartleggingsverktøy kan gi økt struktur og systematikk i observasjonene, samt vurderingene sykepleier gjennomfører. Louwers et al. (2011, s. 424) viser til at strukturerte kartleggingsprotokoller kan resultere i at arbeidet for å identifisere barn utsatt for vold øker. Dessuten beskrev Nightingale hvilken betydning det kan ha for pasientens tilstand at sykepleier utfører gode systematiske observasjoner (Nightingale, 1997, s. 149). Noe som kan anses overførbart til de observerende og vurderende utfordringer sykepleier møter med barn utsatt for vold. Nightingales syn på viktighet av strukturerte observasjoner kan anses å støtte opp om betydningen kartleggingsverktøy kan ha for å systematisere og effektivisere sykepleiers arbeid med å identifisere voldsutsatte barn.

I tillegg kan det tenkes at kartleggingsverktøyene kan bidra til at krav om dokumentasjonsplikt blir overholdt. Sykepleier er pliktig til å sørge for at innholdet i journalen beskriver relevante og nødvendige opplysninger om barnet. Videre skal journalen inneholde opplysninger som anses nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt (Helsepersonelloven, 1999, §§ 39 og 40). Ved dokumentasjon av gjennomføring av kartleggingsverktøy, kan sykepleier gå tilbake i journalen for å se om det foreligger tidligere tilfeller hvor barnet har ankommet legevakt med en skade og om kartleggingen tidligere ga utslag. Noe som med fordel kan tas i betraktning i sykepleiers vurderinger, ved identifisering av vold mot barn. Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2019, s. 11) støtter tanken om at kartleggingsverktøy er av betydning for journalføring, og viser til at implementering av SUBFI gjør det mulig for sykepleier å granske barnets tidligere journal og kan vise til om barnet tidligere har fått utslag i kartleggingsverktøyet. Dette kan anses å bidra i sykepleiers vanskelige arbeid med å identifisere voldsutsatte barn.

5.4 Sykepleiers kunnskap ved kartlegging av barn utsatt for vold

For å kunne identifisere flere voldsutsatte barn gjennom bruk av kartleggingsverktøy er det sentralt at sykepleier har kunnskaper om observasjoner og vurderinger. I den forbindelse viser Louwers et al. (2012, s. 462) at betydningen av kartleggingsverktøy er økt kunnskapsnivå og bevissthet rundt temaet vold mot barn hos helsepersonell. På denne måten anses kartleggingsverktøy som hjelpemiddel for sykepleier å være hensiktsmessig for å kunne identifisere barn som er utsatt for vold. Med nok kunnskap kan det tenkes sykepleier i større grad kan identifisere barn utsatt for fysisk vold. Ifølge M. C. Myhre (2016, s. 171) har sykepleier en unik mulighet til å se og oppdage tilfellene hvor barn har blitt utsatt for alvorlig mishandling. Dette understreker hvor viktig kunnskap og bevisstgjøring om fysisk vold er blant sykepleiere og annet helsepersonell. Evnen til å observere og vurdere barn er en svært viktig del av sykepleiers behandlende funksjon. Florence Nightingale beskrev på 1800-tallet at dette var den viktigste kunnskapen en sykepleier kan ha (Nightingale, 1997, s. 149). Nightingales syn på sykepleierens observerende rolle ses overførbar til de vurderende utfordringer sykepleier møter i dag ved å identifisere tegn til fysisk vold.

Louwers et al. (2012, s. 462) beskriver at flere studier har dokumentert viktigheten av økt kunnskap og trening i å gjenkjenne og oppdage barn utsatt for vold. Det kan tenkes at fokus på temaet og bruk av kartleggingsverktøy kan medføre positive effekter hos sykepleier,

eksempelvis økt fokus på vold mot barn, økt kunnskapsnivå samt at sykepleier blir tryggere på egen vurderingsevne. Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2019, s. 8) gjenspeiler dette, og fant etter å ha jobbet med fokus på temaet om barn utsatt for vold i 40 uker, at de ansatte ved sykehuset søkte kunnskap på egenhånd, diskuterte med kollegaer og holdt seg oppdatert om temaet.

