

**NOTAT**

2021

VURDERING

Vurdering av metodisk  
kvalitet ved to retningslinjer  
fra NICE om tegn på  
barnemishandling

Notat

# Vurdering av metodisk kvalitet ved to retningslinjer fra NICE om tegn på barnemishandling

Heid Nøkleby

Lars Jørund Langøien

## Innhold

Oppsummering.....	1
Beskrivelse av leveransen .....	2
Oppdraget.....	2
Bidragsyttere .....	2
Metode .....	2
Verktøyet AGREE II.....	3
Retningslinje 1 – <i>When to suspect child maltreatment</i> (2009) .....	4
1 A. Beskrivelse av retningslinjen.....	4
1 B. Metodisk vurdering av retningslinjen.....	7
1 C. Vurdering av <i>hvordan</i> og i <i>hvilken grad</i> Bufdirs spørsmål besvares .....	14
Retningslinje 2 – <i>Child abuse and neglect</i> (2017) .....	18
2 A. Beskrivelse av retningslinjen.....	18
2 B. Metodisk vurdering av retningslinjen.....	20
2 C. Vurdering av <i>hvordan</i> og i <i>hvilken grad</i> Bufdirs spørsmål besvares .....	27
Forholdet mellom de to retningslinjene.....	28
Referanser .....	29
Vedlegg 1. AGREE II.....	30

---

## Oppsummering

---

I dette notatet har vi på oppdrag fra Bufdir beskrevet og kvalitetsvurdert to retningslinjer fra NICE: *Child maltreatment: When to suspect maltreatment in under 18s* (2009) og *Child abuse and neglect* (2017). Vi vurderte også hvordan og i hvilken grad spørsmålet «Hva kjennetegner barnet og familien der det er grunn for alvorlig bekymring for barnets omsorgssituasjon?» besvares. Vi vurderte begge retningslinjene til å ha god metodisk kvalitet. Vi anså også at begge retningslinjene er relevante for Bufdirs spørsmål, med noen forbehold. Den første retningslinjen er spisset mot kliniske tegn ved barnet, mens den andre retningslinjen kompletterer denne mht. tegn ved barnet og ved familien (og inneholder flere andre kapitler om vurdering og tiltak).

---

## Beskrivelse av leveransen

---

### Oppdraget

Fagmiljø for velferdstjenesteforskning i område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet (FHI), fikk i desember 2020 i oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) å vurdere metodisk kvalitet på to retningslinjer utgitt av *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) i 2009 og 2017. De to retningslinjene var:

1. *Child maltreatment: When to suspect maltreatment in under 18s* (publisert i 2009, sist oppdatert i 2017), [www.nice.org.uk/guidance/cg89](http://www.nice.org.uk/guidance/cg89)
2. *Child abuse and neglect* (publisert i 2017), [www.nice.org.uk/guidance/ng76](http://www.nice.org.uk/guidance/ng76)

Bufdir skal utarbeide en veileder angående håndtering av familier med små barn der det er bekymring for alvorlig omsorgssvikt. Direktoratet ønsket i den forbindelse besvart bl.a. følgende spørsmål: Hva kjennetegner barnet og familien der det er grunn for alvorlig bekymring for barnets omsorgssituasjon?

FHIs oppgave var å:

- A. Beskrive retningslinjen
- B. Vurdere retningslinjen med sjekklisten AGREE II (Brouwers et al 2010)
- C. Vurdere *hvordan* og *i hvilken grad* spørsmålet «Hva kjennetegner barnet (alder 0-6 år) og familien der det er grunn for alvorlig bekymring for barnets omsorgssituasjon?» besvares

Vi skulle ikke vurdere det faglige innholdet i retningslinjen.

### Bidragstere

Forskerne Heid Nøkleby og Lars Jørn Langøien har utført oppdraget i januar 2021.

---

## Metode

---

Vi skulle foreta metodisk kvalitetsvurdering av to retningslinjer, samt vurdere hvordan og i hvilken grad retningslinjene besvarer Bufdirs spørsmål. For å vurdere metodisk kvalitet benyttet vi verktøyet AGREE II (beskrives i neste avsnitt, se også vedlegg 1). Forfatterne av notatet utførte vurderingene uavhengig av hverandre, og uenigheter ble løst ved diskusjon. Førsteforfatter skrev beskrivelsen av retningslinjen og vurderingen av hvorvidt Bufdirs spørsmål ble besvart, og andreforfatter leste og kommenterte.

