

10091 Maria Skrebergene  
10097 Cecilie Skrindo

# Hvordan kan sykepleier på legevakt oppdage fysisk mishandling og omsorgssvikt hos barn?

Antall ord: 7 526  
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Wenke Iren Gamme  
Mai 2024



10091 Maria Skrebergene  
10097 Cecilie Skrindo

# **Hvordan kan sykepleier på legevakt oppdage fysisk mishandling og omsorgssvikt hos barn?**

Antall ord: 7 526  
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Wenke Iren Gamme  
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden



## SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier på legevakt oppdage fysisk mishandling og omsorgssvikt hos barn?	Dato:	27.05.24
Forfattere:	Cecilie Skrindo Maria Skrebergene		
Veileder(e):	Wenke Iren Gamme		
Stikkord/nøkkeord	Sykepleier, barnemishandling, omsorgssvikt, barrierer, tegn		
Antall sider/ord:	7 526	Antall vedlegg:	0
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:			
<p><b>Bakgrunn:</b> Mishandling og omsorgssvikt mot barn er et mye større problem enn de fleste tror. Disse barna kan være vanskelig å oppdage og derfor ønsker vi å sette søkelys på denne problemstillingen. I tillegg synes vi det har vært for lite om temaet i grunnutdanningen som sykepleier.</p>			
<p><b>Hensikt:</b> Hvordan kan vi som sykepleiere lettere oppdage symptomer og tegn på omsorgssvikt og fysisk mishandling hos barn på legevakt. Vi ønsker å finne ut hva som gjør det vanskelig å oppdage disse barna og hvorfor. Samtidig ønsker vi å øke kunnskapen rundt hvilke tegn og elementer man skal være obs på og se etter.</p>			
<p><b>Metode:</b> 7 artikler fra databasene PubMed og Cinahl inkludert via et strukturert søk. Til slutt diskuterer vi resultatene opp mot teori og egne erfaringer.</p>			
<p><b>Resultat:</b> Spedbarn og de yngste barna som er størst utsatt for mishandling og omsorgssvikt, sett i sammenheng med at de ikke er i stand til å bevege seg eller mobilisere seg selv. Sykepleiere har flere barrierer knyttet til å rapportere inn. Screeningverktøy, foreldreegenskaper og fysiske tegn er viktige elementer for oppdagelse.</p>			
<p><b>Konklusjon:</b> Et raskere rapporteringssystem og tilbakemeldinger på rapporterte saker vil kunne gjøre at sykepleier føler seg tryggere i vurderinger. Med raskere rådgøring med eksempelvis barnevern, kan barrierer knyttet til rapporteringer bli mindre. Økt kunnskap og teori er essensielt for å oppdage tegn forttere. Man må være observant på skjulte kontaktårsaker i møte med barn og/eller foresatte. Erfaring og bruk av kartleggingsverktøy har også noe å si for å oppdage mishandling/omsorgssvikt.</p>			

## ABSTRACT

Title:	How can nurses in the emergency department detect physical abuse and neglect in children?	Date: 27.05.24
Authors:	Cecilie Skrindo Maria Skrebergene	
Supervisor(s)	Wenke Iren Gamme	
Keywords	Nurse, child abuse, neglect, barriers, signs	
Number of pages/words:	7 526	Number of appendix: 0
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p><b>Background:</b> Child abuse and neglect are a much bigger problem than most people realize. These children can be difficult to detect, and therefore we want to shed light on this issue. We also think there has been too little education about this theme in the Bachelor of Nursing.</p> <p><b>Purpose:</b> The assignment's purpose is to find out how we, as nurses, can easily detect symptoms and signs of neglect and physical abuse in children at the emergency department. We want to understand what makes it difficult to identify these children, and why. At the same time, we want to increase awareness of the signs and elements to be vigilant about and look for.</p> <p><b>Method:</b> 7 articles from the databases PubMed and CINAHL included through a structured search. Finally, we discuss the results in relation to theory and our own experience.</p> <p><b>Result:</b> Infants and the youngest children are the most vulnerable to abuse and neglect, given their inability to move or mobilize themselves. Nurses have several barriers related to reporting. Screeningtools, parental characteristics and physical signs are important elements for detecting.</p> <p><b>Conclusion:</b> With a faster reporting system and receiving feedback on reported cases, nurses at the emergency department can feel more confident in their assessments. Along with quicker consultation with, for example, child welfare, the barriers to reporting can be not as significant. Increased knowledge and theory are essential to identify and detect signs more quickly. It is important to be attentive to hidden reasons for contact when interacting with children and/or caregivers. Experience and using screeningtools is also helpful for detecting abuse/neglect.</p>		

# INNHOLD

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Hensikt og problemstilling .....	1
2.0 BAKGRUNN OG TEORI .....	1
2.1 Omsorgssvikt og medisinsk omsorgssvikt .....	1
2.2 Ulike typer mishandling og risikofaktorer .....	2
2.3 Kommunikasjon med barn .....	2
2.4 Legevakt.....	2
2.5 Kliniske tegn og observasjoner på mishandling .....	3
2.6 Barns utvikling .....	3
2.7 Lovverk .....	4
2.8 Etikk .....	4
3.0 METODE.....	5
3.1 Metodebeskrivelse .....	5
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	5
3.3 Søkeprosess .....	6
3.4 Flytskjema .....	8
3.5 Kritisk vurdering og kildekritikk .....	9
3.6 Etske vurderinger .....	9
3.7 Analyse.....	9
4.0 RESULTAT .....	10
4.1 Litteraturmatriser.....	10
4.2 Sammenfatning av resultater .....	15
4.2.1 Forelderegenskaper .....	15
4.2.2 Fysiske tegn.....	15
4.2.3 Screeningverktøy.....	16
4.2.4 Barrierer ved rapportering.....	16
5.0 DISKUSJON .....	17
5.1 Forelderegenskaper.....	17
5.2 Fysiske tegn .....	18
5.3 Screeningverktøy .....	19
5.4 Barrierer ved rapportering .....	20
5.5 Styrker og svakheter.....	22
6.0 KONKLUSJON .....	22

7.0 LITTERATURLISTE ..... 24



# 1.0 INNLEDNING

Barn som lider av omsorgssvikt og fysisk mishandling er et utbredt problem som kan forekomme i alle sosiale lag (Grønseth & Markestad, 2022, s. 364). Det kan virke som at det er en problemstilling det er lite fokus på under utdanningen, men som blir mer og mer aktuelt i dagens samfunn. Man ser stadig vekk saker om barn som lider av omsorgssvikt og i mange tilfeller dør av ulike skader (Helsebiblioteket, 2020). Det har blitt omtalt flere barnemishandlingssaker i media den siste tiden, deriblant Sebastian som dør når han er 5,5 måned gammel, trolig av kvelning hvor foreldrene er siktet. Helsepersonellet som er borte i Sebastian gjennom levetiden oppdager ikke de 17 gamle frakturene han hadde i kroppen før obduksjon. Blåmerkene som ble funnet tidligere ble heller ikke tatt hånd om (Andersen, Jåmås, & Sandned, 2023). Det kan være flere årsaker til at det kan være vanskelig å oppdage mishandling og omsorgssvikt hos barn. Barn er lojale og det skal mye til for at barn forteller å ha blitt utsatt for mishandling, spesielt dersom foresatte er til stede. Derfor er det viktig at sykepleiere har kunnskap om tegn og observasjoner som kan indikere mishandling (Myhre, 2020, ss. 172 - 174). Som sykepleier på legevakt vil det være ekstra krevende å oppdage barn som lider av mishandling med tanke på tid og ressurser (Hansen & Hunskår, 2020, ss. 63 - 65). Derfor ønsker vi å finne ut hvilke tiltak som kan hjelpe oss som sykepleiere på legevakt å oppdage disse tegnene.

## 1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med litteraturstudiet er å øke kunnskap rundt mishandling og omsorgssvikt hos barn og hvordan sykepleier på legevakt kan oppdage dette.

Ut ifra ønsket vinkling på litteraturstudien ble problemstillingen som følger:

“Hvordan kan sykepleier på legevakt oppdage fysisk mishandling og omsorgssvikt hos barn?”

# 2.0 BAKGRUNN OG TEORI

## 2.1 Omsorgssvikt og medisinsk omsorgssvikt

Alle barn har rett til en trygg oppvekst med gode rammer, sikkerhet og omsorg. Når foresatte ikke klarer å gi barnet dette og er til skade for barnets helse og utvikling, betyr det at barnet utsettes for omsorgssvikt. Å bli utsatt for omsorgssvikt vil si at man ikke får dekket sine grunnleggende fysiske, psykiske og følelsesmessige behov. Mangel på beskyttelse og omsorg preger oppveksten. Foreldrene kan slite med rusmisbruk, ha psykiske utfordringer eller drive med kriminalitet som gjør at de ikke klarer å ivareta omsorgen for barnet. Omsorgssvikt kan være med vilje, eller det kan skje uten at forelderen ønsker det (Bufdir, u.d.) (Redd Barna, u.d.)

Medisinsk omsorgssvikt innebærer å hindre at barnet mottar nødvendig helsehjelp, enten i form av forsinkelse eller avvisning. Dette kan være manglende oppmøte til behandlinger og forsinkelse i kontakt ved akutte skader. Det kan også dreie seg om manglende medisiner som er til nødvendighet for barnet med kronisk sykdom. Noen ganger er foresatte overdrevent bekymret for sykdom hos barnet eller overfokuset på barnets sykdom, som kan hindre barnets utvikling og mulighet for bedring. I svært sjeldne

tilfeller er det foresatte som fabrikkere eller påfører barna direkte sykdom, tidligere kjent som Munchausen by proxy (Helsebiblioteket, 2020) .

## 2.2 Ulike typer mishandling og risikofaktorer

Fysisk mishandling innebærer at barnet blir direkte utsatt for fysisk makt i ulike former, eksempelvis risting, dytting, slag, spark og kvelertak. Det kan også dreie seg om materiell vold hvor gjenstander blir knust, slag i vegg og dørslamring som skaper redsel og oppleves truende for barnet (Helsebiblioteket, 2020).

Psykisk mishandling er en form for mishandling som dreier seg om eksempelvis latterliggjøring, isolering, avvisning, sosial kontroll, kritikk og nedverdiggende utsagn mot barnet. Å ødelegge materielle gjenstander som betyr mye for barnet, eksempelvis kjæledyret går også innunder samme kategori. Å bli utsatt for psykisk mishandling i oppveksten kan ødelegge eller forhindre at barnet utvikler et positivt selvbilde og opplever nødvendig trygghet og tillit fra sine foreldre (Helsebiblioteket, 2020).

Seksuelle overgrep er mishandling av seksuell karakter hvor man blir involvert i seksuell aktivitet som det ikke er gitt samtykke til eller ikke er i stand til å forstå (Helsebiblioteket, 2020) Straffeloven skiller mellom tre måter å gjennomføre et overgrep på - seksuell handling, seksuelt krenkende atferd og seksuell omgang (Lillevik, 2019, s. 29).