Erfaringsmessig er det et ønske om økt kunnskap om barn som blir utsatt for fysisk vold blant sykepleiere og annet helsepersonell. Kunnskap om hvilke tegn som kan identifisere fysisk vold og hva man skal gjøre ved mistanke er noe som går igjen. Erfaringen gjenspeiles i studien til Louwers et al. (2012, s. 458) som peker på at sykepleiers evne til å identifisere barn utsatt for fysisk vold baserer seg på lite kunnskap, lite yrkeskunnskap, og liten mestringsfølelse. Noe som støttes av Teeuw et al. (2016, s. 14) og Louwers et al. (2011, s. 425). Dersom sykepleier ikke har kunnskap nok til å identifisere tegnene på fysisk vold, vil det kunne være vanskelig å skille mellom en ulykke eller om barnet faktisk er blitt utsatt for fysisk vold.

At det er for lite kunnskap blant sykepleiere om barn utsatt for vold, kan også anses i sammenheng med barnevernsstatistikken nevnt på side 22. Sett ut ifra disse tallene kan det tenkes at det ikke bare sendes for få meldinger, men også fordi sykepleier kan ha oversett tegn og andre kliniske symptomer grunnet manglende kunnskap. Det kan dog tenkes at det kan være andre årsaker enn manglende kunnskap, til at flere barn ikke er meldt til barnevernet. Blant annet viser M. C. Myhre (2016, s. 180) til at det er mange eksempler på at barn utsatt for alvorlig fysisk vold er blitt oversett av sykepleier og annet helsepersonell. Mulige årsaker kan være at det er vanskelig å forestille seg at barn blir utsatt for vold, og at dette ligger langt utenfor normen i samfunnet vårt. Det kan i tillegg tenkes at temaet er fjernt fra sykepleiers virkelighet, og dermed ikke våger å tenke det verste. Ved å implementere bruk av kartleggingsverktøy i arbeid på legevakt, kan det tenkes at det kan ha betydning ved at sykepleier blir bevisst og anerkjenner at vold mot barn forekommer. På denne måten kan det tenkes at sykepleier vil klare å tenke det verste, samt opprettholde kunnskap om temaet.

Det kan diskuteres om det faglig kan begrunnes at det er hensiktsmessig å implementere kartleggingsverktøy, til tross risikoen for feilidentifisering. Det kan på en side begrunnes med at det vil være verdt det å benytte kartleggingsverktøy, ved at det bidrar til økt identifisering av voldsutsatte barn, til tross for at det kan føre til at noen barn blir feilaktig mistenkt som

utsatt for vold. På en annen side kan man begrunne det med at det ikke er etisk riktig å benytte et kartleggingsverktøy som kan føre til at flere barn blir feilaktig mistenkt, noe som kan oppleves traumatiserende for barnet. Videre kan det påpekes at målet med å benytte kartleggingsverktøy ikke er å sende så mange bekymringsmeldinger som mulig til barnevernet, og at et utslag ved bruk av kartleggingsverktøy ikke nødvendigvis må resultere i en bekymringsmelding. Derimot kan det føre til at sykepleier kan rådføre seg med barnevernstjenesten og politi ved usikkerhet om utslag i kartleggingen bør meldes videre eller ikke uten å oppgi identiteten til barnet (A. K. Myhre, 2016, s. 115; Bufdir, 2022).