## Verktøyet AGREE II

Kunnskapsbaserte faglige retningslinjer lages for å bistå helsepersonell og pasienter i beslutninger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging innenfor helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet 2012). AGREE II (Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation) er en sjekklister eller verktøy laget for å kunne vurdere kvaliteten på kliniske retningslinjer. Rasjonelen er at den potensielle nytten av en retningslinje ikke er bedre enn kvaliteten på retningslinjen selv (Brouwers et al 2010). Som et rammeverk kan AGREE II bidra til å 1) vurdere kvaliteten på retningslinjer, 2) gi en fremgangsmåte for utvikling av retningslinjer, og 3) beskrive hvordan retningslinjer bør skrives (ibid.). Sjekklisten omfatter seks domener med totalt 23 påstander, og fremgangsmåten for vurdering gis i håndboken (Brouwers et al 2010). Hver påstand skåres fra 1 (svært uenig) til 7 (svært enig). Hvert domene får en skåre som er prosentandelen av den totale skåren alle påstandene tilhørende domenet optimalt kan få, hensyntatt flere personers ulike skårer. Til slutt besvares to overordnede påstander om retningslinjen som helhet (med mulig skåre fra 1 til 7). Det er ingen fastsatt grense for hva som regnes som tilstrekkelig høye skårer. Spørsmålene på originalspråket finnes i vedlegg 1.

---

## Retningslinje 1 – *When to suspect child maltreatment (2009)*

---

Vi beskriver nedenfor A) de viktigste trekkene ved retningslinjen, B) vår vurdering av retningslinjens metodiske kvalitet, og C) hvordan og i hvilken grad Bufdirs spørsmål besvares.

### 1 A. Beskrivelse av retningslinjen

Under følger en beskrivelse av retningslinjens oppbygning og innhold.

---

#### Tittel, forfatter, årstall, publikasjonssted, antall sider

*Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s*. Clinical guideline. NICE (2009)

Kompakt versjon 32 sider; utvidet versjon 156 sider. Nettside: [www.nice.org.uk/guidance/cg89](http://www.nice.org.uk/guidance/cg89)

---

#### Type publikasjon, land, forfattere, oppdragsgivere

Dette er en retningslinje utviklet av retningslinjegruppe under ledelse av *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*, på oppdrag fra NICE.

---

#### Mål med retningslinjen

Retningslinjen «gir en oppsummering av kliniske tegn ved barn som er utsatt for mishandling (varselsignaler) som kan observeres når et barn møter helsepersonell. I vanlig praksis skal retningslinjen minne alle helsearbeidere om at disse tegnene kan skyldes mishandling. Retningslinjen er ikke ment som et verktøy for å gjøre en endelig vurdering, ei heller som diagnostiske kriterier eller tester. Retningslinjen er rettet mot vern av barn (*child protection*) snarere enn det mer overordnede perspektivet på beskyttelse av barn (*safeguarding*)» (side 16, vår oversettelse).

Retningslinjen omhandler «*child maltreatment*» som vi i vår vurdering har oversatt til «barnemishandling». Mishandling (*maltreatment*) blir her brukt som samlebegrep og innebærer «*physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, neglect, and fabricated or introduced illness*» (side 17).<sup>1</sup> Vi har oversatt «*abuse*» til «overgrep» (fysiske, psykiske og seksuelle overgrep) og «*neglect*» til «vanskjøtsel». «*Fabricated or introduced illness*» er oversatt med «oppdiktet eller påført sykdom.»

Fysiske overgrep innebærer alle former for påført fysisk skade, inkludert oppdiktet eller påført sykdom. Emosjonelle overgrep er gjentakende emosjonelle mishandling av et barn slik at det forårsaker alvorlig og varig negativ innvirkning på barnets emosjonelle utvikling. Seksuelle overgrep innebærer å lure eller tvinge barn til å delta i seksuelle aktiviteter. Vanskjøtsel er gjentakende manglende evne til å møte barnets fysiske og/eller psykologiske behov, og slik trolig forårsaker alvorlig svekkelse i barnets helse eller utvikling.

---

#### Metode brukt i utvikling av retningslinjen

Retningslinjen er utviklet med NICE' retningslinjemetodikk. Det innebærer å 1) formulere kliniske spørsmål, 2) utføre et grundig litteratursøk, 3) sammenfatte og vurdere kunnskapsgrunnlaget, 4) utføre Delphi-konsensus, 5) formulere anbefalinger, 6) eksterne eksperter vurderer retningslinjen, og eventuelt 7) vurdering av kost-nytte ved helseøkonomer (ikke gjort i dette tilfellet).

#### Kunnskapsgrunnlag

Den utvidede retningslinjen beskriver kunnskapsgrunnlaget for hver anbefaling slik:

1. Oversikt over tilgjengelig forskning (evidence)

---

<sup>1</sup> I Norge brukes begrepet «omsorgssvikt» ofte som det overordnede begrepet.

- 
2. En kort oppsummering av forskningen og tilliten til denne (skåre 1++ til 4) (basert på studiedesign og størrelse og kvalitetsvurdering)
  3. Konkluderes med et «evidence statement»
  4. Retningslinjegruppens vurdering av kunnskapsgrunnlaget, enighet/uenighet i gruppen og eventuell bruk av Delphi-panelet

Deretter beskrives anbefalingen formulert som «vurder mishandling om...» eller «mistenk mishandling om...». Vi har ikke gått grundig gjennom alle anbefalingene (n=78) og alle tilhørende kunnskapsgrunnlag, men viser til tre eksempler, valgt for å vise variasjonen:

#### Eksempel A: Blåmerker

1. Én systematisk oversikt ble identifisert
2. Beskrivelse av en systematisk oversikt med 23 studier av ulikt design. Evidensenivå vurdert til skåre 2+ (lav risk of bias)
3. En systematisk oversikt har oppsummert funn fra studier på blåmerker
4. Retningslinjegruppen støttet konklusjonene i den systematiske oversikten men hadde noen tilføyelser/forbehold. På ett punkt (sugemerker) konsulterte de Delphi-panelet pga mangel på forskning.

