

BPABAC-1-2022 BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan paramedisinere oppdage flere tilfeller av barnemishandling prehospitalt?



Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Paramedisin
Stavanger, 12.05.2022

Kandidatnummer: 5406

SAMMENDRAG

BAKGRUNN

Ikke alle barn i Norge får den trygge oppveksten som de burde og ha krav på, men lever i et hjem der de blir utsatt for mishandling eller omsorgssvikt. Paramedisinere har en unik mulighet til å sørge for at flere av disse barna blir fanget opp av systemet. De møter ofte på folk i krisesituasjoner der de er mest sårbare og utsatte, og kan slik få informasjonen som ikke er så lett tilgjengelig for andre.

HENSIKT

Jeg ønsker å finne ut om det har blitt forsket på et skåringsverktøy for barnemishandling og om dette er relevant å innføre i den prehospitale tjenesten i Norge.

METODE

Det har blitt gjennomført en litteraturstudie på flere av de store databasene innen medisin, og fire artikler som omhandler forskning på skåringsverktøy har blitt valgt ut. Forskjellige inklusjons- og eksklusjonskriterier har blitt valgt ut for å få mest mulig konkrete resultater som også er relevante i Norge.

RESULTATER

Alle de fire studiene som ble valgt ut som grunnlag i diskusjonsdelen kommer frem til at innføring av et skåringsverktøy er positivt, og fører til at flere barn som blir utsatt for mishandling kan oppdages. Studiene har blitt gjort i utlandet på forskjellige akuttmottak, men resultatene har likevel stor overføringsverdi til den norske prehospitale tjenesten.

Innholdsfortegnelse

1.0	INTRODUKSJON	4
1.1	TEMA	4
1.2	HENSIKT	4
1.3	MOTIVASJON OG INTERESSE FOR OPPGAVENS TEMA	4
2.0	AVGRENSNING OG PROBLEMSTILLING	5
3.0	TEORI	5
3.1	BEGREPSAVKLARING	5
3.2	SKADER HOS BARN - BARNEULYKKER	6
3.3	MISTENKELIGE SKADER HOS BARN – FYSISK OG SEKSUELL MISHANDLING OG OMSORGSSVIKT	7
3.4	PSYKISK VOLD OG SENSKADER PÅ GRUNN AV MISHANDLING	8
3.5	MELDINGSSYSTEMET TIL BARNEVERNET OG PARAMEDISINERENS ROLLE	9
4.0	METODE	10
4.1	METODE OG FREMGANGSMÅTE	10
4.2	LITTERATURSTUDIE	10
4.2.1	DATABASER, SØKEORD OG LITTERATURSØK	11
4.2.2	INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	12
4.2.3	SØKEHISTORIE	12
4.3	KRITISK VURDERING AV KILDER	12
5.0	RESULTATER OG FUNN	13
5.1	SKÅRINGSVERKTØY	13
5.1.1	ESCAPE instrument	13
5.1.2	Pediatric injury flow chart	13
5.1.3	SPUTOVAMO	13
5.1.4	TTI	13
5.2	BARRIERER FOR Å OPPDAGE BARNEMISHANDLING	13
5.3	VALIDITET AV FORSKJELLIGE SKÅRINGSVERKTØY	14
5.4	LITTERATURMATRISE	16
6.0	DISKUSJON	17
6.1	SKÅRINGSVERKTØY	17
6.2	BARRIERER FOR Å OPPDAGE BARNEMISHANDLING	18
6.3	VALIDITET AV FORSKJELLIGE SKÅRINGSVERKTØY	19
6.4	RESULTATENES BEGRENSNINGER	20
7.0	OPPSUMMERING/KONKLUSJON	21
8.0	REFERANSER	22
9.0	BRUKTE LENKER	22
9.0	VEDLEGG	25

1.0 INTRODUKSJON

1.1 TEMA

I Helsepersonelloven §33. «opplysningsplikt til barnevernet» står det skrevet at helsepersonell plikter å informere barnevernet hvis dem tror at et barn blir mishandlet eller utsatt for «alvorlige mangler ved den daglige omsorgen» eller «alvorlig omsorgssvikt». (Helsepersonelloven, 1999, §33).

Dette gir en del rom for egen tolkning og dermed kan situasjoner oppfattes som veldig forskjellige alt etter hva man selv anser som alvorlig nok. Når jeg var i praksis i ambulansetjenesten og diskuterte dette temaet med mine kolleger, har jeg sett at det er veldig vanskelig for mange å bedømme lignende situasjoner. I tillegg sitter det langt inne å vurdere å melde fra sine mistanker til barnevernet. Man vil ikke påføre en familie den påkjenningen som de blir utsatt for ved en eventuell gransking, og mange er også redd for å tolke en situasjon feil. De er redd for å overdrive og dramatisere en situasjon og at dette vil kunne føre til negative konsekvenser, også for en selv. Det finnes lite evidensbasert litteratur angående dette tema og i løpet av paramedisin-studiet er det kun noen timer som blir satt av til å behandle dette emne. Prosedyrene gir visse rammer men det finnes ingen skåringsverktøy for barnemishandling som er i bruk per dags dato i Helse Stavanger.

1.2 HENSIKT

Jeg ønsker å finne ut om det blir brukt skåringsverktøy for barnemishandling prehospitalt og inhospitalt i andre land og om disse kan ha en overføringsverdi til den prehospitale tjenesten i Norge. Jeg vil også se på validiteten og om det kan etterprøves at flere utsatte barn blir oppdaget ved å bruke et skåringsverktøy og om man slik også kan unngå å feiltolke situasjoner. Også den emosjonelle og personlige aspekten ved dette temaet skal belyses for å se om det er noen barrierer hos de ansatte og hvordan disse påvirker deres arbeidshverdag og avgjørelser.

1.3 MOTIVASJON OG INTERESSE FOR OPPGAVENS TEMA

Dette er et tema som engasjerer mange siden ikke alle barn opplever å få den omsorgen og tryggheten de burde gjennom sine primære omsorgspersoner. Jeg tenker at vi som paramedisinere har en viktig rolle opp i dette siden vi kommer tett på folk når vi entrer deres hjem og ser dem i de mest sårbare øyeblikkene. Dette gir oss muligheten til å fange opp detaljer som kanskje ingen andre kan se, som for eksempel hvordan forholdene er hjemme. Allikevel opplever jeg at det er mye som kan gjøres for å forbedre våres forutsetninger for å kunne gjenkjenne mistenkelige skader og tegn hos barn og at det er en mulighet for å oppdage flere utsatte barn som trenger hjelp. Det er langt flere barn som blir utsatt for mishandling og omsorgssvikt enn de fleste er klar over, og dette temaet er både meget aktuelt og viktig da økt kunnskap i den prehospitale tjenesten kan være med på å beskytte disse barna. Jeg håper at jeg kan finne interessant forskning som underbygger min teori om at et skåringsverktøy kan føre til flere bekreftede tilfeller av mishandling hos barn, og at dette kan være med på å øke interessen og oppmerksomheten rundt dette temaet.

2.0 AVGRENING OG PROBLEMSTILLING

Min valgte problemstilling er: «*Hvordan kan paramedisinere oppdage flere tilfeller av barnemishandling prehospitalt?*»

Her skal jeg inkludere barn fra 0 -18 år.

Problemstillingen er bredt og inkluderer alle former for mishandling og alle barn, uavhengig av alder, etnisitet eller medisinsk bakgrunn. Dette er for å ha en mest mulig realistisk tilnærming som speiler befolkningen og de pasientene vi møter i vår arbeidshverdag på best mulig måte. Jeg har derfor valgt studier som omhandler mishandling generelt og ikke bare en undergruppe.

3.0 TEORI

3.1 BEGREPSAVKLARING

Barnemishandling: omfatter alle former for fysisk eller psykisk vold mot barn, krenkelse og undertrykkelse eller omsorgssvikt som fører til at grunnleggende behov hos barnet ikke blir ivaretatt. Det finnes 4 former av mishandling (Aktiv eller passiv fysisk eller psykisk mishandling) (Monn, 2021).

Fysisk mishandling: Aktiv påførsel av smerter eller skade eller at barnet utsettes for drukning, kvelning eller forgiftes med vilje (Monn, 2021).

Psykisk mishandling (emosjonell mishandling): Å gjøre barnet redd og utrygg og bryter det ned psykisk eller at barnet blir påvirket passiv gjennom f.eks. bråk og kranling i hjemmet som ofte er en konsekvens av rusmisbruk hos omsorgspersonene (Monn, 2021).

Omsorgssvikt (Vanskjøtsel): At barnets fysiske, psykiske, emosjonelle og medisinske behov ikke blir godt nok ivaretatt av omsorgspersonene, og at det ikke får nok trygghet og omsorg hjemme og/eller lever under forhold som utgjør en risiko for barnets sikkerhet (Johansen, 2021) (Kynø, 2015a).

Seksuelle overgrep: Å krenke barnets rettigheter ved å påtvinge det seksualitet som det ikke ønsker eller ikke kan samtykke til (f.eks. pga alder). Misbruk omhandler både samleie, beføling og eksponering for seksualisert innhold (Kynø, 2015b).

ABCDE: Primærundersøkelsen som skaffer et raskt overblikk over om pasienten er kritisk eller ikke kritisk. Bokstavene står for A= airways, B=breathing, C=circulation, D=disability og E=expose/environment (Johansen, 2021a).

