

Barnet kan ikke vente:

Til barnet kan vi ikke svare "I Morgen", dets navn er "I Dag"

Kandidatnummer:

504 & 520

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie

BSY-500

Antall ord: 8514

Dato: 03.01.23



Lovisenberg
diakonale høgskole

Forord

Barnet

*Vi er skyldige i mange feil og mange svakheter,
men vår verste forbrytelse er å ha gitt opp barna,
forsømmelse av livets fontene.*

Mange av tingene vi trenger kan vente.

Barnet kan ikke.

Akkurat nå er tiden hvor dets ben formes,

dets blod dannes,

og dets sanser utvikles.

Til barnet kan vi ikke svare «I Morgen»,

dets navn er «I Dag».

“Su Nombre es Hoy”- Gabriela Mistral (1948)
(Egen oversettelse)

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole 03.01.23
<p>Tittel Barnet kan ikke vente: <i>Til barnet kan vi ikke svare "I Morgen", dets navn er "I Dag"</i>.</p>	
<p><u>Problemstilling:</u></p> <p><i>Hvilken betydning kan screening på legevakten ha for å identifisere fysisk vold mot barn?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I teoridelen blir begrepene «fysisk vold» og «barnemishandling» kort forklart og ulike tegn og signaler på fysisk vold presenteres og beskrives. Deretter forklares langsiktige konsekvenser av barnemishandling. Videre vil barnets perspektiv presenteres og utviklingsteori og rettigheter belyses. Sykepleierens funksjoner beskrives og aktuelt lovverk som påvirker sykepleierens arbeid med å identifisere barnemishandling presenteres. Avslutningsvis belyses aktuelt rammeverk for dagens praksis.</p> <p><u>Metode:</u> I metoddelen defineres og beskrives litteraturstudie som metode. Videre er inklusjons- og eksklusjonskriterier redegjort for i løpende tekst. Deretter presenteres søkeprosessen og utvelgelse av forskningsartikler med faglig begrunnelse. Avslutningsvis blir valg av øvrig fag- og forskningslitteratur presentert og gjort rede for.</p> <p><u>Drøfting:</u> Problemstillingen er drøftet på bakgrunn av funn fra utvalgte forskningsartikler og anvendt teori. Diskusjonen belyser betydningen av screening til bruk for identifikasjon av barnemishandling. Faktorer som diskuteres og anses som relevante er blant annet: nøyaktighet, opplæring av helsepersonell og betydningen av en personsentrert tilnærming til barnet.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Konklusjonene trekkes på bakgrunn av helheten av resultatene. Screening har vist å kunne ha stor betydning på legevakten for å identifisere barn som er utsatt for fysisk vold. Helsepersonell oppgir at barrierer og tilretteleggere for screeninger er av avgjørende faktorer for resultatet av en eventuell implementering. Forskning viser at screening vil ha større betydning i kombinasjon med opplæring av helsepersonell. Det er i dag for lite nasjonal forskning på temaet og vi ser et behov for økt fokus.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	2
1.3	Hensikt og problemstilling	2
1.4	Avgrensning.....	3
1.4.1	Screening	3
1.4.2	Fysisk vold	3
1.4.3	Målgruppe	3
1.5	Begrepsavklaring	4
1.5.1	Screening.....	4
1.5.2	Legevakt.....	4
1.5.3	Fysisk vold	4
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	5
2.1	Fysisk vold	5
2.1.1	Fysiske tegn.....	5
2.1.2	Signaler.....	7
2.2	Langsiktige konsekvenser av barnemishandling	7
2.3	Barnet: utvikling og rettigheter	8
2.4	Sykepleie til barn: funksjon og ansvar	9
2.4.1	Funksjons- og ansvarsområder	10
2.5	Dagens rammeverk.....	12
3	Metode	13
3.1	Litteraturstudie.....	13
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	13
3.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.2.2	Strukturert søk	14
3.3	Øvrig fag-og forskningslitteratur	16
3.4	Kvalitetsvurdering.....	17
3.4.1	Bruk og forståelse.....	18
4	Resultater	19
4.1	Artikkelmatrise.....	19
4.2	Syntese av resultatene.....	23
5	Diskusjon.....	24
5.1	Resultatdiskusjon.....	24
5.1.1	Betydningen av et nøyaktig verktøy.....	24
5.1.2	Betydningen av opplæring av helsepersonell.....	24
5.1.3	Betydningen av personsentrert pleie og forebygging.....	25
5.2	Metodediskusjon.....	26
5.2.1	Søkestrategi	26
5.2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	27
5.2.3	Utfordringer knyttet til problemstillingen	27
5.2.4	Samarbeid.....	28

5.2.5	Utfordringer knyttet til kvalitetsvurdering	28
5.2.6	Artiklens metodikk og studiedesign	29
5.2.7	Analyse og presentasjon av resultater	30
6	Konklusjon.....	32
7	Referanseliste	33
8	Vedlegg	41

1 Innledning

I Norge opplever 1 av 5 barn fysisk vold av ulik grad i hjemmet årlig, og 4 % har opplevd grovere type vold (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet [Bufdir], 2021). Volden utøves av omsorgspersoner som i utgangspunktet skal ha en trygg rolle overfor barnet og det skjer ofte uten vitner til stede. De yngste barna har færre språkferdigheter og begrenset kapasitet til å fortelle om hendelsen, noe som gjør denne type vold spesielt vanskelig å forebygge, avdekke og etterforske (Haukås, 2019, s. 9). Sykepleiere som arbeider i førstelinjetjenesten, er ofte barnets første medisinske kontakt og står derfor i en nøkkelposisjon til å avdekke barnemishandling. Sykepleiernes kunnskapsnivå, kliniske blikk og undersøkelser av barnet, samt presis dokumentasjon i pasientjournalen kan være avgjørende for å identifisere potensiell barnemishandling (Hofstad, 2019). Barnet må være i fokus og sykepleien må være personsentrert; hvert enkelt barns presentasjon av skade må tas på alvor. Det innebærer å vektlegge barnets utvikling og tilnærming, samt dets individuelle livssituasjon, verdier og helseutfordringer (Eriksen, 2015, s. 899). Likevel er det altfor mange barn som ikke blir sett og altfor mange som sendes hjem til en tilværelse i sårbarhet, smerte og redsel. Sykepleiere i førstelinjetjenesten står i en posisjon hvor de vil møte barn med symptomer som er knyttet til barnemishandling (M. C. Myhre, 2016, s. 169). Det er derfor avgjørende at sykepleiere har god kunnskap om vold mot barn, slik at de utsatte barna kan få riktig hjelp så tidlig som mulig (M. C. Myhre, 2016, s. 180).

Barnet kan ikke vente: *Til barnet kan vi ikke svare "I Morgen", dets navn er "I Dag"*

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Mishandling av barn er i strid med norsk lov og et brudd på menneskerettighetene (menneskerettsloven, 1999). Vold mot barn er et folkehelseproblem så fremt som et samfunnsproblem og ansvaret for å forebygge og stoppe slike grusomheter ligger i samfunnets hender (Prop. 12 S (2016-2017), s. 7). Barn som utsettes for vold har økt sannsynlighet for å oppleve både fysiske og psykiske helseproblemer senere i livet, og også å utvikle atferds- og tilleggsproblematikk (Haukås, 2019, s. 9). I en nyere norsk befolkningsstudie undersøkes de langsiktige, fysiske helsekonsekvensene av

barnemishandling. Forskerne fant sterk sammenheng mellom eksponering for vold som barn og fysiske helseplager i ungdomsalderen og tidlig voksen alder (Rueness et al., 2020). En annen studie tar for seg sammenhengen mellom barndomstraumer (inkludert barnemishandling) og psykiske helseproblemer som voksen (McKay et al., 2021). Resultatene sammenfaller med resultatene for de fysiske langtidskonsekvensene av barnemishandling; det er sterk sammenheng mellom mishandling i barndommen og helseutfordringer som voksen. Det å avdekke vold på et tidlig tidspunkt er ikke bare viktig i et pasientperspektiv, men også med tanke på helsepolitiske spørsmål som for eksempel nasjonal folkehelse og samfunnsøkonomi. Med dette ser vi et behov for å undersøke hvilken betydning bruken av et spesifikt screeningverktøy kan ha i arbeidet med å identifisere barn som blir utsatt for fysisk vold.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiere er den største profesjonsgruppen i helsesektoren. De møter pasienter i alle aldersgrupper med ulike problemstillinger og i et spektrum av ulike livssituasjoner (Holter, 2015, s.107). Sykepleiere som arbeider på legevakten står i en unik posisjon til å identifisere og forebygge vold. Sykepleiefaglig kompetanse med bakgrunn i både teoretisk og erfaringsbasert kunnskap er avgjørende for å ta faglige og riktige beslutninger. Sykepleien skal grunne i omsorg og respekt for enkeltindividet, og det er avgjørende med en personsentrert tilnærming til barnet (Hansen & Hunskår, 2020, s. 63). Små barn som ankommer legevakten er i en sårbar posisjon hvor faktorer som kommunikasjons- og forståelsesvansker spiller en avgjørende rolle. De kan fort bli usikre og urolige, noe som kan påvirke muligheten til å undersøke barnet grundigere. Barn vil også kunne ha uspesifikke symptomer og det kan være utfordrende å skulle skille ulike tilstander fra hverandre (Stensland & Hunskår, 2020, s. 250-251). Det er verdifullt for sykepleierens beslutningsstøtte med fastsatte prosedyrer og implementering av spesielle kartleggingsverktøy som legger føringer for hvordan pasientene skal undersøkes (Hansen, 2020, s. 165).

1.3 Hensikt og problemstilling

Problemstilling:

“Hvilken betydning kan screening på legevakten ha for å identifisere fysisk vold mot barn?”

Vi ønsket å sette fokus på barnemishandling og sykepleierens rolle i å avdekke fysisk vold mot barn som ankommer legevakten. Problemstillingen er formulert på bakgrunn av et behov for mer kunnskap om bruken av screening for å identifisere barnemishandling i helsetjenesten.

1.4 Avgrensning

1.4.1 Screening

Screening vil i denne oppgaven dreie seg om kartleggingsverktøy til bruk for helsepersonell. På grunn av oppgavens omfang har vi valgt å ta for oss et spesifikt verktøy, noe vi også mente var en god måte å kunne detektere betydningen grundigere. På bakgrunn av nyere forskning fra hovedsakelig Europa og USA valgte vi screeningverktøyet Escape (Chen et al., 2022).

1.4.2 Fysisk vold

Vi tar for oss det fysiske aspektet av barnemishandling, men har valgt å ekskludere seksuelle overgrep på grunn av oppgavens ordramme. «Shaken baby syndrome» (filleristing), er en av de mest alvorlige skadene som følge av fysisk mishandling i spedbarnsalder. Begrepet er omdiskutert da det er faglig uenighet om hvorvidt ristingen av barnet alene forårsaker skadene (Haukås, 2019, s. 20). Vi har valgt å utelukke begrepet i vår oppgave for å unngå forveksling med andre type traumer.

1.4.3 Målgruppe

Denne oppgaven tar for seg aldersgruppen 0-5 år. Barnemishandling er på sitt mest alvorlige og omfattende tidlig i livet (Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 65). En årsstatistikk fra 2018 viser at antall besøkende barn på legevakten dominerer for dette aldersspennet (Hunskår, 2020, s. 44-45). På grunn av oppgavens ordramme har vi fokusert på barnet og sykepleierens perspektiv, selv om arbeid med barn i praksis også vil omhandle omsorgspersonene.

1.5 Begrepsavklaring

1.5.1 Screening

Screening er en masseundersøkelse eller kartlegging av en utvalgt gruppe i befolkningen. Det er en undersøkelse hvor man benytter en metode for å påvise en tilstand, sykdom eller risikofaktorer for å utvikle en sykdom. Hensikten med screening er å detektere de personene som er relevant for videre utredning (Fønhus, 2019).

1.5.2 Legevakt

I Norge er legevakten en kommunal ordning som skal sikre befolkningen øyeblikkelig hjelp (Helsedirektoratet, 2020). Legevakten er en førsteinstans for akutt sykdom, skade eller krise, og det innebærer et krav om tilgjengelighet og høy medisinsk kompetanse (Førland, 2020, s. 28). Legevaktsordninger organiseres på ulikt vis i ulike land (Bondevik, 2020, s. 33). I Norge skal pasienter først vurderes i primærhelsetjenesten og deretter henvises til sekundærhelsetjenesten ved behov. For et akutt problemområde vil derfor den kommunale legevakten være førsteinstans, med mindre pasienten av åpenbare årsaker må transporteres direkte til sykehus. I andre land er det vanlig at sykehusenes akuttmottak, såkalte "*Emergency Departments*", er førsteinstans uavhengig av traume og omfang (Førland, 2020, s. 28). Norges legevaktordning vil på mange måter samsvare med andre lands akuttmottak og vi ser derfor en overførbar betydning.

1.5.3 Fysisk vold

Med fysisk vold menes handlinger mot barnet som er utført med fysisk makt. Volden gir ofte synlige tegn og skader på kroppen, men den kan også forårsake psykiske skader. Eksempler på fysisk vold kan være: dytting, slag, risting, kasting av gjenstander, kvelertak eller bruk av stikk- eller skytevåpen (Lillevik, 2016, s. 27). I denne oppgaven vil begrepene: vold, fysisk vold, mishandling og barnemishandling brukes om hverandre. Oppgaven sentrerer rundt fysisk vold som utøves mot barnet, av en eller flere omsorgspersoner.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Fysisk vold

Verdens helseorganisasjon definerer vold på følgende måte:

«Forsettlig bruk av, eller trussel om, fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner eller en gruppe. For å regnes som vold må handlingen resultere i, eller ha høy sannsynlighet for å resultere i død, fysisk eller psykisk skade, eller mangelfull utvikling»

(World Health Organization [WHO], u.å., egen oversettelse).

Vold og barnemishandling er paraplybetegnelser for alt hva vold innebærer; fysisk og psykisk vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt (Helsedirektoratet, 2022). Det er det fysiske aspektet av barnemishandling som presenteres i denne oppgaven. Denne type vold er aktivt påført smerte som kan medføre fysiske skader, samt bidra til at den kognitive utviklingen forsinkes som en direkte konsekvens av krenkelser (Kvello, 2015, s. 215). De minste barna er prisgitt sine omsorgspersoner og det er ofte de som opplever den verste volden (M. C. Myhre, 2016, s. 171). Å oppleve fysisk vold fra sine omsorgspersoner i barndommen kan medføre alvorlige konsekvenser, dette fordi volden skjer i hjemmet der barnet i utgangspunktet skulle hatt en trygg base (Bufdir, 2021). I Norge er all form for vold mot barn forbudt og nedfelt i barnelova (1981, § 30) tredje ledd, loven sier at barn ikke skal utsettes for vold eller bli behandlet på en måte som risikerer at den fysiske eller psykiske helsen skades. Sykepleiere står i en posisjon hvor de vil kunne møte barn som er utsatt for fysisk vold av sine omsorgspersoner. For å være forberedt på slike situasjoner må sykepleiere ha kunnskap om hva de skal se etter (M. C. Myhre, 2016, s. 169-170).

2.1.1 Fysiske tegn

Det finnes ingen sikre tegn på barnemishandling og det kan være utfordrende å skille mellom barns uhell og skader som skyldes mishandling (Kvello, 2015, s. 396; Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS], 2018). Det er viktig å være oppmerksom på selv de minste skader på huden hos barnet. I verste fall kan det være et barn som lever i en pågående voldssituasjon. Likevel vet vi at de minste barna kan ha klort seg selv i ansiktet fordi de har skarpe negler eller barn som lærer seg å gå kan ha blåmerker og oppskraping fra naturlige fall (Kvello, 2015, s. 397). Det er visse tegn og symptomer man bør være ekstra oppmerksom på, særlig dersom det ikke foreligger en god forklaring på

hendelsesforløpet (NKVTS, 2018). Grunnet oppgavens ordramme har vi vært nødt til å velge ut noen tegn fremfor andre, og har da valgt å peke på de som fremstår som mest karakteristiske og identifiserbare for sykepleiere på legevakten.

Blåmerker og rifter

Funn av blåmerker eller rifter på spedbarn eller barn som ikke kan forflytte seg på egenhånd bør vekke mistanke (NKVTS, 2018). Det samme gjelder dersom barnet har flere skader i huden, enten i grupper eller av lik størrelse. Det er uvanlig at barn skader seg selv på bløtdelsområder, derfor skal slike skader utredes nøye. Eksempler på utsatte steder er: kinn, hals, øre, overarmer, ryggen, håndflater, fotsåler og ellers utenfor benete fremspring (Kvello, 2015, s. 397; NKVTS, 2018).

Brannskader

Brannskader kan være påført barnet ved bruk av varmt vann, ulike varme jerngjenstander eller objekter som for eksempel strykejern og sigaretter (Kvello, 2015, s. 398). Sigarettmerker kan vise seg som runde ferske brennmerker eller arr på kroppen til barnet (NKVTS, 2018). Ved brannskader etter skålding kan man ofte se skadene på sete, rygg og lår da den voksne har holdt barnet i armer og ben og senket barnet ned i det varme vannet, og slik beskyttet seg selv fra å bli brent (Kvello, 2015, s. 398).

Brudd og hodeskader

Brudd i de lange rørknoklene er vanlig og ses hos opp til en tredjedel av tilfellene som er utsatt for barnemishandling (NKVTS, 2018). Brudd i armer og ben kan skyldes at den voksne har vridd armen eller benet til barnet (Kvello, 2015, s. 399). Barns ribbein er mer elastiske enn voksnes og derfor skal det mer til for at et barn får ribbeinsbrudd. Dersom et barn har ribbeinsbrudd er dette svært mistenkelig og det skyldes sterk kraft i form av slag eller trykk mot ribbena. Det er derimot sjeldent mishandling fører til brudd hos barn etter fylte to år (Kvello, 2015, s. 399).

Kraniebrudd hos barn uansett alder er mistenkelig. Ofte skyldes dette at barnet er blitt slått med en gjenstand mot hodet eller at barnet er blitt slått mot noe (Kvello, 2015, s. 399). Det kan være vanskelig å oppdage hodeskader hos små barn dersom det ikke er ytre tegn på skade. Symptomene sammenfaller ofte med symptomer på generell sykdomsfølelse som for

eksempel kvalme og slapphet (NKVTS, 2018). Mistanke fattes med tanke på helheten av utredningen og mangler i sykehistorien. Andre symptomer på hodeskade kan være: uregelmessig respirasjon, pustestans, økende hodeomkrets, oppkast og endret- eller nedsatt bevissthet (NKVTS, 2018).