6 Oppsummering

At barn utsettes for fysisk vold er ingen hemmelighet, og er et landsomfattende problem. Forskningen viser til at det ved bruk av kartleggingsverktøy, kan øke sannsynligheten for at en klinisk undersøkelse blir gjennomført. Det belyses videre at det ved implementering av kartleggingsverktøy kan være risiko for høye antall feilaktig mistenkte tilfeller av vold mot barn. Majoriteten av den anvendte forskningslitteraturen viser til at implementering av kartleggingsverktøy kan føre til økt antall oppdagede voldsutsatte barn. Med bakgrunn i dette kan det tenkes kartleggingsverktøy kan ha betydning for å identifisere disse barna. Ettersom sykepleiers arbeid på legevakt består av observasjoner og vurderinger diskuteres det om kartleggingsverktøy kan ha betydning for å gjøre arbeidet mer strukturert og systematisk. Sahlgrenska Universitetssjukhuset viser til at implementering av kartleggingsverktøy kan bidra i sykepleiers journalføring. Forskningen vektlegger at implementering av kartleggingsverktøy kan føre til økt kunnskap, mestringsfølelse og økt bevissthet på fysisk vold mot barn. Sykepleiere erfarer selv at de har lite kunnskap, og har et sterkt ønske om økt kunnskap. Forskning, faglitteratur og lovverket presiserer at identifisering og rapportering av barn som er utsatt for fysisk vold er en del av sykepleiers ansvar. Derimot kan det tenkes at helsevesenet svikter ansvaret for en del av de utsatte barna, da statistikk fra barnevernet i Norge viser at lege, sykehuset og tannlege står for kun 2% av alle bekymringsmeldinger de mottar. Det kan tenkes at kartleggingsverktøy er av betydning for sykepleiers arbeid i møte med barn i Norge, til tross for at det kan være en risiko for feilidentifisering, da det kan tenkes at flere barn utsatt for fysisk vold blir identifisert. Videre kan det ses nødvendig med mer forskning rundt det krevende arbeidet med å identifisere barn utsatt for vold, samt kartlegging og kartleggingsverktøy.

Referanseliste

- Alsaker, T. (2016). Miljøbetingete skader og sykdommer. I T. Markestad (Red.), *Klinisk pediatri* (3. utg., s. 411-424). Fagbokforlaget
- Andersland, G. K. & Mevik, K. (2016). Barns rettsvern ved mistanke og avdekking av vold – er lovverket godt nok? I K. Mevik, O. G. Lillevik & O. Edvardsen (Red.), *Vold mot barn: Teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger* (s. 38-51). Gyldendal Akademisk
- Bufdir. (2021, 13. oktober). *Bekymringsmeldinger til barnevernet*.
https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/?fbclid=IwAR2Q1qq6VMNCt4M-ld3ZnWaST2N0cVrgdjufMqiUnw1r6eeKzwU-NiaPTtI#heading87391
- Bufdir. (2022, 25. februar). *Melde fra som offentlig ansatt eller yrkesutøver med profesjonsbestemt meldeplikt*.
https://bufdir.no/Barnevern/Melde_fra_til_barnevernet/Melde_fra_til_barnevernet_of_fentlig_ansatt/?gclid=EAIaIQobChMIgNe2rrzZ9gIVOUeRBR3VGAH0EAAAYASABEgKflfD_BwE
- Brinchmann, B. S. (2021). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5. utg., s. 81-96). Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. Utg.). Gyldendal Akademisk
- Hansen, T. W. R. & Førde, R. (2020). Etikk og helsehjelp til barn. I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (s. 129-138). Gyldendal Akademisk
- Hansen, E. H. & Hunskaar, S. (2020). Medisin og sykepleie i legevakt: egenart og samarbeid. I E. H. Hansen & S. Hunskaar (Red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for lege og sykepleiere* (2. utg., s. 61-66). Gyldendal Akademisk

Hauge, M.-I., Schultz, J.-H. & Øverlien, C. (2016). Møter med barn i utsatte livssituasjoner. Fra forskning til praktiske tiltak. I C. Øverlien, M.-I. Hauge & J.-H. Schultz (Red.), *Barn vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. (s. 11-20). Universitetsforlaget

Helsedirektoratet. (u.å.). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Helsebiblioteket. Hentet 9. desember 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/6-utredning/6.1-definisjon-av-utredning?fbclid=IwAR1-vpb1m4S5HFayFR4N8W7G6lYtHwbZvU-o85gJsyaVhm201xM6OGizcFA>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Holter, I. M. (2015). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 107-117). Cappelen Damm

Idunn. (u.å.). Om Idunn. Hentet 15. mars 2022 fra <https://www.idunn.no/info/about-Idunn>

Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Gyldendal Akademisk

Kripos. (2019). *Alvorlig vold mot små barn*. Politiet. <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/vold-mot-barn/alvorlig-vold-mot-barn.pdf>