Wong-Baker face: En smerteskala som består av 6 ansikter som viser ingen smerter (0) og de verste smertene pasienten har opplevd (10) der pasienten skal redegjøre for smerteintensiteten (Wikipedia, 2022).

NRS: en forkortelse for Numeric rating scale som er et smerteskåringsverktøy der pasienten skal velge hvor vondt de har basert på en tallrekke fra 0-10 der 0 er ingen smerter og 10 de verste smertene pasienten har opplevd (ehåndboken).

P-verdi: sannsynligheten for at nullhypotesen er sann. Det betyr at en lav p-verdi viser at et funn i svært liten grad kan skyldes en tilfeldighet, og da kan man anta at resultatene har praktisk eller klinisk betydning. Resultatet er altså signifikant (Pripp, 2015).

Skåringsverktøy: et måleinstrument som benyttes for å kartlegge en situasjon. Forskjellige verdier blir slik vurdert og kan tolkes utfra forhåndsbestemte mål.

3.2 SKADER HOS BARN - BARNEULYKKER

I dette kapitlet gis det en oversikt over de vanligste skadene som barn kan bli utsatt for og som ikke er et resultat av mishandling. Riktignok er det en del skader som både kan være forårsaket av mishandling så vell som en ulykke og å finne ut av den faktiske årsaken kan være utfordrende.

De tre neste kapitlene skal gi en oversikt over de hyppigste skadene barn opplever i løpet av oppveksten, tilsikta og utilsikta, og hvilke varseltegn og funn som kan tyde på barnemishandling eller overgrep.

Skader regnes som den vanligste dødsårsaken hos barn over ett år, og mens de noen ganger kan være forårsaket av ulykker oppstår de andre ganger som en følge av mishandling eller omsorgssvikt.

De utilsikta skadene som oftest ses hos barn kan deles opp i seks kategorier: Hodeskader, brannskader, drukning, fremmedlegemer i luftveiene og mage-tarm kanalen, forgiftninger og huggormbitt (Grønseth & Markestad, 2019, s.339).

Hodeskader kan forekomme i alle aldersgrupper og oppstår oftest i forbindelse med et fall fra et stullebord hos spedbarn eller på grunn av fallskader eller i trafikkulykker hos eldre barn.

Alt etter situasjonen kan det både oppstå alvorlige skader som kan resultere i forbigående eller varig nedsatt funksjonsevne, eller kun en hjernerystelse (Grønseth & Markestad, 2019, s.340).

Hvorvidt en slik situasjon er forårsaket av forsømmelse fra foreldrenes side eller var en ulykke tilfældighet må vurderes av innsatspersonellet på stede.

Brannskader er også en vanlig årsak til skader og her er det spesielt viktig å være oppmerksom på eventuelle farer og ha fokus på forebygging (Grønseth & Markestad, 2019, s.341). I tillegg til synlige skader på huden må man også alltid vurdere faren for inhalasjonsskader da disse kan gi alvorlige pustevansker (Grønseth & Markestad, 2019, s.341).

Nærdrukning, der barnet har aspirert vann til lungene, kan gi alvorlige lungekomplikasjoner som kan gi kramper, lammelser og svekket bevissthet i etterkant av ulykken (Grønseth & Markestad, 2019, s.341).

Fremmedlegemer i luftveiene forekommer oftest hos små barn som utforsker verden ved å ta alt i munnen. Dette kan være veldig farlig dersom ting setter seg fast i halsen eller aspireres helt ned til lungene og gir akutt hoste og pustevansker. Dette kan utvikle seg til en livstruende tilstand (Grønseth & Markestad, 2019, s.341).

Også forgiftninger er vanligst i småbarns-alderen (rundt 3 år). Mens det tidligere var vanlig å fremprovosere brekninger er dette nå en utdatert metode, iallfall hvis det er fare for at barnet kan få nedsatt bevissthet (Grønseth & Markestad, 2019, s.345).

Den siste tilstanden er huggormbitt, som etterlater to bittmerker i huden. Hvordan man reagerer på bittet er svært forskjellig og det kan variere fra en lokal hevelse i huden til en livstruende tilstand med utvikling av sjokk (Grønseth & Markestad, 2019, s.345).

En tilstand som kan være veldig vanskelig å bedømme prehospitalt, men som skyldes naturlige årsaker er plutselig uventet spedbarnsdød, eller krybbedød.

Det er definert som et plutselig dødsfall der verken sykehistorikk eller en obduksjon kan finne en utløsende årsak. Tilstanden er vanligst hos barn mellom 2-4 måneder, men barn helt opp til 1-års alderen kan bli rammet (Grønseth & Markestad, 2019, s.347).

Mange av de ovenfor nevnte tilstandene kan oppstå som følge av omsorgssvikt og at foreldrene ikke overholde sin oppsynsplikt. Her må skjønn, omstendighetene rundt og foreldrenes forklaring tas med i betraktning og det må vurderes om disse virker troverdige.

3.3 MISTENKELIGE SKADER HOS BARN – FYSISK OG SEKSUELL MISHANDLING OG OMSORGSSVIKT

Ifølge Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) sin nettside blir det utøvd mindre alvorlig fysisk vold mot barn nå enn før, mens tilfeller av alvorlig fysisk vold ikke har gått ned på samme måte. Så mange som 1 av 5 barn har opplevd en form for vold enten en eller gjentatte ganger i løpet av oppveksten (Bufdir, 2015). Mindre alvorlig fysisk vold defineres som å bli dyttet, ristet eller lugget mens alvorlig vold kan bety å bli slått med en gjenstand eller knyttneve, sparket eller banket opp. Det kan også defineres slik at førstnevnte voldsform vanligvis ikke medfører fysiske skader mens skadepotesialet er betydelig forhøyet ved sistnevnte form for vold (Mossige, 2016, s. 21).

Generelt sett deles mishandlingen inn i fire kategorier: Omsorgssvikt (Vanskjøtsel), fysisk mishandling, emosjonell mishandling (psykisk mishandling) og seksuelle overgrep (Grønseth & Markestad, 2019, s.346).

Noen av de skadene jeg beskrev i forrige kapittel kan både være et resultat av en ulykke men kan også være forårsaket med vilje. Her må man kartlegge situasjonen nøye og innhente mest mulig informasjon om hendelsesforløpet. Også type skade har en stor betydning og burde alltid ses i sammenheng med barnets alder for å kunne vurdere om foreldrenes forklaring er troverdig.

Hodeskader kan for eksempel være et resultat av et såkalt «shaken baby syndrom» der et spedbarn blir ristet så kraftig at det kan få en hjerneskade. Symptomer oppstår ikke nødvendigvis akutte, men kan vise seg som dårlig matlyst eller forsinket utvikling (Grønseth & Markestad, 2019, s.340).

Også brannskader, drukning, fremmedlegemer i luftveiene og mage-tarm kanalen eller forgiftninger kan være påført, både av foresatte hos mindre barn eller selvpåført i suicidal hensikt hos større barn (Grønseth & Markestad, 2019, s.345).

Kliniske tegn som «Blåmerker; rift; kutt eller arr, brannskader, bittmerker, skader på øre; nese; hals og øye, skjelettskader/brudd, hodeskader, spinalskader; bukskader og thoraxskader, livløshetsanfall, forgiftning» (helsebiblioteket, 2015) tyder på fysisk mishandling.

Psykisk mishandling defineres nærmere i neste kapittel.

Også seksuelle overgrep defineres som en form for mishandling og viser seg kun veldig sjelden som skader i kjønnsorganene (Grønseth & Markestad, 2019, s.345). Men som ved andre typer mishandling kan overgrep påføre offeret en stor psykisk belastning og/eller skader.

Ofte er mishandling sammensatt og en kombinasjon av flere former og faktorer. Derfor er det vanskelig å oppdage om skader er mistenkelige eller ikke og dette fører til store mørketall (Grønseth & Markestad, 2019, s.345).

Noen ganger kan de eneste tegnene være dårlig hygiene, forsinket utvikling, atferdsvansker eller uklare smerter (Grønseth & Markestad, 2019, s.346).

Selv om mishandling forekommer i alle deler av samfunnet, er det likevel noen risikofaktorer som unge/enslige foreldre som ikke er godt integrert i samfunnet, foreldre som selv har opplevd en form for mishandling i oppveksten eller som sliter med rus og/eller psykiatrisk sykdom (Grønseth & Markestad, 2019, s.346).

I noen tilfeller kan også barnet selv være en utløsende årsak hvis det for eksempel oppleves som veldig krevende på grunn av sykdom eller at det gråter veldig mye (Helsenorge, 2021). Det finnes også tilfeller der omsorgspersoner gir inntrykk av at et barn er syk eller bevist fremkaller sykdom eller symptomer på sykdom. Dette er omtalt som Münchhausen syndrom by proxy der foreldrene ofte ønsker å få medfølelse, anerkjennelse og beundring fra andre personer eller samfunnet for øvrig (Helsebiblioteket, 2015).

Også fysisk avstraffelse regnes som mishandling og er forbudt ifølge norsk lov. Dette er regulert i barneloven §30 som omhandler foreldreansvaret (Barnelova, 1981, §30).

Selvskadning kan ses som et alarmerende tegn på at barnet har noen utfordringer som burde undersøkes nærmere. Dette kan ses i sammenheng med mishandling, men kan riktignok også ha mange andre årsaker (Helsenorge, 2021).