2.1.2 Signaler

Mishandling viser seg ikke bare som fysiske tegn på kroppen til barnet, men også i form av signaler eller trekk ved barnet og /eller omsorgspersoner. Sykepleier må gjøre observasjoner på bakgrunn av barnets normale utvikling og med tanke på konteksten barnet er i. Noen signaler kan være aldersavhengige og det er viktig at ansatte har kompetanse på området (Helsedirektoratet, 2019, s.16). Signaler er ofte relatert til følelseslivet og kommer til uttrykk via atypisk atferd hos barnet. Signaler kan også være knyttet til psykososiale forhold og/eller relasjonelle aspekter, og kan presentere seg som unormal utvikling eller relateres til omsorgspersoners tilstand. Mishandlede barn kan være preget av frykt og indre konflikt, og symptomene kan utspille seg som fysiske plager i form av magesmerter, hodepine, sengevæting og søvnvansker (Helsedirektoratet, 2019, s.16-17). Det er heller ikke uvanlig at traumatiserte barn får atferdsuttrykk som kan forveksles med ADHD eller andre affektive lidelser (A. K. Myhre, 2016, s.104).

2.2 Langsiktige konsekvenser av barnemishandling

Påført vold i barndommen medfører stor belastning i et livsløpsperspektiv. Studier peker på både fysiske og psykiske langsiktige konsekvenser av barnemishandling (McKay et al., 2021; Rueness et al., 2020). Barnemishandling er signifikant assosiert med fysiske helseplager senere i livet, og det er korrelasjon mellom eksponering for flere typer mishandling som barn og antall fysiske helseplager senere i livet (Rueness et al., 2020, s. 514). Studier viser også en kompleks sammenheng mellom barndomstraumer og psykiske lidelser senere i livet, hvorav barnemishandling er et traume som trekkes frem i flere studier (McKay et al., 2021, s.199-200).

Volden som påføres barna rammer ikke bare individet i et livsløpsperspektiv, men vil også medføre store samfunnsøkonomiske konsekvenser på sikt. Det fremkommer i en rapport fra Norges offentlige utredninger, at samfunnskostnadene i 2015 som følge av vold i

barndommen er estimert til 75 milliarder kroner gjennom livsløpet (Rasmussen & Vennemo, 2017, s. 7). Rasmussen & Vennemo (2017) klassifiserer kostnadene i kategorier etter livsløpskostnader på både individuelt- og samfunnsmessig plan: helsekostnader, produktivitetstap (humankapital), barnevernskostnader, politiets kostnader og kostnader knyttet til behov for spesialundervisning. I tillegg kommer verdien av et statisk liv; kostnader i tilfeller der barns liv går tapt som følge av vold (s.10-11). Det bemerkes at hverken rusmisbruk eller kriminalitet som følge av vold i barndommen er tatt med i de økonomiske beregningene, samt risiko for redusert omsorgsevne i overførbar betydning, altså for egne barn (Rasmussen & Vennemo, 2017, s. 12).

2.3 Barnet: utvikling og rettigheter

Barn er i utvikling både fysisk, mentalt og sosialt. De er kognitivt og emosjonelt umodne, noe som har innvirkning på hvordan de forstår og opplever skade og sykdom (Sjøbjerg, 2019, s. 128). Barnets utvikling er et resultat av arv og miljøfaktorer. Arvelige aspekter avgjør utviklingspotensialet, mens miljøfaktorer som for eksempel ytre påvirkninger og basale fysiske og psykiske behov, bestemmer hvorvidt utviklingspotensialet blir stimulert (Grønseth & Markestad, 2022, s. 25).

Det nyfødte barnet og spedbarnet gjennomgår en stor psykisk utvikling som er avgjørende for hele den etterfølgende utviklingen. Ved fødselen begrenser det kognitive aspekt seg til nedarvede og motoriske systemer preget av instinktive handlingsmønstre som for eksempel sugerefleksen og beskyttelsesreflekser (Piaget, 1964, s.12-13). Disse utvikler seg gradvis til å bli praktiske øvelser og tillærte ferdigheter. Etter hvert som spedbarnet blir eldre vil dets naturlige utvikling være preget av sensomotoriske ferdigheter, som i økende grad kobler barnets sanser til motoriske bevegelser (Piaget, 1964, s. 14-15). Fra 2-årsalderen formes barnets selvbilde og den kognitive utviklingen er preget av intelligens i form av tilsiktet handling og økende interaksjon med andre personer. Fra 2-7-årsalderen vil barnets kommunikative evner komme til syne. Barnets fantasi blomstrer og det blir i stand til å rekonstruere tanker og følelser i konkrete handlinger og verbale uttrykk (Grønseth & Markestad, 2022, s. 31; Piaget, 1964, s. 20). En sunn utvikling er avhengig av omsorgspersonenes kapasitet til å dekke barnets fysiske og psykiske behov som for eksempel: mat, klær, omsorg og trygghet (Grønseth & Markestad, 2022, s. 31-32).

Barn som utsettes for vold tar ofte med seg byrden videre i livet og volden danner en destruktiv spiral med nye belastninger i form av fysiske og psykiske helseplager (Thoresen & Myhre, 2016, s. 150). Lover og regler regulerer sykepleien av barn og deres omsorgspersoner, og har som hensikt å sikre barnets helse og rettigheter. Til tross for fastsatte lovkrav og nasjonale retningslinjer som formelt sett skal sikre voldsutsatte barns rettigheter, blir mange barn nedprioritert og omsorgspersonen settes i forsetet (NKVTS, 2022). Barnekonvensjonen (1989) er dannet for å skape et sikkerhetsnett omkring barnet og sørge for at rettigheter og helse blir ivaretatt. Artikkel 19 har som hensikt å verne barnet mot alle former for vold og legger føringer for alle stater som er part i konvensjonen; partene skal innføre alle egnede lovmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å sikre barnets helse på området (Barnekonvensjonen, 1989, art. 19). Den norske stat som part i denne konvensjonen, har ansvar for at disse føringene overholdes nasjonalt.

2.4 Sykepleie til barn: funksjon og ansvar

Sykepleie handler om å lindre symptomer og plager en tilstand fører med seg, det handler om å dekke grunnleggende behov og fremme pasientens ressurser (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 4). Sykepleie til barnet angår barnets beste. Det innebærer barnefaglig kompetanse og evner til å identifisere barnets individuelle behov (Grønseth & Markestad, 2022, s 67). Sykepleiens sosialfaglige mandat og profesjonelle egenart, kan sies å grunne i fire hovedprinsipper: *helse, omsorg, holisme* og *personsentrering* (Kim, 2015a, s. 41).

Begrepet *helse* defineres av WHO som:

«Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelse» (WHO, 1948, egen oversettelse).

Sykepleierens helsefremmende funksjon handler om å ivareta, endre eller stryke pasientens helse og dermed også aspekt som går utover det rent fysiske og åpenbare. Helsefremming handler om å styrke pasienten ressurser og ta fokus vekk fra sykdom og skade (Kristoffersen et al., 2021, s. 19). Sykepleieren er dessuten pliktig etter helsepersonelloven (1999, §7), å utøve øyeblikkelig hjelp når det anses som påtrengende nødvendig for personens helse eller når det er fare for liv.

Begrepet *omsorg* angår mellommenneskelige forhold. Det handler om sykepleierens ansvar for å utøve faglig kompetent pleie hvor empati og omtanke utgjør en avgjørende rolle (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 3). Omsorg kan sies å ha både en moralsk og faglig side. Moralsk omsorg grunner i nestekjærlighet og en desentrisk tankegang, hvor sykepleieren skiller mellom egne behov og pasientens behov. Til eksempel har sykepleieren et ansvar for å ikke overkjøre barnets opplevelse av dødelighet. Følelser som redsel og smerte skal respekteres og barnets sykdomsfølelse skal anerkjennes. Faglig omsorg handler som at omsorgsfulle handlinger må grunne i faglig kompetanse; en barmhjertig intensjon alene, er utilstrekkelig som garanti for kvalitet i arbeid (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 34-35).

Vurderinger av barn bør gjøres innenfor en *holistisk* ideologi. Det innebærer at hele mennesket blir sett, inkludert alle dets fysiske og psykiske egenskaper, samt særegne livserfaringer og reaksjoner (Kim, 2015a, s. 43). I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer punkt 2.3 fremgår det at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019), noe som innebærer en holistisk tankegang hvor fysiske og psykiske behov skal betraktes som helhet.

Personsentring handler om å sette personen i sentrum og vektlegge egenverd og selvbestemmelsesrett (Kim, 2015a, s. 28). En personsentrert ideologi grunner på mange måter i Nightingales betraktninger av sykepleien. Hun fokuserte på viktigheten av å sette personens opplevelse og reaksjoner på egen helsetilstand i sentrum (Nightingale, 1997). Personsentrert sykepleie av barn innebærer blant annet å vise engasjement for barnets interesser og tanker, skape en trygg relasjon basert på tillit, og tilpasse informasjon etter barnets utviklingsnivå (Grønseth & Markestad, 2022, s. 68).

2.4.1 Funksjons- og ansvarsområder

De overnevnte hovedprinsippene: *helse, omsorg, holisme* og *personsentring*, bør tjene som rettesnor i sykepleien til barn. Legebesøk og skader fører ofte med seg engstelse og ubehag for barnet. Stressfaktorer som smerte, ukjente omgivelser og undersøkelser utført av en fremmed, setter barnet i en sårbar posisjon (Grønseth & Markestad, 2022, s. 69). Sykepleieren har en rekke funksjoner og ansvarsområder på legevakten, deriblant: observasjon, kartlegging, dokumentasjons- og rapporteringsarbeid (Hansen & Hunskaar, 2020, s. 64). I tillegg har

sykepleiere et forebyggende ansvar av betydning for identifikasjon av barnemishandling (Prop. 12 S (2016-2017), s.17).

Forebygging

Forebygging rettes mot det friske barnet, barn som er i risikozonen for helsesvikt og som er i fare for komplikasjoner av ulik art (Kristoffersen et al., 2021 s. 20). Primærforebygging handler om å forebygge og forhindre at skade skjer hos friske og utsatte barn.

Sekundærforebygging retter seg mot å identifisere skade og se etter tegn til økt risiko for helsesvikt. En viktig funksjon her er å hindre videre utvikling av skade og sykdom.

Tertiærforebygging skal hindre at det oppstår ytterligere komplikasjoner ved allerede oppstått skade eller sykdom (Kristoffersen et al., 2021, s. 20). I denne oppgaven vil sykepleierens sekundær- og tertiærforebyggende funksjon stå sentralt for å kunne avdekke om et barn er utsatt for fysisk vold, og for å forebygge ytterligere skade. Sykepleieren har opplysningsplikt etter helsepersonelloven (1999, §33), om å melde fra til barnevernstjenesten dersom det foreligger mistanke om barnemishandling, og er på den måte bundet til sin tertiærforebyggende rolle i helsevesenet.

Observasjon og kartlegging

Nightingale er kjent for sine nøyaktige og kritiske observasjoner av pasienter med ulike tilstander (Kim, 2015b, s. 143). Hennes beskrivelser av sykepleierens observerende funksjon i boken «Notater om sykepleie» (norsk oversatt utgave), kan på mange måter tjene som rettesnor for moderne sykepleie:

Når vi dveler ved den store betydningen sunn observasjon har, må vi aldri glemme hva som er formålet med den. Det er ikke for å samle opp hauger av variert informasjon eller underlige fakta, men for å redde liv og styrke helse og komfort.

(Nightingale, 1997, s. 167).

Observasjon og undersøkelser av barn innebærer en viss form for inntrengning i deres privatliv. Omfanget av kartleggingen bør tilpasses barnet og være av relevans for den enkelte situasjon (Grønseth & Markestad, 2022, s. 51). Barns symptomer kan være diffuse og uspesifikke og de er ofte vanskelig å adressere. Smerte er et eksempel som ofte lokaliseres av barnet til magen, selv om smerten opprinnelig kommer fra et annet sted på kroppen (Grønseth

& Markestad, 2022, s. 55). Grunnleggende observasjonskompetanse bygger på kunnskap om det friske menneskets anatomi og fysiologi, samt patofysiologi, skader og sykdom. Det kan være avgjørende at sykepleieren vet hva som er viktig å se etter, før det aktuelle pasientmøtet (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 10).

Dokumentasjon og rapportering

Når man innhenter opplysninger om barn er det viktig å være kritisk i både datainnsamlingen og dokumenteringen. Barn og deres foresatte har en rekke rettigheter som har som hensikt å sørge for forsvarlig og verdig behandling, samt å sikre personvern. Helsepersonell må innhente og dokumentere opplysninger som samsvarer med dokumentasjonsplikten nedfelt i helsepersonelloven (1999, §§ 39 og 40). Loven har som formål å sikre at relevante opplysninger dokumenteres på en forsvarlig måte og at slik informasjon kan gjenfinnes og hentes ut dersom det er aktuelt for den helsehjelpen som gis. Dokumentasjonen er en hjelp i videre utredning og behandling av barnet. Det er viktig at sykepleier dokumenterer alle observasjoner, tiltak og tjenester på en nøyaktig og reflektert måte, da opplysninger fra journalen kan benyttes som juridisk dokumentasjon. Videre brukes dokumentasjonen som kommunikasjon mellom helsepersonell innad i institusjonen og på tvers av sektorer. Dette skal bidra til pasientsikkerhet, høy kvalitet på sykepleien og kontinuitet for pasienten (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 15).

2.5 Dagens rammeverk

Vold mot barn er et sammensatt problem som krever høy faglig kompetanse og strukturert arbeid (Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 21). Etter gjennomgang av evidensbasert litteratur på temaet fant vi stor variasjon i prosedyrer og kontekstuelle retningslinjer. Det var også liten nasjonal forskning på bruk av screeningverktøy for å identifisere vold mot barn i helsesektoren. Dagens praksis baserer seg på norsk lovverk, nasjonal opptrappingsplan mot vold og overgrep (Prop. 12 S (2016-2017)) og nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2019). Det er også utarbeidet en veileder av NKVTS (u.å.), *“Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner”*. Veilederen har som hensikt å øke kunnskapen og styrke handlingskompetansen hos ansatte i helsesektoren som møter personer som er utsatt for eller utøver vold.

3 Metode

I følgende underkapitler vil inklusjon- og eksklusjonskriterier, søkeprosessen, samt valg av øvrig fag- og forskningslitteratur presenteres. Vi utførte to strukturerte søk; et i databasen CINAHL og et i databasen MEDLINE. For utvelgelse av aktuelle artikler benyttet vi inklusjon- og eksklusjonskriterier i henhold til valgt problemstilling. Det ble søkt etter ytterligere anerkjent faglitteratur for å belyse problemstillingen.

3.1 Litteraturstudie

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie definert av Popenoe et al., (2021).

Litteraturstudie er en metode som blant annet benyttes på bachelor- og masternivå innenfor sykepleie. Metoden tar utgangspunkt i en relevant klinisk problemstilling som besvares gjennom syntese og analyse av resultater funnet i vitenskapelige artikler. Dette for å belyse kunnskapsnivået rundt et bestemt tema og for å trekke konklusjoner som kan knyttes opp mot klinisk anvendelse (Popenoe et al., 2021, s. 175).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er utarbeidet på bakgrunn av valgt problemstilling. Disse ble anvendt i arbeidet med å finne aktuelle artikler i to strukturerte søk. Kanalregister for vitenskapelige artikler ble benyttet for å forsikre oss om at artiklene var fagfellevurdert (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, 2022).

I søkeprosessen oppdaget vi at det var få forskningsartikler i målgruppen 0-5 år. Vi erfarte at de fleste artikler som omhandlet screening for barnemishandling hadde et aldersspenn på 0-18 år. Vi inkluderte derfor hele dette aldersspennet i søket, men trakk kun ut resultater aktuelle for valgt målgruppe. Søkeord som omhandlet barnemishandling generelt, ble anvendt. Barnemishandling er en paraplybetegnelse som rommer et bredt repertoar av handlinger (Kvello, 2015, s. 395). Siden vår oppgave omhandler fysisk vold, valgte vi å ekskludere artikler som ikke inkluderte dette. Vi ekskluderte artikler som omhandlet én spesifikk traume, da vi var interessert i fysisk barnemishandling generelt. Et kriterium for søket var legevakt

som kontekst, vi valgte likevel artikler som omhandlet akuttmottak da vi anså dette til å ha overførbart verdi til norsk legevakt (Førland, 2020, s. 28). De forente nasjoners (FN) barnekonvensjon om barns rettigheter omfavner alle barn i alle land, derfor inkluderte vi alle land i søket. USA har ikke sluttet seg til FNs barnekonvensjon enda, men vi valgte likevel å inkludere forskning fra USA da vi så en overførbart verdi til vestlig kultur (FN-sambandet, 2022). Vi ekskluderte artikler som omhandler andre screeningverktøy enn Escape, dette fordi vi ønsket å se på ett spesifikt verktøy. Likevel valgte vi å inkludere en artikkel som ikke omhandlet et spesifikt screeningverktøy. Dette fordi den ser på barrierer og tilretteleggere for generell bruk av screening. Vi inkluderte både kvalitativ og kvantitativ forskning for en bredere forståelse av temaet (Thidemann, 2019, s. 77). Noen artikler svarte på problemstillingen, men ble ekskludert på bakgrunn av at tittel, hensikt og funn var tilsynelatende identisk med en annen artikkel. Vi veide de opp mot hverandre og inkluderte den av nyeste dato. Fordi vi kun var interessert i enkeltstående studier som kunne svare på problemstillingen valgte vi å ekskludere oversiktsartikler. Artikler som ikke fulgte IMRaD-struktur ble ekskludert da vi kun ønsket fagfellevurdert forskning.

3.2.2 Strukturert søk

Vi utførte et strukturert søk i databasen CINAHL. Basert på vår problemstilling valgte vi søkeordene “Child Abuse” OR “Child Maltreatment” AND «Emergency Service» OR «Emergency Department» AND «Screening» OR «Examination».

“Examination” er ikke et ord i problemstillingen vår, men er et aktuelt alternativ til ordet «Screening». Ved å bruke kombinasjonen “Screening” OR “Examination” oppnådde vi å få flere interessante treff enn ved å bruke ordet «Screening» alene. Vi avgrenset til årstall «2012-2022», dette fordi vi kun var interessert i nyere forskning og ikke eldre enn ti år. Vi avgrenset språk til “engelsk” og fikk 71 treff. Deretter leste vi gjennom alle titlene og ekskluderte på bakgrunn av ord som ikke var relevant for vår problemstilling. Vi satt igjen med 23 artikler. Vi leste artiklenes abstrakt mens vi benyttet inklusjons- og eksklusjonskriterier, og satt så igjen med åtte inkluderte artikler. Disse artiklene leste vi gjennom i sin helhet og vurderte deres relevans for å kunne besvare problemstillingen. Vi endte opp med fire artikler og inkluderte disse i studien vår. Se tabell 1. for søkehistorikk og valgte artikler.

Vi søkte i MEDLINE for å se etter flere artikler som kunne belyse problemstillingen. Vi forsøkte å benytte de samme søkeordene som brukt i CINAHL, men erfarte at vi ikke fikk så

mange treff med kombinasjonen “Screening” OR “Examination”, derfor ekskluderte vi “Examination” i dette søket. Søkeordene som ble brukt var: “Child Abuse” OR “Child Maltreatment” AND “Emergency Service” OR “Emergency Department” AND “Screening”. Vi avgrenset årstall til “2012-2022” og fikk totalt 59 treff. Vi leste gjennom 59 titler og ekskluderte de som ikke var relevante for vår problemstilling ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier (se Tabell 1.). Vi ekskluderte de fire artiklene vi hadde valgt ut fra CINAHL og satt da igjen med 13 artikler. Etter gjennomgang av abstrakt fant vi flere artikler som samsvarte med funnene fra CINAHL, vi gikk derfor ikke gjennom disse på nytt. Til slutt satt vi igjen med fire artikler som vi leste i sin helhet, og endte opp med én aktuell artikkel (se tabell 1.).