#### Eksempel B: Forgiftning

1. Ingen tilgjengelig forskning som tilfredstilte inklusjonskriteriene
2. Beskrivelse av hva retningslinjegruppen mener
3. -
4. Enighet om anbefalingene i retningslinjegruppen, ingen behov for konsultering med Delphi-panelet

#### Eksempel C: Dunking med hode og rugging med kropp

1. Én tverrsnittstudie (observasjon)
2. Beskrivelse av én tysk tverrsnittstudie der omsorgsgivere (i institusjonssetting) skulle registrere hvor ofte barn der mishandling var mistenkt, hadde denne atferd. Evidensenivå vurdert til skåre 2- (høy risk of bias)
3. Den identifiserte studien tyder på at denne atferden var sjelden blant barn som ikke lenger bodde med foreldrene og der det var mistanke om mishandling
4. Retningslinjegruppen søkte råd fra Delphi-panelet pga mangelfull forskning, mht. to anbefalinger. Den ene anbefalingen fikk konsensus (kroppsrugging), den andre ble avvist (hodedunking). Retningslinjegruppen valgte å legge anbefaling angående rugging inn i en anbefaling om emosjonelle og atferdsrelaterte tilstander.

#### Delphi-prosess

Delphi-prosess er en type formalisert prosess som kan benyttes for å tydeliggjøre og ha åpenhet om hvem som skal delta i prosessene, hva det skal fokusere på, og i hvilken grad enighet oppnås. I denne retningslinjen ble Delphi-prosessen gjennomført som en to-runders modifisert konsensusprosess, der det enten a) manglet relevant litteratur (studier) om betydningen av et tegn på mishandling, b) retningslinjegruppen ble ikke enige, eller c) retningslinjegruppen ønsket en ekstern vurdering fra et ekspertutvalg (Delphi-gruppen). (Det var noen områder med lite forskning der retningslinjegruppen på egenhånd kom frem til enighet.)

Delphi-panelet besto av kliniske eksperter på vern av barn; i første runde (spørreundersøkelse) var det 95 eksperter som svarte; 85 i andre runde. Deltakerne ble bedt om å vurdere hvor enige de var (Likert-skala 1-9) i en rekke påstander (forslag til anbefalinger) som ble sendt ut som en nettbasert spørreundersøkelse. Ved lav enighet i første runde, ble en ny påstand formulert (basert på tilbakemeldingene) og sendt ut i runde to; eller påstanden (anbefalingen) ble strøket. Tilstrekkelig enighet ble definert som at minst 75 % må ha sagt seg enig i påstanden ved skåre 7, 8 eller 9.

Et eksempel: påstand i runde 1: «*Healthcare professionals should consider child maltreatment when a child has animal bites*». Kun 41% var enige (95 % responderte). Påstand i runde 2: «*Healthcare professionals should consider neglect when there is a report or appearance of an animal bite in a child who has been inadequately supervised*». 77 % var enige (84 % responderte) og påstanden (anbefalingen) ble tatt inn.

---

Hele Delphi-prosessen, inkludert utvelgelse av deltakere, navn på deltakere, alle påstander det skulle tas stilling til og prosentandel som var enige i hver runde, finnes som vedlegg i den utvidede versjonen av retningslinjen.

---

### Struktur i retningslinjen

Den kortfattede retningslinjen, som trolig vil være den versjonen de fleste leser, har først en kort innledning til temaet, hva som dekkes og hva som ikke dekkes. Det er en definisjon av «mishandling» (*maltreatment*) og den aktuelle aldersgruppen, samt et avsnitt om hva som kan være til hinder for at anbefalingene i retningslinjen blir fulgt.

Deretter følger beskrivelser av fremgangsmåte ved oppdagelse av mulig tegn på mishandling, før alle de fem tematiske områdene med konkrete anbefalinger beskrives. De fem områdene er fysiske tegn; kliniske møter (*clinical presentations*); vanskjøtsel; emosjonell, atferdsrelatert, mellommenneskelig og sosial fungering; og samhandling barn-foreldre. Til slutt gis det informasjon om oppdateringer av retningslinjen.

Den utvidede retningslinjen går mer i dybden på alle felt, både innledning, fremgangsmåte og tematiske områder. I tillegg finnes vedlegg med A) medlemmene i retningslinjegruppen sine interesseerklæringer, B) de kliniske spørsmålene fra tidlig i retningslinjearbeidet, C) spørreundersøkelsen som ble brukt i Delphi-prosessen, D) interessegrupper som har gitt tilbakemelding på retningslinjen underveis, E) forkortelser, og F) begrepsforklaringer.