Hvis det oppdages at foreldrenes historie ikke passer sammen med selve skaden eller at dem har brukt veldig lang tid før dem har oppsøkt hjelp, kan dette tyde på mishandling eller omsorgssvikt (Johansen, 2021b).

Når man snakker om hvordan man kan oppdage mishandling er det ikke kun de synlige skadene som må tenkes på. Man må tørre å tenke tanken, man må tørre å se etter tegn og man må tørre å spør barna som man mistenker er utsatte (Martinsen, 2015).

Men man må ikke glemme at det også finnes en del mulige differensialdiagnoser som kan være forklaringen til et mistenkelig funn. Noen barn kan for eksempel få lettere blåmerker eller blør mer og lenger enn vanlig, de kan lider av tilstander som fører til at bein brykker lettere enn hos friske barn eller det kan dreie seg om et uhel (Johansen, 2021b).

3.4 PSYKISK VOLD OG SENSKADER PÅ GRUNN AV MISHANDLING

Som psykisk- eller emosjonell vold betegnes gjentatt emosjonell mishandling som påvirker barnets psykiske helse. Barnet blir fortalt at det ikke er bra nok og ikke er elsket, eller til og med uønsket. Dette fører til at foreldre-barn relasjonen tar skade og blir ødelagt. Psykisk vold eller mishandling kan både ses isolert fra andre former mishandling, men ofte også i kombinasjon med andre typer mishandling. (Kynø, 2015d).

I tillegg til synlige (fysiske) skader kan også psykiske skader eller atferdsproblemer være et tegn på pågående mishandling eller et resultat av tidligere mishandling.

At et barn er vitne til fysisk vold i hjemmet er også definert som psykisk vold og kan føre til alvorlige senskader (Bufdir, 2015).

Dette skyldes at den tryggheten et barn skal oppleve hjemme rundt sine primære omsorgspersoner ikke er tilstede, og at tilknytningen mangler som legger grunnlaget for en trygg oppvekst. I tillegg til den frykten og utryggheten som disse barn blir utsatt for, kan de også utvikle varige helseproblemer, psykiske sykdommer, atferdsvansker eller bli påvirket i sin kognitive og emosjonelle utvikling (Bufdir, 2015). Disse barna opplever ofte som ukonsentrerte og urolige eller kan være utagerende og aggressive som et resultat av dårlig impuls kontroll (Helsenorge, 2021).

Mange barn som blir utsatt for enten fysisk, psykisk eller seksuell mishandling vil også kunne føle på mye skam og skyld. Dette trigger igjen et dårlig selvbilde og slik blir det til en ond sirkel som blir til en ekstra påkjenning for barnet i tillegg til angrepene og overgrepene (Helsenorge, 2021).

Å slite med tilknytning til andre mennesker, søvn, aggresjon, angst, depresjon eller lærevansker kan også ses i sammenheng med av å være utsatt for vold i barneårene. Negative adferdsmønstre hos omsorgspersonene og omgivelsene barna vokser opp i, preger dem sterkt på mange forskjellige plan. Ofte kan dette resultere i økte voldstendenser senere i livet og det vises at de som blir utsatt for vold, utsette også ofte andre for vold (Bufdir, 2015).

3.5 MELDINGSSYSTEMET TIL BARNEVERNET OG PARAMEDISINERENS ROLLE

En faktor som bidrar til at mishandling er underrapportert, er helsepersonellens frykt for å beskyldes noen på feilaktig grunnlag og dermed er det lett å bagatellisere eventuelle funn (Grønseth & Markestad, 2019, s.346). En god fremgangsmåte når det mistenkes omsorgssvikt eller mishandling kan være å vise forståelse og empati for foreldrene og deres situasjon. De fleste ønsker i utgangspunktet ikke å skade barnet men opplever å bli overveldet av foreldrerollen og ansvaret dette medfører. I slike situasjoner er det spesielt viktig for foreldrene å ikke bli møtt av fordommer, men at dem får muligheten til å fortelle om det som kanskje belaster dem (Grønseth & Markestad, 2019, s.347).

Alle som jobber i helsevesenet og som mistenker at et barn blir eller kan bli utsatt for omsorgssvikt eller mishandling har en særskilt plikt til å melde dette til barnevernet. Dette er lovfestet i §33 i Helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, §33).

Som paramedisiner vil man alltid oppleve å være i en akutt situasjon som krever en rask avgjørelse.

I motsetning til mange andre yrkesgrupper eller befolkningen generelt, har vi ikke muligheten til å observere over tid for å danne oss en mening om det er grunnlag for bekymring eller ikke. Som tidligere nevnt kan dette ansvaret være vanskelig å håndtere, da vi gjerne ikke vet så mye om situasjonen som vi kunne ønsket.

I en situasjon der det er grunn til å være bekymret for et barn ringer man direkte til barneverntjenesten i det aktuelle området fra mandag-fredag mellom kl 08.00-15.30. Hvis noe skjer utenom ordinær kontortid skal man kontakte Alarmtelefon for barn og unge (tlf 116111) eller politiet hvis alvorligheten i situasjonen tilsier det (Bergem, 2017, s.175).

Hvis man i første omgang kun ønsker å drøfte en sak og ikke er sikker på om man burde melde forholdene kan man gjøre dette anonymt. Det kan være nyttig hvis man er i tvil, men om man bestemmer seg for å anmelde må man oppgi identiteten sin.

I praksis vil en paramedisiner ikke alltid ha muligheten til å benytte seg av disse tilbudene. I noen saker vil ikke foreldrene være til stede, eller de er ikke villige til å gi ut informasjon.

Noen ganger vil man komme opp i situasjoner som er så kritiske at tiden til drøfting må bortprioriteres for å ta seg av livreddende førstehjelp. I noen tilfeller vil spørsmålet om mulig mishandling kanskje ikke vurderes før pasienten er levert og man diskuterer oppdraget i bilen på vei tilbake til ambulanse-stasjonen.

Men ved den minste mistanken burde man uansett ha lav terskel for å ta kontakt med barnevernet hvis situasjonen tilsier det (Bergem, 2017, s.175).

Barnevernet kan bistå en familie på mange forskjellige måter som f.eks. ved å tilby avlastning i hverdagen, terapitimer, overta omsorg for barn i ulik grad og følger opp og støtte dem på mange andre måter (Grønseth & Markestad, 2019, s.347). Dette burde også paramedisinere forklare foreldre som er i en slik situasjon siden det kan oppleves som veldig skremmende for dem.

Som paramedisiner finner man seg ofte igjen i situasjoner der man er konfrontert med yrkesetiske dilemmaer. Det betyr at det ikke er åpenbart hva som er det rette valget og spesielt i saker der det er mistanke om barnemishandling kan dette oppleves som veldig utfordrende (Nordby, 2014, s.38).

Vi er redde for mulige konsekvenser, enten vi velger det ene eller det andre alternativet, for både oss, foreldrene og barnet. Det er viktig å huske på at vi alltid er to når vi er ute på oppdrag og at man benytter seg av dette som en ressurs i vanskelige situasjoner.

4.0 METODE

4.1 METODE OG FREMGANGSMÅTE

For å besvare problemstillingen «*Hvordan kan paramedisinere oppdage flere tilfeller av barnemishandling prehospitalt?*» ble det valgt litteraturstudie som metode. Formålet med denne metoden er å få svar på en problemstilling basert på validert forskning som har blitt publisert tidligere. Gjennom strukturert søk skal all aktuell og relevant forskning samles og vurderes kritisk. Det er viktig å ha en strategi for hvordan søkeprosessen skal bygges opp slik at det brukes søkeord som er relevant for valgt tema.

Metodekapittelet skal gi leseren mulighet til å finne frem til samme resultat ved å følge metoden som er brukt. Metoden skal dermed være etterprøvbar og de forskjellige stegen i litteratursøket skal beskrives nøye.

4.2 LITTERATURSTUDIE

For å finne frem til relevant forskning og litteratur som kan brukes i bacheloroppgaven kan man både benytte systematisk og usystematisk søk. Ofte brukes det usystematiske søket i begynnelsen for å skaffe seg en oversikt over selve temaet, mens det systematiske søket skal hjelpe oss med å finne frem til relevant forskning.

Før jeg startet selve søke har jeg laget en PICO-modell. PICO-modellen er et godt hjelpemiddel som gjør at man deler opp problemstillingen i mindre deler, skaffer seg en bedre oversikt og finner ut hvordan man skal legge opp litteratursøket (Søk & Skriv, 2022). Etterpå har jeg brukt skjemaet til å finne relevante søkeord for min problemstilling. De forskjellige bokstavene står for **P**= Population/Problem/Patient **I**= Intervention, **C**= Comparison og **O**= Outcome. Alt etter valgt problemstilling er det ikke alltid hensiktsmessig eller mulig å bruke alle de fire bokstavene (Søk & Skriv, 2022). Jeg har valgt å ekskludere **C**= comparison da jeg ikke ønsket å sammenligne forskjellige skåringsverktøy med hverandre, men kun å se om disse hadde noe effekt. Dermed har jeg laget en PIO-modell i stede for PICO siden jeg vurderte dette som hensiktsmessig ifølge problemstillingen.