Tabell 1: Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	CINAHL, 06/12-22	MEDLINE, 11/12-22
Søkeord og kombinasjoner	“Child Abuse” OR “Child Maltreatment” AND “Emergency Service” OR “Emergency Department” AND “Screening” OR “Examination”	“Child Abuse” OR “Child Maltreatment” AND “Emergency Service” OR “Emergency Department” AND “Screening”
Avgrensinger i søket	2012-2022, Engelsk	2012-2022
Antall treff totalt	71	59
Antall gjennomleste titler	71	59
Antall gjennomleste abstrakt	23	13
Antall gjennomleste fulltekstartikler	8	4
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	4	1
Ytterligere inklusjons- eksklusjonskriterier	<i>Inklusjon:</i> 0-18 år, fysisk mishandling, legevakt/akuttmottak, IMRaD-struktur, «Escape», alle land <i>Eksklusjon:</i> Artikler som presenterer og navngir et spesifikt kartleggingsverktøy (foruten «Escape»), artikler som fokuserer på én spesifikk	<i>Inklusjon:</i> 0-18 år, fysisk mishandling, legevakt/akuttmottak, IMRaD-struktur, «Escape», alle land <i>Eksklusjon:</i> Artikler som presenterer og navngir et spesifikt kartleggingsverktøy (foruten «Escape»), artikler som fokuserer på én

	skade/diagnose, oversiktsartikler, artikler som omhandler omsorgspersoners perspektiver.	spesifikk skade/diagnose, oversiktsartikler, artikler som omhandler omsorgspersoners perspektiver.
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	4	1
Inkludert artikkel nummer 1	Carson, S. M. (2018). Implementation of a Comprehensive Program to Improve Child Physical Abuse Screening and Detection in the Emergency Department. <i>Journal of Emergency Nursing</i> , 44(6), 576-581. https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.04.003	
Inkludert artikkel nummer 2	Dinpanah, H., Pasha, A. A. & Sanji, M. (2017). Potential Child Abuse Screening in Emergency Department; a Diagnostic Accuracy Study. <i>Emergency</i> , 5(1), 1-5. https://doi.org/10.22037/aaem.v5i1.111	
Inkludert artikkel nummer 3	Louwers, E. C. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J. H., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moularert, A-F. S. R., van den Elzen, A. P. M., Jongejan, M. H. T. M., Ruige, M., Manai, B. H. A. N., Looman, C. W. N., 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. <i>Pediatrics</i> , 130(3), 457-464. https://doi.org/10.1542/peds.2011-3527	
Inkludert artikkel nummer 4	Louwers, E. C. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Ruige, M., van den Elzen, A. P. M., de Koning, H. J. & Moll, H. A. (2014). Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. <i>Child Abuse & Neglect</i> , 38(7), 1275-1281. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.005	
Inkludert artikkel nummer 5	Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A. & Bechtel K. (2015). Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments. <i>Emergency</i> , 66(5), 447-454. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020	

3.3 Øvrig fag-og forskningslitteratur

Øvrig faglitteratur som er anvendt for å belyse oppgavens problemstilling er hentet fra tidligere emners pensumlitteratur, vi erfarte dog at pensumlitteraturen for sykepleierutdanningen var noe mangelfull i henhold til problemstillingen. Vi benyttet derfor Lovisenberg Diakonale høyskoles bibliotek som ressurs for mer utfyllende informasjon om temaet. Vi har etterstrebet å finne den nyeste utgaven av aktuelle bøker og brukt primærkilder der det var mulig. I tillegg gjorde vi nettsøk, samt gjennomgang av relevante referanselister

for inspirasjon til aktuell faglitteratur. Innledningsvis benyttet vi to forskningsartikler som belyser langsiktige konsekvenser som følge av barnemishandling. Begge var fagfellevurdert, hadde IMRaD-struktur, samt var relevante for å belyse tema. For å belyse fysisk vold mot barn benyttet vi anerkjente fagbøker som redegjør godt for kunnskap knyttet til fysisk mishandling, skrevet av psykologer, psykologspesialister og forskere. For ytterligere kunnskap om tema benyttet vi veilederen «Vold og overgrep mot barn» (NKVTS, u.å.) som er ment for å styrke og øke kunnskapsnivået, samt handlingskompetanse blant helse- og omsorgspersonell. Videre brukes: nettsiden “Barn utsatt for vold i familien” (Bufdir, u.å.), rapport om “Alvorlig vold mot små barn” av Haukås (2019), Helsedirektoratets (2019) “Nasjonale faglige retningslinjer for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge”, samt Regjeringens “Opptappingsplan mot vold og overgrep” (Prop. 12 S (2016-2017)) er også benyttet for å belyse temaet. For forståelse av barns utvikling har vi benyttet den sveitsiske barnepsykologen Piaget (1964) sin utviklingsteori. Øvrig teoretisk kunnskapsgrunnlag er hentet fra kvalitetssikret faglitteratur og pensumlister. For å belyse oppgavens kontekst er Hansen & Hunskår (2020) sin bok “Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere”, hyppig brukt. For å belyse lovpålagte plikter knyttet til problemstillingen, benyttet vi Lovdata og yrkesetiske retningslinjer for sykepleie.

3.4 Kvalitetsvurdering

Sjekklistene er utviklet for å kritisk vurdere kvaliteten på enkeltstudier. Sjekklistene inneholder avkryssingsbokser og kontrollspørsmål til refleksjon. På bakgrunn av disse vil man kunne gjøre en kvalitetsvurdering av utvalgte forskningsartikler (Nortvedt et al., 2021, s. 78). I denne oppgaven har vi benyttet fornorskede sjekklistene (Helsebiblioteket, 2016). Disse er inspirert av det internasjonale verktøyet Critical Appraisal Skills Programme (CASP, u.å.) og er tilgjengelige på ulike språk fra *Centre for Evidence Based Medicine* (CEBM, u.å.) ved universitetet i Oxford. I denne oppgaven er ulike sjekklistene knyttet opp mot de utvalgte forskningsartiklene for å kvalitetssikre innholdet i oppgaven. Sjekklistene ligger som vedlegg bakerst i oppgaven og hver studies totalscore etter vurdering er presentert i artikkelmatrisen (se tabell 3.).

3.4.1 Bruk og forståelse

Kvaliteten vurderes på bakgrunn av «maks poengscore». Alle spørsmål og avkryssingsbokser teller ett mulig poeng. Avkryssingsboksene har tre alternativer med tilhørende poengscore: «ja» = 1 poeng, «nei» = 0, «uklart» = 0. Maks poengscore vil variere med antall spørsmål og avkryssingsbokser for de ulike sjekklister, mens minste poengscore er satt = 0 for alle. Det er viktig å påpeke at ikke alle spørsmål har avkryssingsbokser, men spørsmålene med krav om innhold, har telt som 1 poeng dersom svaret gir positiv uttelling. Tabell 2. viser artikkel med tilhørende sjekklister og maks poengscore for de ulike sjekklister.

Tabell 2: Tabell for artikler, sjekklister og maks poengscore for hver sjekklister

Forskningsartikkel	Metode/Design	Type sjekklister	Maks poengscore
(Carson, 2018)	Pre-test/post-test design	Randomisert kontrollert studie (RCT)	13
(Dinpanah et al., 2017)	Prospektiv, diagnostisk nøyaktighetsstudie	Diagnosestudie	13
(Louwers et al., 2012)	Intervensjonskohortstudie	Kohortstudie	13
(Louwers et al., 2014)	Prospektiv kohortstudie	Kohortstudie	13
(Tiyyagura et al., 2015)	Kvalitativt forskningsdesign	Kvalitativ studie	10

4 Resultater

4.1 Artikkelmatrikse

Tabell 3: Artikkelmatrikse

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CINAHL	Carson, 2018, United States	Implementation of a Comprehensive Program to Improve Child Physical Abuse Screening and Detection in the Emergency Department	Denne studien implementerte et evidensbasert screeningprogram som inkluderte opplæring av personalet, systematiske screeningprotokoller og bruk av screeningverktøyet Escape. Dette for å analysere diagnostiske koder for fysisk mishandling og evaluere effekten av screeningprogrammet.	Kvalitetsforbedringsprosjekt; pre-test/post-test design. <i>Om metoden:</i> - Deltakere: 52; 39 leger og 13 sykepleiere - Pre-test/post-test ble utført henholdsvis før og etter en pedagogisk økt om vold mot barn for å måle deltakernes kunnskapsnivå. - Lokasjon: pediatrik akuttavdeling, Arizona. - Diagnostiske koder ble samlet inn før og etter implementeringen. - Statistisk programvare (SPSS) for dataanalyse ble anvendt. - Både statistiske og kvalitative data ble analysert.	Pedagogiske økter i kombinasjon med screeningprotokollen og det validerte Escape-verktøyet økte helsepersonells kunnskapsnivå om screening og barnemishandling. Dette var av betydning for økt tillit til screening og bruken av verktøyet i praksis. - Studien viste til signifikant økning i kunnskapsnivå fra pre-testen til post-testen. - De fleste av deltakerne som evaluerte programmet, støttet implementeringen og videre bruk av screeningprogrammet. - Screeningprogrammet identifiserte flere tilfeller av barnemishandling og på den måte beskyttet barn mot fremtidig skade. <i>Rapporterte tilretteleggere for bruk av screening:</i> - Bruk av Escape - Opplæring - Sykepleierdrevet screeningprosess.	10/13

					<p>- Implementere Escape i den elektroniske pasientjournalen (EPJ).</p> <p><i>Rapporterte barrierer for bruk av screening:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Overgang til EPJ - Utilstrekkelig opplæring i screening. - Tidsbegrensninger 	
CINAHL	Dinpanah et al., 2017, Iran	Potential Child Abuse Screening in Emergency Department; a Diagnostic Accuracy Study	Studien har som hensikt å vurdere den diagnostiske nøyaktigheten til screeningverktøyet Escape under triage av barn for å identifisere potensiell mishandling	<p>Prospektiv diagnostisk nøyaktighetsstudie; ved bruk av praktisk prøvetakning.</p> <p><i>Om metoden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltagere: 6120 barn i alderen 0-16 år. - Lokasjon: Akuttmottak ved sykehusene Shahid Beheshti og Amir Kola i Babol, Mazandaran. - Kvantitativ data ble rapportert som standardavvik (SD) og gjennomsnitt og kvalitative data ble rapportert som frekvens og prosent. - Statistisk programvare (STATA) for dataanalyse ble anvendt. 	<p>Studien viste til høy sensitivitet og spesifisitet, samt høye negative prediktive verdier av Escape-verktøyet.</p> <p>Nøyaktigheten av instrumentet viser seg å være 99,2 % basert på arealet under "Receiver Operating Characteristic curve" (ROC-kurven).</p>	12/13
CINAHL	Louwers et al., 2012, Nederland	Effects of Systematic Screening and Detection of Child Abuse in Emergency Departments	Hensikten med denne studien er å undersøke om innføring av et screeningverktøy og opplæring av sykepleiere ville øke deteksjonsraten for mishandling av barn.	<p>Intervensjons-kohortstudie.</p> <p><i>Om metoden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltagere: 104 028 barn i alderen 0-18 år - Lokasjon: 7 akuttmottak i Sør-Holland; 4 intervensjonsgrupper og 3 kontrollgrupper. - Chi-kvadrat test ble benyttet for å sammenligne kategoriske variabler mellom mistenkte og 	<p>Screeningsfrekvensen økte samlet sett fra alle de inkluderte akuttmottakene fra 20% i februar 2008 til 67% i desember 2009.</p> <p>Screeningsfrekvensen økte til det dobbelte i intervensjonsgruppene sammenliknet med kontrollsykehusene.</p> <p>Signifikante økninger av screeningsfrekvens ble funnet etter</p>	13/13

				ikke-mistenkte tilfeller av barnemishandling, og avbrutt tidsseriedesign for analyse av effekter. - Statistisk programvare (SPSS) for dataanalyse ble anvendt.	implementering av opplæringsøkter, samt lovendring som påla alle akuttmottakene å screene for barnemishandling. Deteksjonsraten var fem ganger høyere blant barn som ble screenet enn hos de som ikke ble screenet for mishandling (0.5% vs 0.1%, $P < 0.001$).	
MEDLINE	Louwers et al., 2014, Nederland	Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments	Hensikten med studien var å måle nøyaktigheten til screeningverktøy Escape, i akuttavdelinger ved bruk av et ekspertpanel. Forskerne ønsket også å se på muligheten for å minimere byrden med å fullføre screeningverktøyet samtidig som man bevarte sensitiviteten og spesifisiteten.	Prospektiv kohortstudie <i>Om metoden:</i> - Deltagere: 38 136 barn i alderen 0-18 år. - Lokasjon: 3 akuttmottak i Nederland. - Et ekspertpanel avgjorde de endelige resultatene, uavhengig av screeningen. - Chi-kvadrat tester ble benyttet for å sammenligne kategoriske variabler mellom mistenkte og ikke-mistenkte tilfeller av barnemishandling. - Nøyaktigheten og gyldigheten av instrumentet ble presentert som frekvens og prosent. - Statistisk programvare (SPSS) for dataanalyse ble anvendt.	De fleste av barna med høy risiko for barnemishandling ble oppdaget gjennom screeningsinstrumentet. Av de 38 136 barna som ankom akuttmottakene ble totalt 18 275 screenet ved bruk av Escape; 17 855 screenet negativt og 420 screenet positivt. 11 av de negative screeningstestene ble identifisert av ekspertpanelet som positive tilfeller. 44 av de 420 barna som ble screenet positive, ble angitt som faktisk positive tilfeller av ekspertpanelet. Det ble funnet høy korrelasjon mellom de ulike spørsmålene i Escape-verktøyet og man kunne ikke se noen signifikant betydning av å fjerne ett eller flere av spørsmålene for å minimere byrden av å utføre instrumentet.	12/13

CINAHL	Tiyyagura et al., 2015, United States	Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments	Hensikten var å undersøke de ansattes erfaringer med screening og rapportering av barnemishandling i generelle akuttmottak. Dette for å identifisere barrierer og tilretteleggere for å oppdage barnemishandling.	Kvalitativ studie; Individuelle semistrukturerte intervjuer <i>Om Metoden:</i> - Deltagere: 29; 9 leger, 16 sykepleiere og 4 legeassistenter. - Medianen av erfaringslengde blant leger/legeassistenter var 7 år, mens blant sykepleiere var det 12,5 år. - Bruk av intervjuguide; åpne spørsmål. - Transkripsjon av intervjuer. - Lokasjon: 3 generelle akuttmottak, Connecticut - Data ble analysert ved bruk av komparativ metode for induktiv analyse. - Bruk av programvare (HyperRESEARCH) for kvalitativ analyse.	<i>Tilretteleggere for screening og rapportering:</i> - Diskusjon av saker i sanntid med kollegaer eller ekspertise på området - Utdanning, opplæring og veiledning - Økt informasjon om egen posisjon i slike saker (sykepleierens mandat). - Tanken på at det var til barnets beste å rapportere mistenkte saker til barnevernet. - Tidsriktig kommunikasjon mellom barneverntjenesten og akuttmottakene. <i>Rapporterte barrierer for å identifisere barnemishandling:</i> - Et ønske om å tro omsorgspersonen - Redsel for tanken om at barns skade kan skyldes barnemishandling - Personlig svikt i å gjenkjenne tegn og signaler på barnemishandling på grunn av kunnskapsmangel. - utfordringer knyttet til det å jobbe i et akuttmottak. - utfordringer knyttet til omsorgspersoners sosiale status. <i>Rapporterte barrierer for å rapportere barnemishandling:</i> - Manglende oppfølging av rapporterte saker. - Negative konsekvenser for ansatte ved rapportering. - Dårlig oppfølging av rapporterte saker.	10/10
--------	---------------------------------------	---	---	--	--	-------

4.2 Syntese av resultatene

Resultatene er av både kvalitativ og kvantitativ art og gir et helhetlig bilde av betydningen av screening i akutte helsetjenester. De fleste av studiene viser til screeningsverktøyet Escape, hvor både positive og negative effekter trekkes frem. Escape er et godt dokumentert screeningsverktøy og forskning tyder på at det er av betydning for identifikasjon av barnemishandling. Opplæringsøkter har vist gode resultater for å øke både screeningsfrekvensen og deteksjonsraten. Resultater fra artiklene peker på kunnskapsmangel, tidspress, samt utfordringer knyttet til rapporteringsprosessen som barrierer for screening og identifisering av barnemishandling. I tillegg presiseres frykten for å erkjenne at et barn kan ha blitt utsatt for vold fra sine omsorgspersoner, som en påvirkende faktor til forsømmelse av sykepleieansvar. Tilretteleggere som belyses er blant annet: opplæring av helsepersonell, tidsriktig og sømløs kommunikasjon med barneverntjenester, samt detaljert informasjon om personalets lovpålagte forpliktelser og ansvarsområder.

5 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Betydningen av et nøyaktig verktøy

Flere studier undersøker nøyaktigheten av screeningsverktøyet Escape (Dinpanah et al., 2017; Louwers et al., 2014). Verktøyet vil kunne være et ledd i den forebyggende sykepleiefunksjonen på den måte at det kan bidra til å identifisere flere tilfeller av barnemishandling og dermed kunne hindre ytterligere skade. For at sykepleiere skal kunne utøve sin observerende og forebyggende funksjon er det viktig med god observasjons- og beslutningskompetanse. Fastsatte rutiner og nøyaktige kartleggingsverktøy vil kunne være nyttige hjelpemidler i denne prosessen (Hansen, 2020, s. 165).

En kohortstudie fra Nederland undersøker effekten og validiteten av screeningverktøyet Escape ved å implementere det i fire av totalt sju akuttavdelinger (Louwers et al., 2012). Resultatene viser en betydelig forskjell når det angår deteksjonsrate, altså hvor mange tilfeller som ble identifisert som ofre for barnemishandling. Deteksjonsraten var fem ganger så høy blant barn som ble screenet ved bruk av Escape, fremfor barn som ikke ble screenet; 0.5% mot 0.1%, $P < 0.001$ (s. 461). Resultatene samsvarer med nyere studier som inkluderer nøyaktighetsestimater av Escape. Videre anslås nøyaktigheten av Escape til å være 99,2 % basert på arealet under “*Receiver Operating Characteristic curve*” (ROC-kurven), noe som fremstår som nøyaktig (Dinpanah et al., 2017, s. 2). Studier viser også høy spesifisitet og høy negativ prediktiv verdi, noe som antyder at et negativt screeningresultat faktisk er negativt (Dinpanah et al., 2017, s. 3; Louwers et al., 2014, s. 1279). Til tross for gode resultater fremkommer det at Escape kan vise til falske negative resultater og på den måte ikke oppfatter alle tilfeller av barnemishandling (Louwers et al., 2014, s. 1279). Dette kan tyde på at det er mangel på kompetanse hos personalet og at betydningen av screening er avhengig av økt kunnskapsnivå.