- Lillevik, O. G. (2016). Perspektiver på vold mot barn. I K. Mevik, O. G. Lillevik & O. Edvardsen (Red.), *Vold mot barn: Teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger* (s. 18-37). Gyldendal Akademisk
- Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Ruige, M., van den Elzen, A. P., de Koning, H. J. & Moll, H. A. (2014). Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child abuse & Neglect*, 38(7), 1275-1281.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.005>
- Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moulaert, A.-F., van den Elzen, A. P., Jongejan, M. H., Moll, H. A. & de Koning, H. J. (2012). Effects of Systematic Screening and Detection of Child Abuse in Emergency Departments. *Pediatrics*, 130(3), 457-464.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-3527>
- Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moulaert, F. A., Woltering, C. M., Jongejan, M. H., Ruige, M., Moll, H. A. & de Koning, H. J. (2011). Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study. *Archives of disease in childhood*, 96(5), 422-425.
<https://doi.org/10.1136/adc.2010.202358>
- McTavish, J. R., Gonzalez, A., Santesso, N., MacGregor, J. C., McKee, C. & MacMillan, H. L. (2020). Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update. *BMC Pediatrics*, 20(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-2015-4>
- Myhre, A. K. (2016). Hvordan se det vi ikke ønsker å se – fysiske og psykososiale symptomer. I K. Mevik, O. G. Lillevik & O. Edvardsen (Red.), *Vold mot barn: Teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger* (s. 100-116). Gyldendal Akademisk
- Myhre, M. C. (2016), Helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevd omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. I C. Øverlien, M.-I. Hauge & J.-H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. (s. 169-182). Universitetsforlaget

Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Universitetsforlaget

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018a, 23. april). *Ansvar og regelverk*. <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/ansvar-og-regelverk-3/>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018b, 24. april). *Fysiske tegn*. <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/risikofaktorer-og-tegn-2/fysiske-tegn/>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018c, 30. april). *Hva er vold og overgrep mot barn?* <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/hva-er-vold-mot-barn/>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018d, 15. mai). *Omfang av vold og overgrep*. <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/hva-er-vold-mot-barn/omfang-av-vold/>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (u.å.). *Vold og overgrep mot barn*. <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/>

Norsk barnelegeforening. (2012). *Pediatriveiledere*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/akuttveileder-i-pediatri/sosialpediatri/fysisk-mishandling>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund. Hentet 13. desember 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-37). Gyldendal Akademisk

- Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 244-268). Gyldendal Akademisk
- Rygh, M., Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I. L. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 69-116). Gyldendal Akademisk
- Sitting, J. S., Uiterwaal, C. S., Moons, K. G., Russel, I. M., Nievelstein, R. A., Nieuwenhuis, E. E. & van de Putte, E. M. (2016). Value of systematic detection of physical abuse at emergency rooms: a cross-sectional diagnostic accuracy study. *BMJ open* 6(3), Artikkel e010788. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010788>
- Statistisk sentralbyrå. (2021, 8. juni). *Allmennlegetjenesten*. Hentet 28. februar 2022 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10903/tableViewLayout1/>
- Stensland, P. & Hunskaar, S. (2020). Barn. I E. H. Hansen & S. Hunskaar (Red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (2. utg., s. 248-256). Gyldendal Akademisk
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2019). *SUBFI: Screening för att upptäcka barn som far illa: En studie på Akutmottagningen för barn*. Sahlgrenska Universitetssjukhuset. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/su4079-2064798503-568/surrogate/SUBFI-STUDIE%20SLUTRAPPORT%202019%20pdf.pdf>
- Sjøvold, M. S. & Furuholmen, K. G. (2020). *De minste barnas stemme* (2. utg.). Universitetsforlaget

- Teeuw, A. H., Derkx, B. H., Koster, W. A. & van Rijn, R. R. (2012). Educational paper: Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *European journal of pediatrics*, 171(6), 877-855. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1551-1>
- Teeuw, A. H., Kraan, R. B., van Rijn, R. R., Bossuyt, P. M. & Heymans, H. S. (2019). Screening for child abuse a checklist and physical examinations in the emergency department led to the detection of more cases. *Acta Paediatrica* 108(2), 300-313. <https://doi.org/10.1111/apa.14495>
- Teeuw, A. H., Sieswerda-Hoogendoorn, T., Sangers, E. J., Heymans, H. S. & van Rijn, R. R. (2016). Results of the implementation of a new screening protocol for child maltreatment at the Emergency Departments of the Academic Medical Center in Amsterdam. *International Emergency Nursing*, 24, 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.05.002>
- Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget
- Underdal, H. (2013, 14. februar). *CINAHL tilgjengelig i Helsebiblioteket*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>