Population/Problem/Patient	Barn med mistenkelige skader prehospitalt
Intervention	Skåring av skader hos barn ved hjelp av skåringsverktøy for å finne ut om det er grunn til mistanke om mishandling
Outcome	Finnes det verktøy som kan bidra til at flere tilfeller av barnemishandling blir oppdaget prehospitalt/ Kan skåringsverktøy som brukes i andre land være nyttig i Norge også?

Tabell 1: PIO-modell

4.2.1 DATABASER, SØKEORD OG LITTERATURSØK

Jeg begynte med et usystematisk søk i Google Scholar, som er en gratis søkemotor for å finne akademisk litteratur på tvers av forskjellige databaser (Wikipedia, 2020). I begynnelsen søkte jeg veldig bredt for å prøve å komme nærmere enn endelig problemstilling og for å få en bedre oversikt over tilgjengelig litteratur. Det var en del artikler som ble lest og som hjalp meg med å identifisere forskjellige norske og engelske søkeord som kunne brukes i det systematiske søket. Disse søkeordene har jeg samlet i et eget skjema som baserer seg på PIO-skjemaet mitt (Tabell 2). Søkeordene ble brukt i forskjellige kombinasjoner i de ulike medisinske databasene for å se hvilke som var mest relevante.

Databaser som jeg anså som relevant i første omgang var CINAHL, Cochrane library, Helsebiblioteket, MEDLINE (Ovid), PubMed og SveMed+. Det viste seg at PubMed var best egnet for å dekke min problemstilling og alle utvalgte forskningsartiklene er funnet der. Dette er en gratis søkemotor og verdens største database innen helseprofesjoner.

Å bruke kun en database frem for flere kan være en svakhet hvis man overser annen relevant forskning, men i mitt tilfelle har jeg undersøkt andre databaser og kommet frem til at de fire artiklene som jeg har valgt ut til slutt er de mest relevante.

Søkeord som jeg har brukt har jeg funnet ved å lese artikler som jeg fant i Google Scholar og senere ved å se på MESH-terms i aktuelle artikler som jeg fant i databasene jeg søkte i. Jeg har også brukt nettsiden «MeSH på norsk» for å finne lignende begreper og engelske synonymer.

I etterkant har jeg gjennomført flere systematiske søk i flere databaser ved å kombinere de forskjellige søkeordene. Dette viste at noen ord var mer relevante enn andre som jeg da valgte å ta bort.

For å finne artikler som inneholder flere elementer av problemstillingen må søkeordene kombineres med «AND» eller «OR» og dette vil da enten innsnevre eller utvide søket.

Den endelige søkestrengen ligger under kapittel 4.2.3 Søkeshistorie.

Pasient	Barn	Child Children Pediatric
Problem	Mishandling Omsorgssvikt	Abuse Neglect Maltreatment
Populasjon	Prehospital Paramedisin Inhospital	Prehospital Paramedics Emergency care Emergency medical services Emergency departments Emergency service Hospital*
Tiltak	Skåringsverktøy	Checklist Screening tool Scales Mass screening Screening methods Injury flow chart Diagnosis Screening Scoring system

Tabell 2: Søkeord-skjema

4.2.2 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Jeg har valgt flere inklusjons- og eksklusjonskriterier i det endelige søket mitt for å sortere ut artikler som ikke er relevante for problemstillingen. Jeg hadde i utgangspunktet ikke satt en grense på hvor gamle artiklene kunne være, men har likevel valgt å begrense tidsrommet til ikke er eldre enn 10 år i det endelige søke. Det viste seg at det ikke hadde blitt gjort så mye forskning før den tiden og den forskningen som jeg fant i databasene vurderte jeg som ikke relevant for oppgaven. Riktignok ble en artikkel som er 20 år gammel inkludert som jeg senere i forløpet oppdaget ved å se gjennom lignende artikler og referanser i PubMed. I utgangspunktet er ikke alderen på artikkelen relevant for min problemstilling og dermed ble denne inkludert.

I tillegg til dette kriteriet har jeg også hatt alder som en begrensning da jeg kun er interessert i forskning som har blitt gjort på barn (< enn 18 år). Siden det ikke er gjort så mye forskning på skåringsverktøy for mishandling prehospitalt har jeg valgt å inkludere inhospitale studier i søket mitt. Jeg anser disse som relevante siden dem har blitt gjort på forskjellige akuttmottak og dette er en arbeidsplass som har en del til felles med den prehospitale tjenesten.

Forskningsresultatene må da vurderes kritisk i henhold til dette.

Siden jeg kun var interessert i å finne artikler som omhandler mishandling generelt og ikke er spesielt rettet mot for eksempel seksuelt misbruk, har jeg også valgt å ha generelle søkeord som «Abuse» eller «Maltreatment». Dette var et bevist valg for å lettere finne frem til forskning som jeg tolket som interessant.

4.2.3 SØKEHISTORIE

Jeg har forberedt søket mitt som beskrevet i den tidligere delen av metode-kapittelet og den endelige søkestrengen som jeg brukte for å velge ut mine artikler i Pubmed var følgende: (child OR children OR pediatric) AND ("emergency care" OR "emergency service" OR hospital* OR prehospital) AND ("child maltreatment" OR neglect OR "child abuse") AND ("screening methods" OR "mass screening" OR scales OR checklist). Dette søke ga 722 treff med de inklusjons- og eksklusjonskriteriene som jeg har beskrevet ovenfor. Av disse ble det lest 40 abstract mens de andre 682 artiklene ble ekskludert pga irrelevant tema eller overskrift. Av de 40 interessante artiklene ble det valgt ut 2 som passet mine søkekriterier. I slutten av hver vitenskapelig artikkel i PubMed er det også oppført lignende artikler og referanser og disse kan brukes for å finne frem til annen relevant forskning. De to siste artiklene som jeg har valgt å inkludere i litteraturstudien min ble oppdaget på denne måten.

4.3 KRITISK VURDERING AV KILDER

For å kvalitetssikre forskningen som jeg har valgt ut har jeg brukt «sjekklister for å lære og øve på kritisk vurdering» fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Jeg har valgt å både integrere kvalitative og kvantitative studier siden problemstillingen min er to-delt og omhandler både tall men også individuelle opplevelser.

To av artiklene har samme forfatter som kan være en svakhet hvis kilden ikke er pålitelig. Jeg har informert meg om de aktuelle forfatterne som er spesialister eller professorer og alle ble vurdert som troverdige kilder. Alle artiklene bestod også sjekklisten som jeg har nevnt ovenfor jeg har dermed valgt å stole på informasjonen som de fremlegger.

Etiske aspekter ble vurdert i studiene og der det var aktuelt ble studien forelagt en etisk komite. Siden artiklene er på engelsk kan feil ved oversettingen ikke utelukkes.

5.0 RESULTATER OG FUNN

5.1 SKÅRINGSVERKTØY

5.1.1 ESCAPE instrument

Et ekspert-team bestående av barneleger og forskere har utviklet et skåringsverktøy for å kunne oppdage barn på akuttmottak som har en høy risiko for å bli utsatt for mishandling. Dem har basert seg på tilgjengelig fagstoff, tidligere utviklete skåringsverktøy, intervjuer med fagfolk og uttesting av konseptet i akuttmottaket gjennom sykepleiere. *Escape* er et skjema med 6 spørsmål som omhandler risikofaktorer for barnemishandling og skal kunne brukes for alle barn, uansett mishandlingsform. Den skal anvendes uansett årsak for barnets oppmøte og er ikke utviklet for å tolke eventuelle skader. Ett eller flere kryss i et mørkt svarfelt betyr at det er risikofaktorer for mulig mishandling til stede og at det anbefales fortløpende utredning av saken. (Louwers et al., 2014. s.1275).

5.1.2. Pediatric injury flow chart

Dette verktøyet ble laget for å øke bevisstheten rundt påførte skader hos barn i førskolealderen som kom til akuttmottaket med en skade. Den skal føre til at mishandling alltid bli vurdert som en mulig årsak til skaden. Spørsmålene tar utgangspunktet i Clark et al. sitt skåringsverktøy med 13 spørsmål, men har blitt kortet ned til de 5 mest relevante spørsmålene i samråd med barnehelse- og akuttmedisin konsulenter (1997, referert i Bengner & Pearce, 2002, s.781). Forkortelsen skal forhindre at skjemaet ikke blir brukt eller fylt ut nøye på grunn av tidsmangel (Benger & Pearce, 2002, s.780).

5.1.3. SPUTOVAMO

Et skåringsverktøy som ble utviklet i 2009 av det nederlandske health care inspectorate for å oppdage flere tilfeller av barnemishandling. SPUTOVAMO er et akronym for en 10-punkt-sjekkliste der hver bokstav står for en risikofaktor som inneholder totalt 9 spørsmål. Resultatet på utspørringen regnes som positivt dersom ett eller flere av spørsmålene 2-8 ble besvart med enten «nei» eller «usikker» eller spørsmål 9 ble besvart med «ja» eller «usikker». Dette gjelder også hvis ikke alle spørsmålene har blitt besvart. Selv om det i Nederland er påbudt å bruke dette skåringsverktøyet har det ikke blitt validert/godkjent når denne studien ble publisert (Teeuw et al., 2019. s.300).

5.1.4. TTI

En TTI er en fullstendig fysisk undersøkelse av hele kroppen, også kalt topp-til-tå undersøkelse. Den gir mulighet til å oppdage unormale skader eller arr, ikke tilfredsstillende hygiene eller pleie, unormal utvikling for alderen, atferdsvansker eller en bekymringsverdig/unormal relasjon mellom barn og foreldre. Alle disse elementene er potensielle risikofaktorer for barnemishandling (Teeuw et al., 2019. s.300).