5.1.2 Betydningen av opplæring av helsepersonell

M. C. Myhre (2016) vektlegger viktigheten av sykepleierens funksjon i å avdekke vold mot barn. Hun understreker at sykepleiere må være forberedt på slike situasjoner og ha kunnskap

om hva de skal se etter (s. 169). Likevel erkjenner sykepleiere personlig svikt i å gjenkjenne tegn og signaler på fysisk mishandling (Tiyyaguara et al., 2015, s. 451). Dette kan tyde på kunnskapsmangel. Studier har tatt sikte på å undersøke hvorvidt undervisning av personell kan ha innvirkning på økt bruk av screening og økt identifikasjon av barnemishandling (Carson, 2018; Louwers 2012). Carson (2018) evaluerte kunnskapsnivået til personalet ved bruk av en pre-test og en post-test for å sammenligne resultater henholdsvis før og etter undervisningsøktene. Gjennomsnittlig score på pre-testen før undervisningsøktene var 21,4%, mens kunnskapsnivået økte til 73,2 % i etterkant (Carson, 2018, s. 579). Videre undersøkte Carson (2018) helsepersonellens kunnskap om når de skulle screene. Studien viser til signifikant økning både i gjenkjenning av barnemishandling og tillitt til screeningsvektøyet Escape (s 579). Selv om 78,6 % av deltakerne i studien støttet fremtidig bruk av screening etter prosjektimplementeringen, fremkommer det likevel at 21,4% av personalet hverken ønsket videre bruk av Escape eller et tilbud om undervisningsøkter (Carson, 2018, s. 580). Det kan virke som at for lite kunnskap om - og for liten tid til å sette seg inn i screening gjør barrieren for å nettopp skaffe seg den kunnskapen større. Til tross for at forskning viser til signifikant effekt av opplæring for å øke screeningsraten blant helsepersonell, er det ikke tid til å gjennomføre slik opplæring i akuttmottakene (Carson, 2018, s. 580; Louwers, 2012, s.459; Tiyyaguara et al., 2015, s. 451). Med tanke på sykepleierens funksjon, ansvar og barns rettigheter er det betenkelig at det fremkommer barrierer for screening og gjenkjenning av barnemishandling i flere studier. Barnelova (§ 30) sier at barn ikke skal utsettes for vold eller behandles på noen måte som kan skade den fysiske eller psykiske helsen deres. Likevel blir tegn og signaler oversett, og sykepleiere lar tvilen komme omsorgspersonene til gode (Tiyyaguara et al., 2015, s. 451).

5.1.3 Betydningen av personsentrert pleie og forebygging

Studier peker på at implementering av screeningsprogrammer som inkluderer opplæring av helsepersonell og bruk av screeningsverktøy, vil kunne beskytte barns rettigheter i kampen mot vold (Carson 2018, s. 580). Ifølge Nightingale er den observerende rollen til sykepleieren avgjørende for å redde liv, bevare helse og velvære (Nightingale, 1997, s. 167). Når man observerer og kartlegger barn er det viktig med en personsentrert tilnærming hvor barnet er i sentrum. Det innebærer at sykepleieren må etterstrebe å vise engasjement for barnets tanker

og interesser, samt å skape en trygg relasjon (Grønseth & Markestad, 2022, s. 68). I studien til Tiyyagura et al., (2015) kom det frem at sykepleierne møtte på flere barrierer for å screene og rapportere barnemishandling. En barriere var at de ikke evnet å erkjenne at et barns kliniske presentasjon av skade kunne skyldes barnemishandling (s. 451). Denne påstanden kan sies å avvike fra en personsentrert tilnærming hvor man lukker øynene for barnet, fremfor å se det. Videre presenteres barrierer som frykt for å feilaktig mistenke barnemishandling, samt sykepleiernes ønsket å tro på omsorgspersonene (Tiyyagura et al., 2015, s. 451). Igjen ser man at det avviker fra en personsentrert og omsorgsfull tilnærming til barnet, hvor sykepleieren setter egne behov i forsetet. Derimot kan kunnskap om at det er til barnets beste å identifisere og rapportere mistenkte tilfeller, være av betydning når sykepleiere skal screene barnet (Tiyyagura et al., 2015, s. 451).

Legevakten i Norge får i overkant av 450 000 henvendelser årlig, som angår barn. Av disse utgjør om lag 270 000 henvendelser barn under 5 år (Stensland & Hunskår, 2020, s. 249). Det er de minste barna som er overrepresentert på legevakten og det er også de minste barna som opplever den verste volden (M. C. Myhre, 2016, s. 171). Dette understøttes av forskningslitteratur på temaet, hvor det fremkommer at barn mellom 0 og 4 år er de som oftest er mistenkt for å være utsatt for barnemishandling (Louwers et al., 2012, s. 460; Louwers et al., 2014, s.1278). Som nevnt under punkt 2.2 «Langsiktige konsekvenser for barnemishandling», vil det å oppleve vold tidlig i barndommen kunne medføre alvorlige konsekvenser senere i livet. I tillegg vil barnemishandling kunne koste samfunnet dyrt og sykepleiere kan ha en avgjørende rolle i det forebyggende arbeidet, hvor screening har vist seg å være av betydning for sykepleierens beslutningstøtte (Carson, 2018; Dinpanah et al., 2017; Louwers et al., 2012; Louwers et al., 2014; Rasmussen & Vennemo, 2017, s. 7; Tiyyagura et al., 2015).

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Søkestrategi

Vi utarbeidet søkeord basert på problemstillingen, likevel kan det være at andre søkeord kunne gitt bedre resultater i trefflisten over aktuelle artikler. I ettertid ser vi at vi kunne benyttet søkeordet “Physical Abuse” med tanke på at vi presiserer fysisk vold i problemstillingen. Dette kan ha ført til at søket vårt ikke ble presist nok. Vi valgte likevel kun

å benytte artikler som omhandlet fysisk barnemishandling. Søkeordet “Examination” ble benyttet selv om det ikke var presisert i problemstillingen. Vi så likevel relevansen av å benytte søkeordet med tanke på undersøkelser av barn i forbindelse med screening, og erfarte at det førte til flere treff. Det er dog usikkert om det ga flere *relevante* treff.

Søkeordene “Emergency Service” og “Emergency Department” er direkte oversatt til «nødtjeneste» og «akuttmottak». I Norge er akuttmottak tilknyttet sykehus, noe vi så gikk igjen i forskningsartiklene. Til tross for dette anså vi forskningens kontekst til å være overførbar til den norske legevakten, da begge instanser behandler akutte syke og kritisk skadde pasienter (Førland, 2020, s. 28). Vi har likevel tatt høyde for at resultatene kunne blitt annerledes dersom studiene ble utført i Norge.

5.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble utarbeidet i forkant av avgrensningen i søket, noe som kan ha ført til at aktuelle artikler har blitt utelatt. Vi valgte engelskspråklige forskningsartikler da vi ikke fant norske artikler på temaet. Vi anerkjenner at dette kan ha ført til at deler av artiklene har blitt tolket feil. Vi hadde ingen avgrensninger på land, til tross for at definisjonen på barnemishandling kan variere fra land til land, samt at kulturelle forskjeller av betydning kan forekomme. Vi anså likevel at forskning som omhandlet screeningsverktøy for å identifisere barnemishandling ville være relevant for norsk kontekst uavhengig av disse forskjellene. Vi valgte å sentrere oppgaven vår rundt et spesifikt screeningverktøy (Escape), noe som trolig medførte at vi mistet tilgangen på flere gode forskningsartikler som omhandlet andre screeningverktøy. En fordel med å velge ett screeningsverktøy er at man kan sammenlikne resultatene knyttet til det ene spesifikke verktøyet, noe som kan gi et godt bilde av nøyaktighet og validitet. Ulempen er at vi ikke har kunnet se resultatene i lys av forskning på andre verktøy.

5.2.3 utfordringer knyttet til problemstillingen

I søkeprosessen utførte vi et strukturert søk i to ulike databaser for å undersøke muligheten for å finne flere aktuelle artikler som kunne besvare problemstillingen vår. En svakhet med problemstillingen er at det ikke var så mye forskning på området. Dersom vi hadde valgt et annet tema som det er forsket mer på ville prosessen trolig blitt lettere. På en annen side er det

nødvendig at temaet belyses, så det aktualiseres og dermed blir av større interesse for fremtidig forskning.

5.2.4 Samarbeid

Det å jobbe i par kan medføre både fordeler og ulemper. En fordel er at man alltid har en å diskutere med. Man har ulik kunnskap og sitter med ulike erfaringer, og kan dermed utfylle hverandre. Likevel kan det oppstå utfordringer underveis. En utfordring kan være at man har ulik forståelse av oppgaven, noe som kan medføre uenigheter om hvordan den skal løses. Fordelen med å være i en slik situasjon er at man får trening i problemløsning og samarbeid. Dette er erfaringer man kan dra nytte av i arbeidslivet som sykepleier da man må kunne samarbeide, tåle å være uenig, samt finne løsninger sammen.

5.2.5 Utfordringer knyttet til kvalitetsvurdering

Vi oppdaget noen utfordringer knyttet til kvalitetsvurderingen med sjekklister underveis, da vi ikke fant en passende sjekklister for studien til Carson (2018). På bakgrunn av konsultasjon med veileder og diskusjon i et klasseforum med læringsstøtte, landet vi på sjekklisten for Randomisert kontrollert studie (RCT). Utfordringer knyttet til sjekklisten var at flere av spørsmålene ikke passet med studiedesignet for artikkelen og at det ble gitt dårligere poengscore på bakgrunn av det, fremfor faktisk kvalitet. Vi forsøkte likevel å besvare spørsmålene på bakgrunn av den informasjonen vi hadde og gjorde en samlet vurdering på bakgrunn av faglig kunnskap og skjønn. Videre oppstod det utfordringer knyttet til avkryssingsboksene. Boksen «usikkert» tilsvarer ingen poeng og gir derfor ingen uttelling på total poengscore for studiene. Ifølge instruksene under innledningen til sjekklistene, fremkommer det at «usikkert» også innebærer «delvis». Det vil si at dersom et spørsmål ble avkrysset som «usikkert», vil det kunne også kunne være delvis gjort rede for i studien. Med andre ord vil ikke avkryssingsboksen «usikkert» gi noen uttelling på total poengscore, men likevel kunne være et kvalitetspunkt verdt å nevne. Det kunne derfor vært nyttig og satt «usikkert»- boksen til å telle et halvt poeng eller å ha innført en fjerde boks som heter «delvis» som teller et halvt poeng.

5.2.6 Artiklenes metodikk og studiedesign

Vurderinger av forskningsartikler krever en viss kunnskap om metodelitteratur. Det er ikke slik at én metode er best, da alle metoder har styrker og svakheter (Thidemann, 2019, s. 77). I denne oppgaven har vi valgt både kvalitative og kvantitative studier til å besvare problemstillingen. Dette for å gi dybdekunnskap og sikre at flere aspekter av ordlyden «*betydningen av ...*» blir synliggjort. Kombinasjonen av kvantitative og kvalitative resultater vil kunne medføre et sterkere og mer helhetlig kunnskapsgrunnlag, enn én tilnærming alene (Thidemann, 2019, s. 77). På en annen side vil det være ressurskrevende å skulle systematisere kunnskap, samt kvalitetsvurdere artikler med så ulike metodisk tilnærming, og vi erfarte at det krever solid metodekompetanse hos de som skal vurdere studiene (Nortvedt et al., 2021, s. 129; Thidemann, 2019, s. 77).

Kvalitativ forskning brukes til å undersøke subjektive fenomener og grunner i ikke-statistiske metoder for datainnsamling og analyse (Nortvedt et al., 2021, s. 79-80). En kvalitativ studie fra 2015, vurderer barrierer og tilretteleggere for screening, samt belyser helsepersonells erfaringer med screening og identifikasjon av barnemishandling i akuttmottak (Tiyagura et al., 2015). Via 29 semistrukturerte intervjuer blir ulike subjektive erfaringer synliggjort og en grundigere forståelse skapt (Nortvedt et al., 2021, s. 79). Analyse av kvalitative forskningsresultater gir rom for refleksjoner omkring ordlyden i problemstillingen; «*betydningen av ...*», og vil kunne dra en slutning i både positiv og negativ forstand. Positiv gitt at positive faktorer trekkes frem, og negative, gitt at negative faktorer trekkes frem. Kvalitative studier vil for så vidt kunne inneholde både negative og positive faktorer, slik som i studien til Tiyguara et al. (2015), hvor både tilretteleggere og barrierer for screening, samt identifikasjon av barnemishandling trekkes frem. Vi mener kvalitativ forskning alene, vil være for upresist for å kunne si noe om betydningen av screening for barnemishandling på legevakten. Dette med tanke på at det er vesentlig å si noe om effekten og nøyaktigheten av verktøyet som skal undersøkes, da erfaringsbasert kunnskap alene ikke er nok for å sikre kvalitet i helsetjenesten (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 34-35).

Kvantitativ forskning innebærer kvantitativ data i form av faktakunnskap. Det innebærer målbare og objektive data som kan tallfestes (Thidemann, 2019, s. 75). Kvantitativ data er hensiktsmessig hvor problemområde innebærer effekts- eller nøyaktighetsestimater. Flere av studiene i denne oppgaven er tilknyttet kvantitative metoder, deriblant Louwers et al. (2014) og Dinpanah et al. (2017). Samtidig har vi sett at ikke det alltid et noe klart skille mellom

kvalitativ og kvantitativ forskning, slik som i studien til Carson (2018). Carson (2018) utførte et kvalitetsprosjekt med pre-test/post-test-design, hvor både kvalitative og kvantitative funn ble rapportert. Kombinasjonen ble gjort ved bruk av analyse av diagnostiske koder før og etter implementering av tiltaket, samt analyse av svar fra kunnskapstesten som ble utført før og etter gjennomføring av undervisningsøktene (Carson 2018, s. 579). Ved å kombinere både kvantitativ og kvalitativ data kan de gjensidig utfylle hverandre og gi et mer helhetlig perspektiv. På en annen side vil det kunne være mer utfordrende å analysere resultater når man må forholde seg til både statistisk data og humanvitenskapelige funn (Thidemann, 2019, s. 76-77).

5.2.7 Analyse og presentasjon av resultater.

For å vite noe om troverdigheten av resultatestimaterne, har vi sett på artiklenes analyse og metode for presentasjon av resultater. Kvantitativ data ble innhentet og analysert ved bruk av dataprogramvaren «Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), for flere av artiklene (Carson, 2018; Louwers et al., 2012; Louwers et al., 2014). Bruk av statistiske programvarer har endret og effektivisert måten forskere utfører statistiske analyser på, og SPSS fremstår i dag som det mest integrerte verktøyet for dataanalyse (Masuadi et al., 2021). Ved å la dataprogrammer analysere data kan man spare tid og minske sannsynligheten for subjektiv innblanding. På en annen side er det noen ganger behov for å analysere både kvantitative og kvalitative data samtidig, slik som i studien til Carson (2018). Likevel redegjør Carson (2018) for at det er mulig å integrere kvalitative data i SPSS-programvare for å kvantifisere subjektive målsvar fra kunnskapstesten (s.579). Det fremkommer at de kvantitative dataene baserte seg på en Likert skala og flervalgs-oppgaver, hvor tekstsvaret og kommentarer ble oppsummert for å fange opp tilbakemeldinger som ikke kunne kvantifiseres (s. 578-579).

Når det angår vurdering av artiklenes presisjon av resultater, har flere satt statistisk signifikans til $P < 0.05$, noe som samsvarer med norsk standard for helseforskning (Nortvedt et al., 2021, s. 105). Statistiske analyser medfører en P-verdi som sier noe om hvor sannsynlig det er at resultatet skyldes en tilfeldighet, for eksempel en tilfeldighet i utvalget som kan påvirke resultatet. P- verdien kan være viktig for å stadfeste hvorvidt undersøkelsen er vellykket eller mislykket (Nortvedt et al., 2021, s. 105; Pripp, 2015). Selv om flere av studiene i denne oppgaven har vist til «signifikante resultater» med $P < 0,001$ etter implementering av screening (Carson, 2018; Louwers et al., 2012; Louwers, 2014), så er det

viktig å påpeke at dette *alene* ikke sier noe om betydning for pasienten i praksis (Nortvedt, 2021, s. 105). For å vurdere den statistiske betydningen av et screeningsvektøy eller en diagnostisk test, kan man se på sannsynlighetsforhold som for eksempel: sensitivitet, spesifisert, positive og negative prediktive verdier (Lydersen, 2017). I studiene til Dinpanah et al., (2017) og Louwers et al. (2014), blir alle de overnevnte verdier oppgitt med gode resultater, noe som styrker den metodiske tilnærmingen og troverdigheten av forskningsresultatene. Videre anslår Dinpanah et al. (2017), nøyaktigheten av Escape til å være 99,2 % basert på arealet under “*Receiver Operating Characteristic curve*” (ROC-kurven) som presenteres i resultatene. En prosentandel på 99,2% kan ved første inntrykk virke nøyaktig, men på en annen side er det vanskelig å trekke konklusjoner uten en dypere forståelse av «ROC-kurven». Derimot, ved å inneha slik kunnskap ser man at estimatet er svært nøyaktig; arealet under ROC-kurven (AUC) er et mål på testens evne til å differensiere mellom syke og friske, hvorav $AUC = 1$, angir en perfekt diagnostisk test (Lydersen, 2018).

6 Konklusjon

Siden et stort antall barn i alderen 0-5 år med ulike skader ankommer legevakten årlig, vil rettidig identifikasjon og evaluering av potensielle ofre for barnemishandling være avgjørende for å forebygge ytterligere skade. Tidlig identifikasjon av fysisk vold mot barn vil ikke bare være av betydning for barnets liv alene, men vil også kunne være av relevans for nasjonal folkehelse, samt være av stor samfunnsøkonomisk interesse. I denne oppgaven har vi undersøkt betydningen av screening ved bruk av Escape på legevakten, for å identifisere tilfeller av barnemishandling. Det er vist gode effekter ved bruk av screening i akutt setting. Implementering av Escape har ikke bare vist økt deteksjonsrate, men også vist seg å være av betydning for personalets screeningskultur og sykepleierens beslutningsprosess. Det fremkommer dog et behov for økt opplæring og mer standardiserte prosedyrer for identifikasjonsarbeid. Legevakten er en avdeling med høy turnover av pasienter og sykepleiere arbeider under betydelig tidspress. Obligatoriske rutiner og standardiserte screeningsverktøy til bruk i nasjonal praksis, kan trolig bidra til raskere og mer nøyaktig vurdering av risikoutsatte barn. Ett barn forsømt, er ett barn for mye.

Barnet kan ikke vente: *Til barnet kan vi ikke svare "I Morgen", dets navn er "I Dag"*

7 Referanseliste

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2021, 1. september). *Barn utsatt for vold i familien*.