Vedlegg 1

Kartleggingsverktøyet Escape

1. Is the history consistent?	Yes	No
2. Was seeking medical help unnecessarily delayed?	Yes	No
3. Does the onset of the injury fit with the developmental level of the child?	Yes/N. A.	No
4. Is the behavior of the child, his or her carers and their interaction appropriate?	Yes	No
5. Are findings of the head-to-toe examination in accordance with the history?	Yes	No
6. Are there other signals that make you doubt the safety of the child or other family members? *If Yes describe the signals in the box 'Other comments' below.	Yes*	No
Other comments		

Fra «Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments» av E. C. Louwers, I. J. Korfage, M. J. Affourtit, M. Ruige, A. P. Van den Elzen, H. J. De koning & H. A. Moll, 2014, *Child abuse & Neglect*, 38(7), s. 1726
(<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.005>). Copyright 2013 ved The Authors.

Vedlegg 2

Kartleggingsverktøyet SPUTOVAMO

The 9 questions on the Dutch SPUTOVAMO checklist

Which type of injury? (contusion, stab wound, burn, cut, etcetera)	Is this a normal place for this kind of injury?
Which place? (construct drawing)	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no*
What are the external characteristics of the injury? (color, form, border, etcetera)	Does the injury look usual?
When did the accident happen? How much time ago?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no*
What was the cause of the accident? What explanation is given?	Does the appearance of the injury fit with the stated age?
Who caused the accident?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no* <input type="checkbox"/> doubtful*
Were witnesses present? Who?	Does the explanation fit with sort, place and appearance of the injury?
What measures were taken by parents, carers or others?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no* <input type="checkbox"/> not applicable
Which old injuries can be seen?	Is this person present in the ER?
	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no* <input type="checkbox"/> not applicable
	Are the witnesses present in the ER?
	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no* <input type="checkbox"/> not applicable
	Were the undertaken measures appropriate?
	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no* Why not?
	Did somebody perform an inspection for old injuries?
	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
	Were old injuries found?
	<input type="checkbox"/> yes* <input type="checkbox"/> no
	Do you have a suspicion of child abuse or neglect?
	<input type="checkbox"/> yes* <input type="checkbox"/> no

This is a translation of the Dutch SPUTOVAMO checklist for child maltreatment at the ER. SPUTOVAMO is an acronym in which each letter represents one question on the form

*Direct referral for further assessment by specialised paediatrician

Kartleggingsverktøyet er oversatt fra nederlandsk til engelsk av forfatterne, A. H. Teeuw, B. H. Derkx, W. A. Koster & R. R. van Rijn

Fra «Educational paper: Detection of child abuse and neglect at the emergency room» av A. H. Teeuw, B. H. Derkx, W. A. Koster & R. R. Van Rijn, 2012, *European journal of pediatrics*, 171(6), s. 879 (<https://doi.org/10.1007/s00431-011-1551-1>)

Copyright 2011 ved The Authors.

Vedlegg 3

PICO-Skjema

P	I	C*	O
Population/Patient/Problem	Intervention		Outcome
<ul style="list-style-type: none">• Child abuse• Child maltreatment• Emergency room• Emergency department• Emergency service	<ul style="list-style-type: none">• Nursing• Screening• Screening tools		<ul style="list-style-type: none">• Detection• Identification

*PICO-skjemaets C (comparison), kunne vært relevant ettersom tre forskjellige kartleggingsverktøy for identifisering av fysisk vold trekkes frem i oppgaven, og sammenlignes til en viss grad. Likevel har vi valgt å ekskludere «C» fra skjemaet, da vi ikke anser dette relevant for å belyse problemstillingen vår hvor vi ønsker å se på betydningen av kartleggingsverktøy, og ikke hvilke verktøy som er best egnet.