5.2 BARRIERER FOR Å OPPDAGE BARNEMISHANDLING

(Louwers et al., 2012. s.167) sitt formål med studien var å se nærmere på hva slags barrierer ansatte på akuttmottaket opplevde når dem skulle utrede barn for mishandling, og hva som kan forbedres i fremtiden. 27 ansatte, derunder leger, sykepleiere og spesialister, som jobbet på 7 forskjellige nederlandske sykehus ble intervjuet i denne studien og resultatene ble drøftet med 6 forskjellige eksperter i etterkant som kom med råd om hvordan de forskjellige utfordringene kan håndteres.

Her ble mangel på kunnskap om håndtering av barnemishandling, kommunikasjon med foreldre i tilfelle av mistanke, personlige barrierer og mangel på tid for å utvikle prosedyrer

og retningslinjer nevnt som potensielle barrierer av de ansatte. I tillegg var ikke alle ansatte klar over hva slags prosedyrer arbeidsplassen hadde eller hvor dem kunne finne informasjon om dette.

De fleste sykehusene brukte SPUTOVAMO som verktøy, men ved flere anledninger ble den ikke utfylt på grunn av tidsmangel og en fysisk undersøkelse ble heller ikke alltid gjennomført.

Kommunikasjon beskrives hovedsakelig som vanskelig på grunn av praktiske utfordringer som tidsmangel og mangel på et egnet sted for trygg kommunikasjon og også på grunn av frykt for å dømme foreldre på feilaktig grunnlag. Også for lite tid til å trene på både å oppdage og ivareta utsatte barn og mange pasienter i løpet av en vakt gjorde det utfordrende for de ansatte å jobbe grundig nok.

(Louwers et al., 2012. s.167) kom frem til at undersøkelsene for mishandling kan forbedres gjennom å trene personell i å gjenkjenne tegn på mishandling, forbedre kommunikasjonsferdigheter, innføre en nasjonal prosedyre og et validert skåringsverktøy og ved at ledelsen støtter utviklingen av nødvendige prosedyrer og retningslinjer (Louwers et al., 2012. s.167).

Hun konkluderte med at selv om de ansatte var veldig motiverte til å jobbe for å oppdage flere mishandlingssaker, ble dem møtt av mange utfordringer i deres arbeidshverdag. Hun mente at innføring av nasjonale retningslinjer vil kunne føre til at flere barn ble undersøkt for mulig mishandling.

5.3 VALIDITET AV FORSKJELLIGE SKÅRINGSVERKTØY

I (Teeuw et al., 2019. s.300) sin studie "screening for child abuse by using a checklist and physical examinations in the emergency department led to the detection of more cases" skulle resultatene av en fysisk undersøkelse og av skåringsverktøyet SPUTOVAMO ses hver for seg og i kombinasjon med hverandre. Inkludert ble barn fra 0-18 år som var i kontakt med akuttmottaket til «The Academic Medical Center of the University of Amsterdam», et stort sykehus i Nederland.

Det ble tatt utgangspunkt i 17 229 tilfeller der 12 198 forskjellige pasienter hadde oppsøkt helsehjelp over en periode på to år. I 46% av tilfellene ble SPUTOVAMO sjekklisten brukt og i 33% en fysisk undersøkelse og totalt 421 barn testet positivt på enten en eller begge av disse. 10 av 3519 barn (0.3%) fikk et negativt resultat ved bruk av begge skåringsverktøyene, men ble senere diagnostisert som mishandlingstilfeller.

Det viste seg at ett av 17 barn ikke hadde blitt fanget opp hvis kun SPUTOVAMO hadde blitt brukt eller ett av fem barn hvis kun den fysiske undersøkelsen hadde blitt brukt.

Det er en signifikant forskjell på tilfeller som meldes av det offentlige og selvrapporing, som tyder på at det er mange barn som ikke har blitt identifisert.

Studien konkluderte med at å kombinere en fysisk undersøkelse og et skåringsverktøy bidro til flere positive testresultater som igjen førte til at flere tilfeller av mishandling ble oppdaget. Regelmessig ferdighetstrening ble også nevnt som et viktig punkt og at undersøkelsen kan foretas av en annen fagperson hvis sykepleierne ikke ha god nok tid.

På generell basis anbefaler (Teeuw et al., 2019. s.300) at alle akuttmottak burde bruke en kombinasjon av fysisk undersøkelse og utspørring for barn under 18 år, selv om dette kan føre til noen falsk-positive resultater.

(Louwers et al., 2014.s.1275) undersøker nytteverdien av skåringsverktøyet *Escape* i sin studie «Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments».

Datainnsamlingen foregikk i løpet av en 18 måneders periode der totalt 38 136 barn var på akuttmottaket. Barn hvor det var kjent på forhånd at det handlet seg om mishandling ble ikke inkludert i studien. *Escape* ble brukt i 18 275 tilfeller der 44 av de 420 barna som fikk et

positivt testresultat og 11 av de 17 855 barn med et negativt testresultat ble diagnostisert som potensielt mishandlet. For å kvalitetssikre diagnosene ble de individuelle casene vurdert av 4 uavhengige eksperter.

P-verdien på 0,002 viser at resultatet er statistisk signifikant, som også er konklusjonen i studien. Å bruke Escape har ført til at flere tilfeller av potensiell mishandling ble fanget opp og derfor anbefaler (Louwers et al., 2014. s.1275) at dette bør brukes på alle akuttmottak. (Benger & Pearce., 2002. s.780) har i sin studie "Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments" samlet inn data i en 6 måneders periode for å se om en «pediatric injury flow chart» kan øke oppmerksomheten rundt barnemishandling hos ansatte på et akuttmottak.

Først ble data av 1000 barn analysert der ikke et skåringsverktøy hadde blitt brukt og etterpå data fra 1000 barn etter at pediatric injury flow chart hadde blitt introdusert. Alle 2000 barna var på akuttmottaket på grunn av skader og alderen ble begrenset til maksimalt 6 år, siden førskolebarn er mest utsatt for mishandling i følge (Benger & Pearce., 2002. s.780).

Studiens resultater viser at innføring av et slikt skåringsverktøy kan øke bevisstheten rundt barnemishandling hos de ansatte og at flere mulige mishandlingssaker ble varslet.

Men siden det endelige utfallet på sakene ikke ble offentliggjort, er det uvisst om det også var noen falsk-positive resultater.

(Benger & Pearce., 2002. s.780) konkludere med at et slikt skåringsverktøy har stor nytteverdi og kan bidra til å oppdage flere saker og at det kan anvendes på barn i alle aldersklasser som kommer til et akuttmottak med skader.

5.4 LITTERATURMATRISE

Nr	Tittel	Førsteforfatter, Publiserings år, land	Metode og design	Hensikt	Kvalitet	Etikk
1	Screening for child abuse by using a checklist and physical examinations at the emergency department led to the detection of more cases	Teeuw et al. 2019, Nederland	Kvantitativ studie	Sammenligner nøyaktigheten av SPUTOVAMO og en fysisk undersøkelse hver for seg og I kombinasjon og om dette fører til at flere mishandlinger blir oppdaget.	God	Etisk vurdert
2	Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments	Eveline CFM Louwers et al., 2014, Nederland	Kohort studie	Å måle nøyaktigheten av skåringsverktøyet «Escape» på akuttmottak	Ok	Ikke vurdert
3	Facilitators and barriers to screening for child abuse in emergency department	Eveline CFM Louwers et al., 2012, Nederland	Kvalitativ studie	Å finne ut av barrierer og forbedringspotensialet på å kartlegge barnemishandling på akuttmottak	God	Vurdert og godkjent
4	Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments	Jonathan R Benger, Alison V Pearce, 2002, England	Kvantitativ studie	Å undersøke om integrering av en «reminder flowchart» kan øke oppmerksomheten for mulig barnemishandling	God	Ikke vurdert

6.0 DISKUSJON

6.1 SKÅRINGSVERKTØY

I de 4 artiklene som jeg har funnet og brukt som utgangspunkt blir det nevnt 4 forskjellige skåringsverktøy som jeg har beskrevet nærmere under resultater og funn. Av disse er 3 skjema med forskjellige spørsmål som skal avdekke om det er risikofaktorer til stede, og den 4 er en fysisk undersøkelse av hele kroppen, også kalt TTI.

(Louwers et al., 2014. s.1275) hadde i sin studie som mål å undersøke validiteten av *Escape* instrument, mens (Teeuw et al., 2019. s.300) undersøkte effekten av bruken av SPUTOVAMO og TTI som skåringsverktøy.

Studien til (Teeuw et al., 2019. s.300) fokuserer blant annet på hvor viktig det er å oppdage tilfeller av mishandling tidlig og (Louwers et al., 2014. s.1275) belyser viktigheten av generelle spørsmålene i skåringskjemaene som kan brukes på alle barn uansett grunn for kontakt med helsevesenet. Disse to punktene er også viktige i prehospital sammenheng. At utsatte barn blir fanget opp tidligst mulig kan være avgjørende og å komme hjem til noen på den måten paramedisinere gjør, gir tilgang til viktig informasjon som kan være vanskelige å få tak i senere i behandlingsforløpet. Hvis det ikke er åpenbart at et barn har blitt utsatt for mishandling kan det være til hjelp å ha noen konkrete spørsmål som man kan stille omsorgspersonene.