Hentet 1. oktober 2022 fra

https://www.bufdir.no/statistikk_og_analyse/oppvekst/vold_og_overgrep_mot_barn/barn_utsatt_for_vold_i_familien/#heading4704

Barnekonvensjonen. (1989). *Konvensjon om barnets rettigheter (20-11-1989)*. Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8

Barnelova. (1981). *Lov om barn og foreldre (LOV-1981-04-08-7)*. Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1981-04-08-7>

Bondevik, G. T. (2020). Norsk legevakt i et internasjonalt perspektiv. I E. H. Hansen & S.

Hunskår (Red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (2. utg., s. 33-39). Gyldendal Akademisk.

Carson, S. M. (2018). Implementation of a Comprehensive Program to Improve Child Physical Abuse Screening and Detection in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 44(6), 576-581. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.04.003>

Centre for Evidence-Based Medicine. (u.å.). *Critical Appraisal tools*. Hentet 29. desember 2022 fra <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/ebm-tools/critical-appraisal-tools>

Chen, C.-J., Chen, Y.-W., Chang, H.-Y. & Feng, J.-Y. (2022). Screening Tools for Child Abuse Used by Healthcare Providers: A Systematic Review. *The Journal of Nursing Research*, 30(1), 1-12. [10.1097/JNR.0000000000000475](https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000475)

Critical Appraisal Skills Programme. (u.å.). *CASP Checklists*. Hentet 29. desember 2022 fra <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

Dinpanah, H., Pasha, A. A. & Sanji, M. (2017). Potential Child Abuse Screening in Emergency Department; a Diagnostic Accuracy Study. *Emergency*, 5(1), 1-5. <https://doi.org/10.22037/aaem.v5i1.111>

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (2022). *Kriterier for godkjenning av publiseringskanaler*. Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse. Hentet 17.12.2022 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/OmKriterier>

Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 887-907). Cappelen Damm.

FN-sambandet. (2022, 4. februar). *Barnekonvensjonen*. Hentet 25. november 2022 fra <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/barnekonvensjonen>

Fønhus, M. (2019, januar). *Screening*. Cochrane Norway. Hentet 10. oktober 2022 fra <https://www.cochrane.no/nb/screening>

Førland, O. (2020). Legevakten som samfunnsinstitusjon. I E. H. Hansen & S. Hunskår (Red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (2. utg., s. 27-32). Gyldendal Akademisk.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2022). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (5. utg.). Fagbokforlaget.

Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.- G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 1-21). Gyldendal Akademisk.

Hansen, E. H. (2020). Observasjon i legevakt. I E. H. Hansen & S. Hunskår (Red.). *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (2. utg., s. 162- 166). Gyldendal Akademisk.

Hansen, E. H. & Hunskår, S. (2020). Medisin og sykepleie i legevakt: Egenart og samarbeid. I E. H. Hansen & S. Hunskår (Red.). *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (2. utg., s. 61-66). Gyldendal Akademisk.

Haukås, K. (2019). *Alvorlig vold mot små barn*. Politiet Kripos.

<https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/vold-mot-barn/alvorlig-vold-mot-barn.pdf>

Helsebiblioteket (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Hentet 29. desember 2022 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2019, 3. desember). *Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge: Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet 5. oktober 2022 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge>

Helsedirektoratet. (2020, 28. februar). *1. Organisering av legevakt*. Hentet 2. november 2022

fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral/organisering-av-legevakt#kommunen-skal-tilby-legevaktordning-som-sikrer-befolkningens-behov-for-oyeblikkelig-hjelp>

Helsedirektoratet. (2022, 31. mars). *9. Barnemishandling, overgrep eller omsorgssvikt av barn og unge*. Hentet 5. oktober 2022 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar/Barnemishandling-seksuelle-overgrep-eller-omsorgssvikt-av-barn-og-unge>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hofstad, E. (2019, 1. oktober). *Sykepleiere, dere er mye viktigere enn dere tror!* Sykepleien.

Hentet 3. oktober 2022 fra <https://sykepleien.no/2019/10/sykepleiere-dere-er-mye-viktigere-enn-dere-tror>

Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M.

Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 107-118).

Cappelen Damm Akademisk.

- Hunskår, S. (2020). Organisering og bruk av legevakt i Norge. I E. H. Hansen & S. Hunskår (Red.), *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (2. utg., s. 40-53). Gyldendal Akademisk.
- Kim, H. S. (2015a). *The Essence of Nursing Practice*. Springer Publishing Company.
- Kim, H. S. (2015b). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn - det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 142-155). Cappelen Damm Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2021). Sykepleie - relasjoner, verdier og etikk. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (4. utg., Bd. 1, s. 29-78). Gyldendal Akademisk.
- 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* (4. utg., Bd. 1, s. 15-28). Gyldendal Akademisk.
- Kvello, O. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lillevik, O. G. (2016). Perspektiver på vold mot barn. I K. Melvik, O. G. Lillevik & O. Edvardsen (Red.), *Vold mot barn: Teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger* (s. 18-37). Gyldendal Akademisk.
- Louwers, E. C. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Ruige, M., van den Elzen, A. P. M., 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. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J. H., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moularent, A-F. S. R., van den Elzen, A. P. M., Jongejan, M. H. T. M., Ruige, M., Manä, B. H. A. N., Looman, C. W. N., 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*, *130*(3), 457–464.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-3527>
- Lydersen, S. (2017, 3. oktober). *Hva er sannsynligheten for riktig resultat av en diagnostisk test?* Tidsskriftet: Den norske legeforening. Hentet 15. desember 2022 fra <https://tidsskriftet.no/2017/10/medisin-og-tall/hva-er-sannsynligheten-riktig-resultat-av-en-diagnostisk-test>
- Lydersen, S. (2018, 27. september). *ROC-kurver og diagnostiske tester*. Tidsskriftet: Den norske legeforening. Hentet 29. desember 2022 fra <https://tidsskriftet.no/2018/09/medisin-og-tall/roc-kurver-og-diagnostiske-tester>
- Masuadi, E., Mohamud, M., Almutairi, M., Alsunaidi, A., Alswayed, A. K. & Aldhafeeri, O. F. (2021). Trends in the Usage of Statistical Software and Their Associated Study Designs in Health Sciences Research: A Bibliometric Analysis. *Cureus*, *13*(1), s. 1-7.
<https://doi.org/10.7759/cureus.12639>
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., Healy, C., O'Donnell, L. & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* *143*(3), 189-205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>
- Menneskerettsloven. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett* (LOV-1999-05-21-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-05-21-30>
- 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. Schulz (Red.), *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. (s. 169-182). Universitetsforlaget.

- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018, 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. (2022, 16. mars). *Ansvar og lovverk*.
<https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/ansvar-og-regelverk-3/>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (u.å.). *Vold og overgrep mot barn*.
<https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/>
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 5. oktober 2022 fra
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Piaget, J. (1964). *Barnets psykiske utvikling*. Hans Reitzels Forlag.
- Popenoe, R., Langius-Eklof, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Pripp, A. H. (2015, 8. september). *Hvorfor p-verdien er signifikant*. Tidsskriftet: Den norske legeforening. Hentet 15. desember 2022 fra
<https://tidsskriftet.no/2015/09/kronikk/hvorfor-p-verdien-er-signifikant>
- Prop. 12 S (2016-2017). *Opptrappingsplan mot vold og overgrep*. Det Kongelige barne- og likestillingsdepartement.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/f53d8d6717d84613b9f0fc87deab516f/no/pdf/fs/prp201620170012000dddpdfs.pdf>

- Rasmussen, I. & Vennemo, H. (2017). *Samfunnsøkonomiske konsekvenser av omsorgssvikt og vold mot barn* (Rapport 2017/12). Vista Analyse. Hentet 3. november 2022 fra <https://www.vista-analyse.no/no/publikasjoner/samfunnsokonomiske-konsekvenser-av-omsorgssvikt-og-vold-mot-barn/>
- Rueness, J., Myhre, M. C. & Thoresen, S. (2020). Child abuse and physical health: A population-based study on physical health complaints among adolescents and young adults. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(5), s. 511-218. <https://doi.org/10.1177/1403494819848581>
- Sjøvold, M. S. & Furuholmen, K. G. (2020). *De minste barnas stemme: Sped- og småbarn utsatt for vold og omsorgssvikt* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Stensland P. & Hunskår, S. (2020). Barn. I E. H. Hansen & S. Hunskår (Red.). *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere* (2. utg., s. 248-256). Gyldendal Akademisk.
- Sjøbjerg, I. L. (2019). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 127-166). Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Thoresen, S. & Myhre, M. C. (2016). Tiden leger ikke alle sår. Vold og traumer I et livsløpsperspektiv. I C. Øverlien., M.-I. Hauge. & J.-H. Schulz (Red.), *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. (s. 150-166). Universitetsforlaget.
- Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A. & Bechtel K. (2015). Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments. *Emergency*, 66(5), 447-454. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020>

World Health Organization. (1948). *Constitution of The World Health Organization*. Hentet 22. november 2022 fra <https://www.who.int/about/governance/constitution>

World Health Organization. (u.å.). *The VPA Approach: Definition and typology of violence*. Hentet 5. oktober 2022 fra <https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach>

8 Vedlegg

Vedlegg 1

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av fem deler:

- A: Er studien en randomisert kontrollert studie?
- B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?
- C: Hva er resultatene?
- D: Kan resultatene brukes i din praksis?
- Oppsummering av vurderingen

Spørsmålene i del A handler om studiedesignet og kan besvares ganske raskt. Hvis du, basert på svarene dine i del A, finner at studiedesignet er rett fortsetter du til del B for å vurdere metodisk kvalitet og om det er verd å fortsette vurderingen og svare på spørsmålene i del C og D.

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis». Det er også plass til dine egne kommentarer.

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2013). *CASP Randomised Controlled Trials Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 27.11.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Carson, S. M. (2018). Implementation of a Comprehensive Program to Improve Child Physical Abuse Screening and Detection in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing* 44(6), 576-581. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.04.003>

Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

Kommentar:

Forskingsspørsmålet er klart og tydelig formulert. Studien ble gjort for å analysere diagnostiske koder for fysisk mishandling og evaluere effekten av en 20-minutters pedagogisk økt på ansatte ved akuttmottak, samt måle deres tillit til screening og identifisering av barnemishandling. Et evidensbasert screeningsprogram som inkluderte opplæring av personalet, systematiske screeningsprotokoller og bruk av screeningsverktøyet Escape ble implementert, for deretter å bli analysert og evaluert. Man analyserte effekten i en 30-dagers periode før og etter implementering, samt enda en gang 4 måneder etter prosjektgjennomføringen og sammenlignet resultatene.

Det var en signifikant økning i gjennomsnittlig kunnskapsscore blant ansatte fra pre-testen til post-testen. En signifikant økning fra pre-testen til post-testen ble også funnet for både erkjennelse av fysisk barnemishandling og tillit til screening ved bruk av Escape. Av alle som utførte prosjektevalueringen støttet totalt 78,6% implementering av et omfattende screeningsprogram.

2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

Kommentar:

Det fremkommer av studien at *Child Abuse Awareness* - pre- og post-test ble koblet sammen med tilfeldige, forhåndsnummererte koder som var unike for hver deltaker. Identiteter var IKKE knyttet til kodene. Et annet sett med tilfeldige deltakerkoder ble også tildelt for prosjektevalueringsundersøkelsen.

3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

Kommentar:

Deltagere ble gjort rede for. Det kommer frem at 52 helsepersonell (39 akuttleger og 13 akuttsykepleiere), fra et pediatrik akutt mottak deltok i prosjektimplementeringen ved å fullføre både en pre- og post-kunnskapstest om fysisk mishandling av barn. Kun 14 av dem (10 akuttleger og 4 akuttsykepleiere) fullførte den endelige prosjektevalueringundersøkelsen.

Det fremkommer at ikke alle akuttlegene og akuttsykepleierne deltok på undervisningsøktene om barnemishandling fordi det ikke var pålagt å være med på personalmøtene der dette tilbudet ble gitt. Det virker ikke som at denne gruppen av ansatte er presentert noe ytterligere, hverken i antall eller yrkestittel. Alle deltakerne som fullførte post-kunnskapstesten om fysisk barnemishandling, hadde derimot deltatt på undervisningsøkten i forkant.

Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

4. Blinding

Tips:

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det kommer ikke frem i studien om deltagerne ble blindet eller ikke, men slik det kan tolkes utfra teksten, så var deltagerne kjent med intervensjonen og implementeringen av screeningsprogrammet. Med tanke på at studien evaluerer implementeringen av et validert screeningsprogram, så vurderer vi at blinding ikke ville vært hensiktsmessig.

b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det er uklart, men det kommer frem at Child Abuse Assessment - pre- test/post-test ble koblet sammen med tilfeldige, forhåndsnummererte koder som var unike for hver deltaker og at identiteter IKKE var knyttet til kodene. Hvordan de forhåndsnummererte kodene ble dannet kommer ikke frem. Det er uklart om dette ble gjort maskinelt eller av person.

c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

På bakgrunn av informasjon som nevnt i punkt 4b (at det ikke var noen direkte kobling mellom person, identitet og testsvar), er det grunn til å tro at analyseringen av resultatene fra kunnskapstestene (pre-test/post-testene) samt prosjektevalueringen foregikk blindet. Det fremkommer også fra teksten at det var tre barnemishandlingseksperter og en psykometrisk ekspert som analyserte resultatene. Med tanke på at forskeren bak studien, Sheri M. Carson, er en klinisk instruktør og pediatrik sykeleier, er det trolig at hun ikke var en del av dette «ekspertpanelet» og at hun ikke var innblandet i analysen av resultatene for egen forskning.

5. Var gruppene like ved starten av studien?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

Kommentar:

Siden det ikke er gjort forskning på to grupper i denne studien, så er det litt vanskelig å skulle svare på dette spørsmålet. Vi har forsøkt å besvare det med tanke på helheten av den gruppen som presenteres i studien:

Gruppen deltagere bestod av både akuttleger og akutt sykepleiere. Det kommer ikke frem hvor lang yrkeserfaring (ansiennitet) de ulike har. Resultatet vil kunne påvirkes med tanke på deltagerens profesjonsområde og ansiennitet. Det er av betydning å nevne at legene og sykepleierne hadde ulike funksjoner under implementeringen av screeningsprotokollen og at det på den måte trolig er større skjevhet innad en profesjon med tanke på ansiennitet (f.eks. én leges ansiennitet og kunnskap fremfor en annen leges ansiennitet og kunnskap), enn mellom de to ulike profesjonene i gruppen. Når det angår pre-test og post-test, henholdsvis før og etter den pedagogiske økten, er det mulig at de ulike profesjonene (leger og sykepleiere), samt deres ansiennitet kan spille en rolle for resultatene. Dette med tanke på at testsvarene generaliseres og ikke presenteres for hvert enkelt profesjonsområde.

6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

Kommentar:

Alt av helsepersonell som arbeidet ved akuttmottaket ble invitert til å delta på prosjektet og det var frivillig å delta. Det ble utført en pre-test og en post-test henholdsvis før og etter en undervisningsøkt om vold mot barn i forbindelse med prosjektimplementeringen. Deltagerne ble så vidt det kommer frem av teksten invitert på samme vilkår.

Det var definert en tydelig studieprotokoll hvor både bakgrunn, formål, metode, utvalg, kontekst, data og analyse fremstilles.

Del C: Hva er resultatene?

7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha på virket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

Kommentar:

Ja, effektene av tiltakene er omfattende rapportert

Utfall er rapportert, fremgangsmåte beskrevet, statistiske verktøy er presentert

Både primære- og sekundære utfall som blir målt er presentert på en oversiktlig og grundig måte. Det er primære målet var å detektere effekten av implementeringen av screeningsprogrammet på de ansattes identifikasjon og dokumentasjon av fysisk barnemishandling. Dette ble gjort ved å analysere antall diagnostiske koder for «internasjonal klassifisering av sykdommer» (ICD) angitt av deltagerne (helsepersonell ved akuttmottaket). Sekundære utfall som ble målt var de ansattes kunnskap og tillit til screening og gjenkjenning av fysisk barnemishandling, samt nytten av screeningsprogrammet. Kunnskapsnivået og tillit ble målt med et 7 elements *Child Abuse Awareness* pre-og post-test. Denne testen bestod av både flervalgsoppgaver og en Likert-skala.

- Testspørsmålene er evaluert på forhånd og innholdsvaliditet og ansiktsvaliditet («åpenbar validitet») ble vurdert ved hjelp av tre barnemishandlingsekspertene og en psykometrisk ekspert.

- Man benyttet også innholdsvaliditetsindeks (CVI) til å vurdere innholdsvaliditeten; Kun elementer med CVI-score på 1,00 og avtalt ansiktsvaliditet av ekspertene, ble inkludert i de endelige testene (pre-test og post-test).

- All data ble analysert ved bruk av en programvare (Statistical Package for the Social Sciences; SPSS) med grensesnitt for statiske beregninger og med et statistisk signifikantnivå satt til $\leq 0,05$.

Statistikken ble brukt til å beskrive utvalg og utfallsvariabler.

- En test med parvise prøver (t-test), ble kjørt med data fra pre-test og post-test resultatene fra opplæringsøkten, for å måle utfall. Kvantitative data som *forekom* ble lagt inn i SPSS for å muliggjøre kvantifisering av de mest vanlige svarene. Alle testsvar og subjektive kommentarer ble oppsummert for å fange opp ALLE tilbakemeldingene. Dette ser vi på som positivt med tanke på kvalitetssikring.

- Resultatene ble målt med en 8-elementers ~~prosjekt~~ ~~evaluering~~ ~~undersøkelse~~. Denne inkluderte helsepersonell-perspektiver og bestemte effekten av screeningsprogrammet.

Resultater er beskrevet

- Det var ingen diagnostiske koder for fysisk barnemishandling før implementeringen av screeningsprogrammet, mot for 3 diagnostiske koder etter implementeringen.
- Gjennomsnittlig kunnskapskår på pre-testen for bevissthet om barnemishandling: 21,4% med standard avvik (SD)= 21,71, mot for 73,2% (SD=25,64) etter (post-test) den pedagogiske økten. Signifikant økning i kunnskapsscore fra pre-test til post-test ($P < 0,001$).
- Konfidensskår er presentert og p-verdier er rapportert. (se detaljer under punkt 8: *Er presisjon rundt effektestimater rapportert?*).
- Subjektive resultater: Barrierer og tilretteleggere blir rapportert og fremstilt på en oversiktlig måte. Både pedagogiske økter og implementering av Escape er rapporterte tilretteleggere og tidsrestriksjoner og konsultasjonsforsinkelser mellom barnevernstjenester og akuttmottaket er rapporterte barrierer.

Manglende data er konkretisert

Det fremkommer at det var tap av data for deler av studieperioden. Dette på grunn av en omfattende endring i journalsystemene til det deltagende akuttmottaket; endring til elektroniske pasientjournaler (EPJ). Dette skjedde kort tid etter implementering av ~~screeningsprogrammet~~ og medførte at bare 30 dager med kodedata etter implementeringen var tilgjengelig for datainnsamlingen, mot for 4 måneder som var den opprinnelige hensikten. Det å bare ha ca. en måned med kodedata for post-implementeringsfasen tilgjengelig, vil påvirke sammenligningen med pre-implementerings-informasjonen som var tilgjengelig. Det kan ha hatt innvirkning på resultatene, spesielt med tanke på sanne effekter av screeningprogrammet. Dette er dog noe forskeren selv peker på som en begrensning og det er gjort rede for i teksten.