Barn med foresatte som har et dårlig sosialt nettverk eller som selv har opplevd omsorgssvikt og mishandling har større risiko for å utsette barna sine for det samme. Det samme gjelder dersom foresatte er rusmisbrukere eller har en psykisk lidelse, spesielt depressive mødre (Grønseth & Markestad, 2022, s. 364)

## 2.3 Kommunikasjon med barn

Kommunikasjon med barn kan være vanskelig, fordi barn er unike og forskjellige på hver sin måte. Alle barn har ulike utgangspunkt som biologiske forutsetninger, utviklingsfase og livshistorie. God livskvalitet for barn avhenger av tilhørighet og tilknytting til omsorgspersoner og venner. Derfor er det viktig at sykepleieren fremmer gode relasjoner mellom barn – barn og voksne – barn. Barn er avhengig av trygge omgivelser og forutsigbarhet. Derfor er det viktig å informere barn om hva som foregår på en måte de kan forstå. Enkle forklaringer, korte samtaler og hjelp til å sette ord på det som skjer er faktorer som kan gjøre det enklere for barn å forstå. Når et barn er i en sykdomssituasjon er det viktig at barnet har tillit til deg som helsepersonell. Å få barns tillit er ikke alltid like enkelt, men med riktig inntoning og nonverbal kommunikasjon er det lettere å utvikle tillit. Det er viktig å se barnet og hvor barnet retter sin oppmerksomhet. Mange barn holder tanker og følelser for seg selv, men ved å rette oppmerksomheten mot det barnet har interesse for kan få samtalen i gang. Ord og språk for voksne trenger ikke bety det samme for barn. Det finnes ulike hjelpemidler man kan bruke for at barnet skal kunne uttrykke seg og sine følelser. Veien til kontakt og tillit er å tilpasse seg barnet og respektere langsomheten, eventuelle hurtige skiftninger og la barnet beholde føringen (Eide & Eide, 2021, ss. 287 - 291).

## 2.4 Legevakt

Legevakt er en del av primærhelsetjenesten i Norge, og utgjør sammen med ambulansetjenesten den lokale akuttmedisinske beredskapen. Hovedoppgaven er å sikre nødvendig kvalifisert helsehjelp utenom ordinær arbeidstid, både per telefon i form av

råd og veiledning, og ved oppmøtekonsultasjoner eller sykebesøk. Legevakten skal ta seg av problemstillinger som ikke kan vente til fastlegen neste dag. Hver legevakt skal være tilknyttet en legevaktssentral som nås ved å ringe det nasjonale nødnummeret 116 117. (Dreyer, 2020, ss. 57 - 58). Sykepleierens rolle på legevakt omhandler gjerne en kombinert rolle, både som operatør på sentral og i pasientrettet arbeid. Som operatør gjør man grundig kartlegging av innringer, vurderer hastegrad og iverksetter tiltak og rådgivning. I pasientrettet arbeid bistår man med det som trengs for å vurdere pasienten og iverksetter eventuelle tiltak. Det er et viktig samarbeid mellom lege og sykepleier for å ivareta pasienten best mulig (Hansen & Hunskår, 2020, ss. 63 - 65)

## 2.5 Kliniske tegn og observasjoner på mishandling

Blåmerker er relativt vanlig hos barn. Men, blåmerker over bløtdelsområder eller som har en form som tyder på et slag med en gjenstand eller en hånd skal mistenkes å ha blitt forårsaket av mishandling. Det samme gjelder dersom små barn som ikke kan forflytte seg selv får blåmerker. Brannskader i form av skåldeskader på rumpe eller ben, eller skader kroppsområder man ikke forventer vil komme i kontakt med varme gjenstander eller væsker skal man mistenke mishandling som årsak. Merker etter strykejern eller sigarettmerker er også karakteristiske for mishandling. Man skal i tillegg være oppmerksom på brannskader hos barn som ikke forflytter seg selv (Myhre, 2020, ss. 172 - 174)

Dersom et barn har flere brudd samtidig, har pådratt seg et ribbensbrudd eller lår-/overarmsbrudd før man har lært seg å gå, skal vurdering om mishandling som årsak gjøres. Det samme gjelder dersom det er gjort funn av gamle brudd på røntgen sammen med nye brudd uten kjent forklaring. Bruddskader hos barn under 18 måneder hvor historien ikke samsvarer med skaden skal man være observante på. Man skal også være obs på hodeskader, noe som forekommer hyppigst hos små barn. Generelle slag og støt mot hodet, samt risting av barnet er de vanligste metodene for å forårsake en alvorlig hodeskade. Dette kan være lett å mistolke som sykdom dersom det ikke blir gitt informasjon om skademekanisme. Det er ofte få eller ingen ytre tegn, og fokale nevrologiske symptomer forekommer sjeldent - eksempelvis nedsatt bevissthet, kramper, økende hodeomkrets og påvirket respirasjon (Myhre, 2020, ss. 172 - 174)

## 2.6 Barns utvikling

Brudd hos små barn kan være vanskelige å oppdage da knoklene er myke. Det gjør at knoklene ikke nødvendigvis knekker helt, men det kan oppstå en feilstilling. Det kan sammenlignes med å knekke en ung gren på et tre. Med andre fysiske tegn som blåmerker, ferske eller tilhelede brudd er det sannsynlig at barnet har blitt påført skade og utsettes for barnemishandling (Grønseth & Markestad, 2022, ss. 357 - 358) .

Småbarn som har en aggressiv atferd, kan være et resultat av at omsorgspersonene stadig kjefter eller slår. Temperament og personlighet er uttrykk for barnets atferdsmessige respons på indre og ytre stimuli. Noe er delvis genetisk bestemt, men kan også være preget av oppvekstforhold. Barn trenger ulike sanseintrykkene for å utvikle seg normalt (Grønseth & Markestad, 2022, ss. 34 - 35) .

Relasjonen til omsorgspersonene har en stor betydning for utviklingen. Barn som opplever svikt i relasjonen til omsorgspersonene kan utvikle alvorlige personlighetsforstyrrelser som usikkerhet, manglende selvtillit og evne til å forholde seg til andre. Som barn er man avhengig av omsorgspersoner som gjør til at nye og

fremmede mennesker oppleves som skumle. På denne måten blir barn lojale mot omsorgspersoner fordi det er det som oppleves som trygt og det de kjenner fra før (Håkonsen, 2021, ss. 45 - 47).

## 2.7 Lovverk

Alt helsepersonell er forpliktet til å følge helsepersonelloven. Hovedregelen om taushetsplikt i henhold til §21 konkretiserer at helsepersonell skal hindre at andre får opplysninger om personlige forhold, sykdoms- eller legemsforhold som man har fått vite på bakgrunn av å være helsepersonell (Helsepersonelloven, §21, 2001).

Som helsepersonell har man opplysningsplikt til barnevernet. Denne innebærer at helsepersonell skal uten hinder av taushetsplikt kunne melde fra til barnevernet uten ugrunnet opphold. Dette gjelder når man har grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet eller er utsatt for alvorlig omsorgssvikt. Det samme gjelder dersom det er grunn til å tro at et barn er livstruende eller alvorlig sykt, eller skadet og ikke dukker opp til undersøkelse eller behandling (Helsepersonelloven, §33, 2001) . Opplysningsplikten sitt formål er å sikre at barn som er i behov for det, får nødvendig omsorg, oppfølging og beskyttelse fra barnevernet. Derfor går opplysningsplikt foran taushetsplikt, selv om det er svært viktig at helsepersonell holder taushetsplikten (Helsedirektoratet, 2024) . Hvert enkelt helsepersonell har et selvstendig ansvar for å bruke opplysningsplikten i situasjoner de mener er riktige å bruke den. Ledelsen på arbeidsplass har også et ansvar for å sørge for at alle medarbeidere har nok kompetanse om regelverket, samt ansvaret for å melde ifra til barnevernet. Interne rutiner skal også være lett tilstede (Helsedirektoratet, 2024)

## 2.8 Etikk

Som sykepleier følger man gjerne de fire etiske helseprinsippene i drøfting av helseetiske problemer. Respekt for pasientens autonomi er det første prinsippet. Autonomi handler om rettigheter og evner for individet. Det handler ikke bare om å la pasienten få bestemme, men å legge til rette for at kliniske beslutninger blir gjort i tråd med pasientens egne verdier og ønske. Det andre helseetiske prinsippet er velgjørenhet. Velgjørenhetsprinsippet baseres på hva som er til pasientens beste. Man skal ikke behandle en pasient fordi pårørende eller andre ber om det, man skal alltid forsøke finne ut av hva pasienten selv hadde ønsket. Dette er spesielt viktig i situasjoner hvor pasientens autonomi er svekket. Det tredje prinsippet er ikke-skade prinsippet. Helsehjelp kan på flere måter føre til skade og undervurderes i ønsket om å hjelpe. Det må alltid tas vurderinger ut ifra hva som gagnar pasienten best mulig. Det siste prinsippet er rettferdighetsprinsippet. Det handler om at alle pasienter har krav på likeverdig behandling, uavhengig av bakgrunn og egenskaper (Magelssen & Pedersen, 2021, ss. 19 - 20) .

De yrkesetiske retningslinjene inneholder grunnleggende regler for hvordan man skal opptre som sykepleier. Å utføre sykepleie skal bygge på respekt for hvert enkelt menneske og dens verdi og liv. Det skal bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene (Førde & Lillemoen, 2021, s. 33) . Retningslinjene går ut på at sykepleie skal fremme helse, gjenopprette helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og bidra til en verdig død. Som sykepleier skal man gjennomføre forsvarlig og omsorgsfull sykepleie (NSF, 2023).

## 3.0 METODE

### 3.1 Metodebeskrivelse

I litteraturstudier kan man skille mellom systematisk og allmenn litteraturstudie. Allmenn litteraturstudie er beskrivelse av kunnskap og en analyse av studier som finnes innenfor et bestemt område. Vi har gjennomført en litteraturstudie som er en oppsummering og sammenstilling av forskning og eksisterende kunnskap innenfor et forskningsområde. En litteraturstudie vil si at man har systematisert kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere kunnskap vil si å samle inn litteratur, kritisere den og til slutt sammenfatte det hele. Vi har hatt en systematisk tilnærming under hele prosessen, og hensikten vår er å gi god forståelse av kunnskapen ut ifra problemstillingen og hvordan vi har kommet fram til denne kunnskapen. For en god litteraturstudie er det viktig å ha en presis og godt formulert problemstilling, og en tydelig hensikt med studien. Metodevalget må være godt begrunnet og ha en tydelig presentert søkestrategi og søkehistorikk. Det skal inneholde en litteraturmatrise hvor de vitenskapelige artiklene er oppsummert. Inklusjonskriterier skal være begrunnet og til slutt begrunne hvorfor noen av artiklene ble ekskludert. En analyse av inkluderte artikler skal med samtidig som resultatene blir presentert og diskutert. Det er viktig med relevante kilder og at informasjonen kommer fra flere kilder. Litteraturstudien skal også inneholde en konklusjon som svarer på problemstillingen og ha en logisk struktur, samt være objektivt fremstilt (Thidemann, 2020, ss. 77 - 79).