Å ha et slikt hjelpemiddel tilgjengelig kan dermed være betryggende i en hektisk arbeidshverdag og hjelpe med beslutningstaking.

Som beskrevet i teoridelen er mishandling ofte sammensatt og kan vise seg på forskjellige måter og kan derfor være vanskelig å oppdage.

Sett i lys av erfaring fra praksis kan det være en utfordring å se risikofaktorene hvis man ikke vet hva man skal se etter eller være oppmerksom på. Både i ambulansen og på akuttmottaket blir ansatte konfrontert med akutte situasjoner der avgjørelser må gjøres raskt. Tilgjengelig informasjon om en pasient er begrenset og inntrykket man får er kun situasjonsbasert.

(Louwers et al., 2014. s.1275) konkluderer med at en hektisk arbeidshverdag og en stor arbeidsmengde gjør det vanskelig for de ansatte på akuttmottaket å gjennomføre en tidskrevende undersøkelse med mange spørsmål. Dette kan føre til at skjemaet kun delvis brukes eller ikke i det hele tatt og derfor burde det inneholde minst mulig spørsmål uten at det går ut over kvaliteten av undersøkelsen.

Dette er også veldig relevant i et prehospitalt miljø da arbeidshverdagen til en paramedisiner ofte preges av tidsmangel og avgjørelser må tas raskt. Her vil det være aktuelt å raskt kunne vurdere om det er grunn til mistanke eller ikke og dermed er et slikt kortfattet skåringsverktøy som *Escape instrument* veldig relevant.

(Teeuw et al., 2019. s.300) har lagt mye tid i å forberede og lære opp de ansatte til å bruke både SPUTOVAMO og TTI. Å skape en felles forståelse for hva som er mistenkelige funn og risikofaktorer når man undersøker barn gjør det lettere å samarbeide på tvers av forskjellige profesjoner.

Å jobbe sammen med mange andre yrkesgrupper er en del av hverdagen i ambulansetjenesten. Pasienter skal leveres videre etter at vi har undersøkt dem og det kan være en fordel å bruke samme skåringskjema som mottakende enhet.

I Helse Stavanger finnes det ikke et eget skjema eller prosedyre for vurdering av barnemishandling. Tiltakskortet «Spesielle vurderinger, barn» i Bliksund gi en generell oversikt over normale vitalier, hvordan man triagere barnet utfra funn i ABCDE og to

smerteskåringsverktøy blir forklart: Wong-Baker face og NRS. Tiltakskort 13 har et kapittel som heter «Barnevernet i Helse Stavanger sitt område» som sier at en bekymringsmelding skal vurderes dersom barnet ikke har det greit hjemme eller blir utsatt for rus eller kriminalitet (Vedlegg 1).

En såpass vid formulering som å ikke ha det greit hjemme er problematisk på grunn av flere aspekter: Dette gir stort rom for individuell tolkning og egne meninger. Dermed er det mulig at en og samme situasjon blir tolket forskjellig og en og samme pasient bli behandlet forskjellig. Selvsagt er det viktig med individuell behandling og klinisk skjønn, men det er også viktig med visse rammer for å sikre kvalitet i arbeidet.

Egen erfaring i praksis har vist at det mangler en felles forståelse for hva mishandling og omsorgssvikt er, hva som kjennetegner dem og hvordan disse kan oppdages.

Som nevnt tidligere i teksten har (Teeuw et al., 2019. s.300) derfor sett på ferdighetstrening som en viktig forutsetning som legger til rette for at skåringsverktøyene man har blir brukt på mest effektiv måte.

Oppsummerings vis kan man si at SPUTOVAMO, pediatric injury flow chart og Escape har samme formål, men er utformet på litt forskjellige måter. Likevel er spørsmålene ganske like som forklares med at det finnes ulike risikofaktorer som øker mistanken for barnemishandling. TTI er mer utbredt i prehospital sammenheng, spesielt hos mindre barn som ikke kan forklare seg godt nok. Likevel finnes ingen skåringsverktøy for mishandling i Helse Stavanger per i dag. Dette burde vurderes i fremtiden for å lette arbeidet til ansatte i ambulansen og for å øke sjansen for å fange opp utsatte barn, slik forskningen har vist.

6.2 BARRIERER FOR Å OPPDAGE BARNEMISHANDLING

I (Louwers et al., 2012. s.167) sin studie ble det gjort forsøk på å identifisere forskjellige barrierer som ansatte på akuttmottaket opplever og som vanskeliggjør oppdagelsen av barnemishandling. Disse kan også i stor grad relateres til arbeidet i ambulansen da begge arbeidsplassene krever en rask behandling av akuttmedisinske tilstander.

Den første barrieren som blir nevnt av (Louwers et al., 2012. s.167) er manglende kunnskap om barnemishandling og for lite praktisk erfaring.

Ifølge helsedirektoratet har simulering stor læringsverdi, den forbedrer effektivt klinisk praksis og sikrer best mulig pasientbehandling (Helsedirektoratet, 2020). Ferdighetstrening blir derfor prioritert, både som en del av paramedisinstudie, men også senere i arbeidshverdagen. Denne barrieren eksisterer også hos mange ansatte i den prehospitaltjenesten og etter egen erfaring er opplæring som blir gitt nokså begrenset.

Dette resulterer i at mange føler seg noe utrygg på å håndtere slike caser siden slike situasjoner ikke oppleves så ofte og det heller ikke øves mye på det. Slik som jeg skrev i forrige kapittel kan et skåringsverktøy være til stor nytte i vanskelige situasjoner og hjelpe paramedisinere med vurderingen.

Kommunikasjon med foreldre blir nevnt som den andre store utfordringen som ansatte kan oppleve. Sammen med personlige barrierer er også dette er en kjent utfordring i ambulansetjenesten. Frykten for å ha gjort en vurdering på feil grunnlag er stor og både loven og prosedyrene gi veldig mye rom for egen tolkning.

Å ytre sin bekymring uten å ha noe mer å støtte seg på enn en dårlig magefølelse kan være en utfordrende oppgave. Å ha et system eller skåringsverktøy å vise til kan lette på det emosjonelle ansvaret og det kan føles tryggere for de ansatte.

Den sist nevnte barrieren var at det ikke var nok tid til å etablerer gode rutiner og prosedyrer på arbeidsplassen. Som påpekt tidligere i teksten er arbeidshverdagen av dem som jobber med akuttmedisin ofte preget av tidspress. At det oppleves slik at det ikke kan settes av tid i løpet av en arbeidsdag til å utvikle faget og arbeidsmiljøet gir de ansatte tydelig uttrykk for. Siden

de studiene som jeg har inkludert i oppgaven min viser at det kan oppdages flere tilfeller av mishandling med en form for spørsmåls-skjema, burde dette prioriteres for å sikre best mulig pasientbehandling.

Alle barrierene som beskrives av ansatte på akuttmottaket kan også overføres til arbeidet i ambulansen. Egen praktisk erfaring har vist at mange opplever disse barrierene i sin arbeidshverdag i mer eller mindre stor grad. For å gi de ansatte mer trygghet burde både ferdighetstrening, rutiner og utvikling av et passende skåringsverktøy vurderes.

6.3 VALIDITET AV FORSKJELLIGE SKÅRINGSVERKTØY

Den første studien som ble validert i resultatdelen er av (Teuw et al., 2019. s.300) og omhandler en fysisk undersøkelse (TTI) og skåringsverktøyet SPUTOVAMO og hvordan disse fungerer hver for seg og i kombinasjon. Konklusjonen ble at å bruke begge to i stedet for bare den ene, førte til at flere barn som hadde blitt mishandlet kunne fanges opp av systemet.

Siden det finnes 4 forskjellige mishandlingsformer, som utdypet i teoridelen, er det nyttig å ha mer enn bare ett skåringsverktøy. Emosjonell og fysisk mishandling gir for eksempel helt forskjellige symptomer og kan ikke oppdages med samme metode selv om grensene kan være flytende og mishandling kan være sammensatt av flere elementer.

Hvilken screening-metode man velger å fokusere på avhenger også av barnets alder og grunn for at helsehjelp har blitt oppsøkt. Det vil for eksempel være mer naturlig å ta en fysisk helkropps-undersøkelse hos mindre barn som ikke har evnen til å uttrykke seg like godt verbalt som ungdommer. Men selv om eldre barn er i stand til å forklare seg på en helt annen måte må ikke lojaliteten undervurderes som barn har ovenfor sine omsorgspersoner.

Politiforum skriver på sin nettside om nettopp dette temaet og at barn ofte ikke forteller om hva de blir utsatt for siden disse handlingene i hovedsak blir utøvd av voksne som har en nær relasjon til barnet. Barn er helt avhengig av sine omsorgspersoner som skal gi trygghet, bekreftelse og kjærlighet og dette skaper et sterkt bånd, selv om barnet blir utsatt for vold eller overgrep. (Martinsen, 2015).

Derfor er det spesielt viktig at paramedisinere benytter seg av de undersøkelsene som er tilgjengelige, at disse blir utført grundig og at det finnes forskjellige skåringsverktøy som kan brukes etter behov.