Det var ikke obligatorisk å delta på personalmøtene hvor undervisningen ble tilbudt og derfor var det flere som ikke deltok i forkant av implementeringen av screeningsprotokollen. Dette kan ha påvirket resultatene i den grad at de ikke hadde nok grunnleggende kunnskaper om verktøyet (Escape) de skulle bruke, samt relevante kunnskaper om kjennetegn på fysisk mishandling. Igjen er dette noe forskeren selv understreker, - noe som styrker troverdigheten til studien og de resultatene hun legger frem.

8. Er presisjon rundt effektestimater rapportert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

Kommentar:

Kan ikke se at det er presisert noe *intervall* (CI) i denne studien, men effektestimater er likevel rapportert på en tilfredsstillende måte. *Konfidensskår, standardavvik, og p-verdi* er oppgitt

Det er angitt gjennomsnittlig konfidensskår før og etter undervisningsøkten:

- Før var den gjennomsnittlige konfidensskåren for *gjenkjenning* av fysisk barnemishandling på 3.48 (SD = 0.70), og den gjennomsnittlige konfidensskåren for *screening* for fysisk barnemishandling på 3.31 (SD = 0.67).
- Etter undervisningsøkten var den gjennomsnittlige konfidensskåren for *gjenkjenning* av fysisk barnemishandling på 3.87 (SD = 0.56), og den gjennomsnittlige konfidensskåren for *screening* av fysisk barnemishandling på 3.77 (SD = 0.61).
- Det vises til signifikant økning fra pre-testen til post-testen på begge variabler:
 - 1) *gjenkjenning* av fysisk barnemishandling $P < 0.001$.
 - 2) tillit til *screening* for fysisk barnemishandling $P < 0.001$.

Dette tyder på en signifikant effekt av intervensjonen med opplæringsøkter.

9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?
- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

Kommentar:

Uklart.

Tiltaket går ikke på faktorer som kan gi direkte medisinske bivirkninger for pasient eller ansatte. Det er åpenbart et spørsmål om definisjonen av uttrykket «bivirkning» her, men dersom man snakker om «bivirkninger» i et bredere perspektiv så kan en «bivirkning» ha være en uforutsett hendelse med endring til EPJ midt i studieperioden (se punkt 7: «Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?» for utfyllende info.) Det fremkommer ikke hvorvidt dette påvirket deltagerne, men det kan antas at det har vært en stressfaktor for både forskere og deltagere da det er mye nytt å sette seg inn i på en gang. Det kan også ha påvirket utfallet av det endelige resultatet. Videre vil falske negative og falske positive screeningsresultater kunne medføre negative virkninger for både pasienter og omsorgspersoner, men dette er ikke presisert i studien (hverken falske negative eller falske positive screeningsresultater).

Det ble ikke gjort noen kostnadsanalyse

Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Kan resultatene overføres til din praksis?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

Kommentar:

Resultatene vil kunne være overførbare til norsk praksis. Selv om studien er utenlandsk har vi sett at de utenlandske akuttmottakene på mange områder sammenfaller med de norske akuttmottakene og også den norske legevakten. En svakhet kan dog være at sykepleiere på akuttmottak i USA kan ha en utvidet rolle (flere og mer omfattende sykepleieoppgaver), sammenlignet med sykepleiere i Norge (Hofstad, 2018). Likevel ser det ikke ut til å påvirke denne studiens betydning for norsk praksis. Oppgavene sykepleierne utfører i studien, er oppgaver de norske sykepleiere helt fint også kan utføre. Videre viser norsk årsstatistikk at det var om lag 1,3 millioner legekonsultasjoner ved legevakten i 2018, hvor det er overrepresentasjon av barn i alderen 0-5 år (Hunskår, 2020, s. 44). Den norske legevakten er med andre ord en sentral arena for å avdekke vold mot barn, hvor sykepleiere har en nøkkelrolle med tanke på grunnleggende funksjoner som kartlegging og rapportering av skade. Studien kan overføres og er av betydning for både sykepleierens beslutningskompetanse, for barnet som lever under voldelige forhold, og for samfunnet for øvrig.

Kilder brukt til å besvare kvalitetsspørsmålet

- Hofstad, E., (2018, 31. oktober). *Norske og amerikanske akutt sykepleiere samarbeider*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2018/10/norske-og-amerikanske-akutt-sykepleiere-samarbeider>
- Hunskår, S. (2018). Organisering og bruk av legevakt i Norge. I S. Hunskår (Red.), *Legevaktsarbeid* (2utg., s. 40-53). Gyldendal.

11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

Kommentar:

Omfattende screeningsprogrammer og bruk av standardiserte screeningsverktøy kan trolig hjelpe sykepleiere med å identifisere flere tilfeller av barnemishandling. I Norge i dag finnes det ikke noen obligatorisk screeningsverktøy eller en spesifikk prosedyre for identifikasjon av barnemishandling som er forankret i Norsk lovverk (se punkt 2.5 «Dagens rammeverk» under teoretisk kunnskapsgrunnlag). Det finnes riktignok generelle retningslinjer og anbefalinger, men dette er trolig ikke nok i kampen mot volden. Screeningsprogrammer som ligner det som er utviklet for denne studien, kan utgjøre en betydelig forskjell i det store bildet. Det vil kunne medføre at man identifiserer flere tilfeller av barnemishandling og dermed også forebygger ytterligere skade for barnet, samt langsiktige personlige og samfunnsmessige konsekvenser.

Oppsummering av vurderingen

Noter hovedpunkter fra den kritiske vurderingen du nettopp har gjort. Hva er din konklusjon om denne studien? Vil du bruke den til å endre praksis eller anbefale endringer i din organisasjon? Kan du på en god og rask måte iverksette tiltaket beskrevet i studien?

- Implementering av screeningsprogrammer som inkluderer opplæring av helsepersonell og bruk av spesifikke kartleggingsverktøy, kan bidra til å avdekke flere tilfeller av barnemishandling.
- Det er for lite fokus på arbeidsmetoder for å identifisere flere tilfeller av barnemishandling, og for lite kunnskap om hva som fungerer både på nasjonalt og internasjonalt nivå.
- Ved å sette søkelys på behovet for bedre metoder og økt kunnskap via utdanninger i helsesektoren (f.eks. sykepleierutdanningen), kan man også i større grad gjøre noe med utfordringen.
- Ved å understreke sosioøkonomiske konsekvenser vil kanskje politikerne åpne opp for større satsning på området, og kanskje regjeringen kan sette inn flere tiltak som f.eks. krav om screening for identifikasjon av barnemishandling i helsetjenesten.
- Som elever på bachelornivå, kan vi ikke annet enn å styrke dette behovet i vår oppgave og sette fokus på betydningen av slike programmer og verktøy. Vi kan også ta med oss all kunnskapen videre til fremtidige arbeidsplasser og fortsette å opplyse om barnemishandling.

Vi understreker at dette er våre konklusjoner og refleksjoner omkring studien. Vi har vurdert den opp mot nasjonal praksis og dratt linjer til tematikk belyst i bacheloroppgaven. Selv om vi er studenter på bachelornivå og ikke utgjør noe ekspertpanel, mener vi likevel at det er sterkt faglig hold i det som presenteres og at innhold grunner i både forskningsbasert kunnskap og kritisk vurdering av faglitteratur.

Sjekkliste for vurdering av en studie som tester en ny diagnostisk test

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler der de overordnede spørsmålene er:

- Kan du stole på resultatene?
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Dinpanah, H., Pasha, A. A. & Sanji, M. (2017). Potential Child Abuse Screening in Emergency Department; a Diagnostic Accuracy Study. *Emergency*, 5 (1), s.1-5.
<https://doi.org/10.22037/aaem.v5i1.111>

Sjekklisten er inspirert av «12 questions to help you make sense of a diagnostic test study» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2013; lest 09.03.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Kan du stole på resultatene?

1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI

Tips: Formålet, eller problemstillingen, bør inneholde informasjon om:

- populasjonen (personene studien handler om)
- testen som undersøkes
- konteksten
- utfallet

Studiens hensikt er å evaluere den diagnostiske nøyaktigheten av screeningsverktøyet Escape, benyttet under triage av pasienter som ankommer akuttmottaket. Det fremkommer tydelig i studien at det er en studie basert på praktisk prøvetaking. Studien var en prospektiv diagnostisk nøyaktighetsstudie som ble utført i en tidsperiode over 3 år (2011-2014), hvor 6120 barn under 16 år som besøkte akuttmottakene var inkludert i studien. Studien ble utført på akuttmottak ved sykehusene Shahid Beheshti og Amir Kola i Iran. Studien konkluderer med at Escape er et godt verktøy å bruke da nøyaktigheten måler 99,2%.

2. Var det en hensiktsmessig sammenlikning mellom den nye testen og en egnet referansetest?

 JA UKLART NEI

Tips: Er referansetesten den beste som finnes på området?

Det ble benyttet et barnemishandlingsteam (gullstandarden) som besto av en barnelege, en sosialarbeider og en rettsmedisiner. Teamet var blindet for resultatene av screeningen. Bekreftelse fra barnemishandlingsteamet ble ansett å være gullstandarden for å identifisere barn som var utsatt for barnemishandling.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Ble både den nye testen og referansetesten brukt på alle pasientene?

JA UKLART NEI

Tip:

- Fikk alle pasientene begge testene uavhengig av resultatet på den nye testen?
- Se på 2x2 tabell (bekreftelseskjevhet/verifikasjonsbias)

Alle barn som var inkludert i studien ble screenet under triage av sykepleiere ved bruk av den nye testen (Escape). Videre ble alle barna med behov for medisinsk hjelp undersøkt av lege. Legen var blindet for screeningsresultatene. På bakgrunn av mistanke om barnemishandling henviste legen barn videre til barnemishandlingsteamet («gulstandarna»).

4. Ble det utført en uavhengig, blindet sammenligning av den nye testen og referansetesten?

JA UKLART NEI

Tip:

- Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmål blindet? Uten blinding er det større risiko for bias (systematiske feil). Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?
- Ble testene utført uavhengig av hverandre?

Alle deltakerne ble screenet under triage. Screening ble utført uavhengig av mistanke eller ikke. Barn som trengte medisinsk oppfølging ble henvist til lege. Legen var blindet for screeningsresultatene. Dersom legen identifiserte barnemishandling ble barnemishandlingsteamet («gulstandarna») tilkalt. De var også blindet for resultatene fra screeningen. Gulstandarna ble utført uavhengig av screeningsresultatene.

5. Ble testen utprøvd på et pasientutvalg som ligner tilstrekkelig på populasjonen testen skal brukes på?

JA UKLART NEI

Tip:

- Er symptomer, sykdomsstadium/alvorlighetsgrad osv. for populasjonen og utvalget tydelig beskrevet?
- Er det tilstrekkelig variasjon i symptomer og alvorlighetsgrad av sykdom?

Testen ble utført på barn som ankommer akuttmottaket uavhengig av årsak til innleggelse. 6120 barn var inkludert i studien, noe som gir rom for et stort og variert symptombylde, samt varierende alvorlighetsgrad. Escape har som hensikt å bidra i helsepersonells beslutningsstøtte for å identifisere potensielle tilfeller av barnemishandling. Testen ble utført på barn, og er derfor representabel for populasjonen testen er ment for.

6. Er testprosedyrene detaljert nok beskrevet til at de kan gjentas andre steder?

JA UKLART NEI

Tip:

- Er kvaliteten på for eksempel biokjemiske analyser beskrevet?
- Er testens reproduserbarhet beskrevet?

Metoden og fremgangsmåten er godt redegjort for. Inklusjons og eksklusjonskriterier er beskrevet. Det er beskrevet hvordan datainnsamlingen er gjort. Ved innskriving ble alder, kjønn og bosted, samt hydreringsstatus registrert. Demest ble Escape fylt ut ved at sykepleieren stilte spørsmål til barnet eller deres foresatte. Tilfeller med ett eller flere positive svar ble ansett å være positivt screeningsresultat. Etter triage av sykepleieren ble pasienten undersøkt og behandlet av lege.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA UKLART NEI

Studien strekker seg over en relativt lang periode på 3 år. Det er 6120 barn inkludert i studien fordelt på flere sykehus, noe som tilsier at resultatene vil være generaliserbare. Referansetesten var blindet noe som styrker studiens troverdighet og gyldighet.

(B) Hva forteller resultatene?

7. Hva er resultatene?

Tips:

- Oppgir forfatterne sensitivitet og spesifisitet eller likelihood-ratioer?
- Skiller testen syke fra friske?

Studien tar for seg både kvantitative og kvalitative variabler. Kvantitative resultater ble rapportert som gjennomsnitt og standardavvik (SD), mens kvalitative resultater ble vist som frekvens og prosenttil. Forskerne beregner nøyaktigheten av Escape ved bruk av sensitivitet, spesifisitet, positive og negative sannsynlighetsforhold, positive og negative prediktive verdier, samt areal under «Receiver Operating Characteristic» (ROC)-kurven. Verdier er beregnet med 95 % CI. Alle verdier er redgjort for.

Testen viser til gode verdier og arealet under ROC-kurven er 99,2 %
Testen skiller syke fra friske .

8. Hvor presise er resultatene?

Tips: Er det oppgitt konfidensintervaller for egenskapene til testen, og hvor brede er de?

Konfidensintervall (95%CI) er oppgitt for de ulike elementene (spørsmålene) i testen, samt også for de ulike verdiene (f.eks spesifitet, sensitivitet, positiv likelihood ratio osv.).

Hvert av spørsmålene i testen (Escape) er presnetert ryddig i tabell (tabell1), med tilsvarende verdier og konfidensintervall.

Verdiene av sensitivitet, spesifisitet, positive likelihoodratio, negative likelihoodratio, positive prediktive verdier og negative prediktive verdier presenteres: 100 (87.6-100), 98.3 (97.9- 98.6), 25.5 (18.6-33.8), 100 (99.9-100), 0.34 (0.25-0.46), og 0 (0-NAN).

Intervallene som presneteres er korte og så vidt det fremkommer av studien er estimatet godt og resultatet presist målt.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

9. Er resultatene relevante for dine pasienter?

Tips: Vurder om, og i hvilken grad utvalgene (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis (f.eks. alder og kjønn)

Kilder brukt til å besvare kvalitetsoppgavene:

Husekk, S. (2018). Organisering og bruk av legevakt i Norge. I S. Husekk (Red.), Legevaktarbeid (2. utg., s. 40-50). Gyldendal.

JA UKLART NEI

Studiens deltakere er representative for praksis ved norsk legevakt. Barn i alderen 0-16 år var inkludert, samt alle kjønn var representert. Studiens resultater anses å være relevant for pasienter ved en norsk legevakt. Det var hovedvekt av små barn (1-4 år) som deltok i studien og målgruppen sammenfaller med den aldersgruppen man oftest ser på legevakten i det norske helsesystemet (Husekk 2020, s. 44).



10. Kan testen benyttes på ditt arbeidssted?

Tips:

- Er testen tilgjengelig?
- Finnes tilgjengelig kompetanse for å tolke testresultater?
- Er resultatene reproducerbare?
- Er det andre kostnader og ressurser som må vurderes?

JA UKLART NEI

Testen kan overføres til praksis og er spesielt aktuell for akutte helsetjenester som f.eks. legevakten, da konteksten ligner de man møter i de utenlandske akuttmottakene («Emergency Departments»). I Norge finnes det kompetanse på området (barnemishandling), og det er mulig å utføre en slik test, samt tolke resultatene. Det er dog viktig å påpeke at Iran kanskje ikke er like sammenlignbart med det norske helsevesen som andre vestlige land, med tanke på kultur og organisering. Det er ikke gjort noe kostnadsestimat, men det er sannsynlig at resultatene av forebyggende arbeid vil veie opp for kostnadene av studien.

11. Kan testen benyttes på dine pasienter?

Tips:

- Kan du anslå pre-test sannsynlighet for den aktuelle sykdom blant dine pasienter?
- Kan du beregne post-test sannsynlighet fra testresultatene?
- Vil testresultatet endre din strategi for videre diagnostikk eller behandling?

JA UKLART NEI

Det antas at 1 av 5 barn i Norge utsettes for barnemishandling (Barnemishandling, ungsoms- og familiedirektoratet, u.å.). Det er sannsynlig at mange av disse barna havner på legevakten for undersøkelse av skader som følge av barnemishandling. Det er vanskelig å estimere utfall ved bruk av Escape, men i henhold til resultatene i denne studien er det høy sannsynlighet for at flere tilfeller vil kunne identifiseres og at ytterligere vold vil kunne forebygges. Escape vil trolig kunne styrke sykepleierens beslutningsastøtte.

12. Vil dine pasienter ha nytte av testen?

Tips:

- Vil testresultatet kunne føre til bedre helse for pasienten?
- Vil testen endre pasienthåndteringen? Hva er konsekvensene av falske negative eller falske positive diagnoser?

JA UKLART NEI

Innføring av Escape vil kunne bidra til at flere tilfeller av barnemishandling identifiseres. Identifisering og forebygging er avgjørende for barnets helse, nasjonal folkehelse og samfunnsøkonomi. Dersom det er nok evidensbasert forskning som understøtter nyere/bedre metoder, er det sannsynlig at dagens pasienthåndtering vil revurderes. Falske negative resultater vil kunne medføre at barnemishandling ikke blir identifisert, noe som medfører langsiktige konsekvenser og i verste fall død. Falske positive resultater vil kunne medføre stor påkjenning for barn og pårørende.

Sjekkliste for vurdering av en kohortstudie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler der de overordnede spørsmålene er:

- Kan du stole på resultatene?
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister.

Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Louwens, E. C. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J. H., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moulaert, A-F. S. R., van den Elzen, A. P. M., Jongejan, M. H. T. M., Ruige, M., Manai, B. H. A. N., Looman, C. W. N., 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*, 130 (3), 457-464.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-3527>

Inspirert av «12 questions to help you make sense of cohort study» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2013; lest 18.10.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Kan du stole på resultatene?

1) Er formålet med studien klart formulert?

JA UKLART NEI

Tips:

Formålet bør være klart formulert med hensyn til

- populasjon (personene studien handler om)
- eksponering (f.eks. risikofaktorer)
- utfall
- om det klart fremgår hvorvidt studien forsøkte å finne en positiv eller negativ effekt (sammenheng)

Hensikten med denne studien var å undersøke om innføring av screening og oppløring av sykepleiere i akuttmottak kan øke deteksjonsrate for barnemishandling.

Populasjon: Data ble samlet inn fra 7 sykehus med tilhørende akuttavdelinger. Totalt 104 028 barn i alderen 0-18 år ble inkludert i studien. Gjennomsnittsalderen på de inkluderte barna var 7,2 år. Studien varte fra februar 2008 til desember 2009.

Utfall: Deteksjonsraten var fem ganger høyere hos de barna som ble screenet enn hos de som ikke ble screenet. (0,5 % mot 0,1 %, $P < 0,001$).

Det kan virke som at forskerne forsøker å finne en positiv effekt, tatt hensikten med studien i betraktning.



2) Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?