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier



For et mer tydelig litteratursøk har vi definert inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette er en hjelpemetode for å kunne avgrense mengden artikler i søket. Artiklene skal kunne relateres til en akuttavdeling, samt at de omhandler barn mellom 0 og 18 år og deres foreldre. Barnemishandling er et konkret nøkkelord for vårt ønske om vinkling på litteraturen. I tillegg var det essensielt at studiene var mest mulig sammenlignbar til Norge. Derfor valgte vi å inkludere vestlige land, samt at det var skrevet på et språk vi forstår. Vi søkte etter artikler med publisering mellom 2010 og 2024. Disse måtte i tillegg være fagfellevurdert og inneholde IMRaD-struktur. Eksklusjonskriterier omhandler litteratur knyttet til sengeposter og andre avdelinger som ikke er en akuttavdeling. Unge voksne over 18 år uten ansvar for mindreårige er ekskludert, samt publiserte artikler før 2010 på språk vi ikke kan "flytende" og fagartikler (Thidemann, 2020, ss. 83 - 84).

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Barn og foreldre som oppsøker legevakt eller akuttavdeling	Sengepost på sykehus, psykiatriske avdelinger.
Barnemishandling	Unge voksne over 18 år (uten ansvar for mindreårige)
Barn mellom 0 – 18 år	Andre språk
Studier fra Europa, Nord-Amerika og Oseania (Australia)	Fagartikler
Norsk, svensk, dansk eller engelsk	Publisert før 2010
Publisert mellom 2010 og 2024	Studier som ikke er overførbare til Norge
Fagfellevurderte artikler med IMRaD-struktur	

Tabell 1

### 3.3 Søkeprosess

Aktuelle emneord og nøkkelord ble notert ned i et PPIO-skjema med utgangspunkt i ønsket problemstilling og bedre oversikt. Dette ble søkeordene vi brukte i det strukturerte litteratursøket (Thidemann, 2020, s. 83).

	P	P	I	O
OR 	Child abuse (MH og kw)	Nurses (MH og kw)	Identify (kw)	Signs (MH og kw)
	Child physical abuse (MH og kw)		Nursing knowledge (MH og kw)	Barriers (kw)
	Child neglect (MG og kw)		Emergency service (MH og kw)	
			Emergency department (MH og kw)	
AND 				

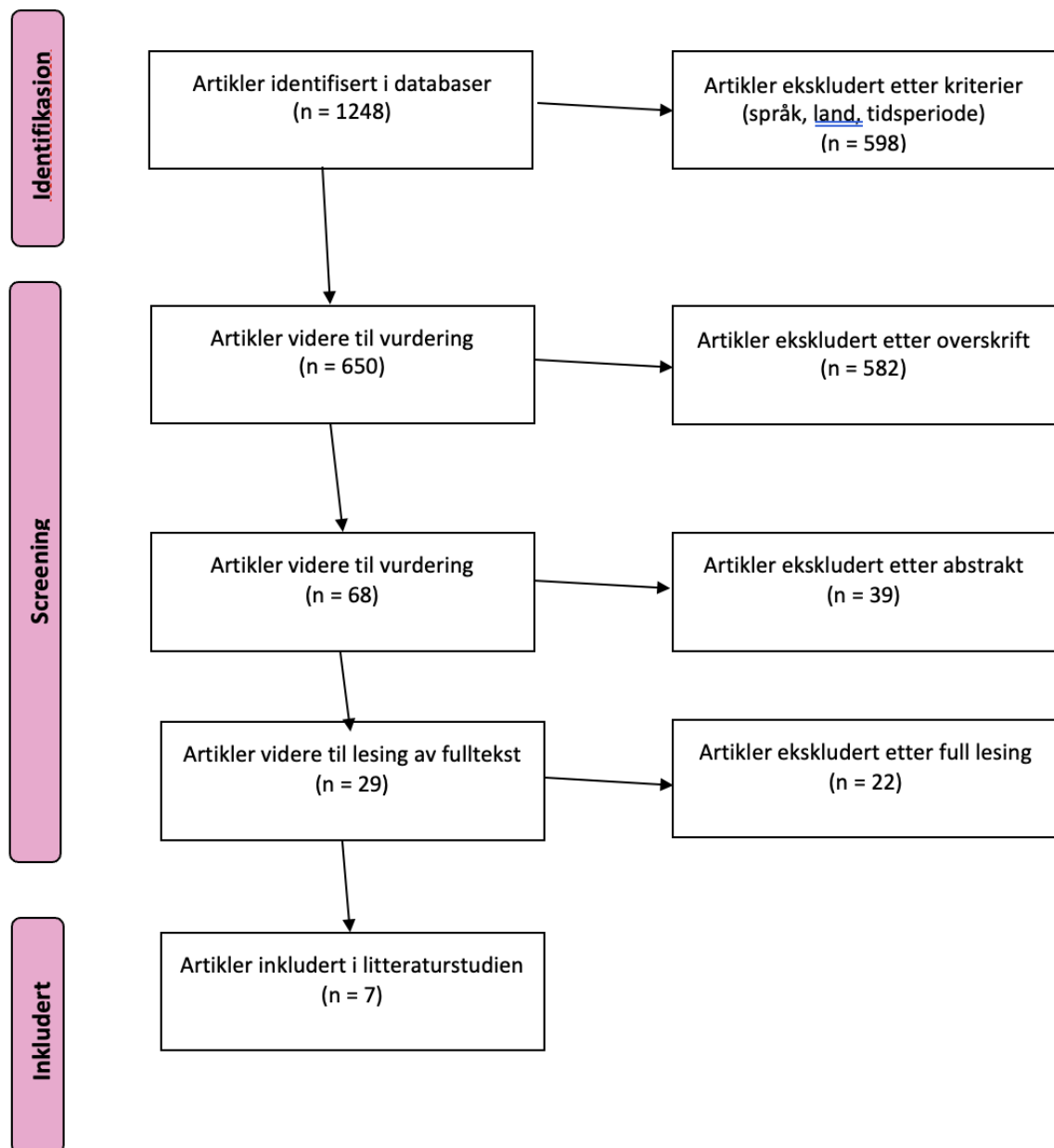
Tabell 2

Søk gjort 18.04.24

Søkeord	Cinahl	Pubmed
1. Child abuse	24 931	35 358
2. Child abuse (kw)	27 196	40 323
3. Child physical abuse	-	760
4. Child physical abuse (kw)	317	588
5. Child neglect	-	35 358
6. Child neglect (kw)	12 427	877
7. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6	27 448	40 766
8. Nurses	239 291	100 345
9. Nurses (kw)	398 557	252 501
10. Identify	-	-
11. Identify (kw)	345 586	1 425 984
12. Nursing knowledge	16 173	2 518
13. Nursing knowledge (kw)	17 555	2 047
14. Emergency service	93 039	173 606
15. Emergency service (kw)	67 633	93 039
16. Emergency department	-	102 289
17. Emergency department (kw)	79 411	121 795
18. 9 OR 11 OR 12 OR 13 OR 15 OR 16 OR 17	707 619	1 908 057
19. Barriers	-	-
20. Barriers (kw)	101 206	215 320
21. Signs	-	9 516 774
22. Signs (kw)	69 983	365 917
23. 19 OR 20 OR 21 OR 22	170 456	9 911 392
24. 7 AND 18 AND 23	230 (etter avgrensing mellom 2010 og 2024, alder 0 – 18 år, språk og land: 83 treff	1 018 (etter avgrensing mellom 2010 og 2024, alder 0 – 18 år og språk: 567 treff

Tabell 3

### 3.4 Flytskjema



Tabell 4



### 3.5 Kritisk vurdering og kildekritikk

Før vi begynte med å definere søkeord og problemstilling reflekterte vi over hvordan vi kunne finne svaret på problemstillingen på best mulig måte. På Helsebiblioteket sin nettside finnes det oversikter over hvordan man kan foreta en kritisk vurdering og som inneholder flere sjekklister. Kritiske vurderinger vi hadde i betraktning før vi begynte å finne søkeord var at legevakt i Norge nødvendigvis ikke betyr det samme i andre land. Vi var derfor opptatt av å finne ut hvor studien er gjort. Mange av artiklene var veldig spesifisert til sykehus og spesialiserte pediatriavdelinger. Likevel fant vi flere artikler hvor vi kunne se sammenhengen mellom legevaktsordning i Norge og akuttavdelinger i andre land (Helsebiblioteket, 2021).

For å kvalitetssikre artiklene sjekket vi om de inneholdt IMRaD-struktur. IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Dermed vet man at den er vitenskapelig, da artikler innenfor helse og medisin som oftest følger IMRaD-strukturen (Thidemann, 2020, ss. 66 - 67). Vi har i tillegg brukt Oria.no for å kvalitetssikre at artiklene er publisert i fagfelleverderte tidsskrift.

### 3.6 Etiske vurderinger

Under søket og artikkelutvalgelse har vi hatt flere forskningsetiske spørsmål og vurderinger underveis. Mange av artiklene beskriver hvor studien er gjort og aktuell akuttavdeling. Likevel ser man at de har tatt hensyn til personvern og etikken ved tilfeller av barnemishandling. Vi har stilt spørsmål om etikken rundt artikler hvor de har gått inn i journaler, navngitt sykehus og beskrevet flere av tilfellene. Vi hadde ikke fått svar på problemstillingen uten beskrivelser av enkelttilfeller og journaler. I helseforsikringsloven kan man løse krav på informert samtykke i etterkant av forskningen, spesielt i tilfeller hvor det er behov for akutte tiltak eller øyeblikkelig hjelp. Sårbare pasientgrupper kan få særskilt beskyttelse ved at all forskning har direkte nytte for pasienten, eller aktuell pasientgruppe. Årsaken til at man ser det nyttig å gjøre forskning på disse gruppene, til tross for samtykkeinnhenting og sårbarhet, er for å øke kunnskapen rundt eksempelvis tegn på barnemishandling. Forskning øker kunnskap, gir behandling og opplyser oss (Solberg, 2021, ss. 216 - 217).