På retningslinjens nettside er alle tabeller med kunnskapsgrunnlaget knyttet til de ulike anbefalingene publisert, verktøy for implementering og evaluering av retningslinjen, samt ulike dokumenter fra arbeidet med retningslinjen (oppdragsbrev, gruppesammensetning, møtereferat og høringsuttalelser).

---

### Innhold i retningslinjen

#### Fremgangsmåte ved vurdering av mishandling

Retningslinjen begynner med å definere begrepene «consider» (vurdér...), «suspect» (mistenk...) og hva som er en «ikke tilfredsstillende forklaring». Følgende fremgangsmåte bør følges dersom man som helsepersonell oppdager mulige tegn på mishandling (side 23):

- 1) Lytt og observer (all informasjon bør vurderes kritisk og ses i sammenheng)
- 2) Søk en forklaring (spør barnet selv og/eller foreldre, dersom barnet selv forteller noe som vekker mistanke, si at du må diskutere det videre med en kollega)
- 3) Skriv ned (nøyaktig hva du har sett og hørt, når og fra hvem, samt din bekymring)
- 4) Vurdér, mistenk eller utelukk mishandling (diskuter, se etter andre tegn, meld fra eller utelukk)
- 5) Skriv ned (alt fra punkt 4 samt utfallet)

#### Tematiske områder

Retningslinjer beskriver mulig tegn på mishandling på fem områder og gir anbefalinger ved:

- 1) fysiske tegn ved/merker på barnet (eks. brudd, blåmerker, genitale skader)
- 2) barnets tilstand ved kliniske møter (eks. graviditet, forgiftning, påført eller oppdiktet sykdom)
- 3) vanskjøtsel (eks. manglende dekking av basale behov, feilernæring, manglende behandling ved sykdom)
- 4) emosjonell, atferdsrelatert, mellommenneskelig og sosial fungering (f.eks. selvskading, spiseforstyrrelser, seksualisert atferd)
- 5) samhandling barn-foreldre (eks. fiendtlighet overfor barnet, straffende atferd, manglende emosjonell respons hos forelder)

(Alle underområder er beskrevet i del C.)

#### Anbefalingene er formulert som

- «vurder ...» (eks. Vurdér barnemishandling dersom barnet møter med nedsatt kroppstemperatur [hypotermi] uten at det foreligger en tilstrekkelig forklaring), eller
  - «mistenk ...» (eks. Mistenk barnemishandling dersom barnet møter med brannskader uten at det foreligger en tilstrekkelig forklaring)
-



## 1 B. Metodisk vurdering av retningslinjen

Under beskrives vår vurdering av retningslinjen ved hjelp av verktøyet AGREE II (skårer 1-7).

---

### OVERORDNET VURDERING

---

#### 1. Skår den overordnede kvaliteten på retningslinjen

Skåre 6.

Vi vurderer at retningslinjen har høy metodisk kvalitet. Det er grundige og i hovedsak transparente beskrivelser av hvordan retningslinjen er utarbeidet, hvordan kunnskapsgrunnlaget er fremskaffet og hvordan anbefalingene er formulert. Retningslinjens anbefalinger fremstår som tydelige, fremgangsmåten rundt vurdering er beskrevet, og hindringer for gjennomføring av anbefalingene er også fremhevet.

Vi mener likevel at domene 5, vurderingen av kunnskapsgrunnlaget (hvordan studiene er valgt ut, hvordan den metodiske kvaliteten ved studiene er vurdert og hvordan det samlede kunnskapsgrunnlaget er vurdert som helhet) ikke er helt tilstrekkelig gjort rede for i retningslinjen.

---

#### 2. Vi vil anbefale bruk av denne retningslinjen

Ja, vi vil anbefale bruk av denne retningslinjen, men med noen forbehold.

Så langt vi kan vurdere er dette en retningslinje vi kan anbefale for bruk, med noen forbehold knyttet til Bufdirs konkrete spørsmål «Hva kjennetegner barnet og familien der det er grunn for alvorlig bekymring for barnets omsorgssituasjon?», alder 0-6 år. Forbeholdene gjelder:

- Alder: Retningslinjen er ment for barn opp til 18 år mens Bufdirs målgruppe er barn opp til seks år, og i retningslinjen er det ikke alltid spesifisert hvilken aldersgruppe tegnene på mulig mishandling er vurdert for.
- Kultur: Retningslinjen er utviklet i England og den inkluderte forskningslitteraturen er engelskspråklig; det kan bety at det er relevante kulturelle forskjeller mht. tegn og tolkning av disse, og det kan være forskning som er publisert på andre språk som ikke er inkludert.
- Setting: Retningslinjen er primært skrevet for helsearbeidere som møter barn og unge i en klinisk setting; det innebærer at andre livsområder som f.eks. skole og sosialt liv ikke er tatt med i betraktning.

---

### DOMENE 1. AVGRENSNING OG FORMÅL

---

#### 1. Det overordnede målet/målene med retningslinjen er beskrevet

Skåre 7.