JA UKLART NEI

Tips: Se etter seleksjonsskjevhet (eng. selection bias) som kan begrense mulighetene for å generalisere funnene:

- Var kohorten (gruppen som ble studert) representativ for en definert populasjon (f.eks. befolkningsgruppe)?
- Var det noe spesielt med personene i kohorten?

Gruppen som ble studert var alle barn i alderen 0-18 år som besøkte akuttmottakene under studieperioden. Siden studien omhandler vold mot barn, vil målgruppen 0-18 år være representativ for populasjonen som undersøkes.

Av alle barna var 56% menn og 44% kvinner, men dette begrenser trolig ikke generaliseringen av funnene. Videre fremkommer det at 49% hadde et kirurgisk problem. Det kommer ikke frem om dette kan ha påvirket studien, men det kan tenkes at disse måtte behandles mer akutt (f.eks. kirurgisk inngrep) og at de derfor ikke ble observert og screenet på lik linje som andre barn ved mistanke om barnemishandling.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3) Ble eksponeringen presist målt?

JA UKLART NEI

Tips:

- Er det måleskjevhet?
 - Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder?
 - Er målemetodene pålitelige (valide)?
- Er det klassifiseringskjevhet?
 - Ble det brukt samme måte for å klassifisere personene til de ulike eksponeringsgruppene?

X2 –test (A chi-squared test) ble benyttet for å sammenlikne kategoriske variabler mellom mistenkte tilfeller og ikke mistenkte tilfeller. Statistisk signifikans ble definert som $P < 0,05$, og programvarepakken SPSS 17.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) og R 2.7.1 (R Development Core Team, Wien, Østerrike) ble brukt til analysen. Videre ble effekten av screeningsrate og intervensjoner beregnet ved bruk av avbrutt tidsserie analyser. Alle de inkluderte sykehusene regnet ut odds ratio (OR) for påvist barnemishandling hos barn som var screenet. Samt en samlet OR.



4) Ble utfallet presist målt?

JA UKLART NEI

Tips:

- Er det måleskjevhet?
 - Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder?
 - Er målemetodene pålitelige (valide)?
 - Var personene i kohorten og/eller de som målte utfallet blindet med hensyn til hvem som var eksponert? Uten blinding er det større risiko for bias (systematiske feil), særlig for subjektive utfallsmål som f.eks. smerte eller tilfredshet. Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?
- Er det klassifiseringskjevhet?
 - Er det etablert et godt system for å fange opp alle utfall (eks. sykdomstilfeller)?
 - Ble samme målemetode brukt i alle gruppene?

Det ble brukt objektive målemetoder. Målemetoden de har benyttet er avbrutt tidsserie analyse. Det er et måleverktøy for å kunne si noe om effekten av noe før, under og etter implementering. X2 -test ble brukt for å sammenlikne kategoriske variabler mellom de barna som gikk under kategorien "mistenkt for å være utsatt for overgrep" og de som var i kategorien "ikke mistenkt for å være utsatt for overgrep". Det fremkommer ikke i studien om kohorten eller om de som utførte studien er blindet. Fordi denne studien ønsker å se på effekten av innføring av Escape og opplæring av personalet vil trolig ikke manglende blinding påvirke resultatene. Alle barn i alderen 0-18 år som ankom akuttmottakene i studiene ble inkludert og dermed også alle mulige tilstander, sykdommer og skader. Alle mistenkte tilfeller av barnemishandling ble screenet på samme måte og resultater målt/analysert på likt vis.

5) Forvekslingsfaktorer

a) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?

JA UKLART NEI

Tips: Aktuelle forvekslingsfaktorer (eng. confounding factors) kan være genetiske, miljømessige eller sosioøkonomiske. Nevn eventuelle forvekslingsfaktorer som ikke er gjort rede for i artikkelen.

Forvekslingsfaktorer er identifisert og nevnes som studiens eksklusjonskriterier:

- Barn som ble mistenkt for å være utsatt for barnemishandling, men der det var varslet om overgrep før ankomst til akuttmottaket.
- Alkoholrus.
- Selvmordsforsøk.
- Skade påført av fremmede eller jevnaldrende barn.

Andre faktorer vi mener kan være viktige faktorer er miljømessige eller økonomiske ulikheter i de ulike akuttmottakene, samt ekspertisen som var tilgjengelig på de ulike akuttmottakene ved studiestart.

b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?

Tips: Se etter restriksjoner i design eller teknikker, f.eks. stratifisering, regresjons- eller sensitivitetsanalyse, som er brukt for å kontrollere, korrigere eller justere for forvekslingsfaktorer.

JA UKLART NEI

De har brukt avbrutt tidsserieanalyse som gjør det mulig å bearbeide resultater av intervensjonen for screenings- og deteksjonsfrekvensen underveis, ved å tillate plutselige endringer og også ved å tillate en forskjell i trend før og etter intervensjonen.

6) Oppfølging

a) Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?

Tips:

- Var det få som falt fra?
- Var frafallet likt fordelt i de ulike gruppene?
- Skiller de som falt fra seg fra de som ble fulgt opp og analysert i studien?

JA UKLART NEI

Totalt 104 028 besøk ved akuttmottakene var inkludert i studien. Av disse ble 37 404 (36%) barn screenet. Studien påpeker at det optimale ville vært å få en screeningskår på 100%, men at dette ikke er realistisk ved en akuttavdeling da det er barrierer som tidspres, mangel på opplæring, mangel på kunnskap og hos noen mangel på motivasjon for å utføre screening. Det er også naturlig å påpeke at det kanskje ikke vil være av relevans å screene ALLE barn, siden noen barn åpenbart ankommer med skade/sykdom som ikke angår barnemishandling. 36% kan på den måte være et godt screeningsrate-resultat tatt i betraktning den store mengden barn som ble inkludert i studien, samt akuttmottakenes kontekstuelle utfordringer som nevnt tidligere. Videre fremkommer det at av de 37 404 barna som ble screenet, var det 306 som ble screenet positive, hvorav 243 ble rangert av et ekspertpanel som

b) Ble personene fulgt opp lenge nok?

Tips: Det må ha gått lang nok tid for eventuelle positive og negative utfall til å oppstå

JA UKLART NEI

Studien varte i 23 måneder. Dette er en relativt lang studieperiode som gir rom for både positive og negative utfall til å oppstå.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

7) Hva er resultatene i denne studien?

Tips:

- Hva er hovedresultatet?
- Hvor sterk er sammenhengen (eng. association) mellom eksponering og utfall (se på Risk Ratio RR)?
- Hva er den absolutte risikoreduksjonen (ARR)?

Hovedresultatet i denne studien var at av de totalt 104 028 barna som besøkte de 7 akuttmottakene som var inkludert i studien, ble 37 404 (36%) screenet. Av disse 37 404 ble 243 (0,2%) definert som mistenkte tilfeller av barnemishandling. Av disse 243 var gjennomsnittsalderen på barna 4,7 år.

Screeningsraten økte samlet sett for alle 7 sykehusene fra 20% (februar 2008) til 67% (desember 2009).

Screeningsraten for intervensjonskohorten økte fra 14% til 69%. Det var en forløpling i forhold til kontrollsykehusene som hadde en screeningsrate fra 35% til 63%. +

8) Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?

Tips: Se på

- P-verdien
- Bredden av konfidensintervallet

P-verdien for screeningsrate og deteksjonsrate var begge = $P < 0,001$

95% KI= 3,58-6,68

Samlet Odds Ratio for de 7 inkluderte akuttmottak var 4,88

Deteksjonsraten var signifikant høyere blant de barna som ble screenet versus de som ikke ble screenet for barnemishandling. (0,5% vs. 0,1%, $P < 0,001$). +

9) Tror du på resultatene?

Tips:

- Store effekter er vanskelige å se bort fra
- Kan resultatene skyldes skjevhet, tilfeldige feil eller forveksling?
- Har designet og metodene i studien så mange feil at resultatene ikke er til å stole på?
- Vurder mot [Bradford Hill-kriteriene*](https://en.wikipedia.org/wiki/Bradford_Hill_criteria) (f.eks. tidsrelasjon, dose-respons, biologisk gradient, konsistens)

*https://en.wikipedia.org/wiki/Bradford_Hill_criteria

JA UKLART NEI

Ja, studien fremstår troverdig. Studien er gjort over en relativt lang periode, 23 måneder. Resultatene kan generaliseres til ulike akuttavdelinger, med 7 avdelinger representert. Studien har tatt høyde for begrensninger som følger med det høye tempoet ved akuttavdelinger, mangel på kunnskap, samt mangel på motivasjon. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er beskrevet og styrker studien ved at deriblant forhåndsinnmelte tilfeller av barnemishandling ekskluderes for å få et mer nøyaktig mål av effektiviteten til Escape.

Begrensninger ved studien var at det var en mulighet for overstimulering av faktiske tilfeller (falske positive resultater). Det kommer heller ikke frem hvor mange falske negative tilfeller det var blant de barna som ikke var mistenkt for å være utsatt for barnemishandling. Dette har forskerne selv redegjort for i studien.

Andre styrker var et høyt antall inkluderte barn (104 028), og en screeningsrate på 36% som anses som sannsynlig. P-verdien er $< 0,001$, noe som viser at studien er statistisk signifikant. Dette gjør resultatene troverdig.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10) Kan resultatene overføres til praksis?

JA UKLART NEI

Tips:

- Vurder om personene i studien er annerledes enn personene du møter i praksis
- Er de lokale forholdene forskjellige fra stedet der studien ble gjort?

Studien belyser effekten av screening og økt kunnskapsnivå blant helsepersonell ved akuttmottak. Resultatene er positive for både screening og undervisning av helsepersonell om temaet barnemishandling. Barna som ble inkludert i denne studien er representative for barn ved norsk legevakt. Videre anses utenlandske akuttmottak («Emergency Departments») som overførbare til det norske helsevesenets «legevakt». Da funksjonen til akuttmottakene på mange områder er like funksjonene til norske legevakten (Se punkt 1.5.2 «Legevakt» under begrepsavklaring for mer info.).

11) Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra annen forskning?

JA UKLART NEI

Tips: Vurder andre tilgjengelige studier som systematiske oversikter, randomiserte kontrollerte studier, kaskontrollstudier og andre kohortstudier – er det sammenfallende resultater eller sammenhenger?

Ja, resultatene sammenfaller med resultater fra annen forskning. Det er gjort flere studier på effekten av screeningsverktøyet Escape, samt screening i kombinasjon med opplæringsøkt. Studiene viser til signifikant økning i å gjenkjenne barnemishandling, samt økt screeningsrate som igjen fører til flere oppdagede tilfeller. Av artikler å nevne er blant annet Dinpanah et al. (2017) og Louwers et al. (2014), referert til i

Viktig!

En enkelt observasjonsstudie, f.eks. kaskontrollstudie, gir sjelden tilstrekkelig kunnskap til å anbefale endringer i praksis. For spørsmål om årsak og prognose er imidlertid observasjonsstudier det beste studiedesignet.

Tilliten til resultatet fra en observasjonsstudie vil bli styrket hvis et eller flere av disse kriteriene oppfylles:

- det er en stor effekt
- alle forvekslingsfaktorer ville redusere effekt
- det er en klar dose-responsgradient

For mer informasjon, se:

Factors that can increase the quality of the evidence. I: GRADE Handbook [Internet]. GRADE Working Group. Updated October 2013. Tilgjengelig fra: <http://edt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html#h.evd531rvlwaj>

Vedlegg 4.

Sjekkliste for vurdering av en kohortstudie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler der de overordnede spørsmålene er:

- ♣ Kan du stole på resultatene?
- ♣ Hva forteller resultatene?
- ♣ Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Louwers, E. C. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Ruijs, M., van den Elzen, A. P. M., 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>

Inspirert av «12 questions to help you make sense of cohort study» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [opdatert 2013; lest 18.10.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Kan du stole på resultatene?

1) Er formålet med studien klart formulert?

- JA
 UKLART
 NEI

Tips:

Formålet bør være klart formulert med hensyn til

- populasjon (personene studien handler om)
- eksponering (f.eks. risikofaktorer)
- utfall
- om det klart fremgår hvorvidt studien forsøkte å finne en positiv eller negativ effekt (sammenheng)

Kommentar:

Ja det er klart formulert at studien ble designet for å måle nøyaktigheten av et screeningsinstrument (Escape) i akuttavdelinger ved hjelp av ekspertpaneler. Muligheten for å kunne minimere byrden ved å fullføre instrumentet samtidig som man bevarte sensitivitet og spesifisitet ble også undersøkt.

Populasjon: Det fremkommer hvem studien omhandler (populasjon), og settingen for studien blir presentert. Studien sentreres omkring barn i alderen 0-18 år, som benyttet tre utvalgte akuttmottak i Nederland under den gitte studieperioden.

Intervensjon: Escape-instrumentet ble implementert ved de deltagende akuttmottakene og skulle brukes på barn som benyttet akuttmottaket. Data ble innsamlet fra Escape-instrumentet over en studieperiode på 18md. De kliniske notatene og konklusjonene av screeningsinstrumentet til alle potensielt misbrukte barn som var blitt rapportert til sykehusenes barnemisbruksteam (Child Abuse Team) ble samlet inn og gjennomgått av et ekspertpanel.

Sammenligning og sammenheng: Data fra de tre ulike akuttavdelingene ble samlet inn og man forsøkte å fastslå om det var noen enhetlig utfall (definisjon/sammenheng) på tvers av avdelingene.

Chi-kvadrat-tester ble brukt til å sammenligne kategoriske variabler for barn som ble klassifiserte som potensielle tilfeller av barnemishandling og de som ikke gjorde det.

Utfall: For å validere Escape-instrumentet ble dataene brukt til å begrene både sensitivitet, spesifisitet og positive- og negative prediktive verdier. Forskerne var opptatt av å finne ut om screeningsinstrumentet var nøyaktig nok til å inkludere flest mulig av potensielle tilfeller av barnemishandling/omsorgssvikt.

2) Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?

- JA
 UKLART
 NEI

Tips: Se etter seleksjonsskjevhet (eng. selection bias) som kan begrense mulighetene for å generalisere funnene:

- Var kohorten (gruppen som ble studert) representativ for en definert populasjon (f.eks. befolkningsgruppe)?
- Var det noe spesielt med personene i kohorten?

Kommentar:

Kohorten var representativ for populasjonen.

Populasjonen i denne studien er barn som ankommer akuttmottak. Barn angis her som individer i alderen 0-18år. I løpet av en 18 måneder lang studieperiode ble de tre akuttmottakene besøkt av totalt 38 136 barn i alderen 0-18 år. Av disse ble totalt 18 275 (48 %) screenet for å vurdere nøyaktigheten av Escape-instrumentet. Den eksponerende gruppen ble valgt utifra samme populasjon som de ikke-eksponerende.

Studien ble godkjent av den medisinske etiske komiteen ved Erasmus MC (MEC-2007-195).

Personene i gruppen ble utvalgt på grunnlag av åtte inklusjonskriterier og fire eksklusjonskriterier som ble formulert av forskerne på bakgrunn av en definisjon av barnemishandling hentet fra den Nederlandske ungdomsloven 2010. Dersom en fagperson indikerte at en fra populasjonen (ett av barna) hadde ett eller flere av eksklusjonskriteriene, ble barnet ekskludert. Dersom en fagperson indikerte at en fra populasjonen (ett av barna) hadde ett eller flere av inklusionskriteriene, ble barnet inkludert. Et barn ble også ekskludert fra listen dersom både inklusjons- og eksklusjonskriterier var tilstede.

Kjennetegn på personer i kohorten blir tydelig presenter i tabell (tabell 1).

Skal du fortsette vurderingen?

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

- JA
 NEI

3) Ble eksponeringen presist målt?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er det måleskjevhet?
 - Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder?
 - Er målemetodene pålitelige (valide)?
- Er det klassifiseringsskjevhet?
 - Ble det brukt samme måte for å klassifisere personene til de ulike eksponeringsgruppene?

Kommentar:

Forskerne validerte et screeningsinstrument (Escape) ved hjelp av et ekspertpanel.

Helsepersonell skulle benytte Escape i praksis og de måtte på den måte gå igjennom spørsmålene i instrumentet (1-6) og avgjøre svarene selv. Ergo: svarene på testene er på mange måter subjektive (basert på fagpersoners individuelle synspunkter, observasjoner) . Likevel er jo selve instrumentet likt for alle og skal være en guide til screeningsprosessen, - som gjør at trinnene i Escape er lik for alle.

Målemetoden er pålitelig med tanke på at forskerne har trukket inn ulike fagpersoner for de ulike oppgavene i forskningsprosessen og sørget for at flere synspunkter får plass. Det var for eksempel hovedsakelig sykepleiere som utføre Escape-instrumentet, mens leger avgjorde potensiell mishandling på bakgrunn av trjagen fra sykepleier, og et eget ekspertpanel analyserte og klassifiserte dataene.

De har også formulert eksklusjonskriterier og inklusjonskriterier for å skille ut barn i populasjonen som ikke var av interesse for deres studie.

De benyttet lik måte for å komme frem til klassifisering av kjennetegn på barn som besøkte de ulike akuttmottakene, og kategoriserte de etter «screenede» og «ikke- screenede» barn.

Klassifiseringen er gjort på bakgrunn av ekspertpanelets gjennomgang av de kliniske notatene og ulike kjennetegn ble identifisert og illustrert oversiktlig i tabell (tabell 1).

4) Ble utfallet presist målt?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er det måleskjevhet?

- Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder?
- Er målemetodene pålitelige (valide)?
- Var personene i kohorten og/eller de som målte utfallet blindet med hensyn til hvem som var eksponert?

Uten blinding er det større risiko for bias (systematiske feil), særlig for subjektive utfallsmål som f.eks. smerte eller tilfredshet. Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

- Er det klassifiseringskjevhet?

- Er det etablert et godt system for å fange opp alle utfall (eks. sykdomstilfeller)?
- Ble samme målemetode brukt i alle gruppene?

Kommentar:

Det står ikke noe ordrett om dette med *blinding*. Men ekspertpanelet analyserte dataene uavhengig av fagpersonellet som hadde utført screeningen av barna i akuttmottakene. Det var heller ingen kobling mellom ekspertpanelet og barna som ble screenet. De ulike akuttmottakene fremstår også som uavhengig av hverandre, noe som var viktig da de skulle sammenligne resultatene fra de ulike akuttmottakene og se etter sammenfallende utfall/resultater.

Utfallet ble presist målt med tanke på forskernes avgrensinger og i henhold til deres mål med studien.

Forskerne har også inkludert falske positive og falske negative svar bland kohorten som ble screenet, samt identifisert potensielle tilfeller av barnemishandling bland de «ikke-screenede barna». På den måte fanget de opp alle utfall innenfor populasjonen, også utenfor den gruppen de ønsket å detektere.

Lik metode ble benyttet for analyse av innhentede data.

5) Forvekslingsfaktorer

a) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?

JA

UKLART

NEI

Tips: Aktuelle forvekslingsfaktorer (eng. confounding factors) kan være genetiske, miljømessige eller sosioøkonomiske. Nevn eventuelle forvekslingsfaktorer som ikke er gjort rede for i artikkelen.

Kommentar:

Forfatterne har gjort rede for en del mulige faktorer som kan påvirke resultatet.