### 3.7 Analyse

Analysen av de valgte artiklene ble gjort med inspirasjon fra Aveyards sin tematiske analysemodell, som inneholder flere steg for litteraturoppsummering. Analysen ble gjort ved at artiklene ble skrevet ut i papirform og lest individuelt. Spørsmålet om artikkelen er relevant for vår problemstilling ble stilt flere ganger mens den ble lest. Når gjennomlesingen var gjort, begynte videre analyse hvor vi leste gjennom resultatdelen på nytt og brukte markeringstusjer for å markere viktige temaer og nøkkelord. Målet var å finne viktige nøkkelord som er relevante, og som kan gi god diskusjon i forhold til problemstilling. Deretter strukturerte vi funnene i et skjema, hvor vi etablerte hovedtema og sorterte artiklene til passende tema. Til slutt satt vi igjen med fire hovedtema som gikk igjen i artiklene (Thidemann, 2020, ss. 96 - 98).

Hovedtema	Artikkel
Forelderegenskaper	E
Fysiske tegn	C, G
Screeningverktøy	A, G, F
Barrierer ved rapportering	B, D

Tabell 5

(Thidemann, s. 97)

## 4.0 RESULTAT

### 4.1 Litteraturmatriser

<b>Artikkel A:</b>	Development of the Red Flag scorecard screening tool for identification of child physical abuse in the Emergency Department
<b>Forfattere:</b>	Bindi Naik – Mathuria, Brittany L. Johnson, Hannah F. Todd, Marcella Donaruma – Kwoh, Angela Bachim, Daniel Rubalcava, Adam M. Vogel, Liang Chen, Mauricio A. Escobar
<b>Tidsskrift:</b>	Science Direct
<b>Utgivelsesår:</b>	2023
<b>Land:</b>	USA
<b>Hensikt med studie:</b>	Barn behandlet for skader mellom 2014 – 2018 med mistanke om fysisk mishandling på pediatrik traume senter utførte en godkjenning av screeningsverktøyet "Red flag scorecard".
<b>Metode:</b>	Beskrive statistikk ble brukt for å analysere dataene.
<b>Resultat:</b>	401 pasienter med en median alder på 7 måneder. Flesteparten var menn og under 1 år. De vanligste skadene var til hode, deretter brudd i ekstremiteter, skulder frakturer og blåmerker. Bare 6 % var eldre enn 2 år. Ribbeinsbrudd og brudd i ekstremiteter var de vanligste skadene på spedbarn under 6 mnd. Abdominale skader og thorax skader var det vanligste blant barn i alder 2 – 10 år. Det vanligste historie elementet var "forsinkelse i å søke omsorg", "ingen traumehistorie å anskaffe" og "skade skjedd uten vitne". De vanligste fysiske undersøkelses elementene var blåmerker på uforklarlige stedet som ører og nakke. Det var seks barn som kom tilbake for andre gang med tegn på fysisk mishandling, og en av disse seks overlevde ikke skadene. Alle disse seks hadde blitt oppdaget av verktøyet om det hadde eksistert på det tidspunktet.
<b>Relevans for problemstilling:</b>	Vedlagt screeningsverktøyet som kan brukes på legevakt for å avdekke tegn på fysisk mishandling. Gir oss et innblikk i hvor barn i de ulike aldersgruppene har hatt tegn til skade. Samtidig som vi kan se sammenheng med historie forklaringene.

<b>Artikkel B:</b>	Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments
<b>Forfattere:</b>	Gunjan Tiyyagura, Marcie Gawel, Jeanette R. Koziel, Andrea Asnes, Kirsten Bechtel
<b>Tidsskrift:</b>	Annals of emergency medicine
<b>Utgivelsesår:</b>	2015
<b>Land:</b>	USA
<b>Studiens hensikt:</b>	Undersøke erfaringer og barrierer knyttet til omsorgssvikt og mishandling mot barn.
<b>Metode:</b>	Kvalitativ metode. Gjennomførte 29 halvstrukturerte intervju med helsepersonell som jobber på legevaktlignende sted.
<b>Resultat:</b>	Barrierer knyttet til å rapportere mishandling og omsorgssvikt inkluderer faktorer assosiert med rapporteringsprosessen, mangel på oppfølging av de rapporterte sakene og negative konsekvenser av rapportering som å stille i retten. Helsepersonell etterspurte saksbaserte utdanninger og raskere tilgang til konsultasjon i uklare saker.
<b>Relevans for problemstilling:</b>	Får et innblikk i hva som gjør til at helsepersonell ikke rapporterer eller vet når/har nok kunnskap rundt det å gjenkjenne barnemishandling og omsorgssvikt. Det vil påvirke deres evne til å oppdage tegn på fysisk mishandling og omsorgssvikt.

<b>Artikkel C:</b>	The incidence of fractures in children under the age of 24 months – In relation to non- accidental injury
<b>Forfattere:</b>	Nicholas M.P Clarke, Fenella R.M Shelton, Colm C. Taylor, Tajjali Khan, Senbaga Needhirajan
<b>Tidsskrift:</b>	Science Direct
<b>Utgivelsesår:</b>	2011
<b>Land:</b>	USA
<b>Studiens hensikt:</b>	Målet var å utforske tilfældigheter av brudd på barn i alderen under 24 mnd som ankom legevakt og identifisere hvilke saker som var mistenkelige og mulige skader som ikke er forårsaket av traume/ulykke.
<b>Metode:</b>	2 års retrospektiv analyse fra 2007 – 2008 av alle barn under 24 mnd som ankom legevakt med brudd uansett hvor eller hvilken type.
<b>Resultat:</b>	Det var funn av 53 brudd per 10,000 barn på under 2 år. Femur og hodeskallefrakturer var vanligst i den yngste aldersgruppen som ble henvist til barnevernet. Uklare historier i henhold til mekanismen av skade var også notert som en høy andel av henvisningene. Ingen barn ble overflyttet til barnebeskyttelsen, men to barn ble flyttet til fosterhjem og ett barn fikk dra hjem med betingelsen om at et annet familiemedlem var til stede.
<b>Relevans for problemstilling:</b>	Oversikt over hvilke type brudd barn under 24 mnd kan komme inn med og se skadene i sammenheng med historiene. Mistenke mishandling på barn som ikke er utsatt for et traume/ulykke.

<b>Artikkel D:</b>	Barriers to identification and reporting of child abuse and neglect experienced by medical officers and nursing staff in emergency departments of the Nepean Blue Mountains Local Health District
<b>Forfattere:</b>	Huei Ti SOH, Habib Bhurawala, Alison Poulton, Anthony Liu, Kate Cush, Glenys Griffiths, Sowmya Gandham
<b>Tidsskrift:</b>	Emergency Medicine Australasia
<b>Utgivelsesår:</b>	2023
<b>Land:</b>	Australia
<b>Studiens hensikt:</b>	Oppdage barrierer til å gjenkjenne og rapportere mulige barnemishandlinger og omsorgssvikt for helsepersonell som jobber på en legevakt.
<b>Metode:</b>	Blanding mellom kvalitativ og kvantitative studiemetoder. Fange opp kunnskapen og erfaringene til å gjenkjenne barnemishandling av de som ankom legevakt over en 6 mnd periode.
<b>Resultat:</b>	Totalt 121 tilbakemeldinger av 340 mulige deltagere ble mottatt. De ga tilbakemeldinger om at mangel på tid var den største barrieren til å rapportere barnemishandling. Deretter var det mangel på utdanning, ressurser og støtte.
<b>Relevans for problemstilling:</b>	Får et overblikk over hvilke momenter som spiller inn på barrierer ved å rapportere mistanke om barnemishandling.

<b>Artikkel E:</b>	Missed cases in the detection of child abuse based on parental characteristics in the emergency department (The Hague Protocol)
<b>Forfattere:</b>	Hester M. Diderich, Paul H. Verkerk, Anne Marie Oudesluys-Murphy, Mark Deschesne, Simone E. Buitendijk, Minne Fekkes.
<b>Tidsskrift:</b>	Journal of Emergency Nursing
<b>Utgivelsesår:</b>	2015
<b>Land:</b>	Nederland
<b>Studiens hensikt:</b>	Hensikten med studien er å undersøke om det finnes "missed cases" hvor det foreligger mistanke om barnemishandling eller omsorgssvikt fra før Haag-protokollen ble innført basert på tidligere kontaktårsaker. Haag-protokollen er retningslinjer som tilsier at dersom en foresatt kommer til akuttmottak med intox/rusmisbruk, utsatt for vold i hjemmet eller etter suicidforsøk, skal RCCAN (ikke-juridisk organisasjon) varsles.
<b>Metode:</b>	Kvalitativ sekundær analyse av alle RCCAN henvisninger i Haag-regionen. Alle henvisninger som var avledet fra pasientens journal fra et akuttmottak, og som var bekreftet som barnemishandling ble samlet inn over en seks måneders periode (1. Juli til 31. Desember 2011). Journalsystemet til MCH (Medisch Centrum Haaglanden) ble brukt for å undersøke om de

	aktuelle foreldrene hadde vært i kontakt med et akuttmottak 12 måneder før henvisning ble sendt.
<b>Artikkelens resultater:</b>	Ved å ha analysert alle henvisninger som er sendt til RCCAN, ble det gjort funn av 8 saker (ut av 108) som burde blitt oppdaget og henvist tidligere til RCCAN basert på kontaktårsak hos forelder. Etter undersøkelse fra RCCAN viser det seg at 6 av sakene dreide seg om å være vitne til vold i hjemmet og 2 av sakene omhandlet pedagogisk omsorgssvikt. Studien viser at å oppdage barnemishandling på bakgrunn av forelderens oppmøte på akuttmottaket har vært suksessfull, og burde kombineres med screening-metoder i alle akuttmottak.
<b>Relevans for problemstilling:</b>	På en legevakt vil man også møte foreldre som pasienter, og i noen tilfeller kommer de inn grunnet en årsak som gjør at man bør vurdere om det er egnet for barn å være tilstede under slike forhold. Rus, psykiatri og vold kan være årsaker til at barn ikke får den gode oppveksten de trenger, og dette bør fanges opp i de akutte tilfellene som inntreffer på legevakt.

<b>Artikkel F:</b>	Detection of child abuse in emergency department: a multi-centre study
<b>Forfattere:</b>	Eveline C.F.M Louwers, Ida J. Korfage, Marjo J. Affourtit, Dop J.H Scheewe, Marjolijn H. van de Merwe, Françoise A.F.S.R. Vooijs-Moulaert, Claire M.C Woltering, Mieke H.T.M Jongejan, Henriette A. Moll og Harry J. De Koning.
<b>Tidsskrift:</b>	Archives of disease in childhood
<b>Utgivelsesår:</b>	2011
<b>Land:</b>	Nederland
<b>Studiens hensikt:</b>	Hensikten med studien er å undersøke om antallet oppdagelser av mistenkt barnemishandling i akuttmottak på syv (7) nederlandske sykehus overholder / overholder ikke screening-retningslinjene for barnemishandling.
<b>Metode:</b>	Kvalitativ metode. Data innsamlet fra 7 av 22 sykehus totalt i Nederland – rundt 200 000 pasienter i akuttmottak årlig. Alle barn mellom 0 og 18 år som var innom et aktuelt akuttmottak med et nytt problem over en 6-måneders periode (august 2007 til januar 2008) ble inkludert i studien. På grunn av logiske årsaker ble perioden fra november 2007 til april 2008 for et sykehus, mens mars 2008 til august 2008 for et annet. All data på saker med mistenkt barnemishandling og hvor det vurderes at det kan dreie seg om barnemishandling ble sjekket. Informasjon om demografi, kontaktårsak, henvisning, behandlende spesialist og diagnose ved utskrivelse ble samlet inn. Triagesystem, elektronisk pasientjournal og dersom mulig screening sjekklister for barnemishandling ble brukt.
<b>Artikkelens resultater:</b>	Studien viste at oppdagelsesraten av mistenkt barnemishandling var høyere når en sjekklister med varselssymptomer ble brukt.