I (Louwers et al., 2012. s.167) sin studie blir det nevnt at det kan oppleves som vanskelig og uvandt å kle av et barn hvis skaden ikke tilsier at dette er helt nødvendig som ved for eksempel lokale skader. Men det er viktig å huske på at det også kan være eldre eller andre tegn til mishandling som kan oppdages gjennom en fysisk undersøkelse. Uansett bør målet være at ingen tilfeller av barnemishandling overses og her spiller også ferdighetstrening en viktig rolle som allerede nevnt tidligere. Det er ikke bare viktig å lete etter skader men også å kunne tolke de funnene man gjør.

(Louwers et al., 2014. s.1275) har i sin studie forsket på Escape-instrument der hun kunne vise til at å innføre et slikt skåringsverktøy ga resultater. Selv om resultatene viste at ikke alle mulige mishandlingstilfeller ble fanget opp, viste tallene at det var usannsynlig at det kunne være mishandling hvis Escape var negativ. Som forklart tidligere i sammenheng med (Teuw et al., 2019. s.300) sin studie er det derfor nyttig å kunne kombinere utspørringen med en fysisk undersøkelse.

(Louwers et al., 2014. s.1275) sin anbefaling er uansett at alle akuttmottak bør bruke Escape eller et tilsvarende skjema. Etter hennes mening er Escape spesielt godt egnet til å brukes i en akuttmedisinsk situasjon, da det kun inneholder 6 spørsmål som passer for en travel arbeidsplass.

(Benger & Pearce. 2002. s.780) har utviklet sitt eget skåringsverktøy som de kalte for pediatric injury flow chart. Deres forskning handlet ikke bare om å se nytteverdien av selve skjemaet men også om det kan bidra til at ansatte i helsevesenet blir mer bevisst på å vurdere mishandling som en mulig diagnose.

At det finnes et stort mørketall når det kommer til uoppdagede antall barn som opplever en form for mishandling skyldes nok ikke bare at det er utilstrekkelige rutiner og prosedyrer i den akuttmedisinske tjenesten. Det kan være vanskelig å ta innover seg at mishandling eller misbruk kan være en mulig diagnose og vi vil ikke tro at det er sant. En artikkel i politiforum oppsummerer det veldig greit: «du ser det ikke før du tror det» (Martinsen, 2015). Dette utsagnet tydeliggjør hvor viktig det er å være bevisst på at mishandling kan være en mulighet, men samtidig å kunne skille det fra skader med annen årsak.

Også denne studien konkluderte i likhet med de 3 andre studiene med, at det er positivt å bruke et skåringsverktøy og at flere tilfeller av mishandling ble oppdaget. I denne studien kunne riktignok ikke de positive resultatene bekreftes, da sakene ikke kunne følges opp videre i forløpet. (Benger & Pearce. 2002. s.780) sin flow-chart skulle i første omgang kun gjelde for barn under 6 år, men ble i konklusjonsdelen validert for barn i alle aldre.

Alle studiene som ble valgt ut kommer til det samme resultatet: Å ha en form for skjema eller skåringsverktøy som de ansatte kan følge fører til at mishandling blir oppdaget i flere tilfeller. Det er riktignok vanskelig å fastslå helt kokret hvor pålitelig skåringsverktøyene er, men det er tydelig at det blir stilt flere konkrete mishandlings-diagnoser.

6.4 RESULTATENES BEGRENSNINGER

Ingen av studiene ble gjort prehospitalt som kan ses på som en begrensning. Det var ingen relevante prehospital studier tilgjengelig som omhandlet min problemstilling. Allikevel er overføringsverdien til den prehospitaltjenesten stor da alle studiene ble gjort på forskjellige akuttmottak, riktignok ikke i Norge. Etter min mening er resultatene tross alt veldig relevante da arbeidsplassene har en del til felles: hovedsakelig at det jobbes under tidspress og at foreløpige diagnoser må stilles raskt. Men det trengs mer forskning, både i Norge men også generelt sett i ambulansen for å se om de fire skåringsverktøyene fungerer like bra i andre omgivelser.

Til tross for at en sykepleier på et akuttmottak og en paramedisiner i en ambulanse har en ganske lik arbeidshverdag er det også store forskjeller, som for eksempel selve arbeidsplassen. Egen erfaring har vist at det er en veldig stor forskjell om man jobber i en bil i fart med dårlig belysning eller inne på et sykehus.

Pasientene, kanskje spesielt barn, kan påvirkes i forskjellig grad av omgivelsene og dette kan påvirke hva man får kartlagt og kan spør om. Derfor kan det ikke konkluderes med at resultatene ville vært like hvis man hadde gjennomført de fire studiene som jeg har valgt ut i en ambulanse.

Man får også inntrykk av at det finnes veldig lite forskning rettet mot barnemishandling i den prehospitaltjenesten og at bruken av skåringsverktøy ikke er spesielt utbredt. Dette speiles også i hva jeg har erfart i praksis når dette temaet har blitt diskutert.

I tillegg kan det ses som en begrensning at denne konklusjonen kun baserer seg på fire utvalgte artikler. Selv om resultatene er like og peker i samme retning er det ikke sikkert at en større litteraturstudie hadde kommet til det samme resultatet. Jeg er klar over denne begrensningen og mine konklusjoner baserer seg kun på de utvalgte artiklene og mine egne erfaringer.

7.0 OPPSUMMERING/KONKLUSJON

Jeg hadde som formål å kartlegge hvordan paramedisinere kunne oppdage flere tilfeller av barnemishandling mens de er ute på oppdrag. Jeg ville se om det hadde blitt gjort forskning på et skåringsverktøy som kunne avdekke mistenkelige skader eller funn, og om dette kunne være aktuelt å innføre i den prehospitale tjenesten i Norge.

Etter at alle artiklene ble kritisk vurdert og knyttet opp mot aktuell teori, har jeg vurdert det slik at innføring av et skåringsverktøy også kan være av betydning i Norge. Men det trengs mer forskning på dette område for å kunne besvare problemstillingen ytterlig.

All forskning kom til samme konklusjon og til tross for at den foregikk i utlandet er den relevant for oss. Det vil etter min mening være en god ressurs som paramedisinere kan benytte seg av når de har barn som pasienter og som kan hjelpe oss med å oppdage flere barn som blir utsatt for mishandling.

Avslutningsvis tenker jeg at man burde være klar over at mishandling eller overgrep forekommer, klare å fange opp de som er utsatt for dette, og bruker tilgjengelig kunnskap for å bli en god ressurs i den prehospitale tjenesten.

8.0 REFERANSER

- Benger, J. R., & Pearce, V. (2002). Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *British Medical Journal*, 324(7340), 780-782.
<https://doi.org/10.1136/bmj.324.7340.780>
- Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., De Koning, H. J., & Moll, H. A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12, 167. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-167>
- Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Ruige, M., van den Elzen, A. P., de Koning, H. J., & Moll, H. A. (2014). Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse and Neglect*, 38(7), 1275-1281.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.005>
- Teeuw, A. H., Kraan, R. B. J., van Rijn, R. R., Bossuyt, P. M. M., & Heymans, H. S. A. (2019). Screening for child abuse using a checklist and physical examinations in the emergency department led to the detection of more cases. *Acta Paediatrica*, 108(2), 300-313. <https://doi.org/10.1111/apa.14495>

9.0 BRUKTE LENKER

- Barnelova (1981). Lov om barn og foreldre (LOV-1981-04-08-7). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7?q=barneloven#KAPITTEL_6
- Bergem, A.K. (2017). *Barn som pårørende i akutsituasjoner: en praktisk guide for hjelpere* (2.utg.). Hertervig Forlag
- Bufdir. (2015, 06.mars). *Barn utsatt for vold i familien*.
https://www.bufdir.no/statistikk_og_analyse/oppvekst/vold_og_overgrep_mot_barn/barn_utsatt_for_vold_i_familien/
- Ehåndboken. *NRS Numeric Rating Scale*. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121833>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatric og pediatrik sykepleie* (4.utg.). Fagbokforlaget
- Helsebiblioteket (2013). *Pediatricveiledere*.
<https://www.helsebiblioteket.no/pediatricveiledere?key=155214&menuitemkeylev1=&menuitemkeylev2=6507>
- Helsebiblioteket (2015, 04.mai). *mishandling av barn – fysisk*.
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-fysisk>
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