Målet med retningslinjen er å heve bevisstheten blant og hjelpe helsearbeidere med å identifisere barn som kan være mishandlet eller lider under vanskjøtsel. Retningslinjen omfatter fysiske tegn ved barnet, barnets tilstand ved kliniske møter, vanskjøtsel, emosjonell, atferdsrelatert, mellommenneskelig og sosial fungering samt samhandling barn-foreldre.

Formålet er tydelig beskrevet og lett å finne. Det er også tydelig hva retningslinjen ikke dekker (side 16).

---

#### 2. Helsespørsmålet/spørsmålene som dekkes i retningslinjen er spesifikt beskrevet

Skåre 7.

Retningslinjen beskriver indikatorer som skal gjøre helsearbeidere oppmerksomme på mulig barnemishandling. Det spesifikke spørsmålet er hvordan helsepersonell (evt. andre) kan oppdage tegn på at et barn 0-17 år blir forsømt, utsatt for fysisk, seksuell eller emosjonell mishandling, eller påført eller oppdiktet sykdom.

Beskrivelse er klare og konsise, samt lette å finne.

---

---

### 3. Populasjonen (pasienter, publikum, osv.) som retningslinjen er ment å hjelpe er spesifikt beskrevet

Skåre 7.

Retningslinjens målgruppe (den gruppen retningslinjen skal hjelpe) er barn og unge under 18 år som kan være utsatt for en eller flere typer mishandling. Gruppen barn og unge er delt inn i spebarn (*infant*) under 1 år, barn (*child*) under 13 år og ungdom (*young person*) 13-17 år.

Beskrivelsene er oversiktlige og lette å finne.

---

## DOMENE 2. INVOLVERING AV INTERESSEGRUPPER (STAKEHOLDERS)

---

### 4. Retningslinjegruppen inkluderer personer fra alle relevante yrkesgrupper

Skåre 6.

Gruppen som utviklet retningslinjen i 2008 er listet på retningslinjens nettside. Det var en bredt anlagt gruppe der både fag- og metodespesialister er inkludert. Navn, profesjon og arbeidssted er oppgitt.

Det var 16 medlemmer i retningslinjegruppen, inkludert fem barneleger, to allmennleger, to sykepleiere, en barnepsykiater, en barnepsykolog, en sosialarbeider og fire brukerrepresentanter (*service user representative*).

Brukerrepresentantene var: en jordmor fra Sandwell and West Birmingham NHS Trust, leder i en forening for personer misbrukt som barn (*National Association for People Abused in Childhood*), leder av et senter for menns helse (*Eaton Foundation*) og en rådgiver fra en organisasjon som jobber mot mishandling av barn (*National Society for the Prevention of Cruelty to Children*).

I tillegg bisto forskere, informasjonsspesialist og prosjektledelse fra *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health* som var gjennomføringsinstitusjon for retningslinjeutviklingen. Dette tekniske teamet (metodeteamet) bestod av 10 personer.

Det er i liten grad spesifisert hvem som har gjort hva i retningslinjegruppen, men møtereferatene omtaler noe. Det er mulig at flere brukere kunne vært representert i gruppen.

---

### 5. Det er innhentet synspunkter og preferanser fra målgruppen (pasienter, publikum, osv.)

Skåre 7.

Representanter for organisasjoner for personer som ble mishandlet som barn deltok i retningslinjegruppen.

Lignende organisasjoner inngikk også på listen over interessegrupper (*stakeholders*) som ble forespurt ved høringer, både i forkant av arbeidet, etter utarbeidede anbefalinger og ved vurdering av oppdatering. Eksempler er *Parents Protecting Children UK*, *Fair Play for Children and Children, Young People and Families NHS Network*. Interessegruppene kommentarer finnes på retningslinjens nettsider (under fanen *History*).

Det var mulig å selv registrere en interessegruppe (under visse betingelser) og dermed inngå som høringsinstans.

Så langt vi kan vurdere er aktuelle interessegrupper invitert til å gi tilbakemeldinger.

---

### 6. Det er klart definert hvem retningslinjen skal brukes av

Skåre 7.

Retningslinjen skal brukes av ansatte i det offentlige helsevesenet i England og Wales (NHS) samt i det private helsevesenet. Dette gjelder særlig fastleger, helsestasjoner, yrkesgrupper som jobber med velferd for barn og familier, yrkesgrupper som kan treffe barn i sin praksis (f.eks. radiografer, ansatte i psykisk helsevern for voksne, kirurger) og ansvarlige for bestilling og planlegging av helsetjenester. I tillegg kan retningslinjen være relevant for i ansatte i sosialtjeneste og skole/barnehage.

Informasjonen er tydelig og lett å finne. Det er ikke spesifisert mer konkret hvordan retningslinjen kan brukes av ansatte utenfor helsevesenet.

---

### **7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlag**

Skåre 7.