	Barna utsatt for mistenkt barnemishandling var generelt yngre enn gjennomsnittet i akuttmottaket. Likevel kan barnemishandling ramme alle aldre, og akuttavdelinger må være klar over risiko hos alle barn for å unngå og overse situasjoner. Fysisk mishandling er den mest vanligste formen for barnemishandling å oppdage i et akuttmottak. Omsorgssvikt og psykisk mishandling er vanskeligere å oppdage, men man skal huske på disse formene også i møte med barn. Barnemishandling er et underrapportert problem.
<b>Relevans for problemstilling:</b>	Bruk av screeningverktøy kan fange opp tilfeller man ellers ikke fanger opp, og kan være et godt verktøy å bruke i akuttavdelinger som legevakt. Gir også et overblikk i hvordan det har fungert andre steder, samt bevissthet rundt å ha barnemishandling i bakhodet ved kontakt med barn.

<b>Artikkel G:</b>	Evaluation of an Emergency Department High-Risk Bruising Screening Protocol
<b>Forfattere:</b>	Caitlin E. Crumm, Emily C.B Brown, Siobhan Thomas-Smith, Daniel T.Y Yu, James B. Metz, Kenneth W. Feldman.
<b>Tidsskrift:</b>	Pediatrics
<b>Utgivelsesår:</b>	2020
<b>Land:</b>	USA
<b>Studiens hensikt:</b>	Hensikten med studien var å beskrive utfallene av implementering av høy-risiko hematomscreening i et pediatrik akuttmottak.
<b>Metode:</b>	Retrospektiv observasjonsstudie av barn mellom 0 og 48 måneder som var i kontakt med akuttmottaket i perioden 1. desember 2016 og 1. april 2019 som sykepleier avdekket hematom som høy-risiko for barnemishandling etter undersøkelse.
<b>Artikkelens resultater:</b>	<p>Studien viser at blåmerker blant spedbarn under seks måneder er sjeldent, og særlig i kombinasjon med frakturer. Det kan være effektivt for generelle akuttavdelinger å bruke screening for blåmerker for å fange opp eventuelle tilfeller av mishandling, da hudundersøkelser av barn kan være noe sjeldnere her.</p> <p>Av 49 276 barn i aktuell aldersgruppe undersøkt i akuttmottaket, ble 43 771 (88%) screenet for hematomer. 783 av disse hadde positive screeningresultater, samt 163 hadde blåmerker som hadde blitt oppdaget av forsørger.</p> <p>Av 8365 spedbarn under 6 måneder, hadde 48 (0,6%) høy-risiko blåmerker, og 24 av disse var klassifisert som case av muligens eller definert mishandling. Skjelettundersøkelser ble gjennomført hos 29 spedbarn, og 11 av disse hadde skjulte frakturer.</p> <p>Av 35 166 barn fra 6 måneder til 48 måneder var hadde 115 høy-risiko blåmerker, og 32 av caser med muligens eller definert mishandling. Barn med kjente blødningslidelser eller dersom dette ble oppdaget i undersøkelsen, ble ekskludert fra studien.</p>

<b>Relevans for problemstilling:</b>	Fysiske tegn på mishandling er det mest tydelige tegnet på mishandling, hvor legevakt er en aktuell arena å oppdage det på.
--------------------------------------	---

## 4.2 Sammenfatning av resultater

### 4.2.1 Forelderegenskaper

Ifølge studien til Diderich et al. (2014) kan flere tilfeller av omsorgssvikt og mishandling oppdages ved at foreldrene til aktuelle barn kommer selv til akuttmottaket som pasient med alvorlige kontaktårsaker. Kontaktårsaker som intoxic, rusmisbruk, vold i hjemmet og suicidforsøk bør gi helsepersonell et varseltegn om å undersøke om vedkommende har ansvar for mindreårige, og dermed varsle instanser om mulig omsorgssvikt. Kombinere å være på vakt når det kommer inn pasienter med ansvar for mindreårige med alvorlige kontaktårsaker har vist seg å være svært suksessfullt, og studien påpeker at dette bør kombineres med standard screeningmetoder for barnemishandling for barn som pasientgruppe. Regelmessig opplæring og trening av sykepleierne i akuttmottaket, samt påminnelse i journalsystemet vil bidra til familier som trenger støtte vil få det, da sykepleierne har en kritisk rolle i å oppdage tilfeller som bør meldes fra om.

Før retningslinjene ble innført, ble totalt 4 foresatte av totalt 385 626 foresatte rapportert til RCCAN. Etter innførelsen av retningslinjene gikk tallet opp til 565 foresatte av totalt 885 301 foresatte. På bakgrunn av dette har oppdagelse av barnemishandling basert på foreldreegenskaper blitt obligatorisk for alle akuttmottak, ambulansetjenester og legekontorer i Nederland. Fra et retrospektivt syn var det 8 tilfeller som burde blitt meldt inn tidligere til RCCAN basert på tidligere besøk dersom retningslinjene hadde vært innført tidligere (Diderich, et al., 2015).

### 4.2.2 Fysiske tegn

I studien til Crumm et al (2020) ble høy-risiko blåmerker definert på følgende vis: Alle typer blåmerker hos spedbarn under seks måneder, dette grunnet de færreste har lært seg å mobilisere seg selv på egenhånd. Samt blåmerker på overkroppen, genitalia, ører og nakke hos barn fra 6 måneder til 4 år.

Høy-risiko blåmerker er sjeldent. Screening for blåmerker kan hjelpe andre akuttavdelinger som ikke har pediatri som hovedfagfelt å fange opp mishandling blant denne aldersgruppen. Dette kan blant annet være relatert til manglende kunnskap og opplæring hos fagpersonellet, manglende vilje til å melde ifra mistanker, samt variasjoner i meninger knyttet til hva som kan defineres som mishandling. Derfor er dette et godt hjelpemiddel (Crumm, et al., 2021).

Ifølge studien til Nicholas M.P Clarke et al (2011) hadde 133 av totalt 3370 barn under 2 år ankommet legevakt med bruddskader. Høyest forekomst av brudd var i aldersgruppe 17–23 måneder, og den minste forekomsten mellom 0-8 måneder. I sistnevnte gruppe var kragebensbrudd og hodeskallebrudd mest vanlig. Skademekanisme var satt i sammenheng med historien av skaden. Det var derfor delt inn i kategorier som betydelig, ubetydelig og uforklarlige mekanismer. Betydelige skader inkluderte fall i forbindelse med utendørsaktiviteter, fall fra høyde høyere enn to meter, i tillegg til trapper eller å bli mistet i gulv. Ubetydelige skader inkluderte fall fra sofa, seng og innendørsaktiviteter. 57,7 % av bruddene ble identifisert som betydelige skader og 12,2 % hadde uforklarlige historier med null mekanisme for skade. Høy andel av de som ble henvist til barnevernet var i aldersgruppen 0-8 måneder. Av totalt 3370 barn, ble 5 barn mistenkt for å bli utsatt

for mishandling, samt 22 barn meldt direkte til barnevern (Clarke, Shelton, Taylor, Khan, & Needhirajan, 2012).

#### 4.2.3 Screeningverktøy

I perioden studien til Louwers et al (2010) ble gjennomført besøkte totalt 24 472 barn under 18 år et av syv akuttmottak i studien med ny kontaktårsak. 52% dukket opp i akuttmottaket uten en henvisning, og 60% hadde en kirurgisk årsak til besøket. 54% besøkte et akuttmottak som fulgte screeningretningslinjer for barnemishandling. Sjekkliste ble fullført i 36% av akuttmottak innleggelsene, mens i akuttmottakene som ikke har samme screeningretningslinjer ble det kun gjennomført i 0,4% av innleggelsene. Trenden med å fange opp mistanke om barnemishandling var høyere i akuttmottak med screeningverktøy, versus uten.

Det ble screenet 4769 barn, og disse var yngre enn barn som ikke ble screenet. Disse barna dukket også sjeldnere opp i akuttmottaket uten henvisning, og ble oftere behandlet av barnelege. Det ble fanget opp betydelig flere tilfeller med mistenkt barnemishandling hos barn som ble screenet enn hos de som ikke ble screenet – 0,8% versus 0,4%. Totalt 52 tilfeller av mistenkt barnemishandling ble fanget opp i perioden studien pågikk, etter ekskludering av 23 barn. Gjennomsnittsalder var 3,9 år, og 33 tilfeller omhandlet barn under 4 år. I 40 av tilfellene var sjekkliste for barnemishandling fullført. Bruddskader grunnet mishandling var diagnosen som oftest ble rapportert inn, sammen med blåmerker og hodeskader. Studien viser at akuttmottak som brukte screeningverktøyet oppdaget flere mistenkte tilfeller av barnemishandling fremfor akuttmottakene som ikke brukte disse (Louwers, et al., 2011).

Ifølge studien til Bindi Naik-Mathuria et al (2023) var medianalderen på 7 måneder av totalt 408 tilfeller. Majoriteten av tilfellene i studien var gutter og under 1 år. Skadene som gjentok seg var hodeskader, brudd i ekstremiteter og blåmerker. Kun 6% av tilfellene var over 2 år. For de under 6 måneder var ribbeinsbrudd og brudd i ekstremiteter mest vanlig. Mens for de mellom 2–10 år var skader i abdomen og brystregion vanlig.

Det var spesielt tre element i historiene som gjentok seg - å oppsøke helsevesenet sent, ikke oppgi informasjon om eventuelt traume og intet vitne til skaden som har skjedd. Vanlige funn etter en fysisk undersøkelse av barn i alle aldre var blåmerker på steder hvor det var unaturlig å ha blåmerker, eksempelvis på ører og nakke. Flesteparten av barna hadde minst to positive historiske funn. Den mest gunstige kombinasjonen var barn som kom med minst to positive historiefunn og et positivt fysisk funn. Barna som kom med disse kombinasjonene, ble fanget opp via "Red flag scorecard" med høy sannsynlighet for mistenkt eller bekreftet fysisk mishandling. De som ikke hadde noen form for historie knyttet til traume ble oppdaget av verktøyet (Naik - Mathuria, et al., 2023).