- Helsedirektoratet. (2020). *Ansatte bør jevnlig gjennomføre ferdighetstrening og simulering av ulike risikosituasjoner ved forverret somatisk tilstand*.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand/kompetanse/ansatte-bor-jevnlig-gjennomfore-ferdighetstreninger-og-tverrfaglig-simulering-av-ulike-risikosituasjoner-ved-forverret-somatisk-tilstand#455a6cd0-7a55-47b5-a3f3-9791d775f171-begrunnelse>
- Helsenorge. (2021). *Vold og overgrep mot barn og unge*. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/vold-og-overgrep-mot-barn-og-unge/>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Johansen, I. H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C., Moen, K., (2021a). *Legevakthåndboken Primærundersøkelsen ABCDE*. https://lvh.no/naar-det-haster/abcde_primaer-og-sekundaerundersoekelsen/primaerundersoekelsen_abcde
- Johansen, I.H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C., Moen, K., (2021b). *Legevakthåndboken Omsorgssvikt og barnemishandling*.
https://lvh.no/skader/vold_og-seksuelle-overgrep/overgrep/omsorgssvikt_og_barnemishandling
- Kynø M. N., Lindboe, A., Vetlesand, N., Skotte, L. H., Bjaanes, A. K. S., Syversen, M. & Radklev, S. (2015a). *Helsebiblioteket Omsorgssvikt/vanskjøtsel av barn*.
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/omsorgssvikt-vanskjotsel-av-barn>
- Kynø M. N., Lindboe, A., Vetlesand, N., Skotte, L. H., Bjaanes, A. K. S., Syversen, M. & Radklev, S. (2015b). *Helsebiblioteket seksuelle overgrep mot barn*.
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/seksuelle-overgrep-mot-barn>
- Kynø M. N., Lindboe, A., Vetlesand, N., Skotte, L. H., Bjaanes, A. K. S., Syversen, M. & Radklev, S. (2015c). *Helsebiblioteket Mishandling av barn – fysisk*.
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-fysisk>
- Kynø M. N., Lindboe, A., Vetlesand, N., Skotte, L. H., Bjaanes, A. K. S., Syversen, M. & Radklev, S. (2015d). *Helsebiblioteket Mishandling av barn – psykisk*.
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-psykisk>
- Martinsen, J. T. (2015). *Politiforum*. «Du ser det ikke før du tror det...».
<https://www.politiforum.no/kronikk-meninger/du-ser-det-ikke-for-du-tror-det/121029>
- Monn, E. (2021, 10.august). *Store norske leksikon barnemishandling*.
<https://snl.no/barnemishandling>

Mossige, S. & Stefensen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2015 (s. 21)*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 5/2016 <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5104/Vold-og-overgrep-mot-barn-og-ung-NOVA-Rapport-5-16-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nordby, H. (2014). *Samhandling i prehospitalt arbeid* (2. utg.). Gyldendal akademisk

Pripp, A. H. (2015). *Tidsskriftet hvorfor p-verdien er signifikant*. <https://tidsskriftet.no/2015/09/kronikk/hvorfor-p-verdien-er-signifikant>

Søk & Skriv. (2022). *Systematisk søking*. <https://www.sokogskriv.no/soking/systematisk-soking.html#problemstilling>

Wikipedia. (2020). *Google Scholar*. https://no.wikipedia.org/wiki/Google_Scholar

Wikipedia. (2022). *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*. https://en.wikipedia.org/wiki/Wong%E2%80%93Baker_Faces_Pain_Rating_Scale

9.0 VEDLEGG

12:29 📶 🔋 12:30 📶 🔋

✕ Tiltakskort ⌚ ✕ Tiltakskort ⓘ ⌚

Spesielle vurderinger, barn

Oppdatert 14.11.2016


Introduksjon

I ambulansetjenesten i Helse Vest er barn definert som alder 0 - 14 år.

Barn er ikke små voksne. Vurder allmenntilstand, lytt til foresatte.

Allmenntilstanden

Vurdering av allmenntilstand. Jo flere faktorer som trekker mot høyre, jo dårligere er barnets allmenntilstand.

 ZOOM

	Normal	Moderat nedsatt	Alvorlig nedsatt
Gråt	Kraftig med normalt stemmeleie, eller fornøyd barn som ikke gråter	Svak gråt, sutrete	Klynkete irritabel
Reaksjon på foreldres stimuli	Stopper å gråte, eller er fornøyd	Veksler mellom gråt og ro	Liten eller ingen endring atferd
	Hvis våken:	Våkner, men lukker	Sovner,

Barnevernet i Helse Stavanger sitt område

Oppdatert 02.06.2020

Kontakt med barnevernet kan deles i to kategorier:

Akutt behov for hjelp, f.eks. at omsorgsperson(er) ikke selv kan ta hånd om barnet pga. sykdom, skade e.l. eller at barnet er blitt utsatt for vold av omsorgsperson(er)

Kontakt lokalt barnevern direkte i henhold til kontaktlisten under.

Bekymringsmelding, f.eks. hvis en er usikker på om barn har det greit hjemme eller gjentatte, alvorligkriminalitet eller rusproblemer.

I helseinstitusjoner skal slike meldinger skal gå gjennom fast person. Hos oss i ambulansetjenesten kontakter en seksjonsleder i vanlig kontortid. Sammen fyller dere ut skjema som sendes til via ambulansetabens og sykehusets dokumentsystem til barnevernet. Det skal sendes bekreftelse tilbake til melder at meldingen er viderset.

Se ellers grunnlagsinformasjonen for mer detaljer.

Behov for direkte kontakt med barnevernet

Dag 08:00 - 15:00

Kontakt hver enkelt kommunes barneverntjeneste direkte.

- Randaberg: 45870697
- Stavanger: 51912600

Vedlegg 1: Bliksund – Helse Stavanger tiltakskort

Appendix 1. Dutch SPUTOVAMO checklist #

The 9 questions on the Dutch SPUTOVAMO checklist

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

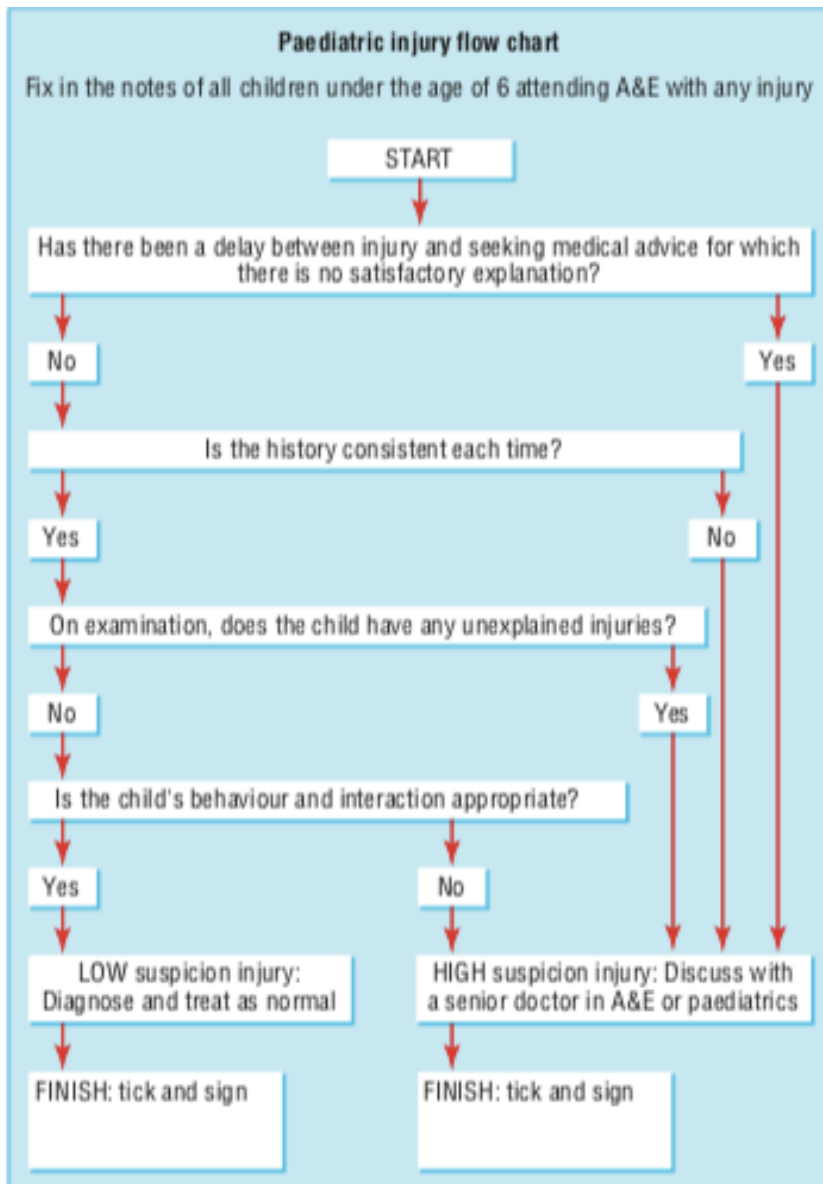
Translation of the Dutch SPUTOVAMO checklist for child maltreatment at the ER. SPUTOVAMO is an acronym in which each letter represents one question on the form. The SPUTOVAMO checklist is performed by the ED triage nurse, the TTI is performed by a different professional (see Figure 2).

* A positive SPUTOVAMO result triggers a direct referral to a specialized paediatrician for further assessment. The result of the SPUTOVAMO is scored positive if one or more of the questions 2 to 8 of this screening instrument are answered with a no or a doubtful or Question 9 is answered with a yes or a doubtful, also if the form is incompletely filled. The ED triage nurse assesses, using the SPUTOVAMO, whether the site and the appearance of the injury are customary for the type of injury, are consistent with a specific age or developmental stage, correspond to the history provided, whether the perpetrator of the accident is present at the ED, if others were present when the injury occurred and are present at the ED, and whether any measures taken were appropriate. The ED nurse makes a definitive conclusion as to whether or not there are suspicions of child maltreatment revealed in the form or whether the SPUTOVAMO has raised serious doubts about the explanations provided. A suspicion or a doubtful suspicion is considered a positive result of the SPUTOVAMO.

Vedlegg 2: SPUTOVAMO – checklist

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

Vedlegg 3: Escape-instrument



Sticky label added to notes of injured preschool children to increase awareness of intentional injury in emergency department

Vedlegg 4: Pediatric injury flow chart