I den komplette retningslinjen beskrives fremgangsmåten for litteratursøkene. Det ble initialt søkt etter lokale, nasjonale og internasjonale retningslinjer, deretter etter systematiske oversikter og primærstudier. Full søkestrategi ble publisert i juli 2009 og finnes på retningslinjens nettside. Det ble søkt etter studier om 1) fysiske tegn ved/merker på barnet (f.eks. brudd, blåmerker), 2) barnets tilstand ved kliniske treff, 3) vanskjøtsel, 4) emosjonell, atferdsrelatert, mellommenneskelig og sosial fungering og 5) samhandling barn-foreldre. Søkene ble gjennomført i 2007-2008, og det ble søkt i Cochrane, Medline, PsycINFO, EMBASE og Cinahl m.fl. Det oppgis at det ikke ble søkt systematisk etter grå litteratur som konferanseabstrakter og hovedoppgaver, ei heller i tidsskrifter som ikke var indeksert i databasene. Det ble kun søkt etter publikasjoner publisert på engelsk. Interessegruppene (*stakeholders*) ble invitert til å sende inn forskningslitteratur til retningslinjegruppen, så fremt litteraturen var relevant og av tilsvarende eller bedre kvalitet som litteraturen det ble søkt etter i databasene.

Det er brukt Delphi-konsensus der det manglet empiriske studier (se avsnittet Beskrivelse av retningslinjen for forklaring av Delphi-teknikken.).

Informasjonen er lett å finne, tydelig og detaljert.

---

### **8. Kriteriene for utvelgelse av kunnskap/studier er tydelig beskrevet**

Skåre 5.

Det er ikke eksplisitt beskrevet inklusjonskriterier for aktuelle studier på ett sted, men de fleste komponenter er likevel beskrevet litt ulike steder.

Målgruppen er barn 0-17 år. Det oppgis at det overordnede kliniske spørsmålet var «*When is feature X a reason to suspect child maltreatment?*», og det er beskrevet en rekke tegn X for alle fem hovedområder (fysiske trekk, vanskjøtsel, klinisk fremtreden, emosjonell mm fungering samt samhandling foreldre-barn).

Type studiedesign er ikke eksplisitt beskrevet, trolig er det fordi alle empiriske studiedesign ble inkludert.

Det ble gjort avgrensninger mht. hva som ikke ble omfattet av retningslinjen: risikofaktorer for barnemishandling som foreldres rusmiddelbruk eller psykiske problemer, beskyttelse av ufødte barn, barn som har dødd som følge av mishandling, diagnostiske vurderinger, behandling eller pleie av barn der mishandling er mistenkt, hvordan helsearbeidere bør handle når de mistenker mishandling, helsearbeideres kompetanse o.l., tjenesteorganisering, barnebeskyttelsesprosedyrer, kommunikasjon av mistanke til foreldre/foresatte/barn, og utdanning/informasjon til foreldre/foresatte/barn.

Det er på retningslinjens nettside publisert en liste over ekskluderte studier med begrunnelse for eksklusjon på alle de fem tematiske områdene.

Vi vurderer at kriteriene for inklusjon av studier er noe uklart beskrevet.

---

### **9. Sterke og svake sider ved kunnskapsgrunnlaget er tydelig beskrevet**

Skåre 5.

Retningslinjen har brukt studiedesign som viktigste indikator på kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget. Retningslinjegruppen (metodeteamet) brukte en metode der kvalitetsskårer (*evidence level*) ble gitt, fra toppskåren «1++» til bunnskåren «4», der, litt forenklet, tallet representerer studiedesignet og +/- representerer god eller dårlig metodisk kvalitet. Toppskåren ble gitt hvis kunnskapen (evidensen) bygget på metaanalyser av høy kvalitet, systematiske oversikter over RCTer eller RCTer med svært lav risiko for systematiske skjevheter (bias). Den laveste skåren var forbeholdt ekspertuttalelser og formell enighet. Disse skårene er oppgitt i evidenstabellene for hvert resultat som bidrar i retningslinjen.

Det er ikke beskrevet i retningslinjen hvordan den metodiske kvalitetsvurderingen av studiene ble utført, dvs. hvilke metoder eller kriterier som ble brukt (f.eks. hva skal til for at en metaanalyse vurderes til å være av 'høy kvalitet'). Der det er mangler ved den metodiske kvaliteten (høy risiko for skjevheter) er det til en viss grad

---

---

beskrevet hvorfor i evidensstabellene publisert på nettsiden, men ikke konsekvent. Det går heller ikke tydelig frem hvordan gruppen/metodeteamet foretok vurderingen av den *samlede* evidensen for hver anbefaling.

På noen områder med utilstrekkelig forskning kom retningslinjegruppen på egenhånd frem til enighet. I tillegg ble det brukt Delphi-teknikk der det enten a) manglet relevant litteratur (studier) om betydningen av et tegn på mishandling, b) retningslinjegruppen ble ikke enig, eller c) retningslinjegruppen ønsket en ekstern vurdering fra et ekspertutvalg (Delphi-gruppen).

Vurderingen av kunnskapsgrunnlaget er langt på vei gjort rede for, men det er noen mangler mht. beskrivelsen og vurderingen av metodisk kvalitet.