#### 4.2.4 Barrierer ved rapportering

I studien til Gunjan Tiyyagura et al. (2015) har de intervjuet leger og sykepleiere på tre ulike legevakter for å utforske hvilke barrierer det finnes for å gjenkjenne og rapportere mishandling og omsorgssvikt mot barn. Deltakerne beskrev situasjoner hvor mishandling eller omsorgssvikt kan ha blitt oversett fordi de stoler på omsorgspersonen til barnet og historien de kom med. Mange ansatte synes det var ubehagelig når det dukket opp saker med mistanke om omsorgssvikt eller fysisk mishandling grunnet de var ukjente med når man skulle rapportere. De sier også at omsorgspersonens presenterte samfunnsstatus,



klær, utdanning og bosted, kompliserer vurderingene. Utfordringer som er beskrevet ved å jobbe på legevakt er å ikke ha tilgang til den fulle historien, mangel på kontinuitet i omsorgen og travle arbeidsdager.

Viktige barrierer som kom frem ved rapportering er tiden det tar å rapportere i en travel arbeidshverdag, faktorer knyttet til rapporteringsprosessen og de negative konsekvensene det kan ha for de å rapportere til barnevernstjenesten. Å måtte stille opp i retten, og muligens feilanklage en familie for barnemishandling ble nevnt. Det ble også ytret ønske om tilbakemelding av rapporter som har blitt sendt inn, slik at de vet om de har bedømt riktig eller ei. Tvilssaker diskuteres imellom kollegaene før det eventuelt sendes inn rapport. De ansatte har etterspurt mer barnemishandlingsrelaterte saker under utdanningen, tilgang til konsultasjon i uklare tilfeller, tilbakemelding av allerede rapporterte saker og en mer effektiv rapporteringsprosess til barnevernet (Tiiyagura, Gawel, Koziel, Asnes, & Bechtel, 2015).

Ifølge studien til Huei Ti SOH et al (2023) hadde 44 av totalt 121 deltakere mistanke om barnemishandling. Fysisk vold, omsorgssvikt, familievold, psykisk vold og seksuell vold var aktuelle kategorier. De beskrev omsorgssvikt som den hyppigste mistanken, etterfulgt av fysisk og psykisk vold. Dårlig presentasjon og historie som følge av skade var den største indikatoren for mistanke av barnemishandling. Over halvparten av deltakerne var enige om at de hadde hatt fordel av mer utdanning angående rapportering og lovverket rundt slike hendelser. De største barrierene for å rapportere mistanke om omsorgssvikt og barnemishandling var mangel på tid, kunnskap og utdanning (TI SOH, et al., 2023).

## 5.0 DISKUSJON

### 5.1 Forelderegenskaper

Mange barn lever med foresatte de frykter. Det kan være frykt ovenfor en voldelig foresatt, men også hva foresatte kan være i stand til å gjøre mot søsken eller andre nære i familien (Vold mot barn s. 135). Når en forelder kommer til legevakt utsatt for vold, påvirket av rusmidler eller grunnet alvorlige psykiske problem, er det viktig å kartlegge barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2018). Det kan være at den foresatte har mindreårige som befinner seg alene i hjemmet, som i utgangspunktet ikke kan passe seg selv. De kan ha vært tilskuere til situasjoner et barn ikke skal være involvert i, eller opplevd å måtte passe på sine foresatte fordi de har vært for ruset til å ta vare på seg selv. Alarmklokkene bør derfor gå hos sykepleieren som møter vedkommende på legevakt med en alvorlig kontaktårsak, som man kan mistenke at går utover eventuelle barn (Diderich, et al., 2015). I Nederland har det vist seg å være svært suksessfullt å bruke Haag-protokollen som innebærer fokus på den foresatte til å oppdage mishandling hos barn. I de tilfeller hvor det har vært alvorlige kontaktårsaker, har sykepleierne kontaktet RCAAN som undersøker forholdene i hjemmet, samt vurderer å koble inn barnevernet. Det at det er obligatorisk å melde ifra når sykepleieren og annet helsepersonell møter en foresatt grunnet intox, vold i hjemmet eller suicidforsøk, gjør at man er mer bevisst ovenfor mulig barnemishandling basert på foreldrene sine oppmøter. Dette viser at tilfeller av mishandling og omsorgssvikt kan fanges opp, uten at barnet er direkte i kontakt med tjenestestedet. Studien påpeker videre på at tiltak som eksempelvis et varsel i journalen om å kartlegge for mulig mishandling når det blir skrevet ord som "suicidforsøk" eller "rusmisbruk". Dette kunne vært et godt

hjelpemiddel for en travel sykepleier på legevakt (Diderich, et al., 2015). Sammenlignet med Norge, har ikke vi en mellomorganisasjon som RCCAN i Nederland, her er barnevernet riktig instans (Statsforvalteren.no, 2024).

Vi vet det er en risikofaktor at en foresatt sliter med rusmisbruk, har en psykisk lidelse eller utsettes for vold når det gjelder å utsette sine barn for mishandling og omsorgssvikt (Grønseth & Markestad, 2022). Som sykepleier er man forpliktet til å følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, som tilsier at man skal gjennomføre forsvarlig og omsorgsfull sykepleie, samt å forebygge sykdom og lindre lidelse (NSF, 2023). Ved å være observant på disse tilfellene med foresatte som pasienter på legevakt, kan man ha fanget opp barn utsatt for lidelser og være med på å forhindre at dette skjer videre ved å bruke opplysningsplikten. For man skal bruke opplysningsplikten dersom man mistenker mishandling eller omsorgssvikt hos et barn (Helsepersonelloven, §33, 2001). Slik som Haag-protokollen stadfester, så har det vært barn utsatt for mishandling eller annen alvorlig omsorgssvikt basert på foreldrene og deres egenskaper, og dermed har tilfeller blitt fanget opp fordi sykepleierne er bevisste på det i møte med foresatte (Diderich, et al., 2015).

## 5.2 Fysiske tegn

Som sykepleier på legevakt må man være forberedt på å møte barn i alle aldre i en øyeblikkelig hjelp-situasjon med alle typer skader, både mindre alvorlige og alvorlige (Hunskår, 2020, s. 50). Når et barn kommer inn med eksempelvis en mulig bruddskade, er det viktig å få oversikt over skademekanisme og historien knyttet til hvordan skaden skjedde. Dersom man mistenker at historien ikke stemmer overens med type skader, spesielt bruddskader hos små barn, skal man som sykepleier være observant på mulig mishandling (Myhre, 2020, s. 173). Det er en problemstilling det er mulig å komme borti som sykepleier på legevakt med tanke på at det meste kommer inn på legevakt (Hunskår, 2020, s. 50)

Som studien til Nicholas M.P Clark et al viser, ble 5 barn mistenkt for å bli utsatt for mishandling i perioden studien pågikk med bruddskader, samt 22 barn meldt direkte til barnevernet. Her ble skademekanismen satt i sammenheng med historien for vurdering om dette kan relatert til mishandling eller ei. Selv om dette totalt sett kun er 27 tilfeller ut ifra totalt 3370 barn som hadde dukket opp på legevakta med bruddskader, er dette 27 tilfeller helsepersonell har oppdaget og fått meldt ifra om. Dette kan ha vært tilfeller som ellers ikke ville blitt oppdaget (Clarke, Shelton, Taylor, Khan, & Needhirajan, 2012).

Hos små barn kan bruddskader være vanskeligere å oppdage da knoklene er myke (Grønseth & Markestad, 2022, ss. 357-358). Det skal store krefter til for at et lite barn som ikke forflytter seg selv pådrar seg et brudd, spesielt når det dreier seg om store knokler som lår og overarm eller skallefrakturer. Derfor er det vanligere å mistenke mishandling som årsak til bruddskader hos små barn, spesielt under 18 måneder, enn hos eldre barn som kan ha vært i en sykkelulykke eller falt på en fotballkamp (Myhre, 2020, s. 173). Likevel skal man huske på som sykepleier at mishandling kan skje i alle aldre, også blant de eldste barna. Derfor skal man aldri utelukke dette som årsak, selv om barnet er eldre (Louwers, et al., 2011). Som studien påpeker, skal det alltid noteres tidsintervall mellom skaden og kontakt med helsevesenet ved mistanke om mulig mishandling. Som sykepleier på legevakt kan det være vesentlig informasjon om det opplyses at barnet har skadet seg, men at foresatte ikke tar kontakt med legevakten før

det har gått timer eller dager etter hendelsen (Clarke, Shelton, Taylor, Khan, & Needhirajan, 2012). Medisinsk omsorgssvikt er omsorgssvikt man dessverre møter på i helsevesenet, og en legevakt er en av arenaene hvor dette kan oppdages (Helsebiblioteket, 2020).

Generelt er blåmerker noe som oppstår ofte hos barn og er dermed et vanlig fenomen å se. Derimot er det også noe man skal være observante på, som mulig tegn på mishandling. For dersom man møter et barn på legevakta med flere blåmerker på setet og ryggen, så må man tenke en annen årsak til blåmerkene enn et uhell (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2023). Som studien til Crumm et al (2020) viser til, var det spedbarn under 6 måneder som hadde høyest prosentandel når det gjaldt positive resultater i forhold til oppdagelse av blåmerker i akuttmottak. Noen av disse hadde en naturlig forklaring, mens andre ble definert som sannsynlig eller definert mishandling. I tillegg ble det gjort flere funn av okkulte brudd når det ble gjort skjelettundersøkelser som et ledd i utredning av blåmerkene hos de yngste barna. Også i denne studien blir det bevist at det er de yngre barna som oftest blir mistenkt for å ha blitt utsatt for mishandling grunnet funn av fysiske tegn. Høy-risiko blåmerker i form av blåmerker på overkropp, ører, nakke og genitalia er sjeldent, men som er relatert til mishandling og dermed skal tas svært alvorlig av sykepleieren som oppdager det (Crumm, et al., 2021)

Sykepleier på legevakt skal være på vakt ovenfor mulige skjulte kontaktårsaker både ved telefonhenvendelser på legevaktssentralen og ved fysiske konsultasjoner på legevakta (Gustavsén & Nesvold, 2020). Fysiske tegn er det mest synlige tegnet man har på mishandling, selv om ingen skadetyper er sikre tegn på mishandling. Ved å observere fysiske tegn, samtidig som man er observant på beskrivelse av hendelse og sykehistorie, bør sykepleieren kunne vurdere hva som kan dreie seg om mishandling eller ikke (Myhre, 2020, s. 174).

### 5.3 Screeningverktøy

Ifølge studien til Louwers et al (2010) er det lettere å oppdage mistanke om barnemishandling ved fysiske tegn enn generell omsorgssvikt, seksuelle overgrep eller psykisk mishandling. Det har blitt fanget opp flere mistanker om barnemishandling ved bruk av screeningverktøy enn i tilfeller det ikke har blitt brukt (Louwers, et al., 2011). Det viser seg at barn under 4 år blir screenet hyppigere enn de eldre barna. Hvorfor blir ikke barn over 4 år mistenkt for barnemishandling i like stor grad? Er det lettere å oppdage mistanke om barnemishandling hos de under 4 år?