De erkjenner at tidspress er en faktor som kan medføre at screeningen ikke finner sted, eller ikke blir utført korrekt. Arbeidskontekst blir også trukket frem som et forstyrrende element da det å arbeide i et akuttmottak medfører høy turnover av pasienter, høyt arbeidstempo og stort press. Videre fremkommer det at screening av yngre barn oftere ble utført enn screening av de eldre barn og at de eldre oftere ble henvist til videre behandling. Dette legger de frem uten å gå nærmere inn på årsakene til dette (er det tilfeldig? kan ha noe med at man antar de eldre barna klarer seg bedre selv? Vil eldre barn skjule skaden sin bedre enn de yngre?). Her kunne det vært fint med en utdypning, så man forstår om dette skyldes.

Forskerne går ikke inn på om barnas miljø, genetiske faktorer og/eller sosioøkonomiske status kan påvirke hvilke av barna som er i risikozonen for misbruk og heller ikke om slike faktorer påvirker fagpersonene bevisst/ubevisst til å avgjøre hvem av barna som ble screenet og hvem som ikke ble screenet. Førstnevnte vil ikke påvirke resultatet av studien da det ikke er relevant for hensikten med forskningen, men sistnevnte kan påvirke resultatet med tanke på screeningsraten av den totale populasjonen.

b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?

JA

UKLART

NEI

Tips: Se etter restriksjoner i design eller teknikker, f.eks. stratifisering, regresjons- eller sensitivitetsanalyse, som er brukt for å kontrollere, korrigere eller justere for forvekslingsfaktorer.

Kommentar:

Forfatterne har brukt en logisk regresjonsmodell for å evaluere resultatene. Og har selv påpekt både positive og negative faktorer av resultater.

6) Oppfølging

a) Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?

JA

UKLART

NEI

- Var det få som falt fra?
- Var frafallet likt fordelt i de ulike gruppene?
- Skiller de som falt fra seg fra de som ble fulgt opp og analysert i studien?

Kommentar:

Det var ens stor gruppe (total populasjon) som ble inkludert i studien (totalt 38 136 barn), og selv om de var interessert i de «screenede» barna, tok de med resultater fra de «ikke-screenede» barna også. De påpeker at det var hovedvekt av mindre barn som ble screenet, mens den ikke-screenede gruppen hovedsakelig bestod av eldre barn.

De fremstiller resultatene i et flytskjema (figur 2), på en oversiktlig måte, hvor det kommer tydelig frem antall «screenende» og «ikke-screenede» barn, samt potensielle positive og negative tilfeller i begge kategorier.

b) Ble personene fulgt opp lenge nok?

- JA
- UKLART
- NEI

Tips: Det må ha gått lang nok tid for eventuelle positive og negative utfall til å oppstå.

Kommentar:

Studien varte i 18md, men forskerne påpeker at barna som ble anslått til å være «potensielle positive tilfeller», ikke ble fulgt opp lenge nok til å stadfeste frekvensen av «sanne positive tilfeller» og dermed var det vanskelig å bekrefte nøyaktigheten av screenings-instrumentet.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

- JA
- UKLART
- NEI

(B) Hva er resultatene?

7) Hva er resultatene i denne studien?

Tips:

- Hva er hovedresultatet?
- Hvor sterk er sammenhengen (eng. association) mellom eksponering og utfall (se på Risk Ratio RR)?
- Hva er den absolutte risikoreduksjonen (ARR)?

Kommentar:

Escape-instrumentet viste seg å være nyttig for å støtte helsepersonell som arbeider i akuttmottak i å identifisere barn med høy risiko for potensiell barnemishandling. Resultatene viste at tilfeller av potensiell barnemishandling var signifikant mer sannsynlig å ha hatt minst ett avvikende svar på screeningen (og dermed screenet som positive tilfeller), sammenlignet med total populasjon.

Sensitiviteten for Escape-instrumentet var på 0,88 og spesifisiteten på 0,98, og det positive sannsynlighetsforholdet (LR+) var på 40, mens det negative sannsynlighetsforholdet (LR-) var på 0,20. Med andre ord indikerer resultatene at ikke alle potensielle tilfeller av barnemishandling ble oppdaget selv om Escape-instrumentet screenet positivt, men at dersom Escape-instrumentet viste negativt resultat (screenet negativt) var det med stor sannsynlighet «sanne negative» tilfeller (altså barnemishandling var lite sannsynlig da Escape-instrumentet var negativt).

Forskerne fant også at det var høy korrelasjon mellom prediktorene og at de fleste av elementene i Escape var nyttig å ha med i screeningen. Det fremkommer dog at element (spørsmål) 1 og 4 ikke resulterte i noe høyere detekteringsrate på totalt nivå (så disse elementene kunne potensielt blitt fjernet), men at de punktene ikke stjal så mye tid uansett. Element 5 i screeningsundersøkelsen inkluderer en fullstendig undersøkelse av barnet («fra topp til tå») og krever tid. Dette elementet hadde lav sensitivitet og burde derfor revurderes og ev. fjernes fra Escape-instrumentet for å spare tid. Det diskuteres om hvorvidt den lave sensitiviteten er relatert til ufullstendige undersøkelser/mangelfull kompetanse eller om den faktisk bare har lav sensitivitet og ikke bidrar så mye på den totale sensitiviteten.

Forskerne nevner ikke RR i sin studie, men benytter univariat regresjonsanalyse blant annet for å vise sammenhengen mellom potensielt misbrukte barn og utfall på ett eller flere elementer (spørsmål) av Escape-instrumentet, og viser til odds ratio i den forbindelse; potensielt misbrukte barn var signifikant mer sannsynlig å ha et avvikende svar på minst ett av punktene, OR (odds ratio)= 189,8, 95% KI: 97,3-370,4.

ARR blir ikke nevnt.

8) Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?

Tips: Se på

- P-verdien
- Bredden av konfidensintervallet

Kommentar:

De fremstår troverdige og presise.

P verdi ble definert som $< 0,05$, ergo; den var statistisk signifikant.

KI er satt til 95% og bredden er 97,3-370,4.

Resultatene fremstår presise nok til å kunne trekke en konklusjon og til å vurdere Escape instrumentet som nyttig i detekteringen av barnemishandling.

9) Tror du på resultatene?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Store effekter er vanskelige å se bort fra
- Kan resultatene skyldes skjevhet, tilfeldige feil eller forveksling?
- Har designet og metodene i studien så mange feil at resultatene ikke er til å stole på?
- Vurder mot [Bradford Hill-kriteriene](#)* (f.eks. tidsrelasjon, dose-respons, [biologisk gradient](#), konsistens)

*https://en.wikipedia.org/wiki/Bradford_Hill_criteria

Kommentar:

Resultatene er til å stole på. Det er sammenheng mellom forskernes presentasjon av resultatene og tabellene med illustrert data. Analysen og de univariate sammenligningene er presentert oversiktlig i tabeller og tallene samsvarer med de som er presentert i løpende tekst. Verdiene av sensitivitet, spesifisitet og LR +/LR- (likelihood ratio) som presenteres i resultat-delen er basert på innhentede data som er illustrert i figurer og tabeller, og utregningene er korrekte.

Forskerne presenterer både styrker og begrensninger ved studien og relaterer de opp mot funn (resultatene).

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10) Kan resultatene overføres til praksis?

- JA
 UKLART
 NEI

Tips:

- Vurder om personene i studien er annerledes enn personene du møter i praksis
- Er de lokale forholdene forskjellige fra stedet der studien ble gjort?

Kommentar:

Studien er i høyst grad relevant for klinisk praksis da den tar for seg et screenings-instrument som kan hjelpe helsepersonell med å avdekke vold mot barn. Denne studien har sett på nøyaktigheten av verktøyet og formidler at det er nøyaktig nok til å kunne avdekke flere tilfeller av barnemishandling, enn om man ikke hadde brukt screening.

Studien ble gjort i tre ulike akuttmottak i Nederland. Da settingen på de fleste akuttmottak er ganske likt (høy tempo, stor turnover av pasienter, tidspress), vil den kunne generaliseres.

11) Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra annen forskning?

- JA
 UKLART
 NEI

Tips: Vurder andre tilgjengelige studier som systematiske oversikter, randomiserte kontrollerte studier, kaskontrollstudier og andre kohortstudier – er det sammenfallende resultater eller sammenhenger?

Kommentar:

Ja resultatene sammenfaller med resultater fra flere lignende studier.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: [Critical Appraisal Skills Programme \(2018\). CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research.](https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/) <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Tivvagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A. & Bechtel, K. (2015). Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine: An International Journal*, 66(5), 447-454.
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Hensikten var å undersøke ansattes erfaringer med screening og rapportering, samt å identifisere barrierer og tilretteleggere for å oppdage barnemishandling i generelle akuttmottak.

Ja, det fremkommer tydelig i studien at formålet er å detektere de ansattes erfaringer med screening og rapportering av barnemishandling på generelle akuttmottak. Dette for å identifisere barrierer og tilretteleggere for oppdagelse av barnemishandling/omsorgssvikt i akuttmottak.

Forskerne ønsket svar på dette temaet fordi helsepersonell ofte mislykkes i å identifisere barnemishandling og/eller mislykkes i rapporteringsprosessen. Det å forstå årsakene bak underreportering av barnemishandling, samt identifisere tilretteleggere for rapportering, er nødvendig for å kunne forbedre anerkjennelsen blant helsepersonell. Dette vil også kunne bidra til å lettere gjenkjenne og rapportere mistanke om barnemishandling.

Studien er relevant for sykepleiere på legevakten og i andre akutte helsetjenester, fordi den understreker betydningen av å identifisere helsepersonellens barrierer og tilretteleggere for screening og deteksjon av barnemishandling. Forskningsartikkelen kan på den måte hjelpe oss å forstå hvilke barrierer som foreligger for screening og rapportering av barnemishandling, samt hvordan man kan tilrettelegge for en mer rutinebasert prosess der man oftere screener og rapporterer. Slik vil flere barn som er utsatt for fysisk vold kunne bli oppdaget og hjulpet.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer er brukt for å forstå helsepersonells *erfaringer og opplevelser* med å gjenkjenne og rapportere barnemishandling i generelle akuttmottak. Intervjuene var individuelle og ga derfor innsikt i de enkelte fagpersoners standpunkter og opplevelser på temaet.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Utformingen av studien er hensiktsmessig for å besvare forskningsspørsmålet. De benyttet kvalitativt forskningsdesign med 29 individuelle intervjuer for å forstå helsepersonells erfaringer og opplevelser med barnemishandling. De har brukt en intervjuguide med åpne spørsmål for å gi rom for subjektive perspektiver. Forskerne var interesserte i å utforske og identifisere barrierer og tilretteleggere som forekommer blant helsepersonell ved akuttmottak, for å gjenkjenne og rapportere barnemishandling. Helsepersonell som ble intervjuet var av ulik klinisk bakgrunn og hadde ulik erfaring: 16 sykepleiere, 9 leger og 4 legeassistenter. Medianen på erfaringslengden blant leger og legeassistenter var på 7 år, mens blant sykepleiere var det 12,5 år. Gjennomsnittlig lengde på intervjuene var 17 minutter.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder og sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Det er gjort rede for hvem som er valgt ut, både intervjuobjekter og informasjon om akuttmottakene inngår i studien (antall besøkende og antall pediatriske pasienter), samt informasjon om kontakt med tertiæromsorg). Forskerne har gjort et utvalg av deltagere (intervjuobjekter) på bakgrunn av deres særegne arbeidskontekst (at de arbeider i akuttmottak). Det er gjort rede for utvalgsstrategi hvorav de både brukte 1. målrettet prøvetaking og 2. «snowball sampling» (snøballprøvetaking).

1. De rekrutterte helsepersonell etter å ha identifisert hvem som nylig hadde evaluert og behandlet barn som potensielt var blitt utsatt for barnemishandling, som hadde ulik erfaring og med ulike roller i akuttmottaket, og som var villig til å delta i forskningen.

2. De rekrutterte deltagere gjennom de eksisterende deltagerne, som pekte ut mulige deltagere av sine kollegaer.

De diskuterer utvalget og hvorfor noen ikke deltok:

De rekrutterte totalt 40stk, hvorav flertallet ble rekruttert gjennom e-post, og resterende via personlig kontakt. 11stk deltok ikke i studien; hvorav 10stk ikke besvarte forespørselen tilsendt på [mail](#), og 1 person måtte trekke seg pga. kliniske oppgaver.

Videre har forskerne også beskrevet karakteristika ved utvalget; faglig kompetanse, erfaring (angitt i median-år per fagområde) og enkelte oppgaver. Det er ikke påpekt noen spesifikk alder for de ulike deltagerne, men de påpeker at de har benyttet både eldre og yngre kandidater innenfor de ulike fagområdene.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og [generere](#) fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, [video](#), notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Som nevnt i punkt 4., er settingen for datainnsamlingen begrunnet.

Det kommer tydelig frem hva slags metode som er brukt (semistrukturerte intervjuer, individuelle) og forskerne belyser også styrker og begrensinger ved valgt metode (se punkt 3.)

Intervjuguiden er beskrevet nøye og det [fremkommer](#) at de også reviderte intervjuguiden inntil tre ganger for å avklare nøkkelspørsmålene. Det vedliggjer en figur (figur 1) som viser til den endelige versjonen av intervjuguiden. Forskerne forklarer at to etterforskere med erfaring innenfor kvalitative intervjuer gjennomførte hvert intervju i samsvar med intervjuguiden. Vi tenker det er positivt at ikke for mange intervjuere var innblandet, da det kan medføre ulike tilnærminger i intervjuet (subjektive fremgangsmåter) og påvirke resultatene.

Videre forklarer forskerne at det ble gjort opptak av intervjuene og at de ble transkribert ordrett. Identifikasjonsinformasjon ble fjernet fra transkripsjonene før gjennomgang av forskerteamet.

- Forskerteamet kodet transkripsjoner av intervjuene og samlet koder i temaer i etterkant av intervjuene.
- Datainnsamlingen og analysene fortsatte frem til tematisk metning var oppnådd. Tematisk metning var oppnådd allerede etter 18 intervjuer, men intervjuene ble gjennomført forbi metningspunktet.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - utforming av problemstilling
 - datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Forskerne har de inkludert utvalgsstrategi og valg av setting. De påpeker hvorfor de valgte akuttmottak fra ulike regioner i staten Connecticut, og de begrunner hvorfor de mener helsepersonell som arbeider i slike generelle akuttmottak er gode kilder til forskningen. De diskuterer også motargumenter for dette og hvordan dette kan svekke deres studie. Med andre ord; de både belyser styrker og begrensinger ved valg av setting og intervjuobjekter.

Analysen og funn presenteres og de går også inn på svakheter og styrker her. De peker på svakheter/styrker ved individuelle intervjuer fremfor gruppeintervjuer, samt påpeker at intervjuene er sammensatt av rike narrativer, men at de representerer subjektive oppfatninger og på den måte ikke setter lys på objektive observasjoner i klinisk praksis.

De forklarer sin rolle via metoddelen, men sier lite om dette egen påvirkning/forutinntatthet.

Forskerne har revidert intervjurunden underveis ettersom nye innspill og tematikk dukket opp og forklarer dette i sin studie.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Det kommer ikke helt tydelig frem at forskerne har forklart deltagerne i detalj om forskningen, men på en annen side fremkommer det at de har rekruttert deltagere via snøballprøvetaking og at i denne prosessen ble eksisterende deltagere bedt om å identifisere aktuelle intervjuobjekter med egenskaper som forskerne av studien så etter. Ergo; de må ha fått en del informasjon om forskningen for å kunne gjøre dette. Det burde likevel vært belyst tydeligere at intervjuobjektene ble informert om forskningen i forkant og ev. hva slags informasjon som ble gitt.

Forskerne innhentet godkjenning fra institusjonell vurderingsstyre ved Yale University og fra hvert av de deltakende sykehusene, samt muntlig samtykke fra deltakerne, før hvert intervju. All identifikasjonsinformasjon ble fjernet fra transkripsjonene før gjennomgang.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det kommer frem at forskerne har revidert intervjugudien i tråd med «grounded theory».

Videre forklarer forskerne den primære dataanalysen; Et forskerteam bestående av 2 pediatriske akuttleger, 1 pediatrisk akuttmedisinsk sykepleier og 1 pediatrisk akuttmedisinsk sykepleierspesialist, gjennomgikk transkripsjonene og kodede data uavhengig av hverandre. Det ble benyttet komparativ metode for analyse

- Kodelistene ble revidert fortløpende og brukt på innkommende data.
- Etter fullført koding, grupperte forskerne de kodede dataene i relevante temaer.
- Kvalitativ analyseprogramvare (HyperRESEARCH versjon 3.5.2; Computer Software, Research Ware, Inc., Randolph, MA) ble benyttet for administrering av kodede data, analyse og organisering.

Det er en sammenheng mellom innsamlede data; sitater og kategorier (temaer) samsvarer (presentert i figur 2), og funnene i tabell 2 samsvarer med resultatene som presenteres i resultatdelen.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Ja de er til å stole på.

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

De presenterer funnene klart og oversiktlig.

De har gjort et klart skille mellom intervjuerne og analytikerne, noe som styrker resultatet. De har også latt forskningsteamet analysere resultatene uavhengig av hverandre og ingen av dem var med i selve intervjuene, - slik fikk ingen av dem direkte tilknytning til intervjuobjektene og hadde kun transkripsjonene å forholde seg til.

Funnene diskuteres opp mot andre kilder, både for å vise til kontrast og for å underbygge egne studier. De trekker inn en tidligere studie (*«From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making»* av Flaherty et al., 2008.) som blant annet presenterer primærlegens rapporteringserfaringer med overgrep mot barn, for å vise til ulikhet/kontrast til deres egen studie.

Videre trekker forskerne også inn barnevernsteam og deres rolle i konteksten av deres studie, samt inkluderer konkrete eksempler på hva en slik rolle kan innebære.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Studien er nyttig for fremtidig forskning og evolusjon innenfor området (avdekke og rapportere vold mot barn). De har gjennom kvalitative metoder avdekket en rekke barrierer og tilretteleggere for gjenkjenning og rapportering av barnemishandling/omsorgssvikt, samt. identifisert tilrettelegginger som kan forbedre neglisjeringstrenden som omhandler screening og rapportering i generelle akuttmottak. Forskerne påpeker nytteverdien av disse resultatene og skriver at det å forstå helsepersonells perspektiver kan være et første skritt i å skape og evaluere bærekraftige intervensjoner til forbedring på emnet.

Forskerne diskuterer (på bakgrunn av funn) hvordan mangelfull oppfølging etter rapporterte saker fra tertiæromsorgen, kan bidra til å motvirke rapportering i fremtidige tilfeller. De understreker med dette at forbedret kommunikasjon kan forbedre rapporteringsratene og effektivisere rapporteringsprosessen.

De diskuterer også behovet for tilgjengelig klinisk ekspertise i akuttmottak og veiledning i rapporteringsfasen, og fremhever behovet for forskning på effekten av slik ekspertise, da det enda ikke har blitt formelt evaluert.

Forskerne peker på at de tror studien deres kan stimulere til videre forskning og iverksettelse av forbedringspunkter på emnet.