---

## 10. Metodene for formulering av anbefalinger er tydelig beskrevet

Skåre 7.

Kunnskapsgrunnlaget er presentert i evidensstabeller (publisert på retningslinjens nettside) og oppsummert narrativt i den utvidede versjonen av retningslinjen.

I første omgang ble det bruk en uformell konsensus i retningslinjegruppen for å bli enige om en beskrivelse av kunnskapsgrunnlaget (*evidence statements*) og anbefalinger. I tillegg ble det på noen områder bruk en formell konsensus for å finne frem til beste praksis. Et antall anbefalinger ble formulert av konsensus i retningslinjegruppen.

Ved manglende relevant forskning, der retningslinjegruppen ikke kom til enighet eller gruppen mente det var behov for ekstern validering, ble det brukt Delphi-konsensus (beskrevet over).

I forkant av høringsprosessen vurderte alle medlemmene i retningslinjegruppen individuelt alle anbefalingene. Deretter ble gruppen enige om utkast til anbefalinger som ble sendt to fagfeller og to brukerrepresentanter før den eksterne høringen.

Det er i retningslinjen skilt mellom to typer anbefalinger, dvs. to grader av bekymring for mishandling. Den svake<sup>2</sup> anbefalingen lyder «vurder om (*consider*) tegn X kan skyldes mishandling», mens den sterke anbefalingen er «mistenk (*suspect*) at tegn X kan skyldes mishandling». Den «svake» anbefalingen impliserer at forskningsgrunnlaget er mer usikkert på spørsmål om dette skyldes mishandling eller ikke, dvs. at tegnet kan være en konsekvens av andre tilstander enn mishandling. Ved den «sterke» anbefalingen er kunnskapsgrunnlaget langt tydeligere på at dette ofte skyldes mishandling – men det er ikke et bevis og kan også skyldes andre årsaker.

Metodene for utarbeiding av anbefalinger synes tydelig beskrevet.

---

## 11. Helsemessige fordeler og ulemper samt risiko er vurdert under formulering av anbefalingene

Skåre 7.

I denne retningslinjen er det mindre aktuelt å vurdere bivirkninger mm, men alle anbefalinger er formulert som grad av bekymring for mishandling, der andre forklaringer *kan* finnes. Ved den «svake» anbefalingen (vurder om ...) er mishandling én av flere mulige forklaringer på tegn X. Ved den sterke anbefalingen (mistenk at ...) er det en sterk bekymring for at tegn X skyldes mishandling, men det er ikke et bevis på det.

I retningslinjen er det inkludert anbefalinger om videre forskning på noen områder. Dette gjelder spørsmål der kunnskapsgrunnlaget er lite eller uklart, og det gis anbefalinger om foretrukket studiedesign for å kunne besvare spørsmålene. I den utvidede versjonen av retningslinjen er forskning anbefalt for ett eller flere spørsmål under følgende tema: brudd, symptomer og tegn på genitalier, seksuelt overførbare sykdommer, oppdiktete eller påførte sykdommer, emosjonelle og atferdsrelaterte tilstander, selvskading samt tilbakevendende vondt i magen.

---

<sup>2</sup> Begrepene «svake» og «sterke» anbefalinger har vi hentet fra veileder for retningslinjer i Helsedirektoratet <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/>

---

Retningslinjen beskriver hindringer for implementering, f.eks. relasjonen til barnets foreldre, som i denne sammenheng muligens kan være en «ulempe».

Vi vurderer at retningslinjen ved å drøfte og se på alternative forklaringer og å påpeke behov for forskning har vurdert fordeler, ulemper og risiko i sine anbefalinger.

---

## **12. Det er en tydelig kobling mellom anbefalingene og det underliggende kunnskapsgrunnlaget**

Skåre 7.

I den komprimerte varianten av retningslinjen (32 sider) er anbefalingen ikke utstyrt med referanser til kunnskapsgrunnlaget for anbefalingen. I den utvidede varianten (156 sider) derimot, er det for hver tematisk gruppe av anbefalinger (f.eks. blåmerker med to anbefalinger) beskrevet kunnskapsgrunnlag og vurderingen av dette. Første beskrives tematikken og oversikt over empiriske studier som er funnet. Deretter gis det en narrativ oppsummering av studiene og resultatene, og retningslinjegruppens (metodeteamets) vurdering av disse (*evidence level*). Videre er en kort beskrivelse av kunnskapsgrunnlaget (*evidence statement*) formulert, og dersom dette var mangelfullt (eller det var uenigheter eller behov for bekreftelse) beskrives utfallet av en Delphi-prosess. Så beskrives retningslinjegruppens vurdering av kunnskapsgrunnlaget (evt. Delphi-konsensusen). Til sist gis anbefalingene, eventuelt med eksempler.

Koblingen mellom kunnskapsgrunnlag og anbefalinger er tydelig beskrevet i den utvidede versjonen av retningslinjen.

---

## **13. Retningslinjen er gjennomgått av eksterne eksperter før publisering**

Skåre 7.