En årsak til at spedbarn blir hyppigere mistenkt kan være som studien til Crumm et al (2021) beskrev at de ikke er i stand til å mobilisere seg selv, men likevel har blåmerker på uforklarlige steder (Crumm, et al., 2021). Alle barn i alle aldersgrupper er like viktige, men det kan ha flere årsaker til at barn over 4 år ikke blir mistenkt på samme måte. Det kan være at det er vanskeligere å oppdage mishandlingstegn på eldre barn, da de kan være mer trofaste mot omsorgspersonene sine. Fra barn er små tilknytter de seg omsorgspersonene som gjør at de kan bli skeptiske og redde i møte med nye mennesker. Likevel kan det at barn sliter med å forholde seg til andre, uttalt usikkerhet og manglende selvtillit være et tegn på svikt i relasjonen til omsorgsperson (Håkonsen, 2021, ss. 45 - 47). Derfor er dette viktige observasjoner for en sykepleier. De eldre barna er i stand til å mobilisere seg selv og er derfor i større grad utsatt for fall og skader. Derfor vil skademekanisme og type skade endre seg med barnets alder og

utvikling (Myhre, 2020, s. 173). Det kan gjøre sykepleierjobben mer utfordrende for å oppdage mishandling.

Kommunikasjonen med de større barna er viktig for å kunne få den informasjonen vi trenger. Ved å lytte til barnet, bruke tid og styre samtalen inn på ting som interesserer barnet kan gjøre det lettere for barnet å uttrykke seg om sine følelser (Eide & Eide, 2021, ss. 289 – 290). På denne måten kan vi forhåpentligvis få et innblikk på om barnet lider av for eksempel psykisk mishandling. Men som studien til Louwers et al (2010) beskriver viser det seg at å oppdage psykisk mishandling, seksuelle overgrep og generell omsorgssvikt er vanskeligere enn å oppdage fysisk mishandling (Louwers, et al., 2011).

På den andre siden beskriver studien til Bindi Naik–Mathuria et al (2023) at å kombinere et fysisk tegn og to historie- og forklaringsfunn skal gi gode resultat. I denne studien har de kommet fram til et sluttresultat av et screeningverktøy, såkalt "Red Flag score Card" som skal oppdage barn som lider av mishandling eller omsorgssvikt. Et element som ses på som alvorlig ifølge studien er å oppsøke medisinsk hjelp for sent eller å utsette det (Naik - Mathuria, et al., 2023) . Å avvente å oppsøke hjelp ses som en medisinsk form for omsorgssvikt (Helsebiblioteket, 2020). Et annet urovekkende element studien tilsier, er dersom skadene ikke har en form for historie eller skademekanisme (Naik - Mathuria, et al., 2023). Det er viktig å tenke at mulighetene for mishandling kan være der, istedenfor å tro at det ligger en sykdom bak (Myhre, 2020, ss. 172 - 174). På legevakt har man som sykepleier i pasientrettet arbeid et ansvar om at pasienten får den undersøkelsen og behandlingen som trengs (Hansen & Hunskår, 2020, ss. 63 - 65). Ved hjelp av et slikt verktøy kan de raskere oppdage og kartlegge om et barn er utsatt for mishandling.

Man ser at det å oppdage fysiske tegn kan være lettere enn å oppdage seksuelle overgrep, psykisk mishandling og omsorgssvikt generelt. Ved å kombinere fysiske skader og funn knyttet til historie vil man få gode indikatorer på å mistenke mishandling eller ikke. Begge studier viser at gode retningslinjer og bruk av screeningverktøy gir større odds for å fange opp barn utsatt for mishandling eller omsorgssvikt. Ved å ha et screeningsverktøy for mistanke om mishandling vil gjøre det lettere for sykepleier på legevakt å oppdage tegn på mishandling eller omsorgssvikt.

## 5.4 Barrierer ved rapportering

To studier som er inkludert i oppgaven omhandler ulike barrierer sykepleiere og leger har ved rapportering og gjenkjenning av barnemishandling. Det er mange faktorer som gjør at det kan oppleves som krevende og vanskelig å rapportere mistenkte barnemishandlingssaker. Heldigvis finnes det både lovverk og retningslinjer som skal veilede og gjøre jobben enklere for sykepleierne. Til tross for lovverk kan det virke som at det blir tatt ulike vurderinger og valg. Hvorfor ser ikke alle sykepleiere det samme? Er det faktorer som kan skjule mistankene våre? Og hva kan forbedre dømmekraften til sykepleieren?

Mange av deltakerne i studien til Gunjan Tiyyagura et al. (2015) sier de ikke får mistanke om mishandling i like stor grad dersom de kjenner vedkommende eller ser på ytre faktorer som tilsier en god fasade utad (Tiyyagura, Gawel , Koziel , Asnes, & Bechtel , 2015) . Betyr det at velutdannede omsorgspersoner med god økonomi ikke utsetter barna sine for omsorgssvikt? Disse begrunnelsene og avgjørelsene kan være påvirket av oss som individ. Helsepersonell som har opplevd omsorgssvikt selv eller i nære relasjoner vil kanskje kunne kjenne igjen tegn raskere enn andre. Det er fordi å oppleve en form for omsorgssvikt som barn vil forme og påvirke deg (Bufdir, u.d.). Dette er faktorer som kan

være med å skjule mistanker og som kan føre til at sykepleiere ser og vurderer situasjonen annerledes.

Det å kjenne vedkommende er også beskrevet som en av ulempene ved å jobbe på legevakt i et distrikt, hvor "alle kjenner alle". Her kan vi kjenne oss igjen med tanke på å jobbe i ei mindre bygd hvor man kjenner de aller fleste. Det gjør noe med oss og det kan relateres til deltakerne i studien som synes det er ubehagelig å rapportere mistanke mot folk man kjenner.

Det oppleves som en barriere for noen deltakere å feilanklage en familie og risikere å måtte stille i retten (Tiiyagura, Gawel, Koziel, Asnes, & Bechtel, 2015). En slik barrieren kan medføre at barn som lider av omsorgssvikt eller mishandling muligens ikke får den hjelpen de trenger. Det er en utfordring at vi ikke vet hvem som utøver mishandling eller omsorgssvikt. Det kan være en nabo, en venn, et familiemedlem og det er likegyldig om du er fattig eller rik. Å vite hva som skjer innenfor husets fire vegger hos folk er utfordrende. Her er det viktig å ha fokus på de helseetiske prinsippene.

Velgjørhetsprinsippet har pasienten i fokus og det skal alltid jobbe ut ifra hva som er pasientens beste. Dette henger i sammen med et annet helseetisk prinsipp, nemlig autonomi. Man skal utøve sykepleie ut ifra pasientens rettigheter og verdier (Magelssen & Pedersen, 2021, ss. 19 - 20) .

For å unngå en falsk anklage er samarbeidet mellom lege og sykepleier desto viktigere. På legevakt har leger og sykepleiere et tett samarbeid som til sammen skal gi god pasientbehandling. Selv om samarbeidet er godt, kan det til tider være mange pasienter på samme tid, pasienter som dukker opp uanmeldt, telefonsamtaler på vent og øyeblikkelig hjelp (Hansen & Hunskår, 2020, ss. 63 - 65). Det vil si at tid og rom for å rapportere ikke alltid er tilstedeværende. Dette kan føre til at observasjon av samhandling med barn og omsorgsperson, samt å oppdage tegn på mishandling kan bli dårligere. Deltakerne mente de burde få tilbakemeldinger på rapporterte saker som kan gi økt kunnskap, samt eventuell bekreftelse på om de hadde rett. Det kan være med på å forbedre dømmekraften til sykepleierne på legevakt. Samtidig mener deltakerne i studien at ved å få et raskere innmeldingssystem til barnevernet og en raskere mulighet for konferering vil føre til en tryggere og bedre rapporteringsprosess (Tiiyagura, Gawel , Koziel , Asnes, & Bechtel , 2015) .

Studien til Huei Ti SOH et al (2023) styrker de elementene som allerede er nevnt ovenfor. De mener også at mangel på kunnskap, tid og utdanning er viktige element som øker barrierene for rapportering (TI SOH, et al., 2023). Dette viser viktigheten rundt videreutdanning og faglig oppdatering innenfor emnet. Deltakerne i denne studien ønsket også å få mer kunnskap om prosessen og lovverket rundt dette (TI SOH, et al., 2023) . Likevel bør man ikke skyld på mangelfull utdanning og kunnskap om man ser tegn på barnemishandling. Som sykepleier har man plikt til å varsle ved all mistanke om mishandling og omsorgssvikt (Grønseth & Markestad, 2022, s. 47). Helsepersonell skal melde ifra til barnevernet dersom de mistenker at et barn lider av omsorgssvikt eller mishandling i ulike former. Taushetsplikten viker i slike tilfeller hvor det kan være fare for liv og helse (Helsepersonelloven, §33, 2001).

Alle pasienter skal vurderes likt og på samme måte. Man er pliktig til å rapportere om man mistenker kritikkverdige forhold uavhengig om det er en interessekonflikt mellom pårørende og pasient. Pasienten skal prioriteres først uansett (NSF, 2023). Ut ifra artiklene viser det seg at økt kunnskap relatert til utdanning, tilbakemeldinger fra

rapporterte saker, lettere tilgang til umiddelbar konferering med barnevern og en raskere rapporteringsprosess vil gjøre barrierene for rapportering lettere (Tiiyagura, Gawel , Koziel , Asnes, & Bechtel , 2015) (TI SOH, et al., 2023) . Ved å få tilbakemeldinger på rapporterte saker kan det gi legene og sykepleierne en bekreftelse på om det de har vurdert riktig. Det samme gjelder økt kunnskap og mer fokus rundt mishandling under utdanningsløpet. Med disse elementene kan det gjøre det lettere for sykepleier på legevakt å oppdage tegn og symptomer på fysisk mishandling og omsorgssvikt hos barn.

## 5.5 Styrker og svakheter

I denne litteraturstudien har vi inkludert forskning og kunnskap som viser flere sider av det å oppdage tegn på mishandling og omsorgssvikt som sykepleier. Vi har flere innfallsvinkler på det vi tenker er gode svar på vår problemstilling. En variert aldersgruppe fra 0-18 år er inkludert som gjør at vi ikke har ekskludert noen aldersgrupper. Dette har gitt oss et helhetlig innblikk i ulike forskjeller mellom aldersgruppene, noe som er relevant for en sykepleier på legevakt å kjenne til. Det er en styrke at vi har brukt ulike databaser og et strukturert søk for å finne aktuell forskning. Dette har gjort prosessen noe enklere ettersom det har vært begrenset med tid. I tillegg ser vi det som en styrke at vi har funnet forskning som kan relateres til Norge og legevakts systemet vi har, til tross for at forskningen er fra land med andre systemer. All bruk av forskning og pensum har vært relevant for aktuell sykepleie.

Når det gjelder svakheter med studien, så er noe av forskningen over 10 år gammelt, noe som kan medføre at aktuelle ting har endret seg i ettertid. Vi skulle også gjerne tatt for oss flere innfallsvinkler knyttet til mishandling og omsorgssvikt enn vi hadde mulighet til. Det kan også ha forekommet mistolkninger og feil i oversetting av engelske forskningsartikler, noe vi anser som en svakhet. I tillegg er det en styrke at vi har valgt å avgrense studien til å handle om sykepleierrollen på legevakt, mens en svakhet at vi har ekskludert andre arenaer for en sykepleier å komme borti barn på.

## 6.0 KONKLUSJON

Ut ifra artiklene vi har analysert ser vi at det er mange faktorer som kan påvirke sykepleier på legevakt til å oppdage tegn på fysisk mishandling og omsorgssvikt. Et godt hjelpemiddel er å anvende screeningsverktøy som kan gjøre arbeidsdagen lettere og mer effektiv ved kartlegging av barn for sykepleier på legevakt, spesielt knyttet til fysiske tegn. Ved å tilføye mer relevant teori rundt barnemishandling og omsorgssvikt i utdanningen, og tilbakemeldinger på allerede rapporterte saker vil trygge sykepleier på legevakt i hva man skal se etter ved mistanke om mishandling. Raskere tilgang til konferering og en enklere rapporteringsprosess kan gjøre barrierene ved rapportering mindre. Det kan føre til at sykepleier blir mer bevisst rundt saker som omhandler mishandling og oppdager tegn lettere. Å være observante på fysiske tegn, og spesielt i samsvar med historie og skademekanisme, er avgjørende for at en sykepleier kan oppdage mishandling hos barn og eventuelt avverge videre mishandling. Som sykepleier må man være observante på skjulte kontaktårsaker i møte med barn og/eller foresatte på legevakt. Når det gjelder møter med foresatte på legevakt, bør sykepleieren være observant på eventuelle barn vedkommende har ansvar for. Dersom det er en alvorlig kontaktårsak med legevakt og barn som pårørende, bør sykepleieren ta en vurdering på om forhold skal meldes til barnevernet. Alle disse faktorene kan bidra til å hjelpe

sykepleier på legevakt til å oppdage tegn på fysisk mishandling og omsorgssvikt hos barn.

## 7.0 LITTERATURLISTE

### Referanser

- Andersen, G., Jåmås, N., & Sandned, Å. (2023, 11 26). *Ingen oppdager at Sebastian har 17 brudd i kroppen*. Hentet fra VG.no: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/mQbwwL/ingen-oppdager-at-sebastian-har-17-brudd-i-kroppen> (Hentet 15.05.24)
- Bufdir. (u.d.). *Hva er omsorgssvikt?* Hentet fra bufdir.no: <https://www.bufdir.no/barnevern/omsorgssvikt/> (Hentet 25.04.24)
- Clarke, N. M., Shelton, F. R., Taylor, C. C., Khan, T., & Needhirajan, S. (2012, 06). The incidence of fractures in children under the age of 24 months - In relation to non - accidental injury. *Injury*, ss. 762-765.
- Crumm, C., Brown, E., Thomas-Smith, S., Yu, D., Metz, J., & Feldman, K. (2021, 04). Evaluation of an Emergency Department High-risk Bruising Screening Protocol. *Pediatrics*.
- Diderich, H., Verkerk, P., Oudesluys-Murphy, A., Dechesne, M., Buitendijk, S., & Fekkes, M. (2015, 01). Missed cases in the detection of child abuse based on parental characteristics in the emergency department (The Hague Protocoll). *Journal of emergency nursing* , ss. 65 - 68.
- Dreyer, K. (2020). Kapittel 1.5. Medisinsk nødmeldetjeneste og den akuttmedisinske kjeden. I E. Hansen, & S. Hunskår, *Legevaktarbeid - en innføringsbok for leger og sykepleiere* (ss. 57 - 58). Oslo: Gyldendal.
- Eide, T., & Eide, H. (2021). Kommunikasjon med barn og unge. I T. Eide, & H. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner* (ss. 287 - 291). Oslo: Gyldendal.
- Førde, R., & Lillemoen, L. (2021). Profesjonsetikk og verdigrunnlag. I M. Magelssen, R. Førde , L. Lillemoen, & R. Pedersen, *Etikk i helsetjenesten* (s. 33). Oslo: Gyldendal.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2022). Forebyggende helsearbeid blant barn. I R. Grønseth, & T. Markestad, *Pediatric og pediatriisk sykepleie* (s. 377). Bergen: Fagbokforlaget .
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2022). Leddene og skjelettet. I R. Grønseth, & T. Markestad, *Pediatric og pediatriisk sykepleie* (s. 377). Bergen: Fagbokforlaget .
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2022). Psykisk utvikling. I R. Grønseth, & T. Markestad , *Pediatric og pediatriisk sykepleie* (s. 34). Bergen: Fagbokforlaget.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2022). Ulykker og skader. I R. Grønseth, & T. Markestad, *Pediatric og pediatriisk sykepleie* (ss. 357-358, 364). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gustavsen, L., & Nesvold, H. (2020). Volds- og overgrepssatte. I E. Hansen, & S. Hunskår, *Legevaktarbeid - en innføringsbok for leger og sykepleiere* (s. 275). Oslo: Gyldendal.



- Hansen, E., & Hunskår, S. (2020). Kapittel 1.6. Medisin og sykepleie i legevakt: Egenart og samarbeid. I E. Hansen, & S. Hunskår, *Legevaktarbeid - en innføringbok for leger og sykepleiere* (ss. 63 - 65). Oslo: Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (2016, 10 24). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*. Hentet fra helsebiblioteket.no:  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk> (Hentet 01.05.24)
- Helsebiblioteket. (2020, 01 01). *Generell veileder i pediatri - kapittel 12.10*. Hentet fra helsebiblioteket.no:  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatri/generell-veileder-i-pediatri/12.psykosomatiske-plager-psykiske-vansker-og-atferdsproblemer/12.10-vold-seksuelle-overgrep-og-omsorgssvikt-som-arsak-til-skade-helseplager-og-sykdom> (Hentet 14.05.24)
- Helsebiblioteket. (2021, 09 19). *Helsebiblioteket.no*. Hentet fra Kunnskapsbasertpraksis.no:  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering> (Hentet 01.05.24)
- Helsedirektoratet. (2018, 01 16). *3.5 Journalfør opplysninger om og fra pårørende - Journalfør arbeid med mindreårige barn som pårørende*. Hentet fra helsedirektoratet.no:  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/avklare-hvem-som-er-parorende-deres-rolle-og-fore-journal/journalfor-opplysninger-om-og-fra-parorende#journalfor-arbeid-med-mindrearige-barn-som-parorende> (Hentet 19.05.24)
- Helsedirektoratet. (2024, 04 30). § 33. *Opplysningsplikt til barnevernet*. Hentet fra Helsepersonelloven med kommentarer:  
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer> (Hentet 19.05.24)
- Hunskår, S. (2020). Organisering og bruk av legevakt. I E. Hansen, & S. Hunskår, *Legevaktarbeid - en innføringsbok for leger og sykepleiere* (s. 50). Oslo: Gyldendal .
- Håkonsen, K. (2021). Fra vugge til grav. I K. Håkonsen , *Psykologi og psykiske lidelser* (ss. 45 - 47). Oslo: Gyldendal.
- Lillevik, O. (2019). Perspektiver på vold mot barn. I K. Melvik, O. Lillevik, & O. Edvardsen, *Vold mot barn - teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger* (s. 29). Oslo: Gyldendal.
- Louwers, E., Korfage, I., Affourtit, M., Scheewe, D., van der Merwe, M., Vooijs-Moulaert, F., . . . De Koning, H. (2011, 01). Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study. *Archives of Disease in Childhood*, ss. 422 - 425.
- Lovdata. (2001, 01 01). *Helsepersonelloven, §21*. Hentet fra Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven): <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Lovdata. (2001, 01 01). *Helsepersonelloven, §33*. Hentet fra Helsepersonell m.v (helsepersonelloven): <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Magelssen, M., & Pedersen, R. (2021). Hva er "etikk" i helsetjenesten? I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen, & R. Pedersen, *Etikk i helsetjenesten* (ss. 19 - 20). Oslo: Gyldendal.
- Myhre, M. (2020). Kapittel 11. Helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevd omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. I C. Øverlien, M.-I. Hauge, & J.-H. Schultz, *Barn, vold og traumer: møter med unge i utsatte livssituasjoner* (ss. 172 - 174). Oslo: Universitetsforlaget.
- Naik - Mathuria, B., Johnson, B. L., Todd, H. F., Donaruma - Kwoh, M., Bachim, A., Rubalcava, D., . . . Escobar, M. A. (2023, January 21). Development of the red flag scorecard screening tool for identification of child physical abuse in the emergency department. *Journal of Pediatric Surgery*, ss. 1789 - 1795.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2023, 03 10). *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner - fysisketegn*. Hentet fra voldveileder.nkvts.no: <https://voldveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/risikofaktorer-og-tegn-2/fysiske-tegn/> (Hentet 14.05.24)
- NSF. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra NSF: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere> (Hentet 08.05.24)
- Redd Barna. (u.d.). *Fakta om vold mot barn*. Hentet fra reddbarna.no: <https://www.reddbarna.no/vart-arbeid/barn-i-norge/vold-og-overgrep/vold-mot-barn/vold-fakta-om-vold-mot-barn/> (Hentet 25.04.24)
- Solberg, B. (2021). Forskningsetikk. I M. Magelssen, R. Førde, R. Pedersen, & L. Lillemoen, *Etikk i helsetjenesten* (ss. 216 - 217). Oslo: Gyldendal.
- Statsforvalteren.no. (2024, 03 12). *Barnevern*. Hentet fra statsforvalteren.no: <https://www.statsforvalteren.no/portal/barn-og-foreldre/barnevern/> (Hentet 15.05.24)
- Thidemann, I.-J. (2020).. I I.-J. Thidemann, *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter* (ss.66-67, 77-79, 83-84, 96 – 98 og 128). Oslo: Universitetsforlaget.
- TI SOH, H., Bhurawala, H., Poulton, A., LIU, A., Cush, K., Griffiths, G., & Gandham, S. (2023, May 30). Barriers to identification and reporting of child abuse and neglect experienced by medical officers and nursing staff in emergency departments of the Nepean Blue Mountains Local Health district. *Emergency medicine Australasia*, ss. 921-926.
- Tiiyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A., & Bechtel, K. (2015, November). Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Annals of emergency medicine*, ss. 447-454.