Retningslinjen er vurdert av to britiske fagfeller og tre nord-amerikanske fagfeller (side VI) og to brukerrepresentanter (side 22), men denne prosessen er ikke ytterligere beskrevet. Vi antar at alle disse leste retningslinjen/ anbefalingene før den eksterne høringen.

Det ble foretatt en ekstern høring underveis i retningslinjearbeidet, dette er beskrevet som «*Guideline consultation*» på nettsiden. Her ligger utkastet til den fulle retningslinjen med vedlegg, slik den forelå desember 2008 (med høringsfrist februar 2009). Et dokument med alle høringsinstansenes kommentarer og retningslinjegruppens svar på disse, er publisert på nettsiden (*Guideline consultation comments table responses*).

Bruk av fagfeller er ikke detaljert beskrevet, mens høringsprosessen synes godt dokumentert.

---

## **14. En plan for oppdatering av retningslinjen er beskrevet**

Skåre 7.

I 2012 og 2018-19 ble det sendt ut forespørsler til listen over interessegrupper (*stakeholders*) om behovet for oppdatering av retningslinjen. I begge tilfeller ble det sendt ut et brev som inviterte til tilbakemeldinger på behovet for oppdatering, og både invitasjonen og tilbakemeldingene samt NICE' svar på disse er publisert på retningslinjens nettside. I begge tilfeller besluttet NICE å *ikke* foreta en oppdatering, selv om det var noen interessegrupper som ønsket dette, basert på at det var lite ny kunnskap som var publisert. Det ble likevel gjort noen mindre endringer i ordlyd mm i 2013 (ang. seksuell omgang med barn under 13 år), 2017 (oppdatering i forbindelse med publisering av retningslinjen *Child abuse and neglect*) og 2019 (endring i definisjon og ordlyd). I NICE' egen metodikk for retningslinjeutvikling oppgis det at det hvert fjerde år skal publiseres en oppdatering, eventuelt tidligere dersom det foreligger betydningsfull ny kunnskap.

Vi vurderer at oppdateringsplaner foreligger og er fulgt.

---

---

## DOMENE 4. TYDELIGHET I PRESENTASJONEN

---

### 15. Anbefalingene er spesifikke og uten tvetydelighet

Skåre 7.

Retningslinjen skiller mellom to typer anbefalinger. Anbefalingen om å «vurdere mishandling» impliserer at forskningsgrunnlaget er mer usikkert mht. om dette skyldes mishandling eller ikke, dvs. at tegnet kan være en konsekvens av andre tilstander enn mishandling. Anbefalingen om å «mistenke mishandling» impliserer at kunnskapsgrunnlaget langt tydeligere på at dette ofte skyldes mishandling – men det er ikke et bevis og kan også skyldes andre årsaker.

Så langt vi kan vurdere er anbefalingene spesifikke og uten tvetydelighet.

---

### 16. De ulike valgene ved håndtering av tilstanden er tydelig presentert

Skåre 7.

De fem trinnene (Lytt og observer, Søk en forklaring, Skriv ned, Vurdér, mistenk eller utelukk mishandling og Skriv ned) beskriver hvordan den ansatte skal forholde seg ved oppdagelse av mulige tegn på mishandling.

Det er kun i liten grad beskrevet hvordan man går videre derfra, mht. varsling mm, men dette er heller ikke innen retningslinjens formål.

---

### 17. De viktigste anbefalingene er lett tilgjengelige

Skåre 7.

I den korte retningslinjen er (alle) anbefalingene det eneste som utgjør hovedteksten. I den lange retningslinjen er anbefalingene rammet inn i en blå boks på slutten av hvert tematisk område, i tillegg til at alle er listet i kapittel 1.3 (side 4).

---

## DOMENE 5. BRUK AV RETNINGSLINJEN

---

### 18. Retningslinjen beskriver fasilitatorer (tilretteleggere) og hindringer for bruk

Skåre 6.

Retningslinjen beskriver i eget avsnitt mulige hindringer eller barrierer for å identifisere og respondere på mulig mishandling (side 16, pkt 2.3. i utvidet versjon). Eksempler på dette er:

- usikkerhet knyttet til om man overser en sykdom som kan behandles
- motstand mot å mistenke foreldre som helsearbeideren allerede har en relasjon til
- forståelse for foreldrenes atferd, at det ikke var meningen å skade barnet
- vansker med å si/når man skal si at tegnet vekker mistanke om mishandling
- manglende tro på at å melde fra om mulig mishandling vil utgjøre noen forskjell for barnet
- stress, tidspress eller bekymring for egen sikkerhet
- engstelse for å søke støtte fra kollegaer

Det er godt beskrevet hindringer for den enkelte helsearbeider, mens organisatoriske hindringer er i mindre grad beskrevet, som f.eks. behovet for opplæring eller veiledning.

---

### 19. Retningslinjen gir råd om og eller verktøy for hvordan anbefalingene kan settes ut i praksis

Skåre 7

Retningslinjen inneholder en beskrivelse av fremgangsmåten for å vurdere tegn på mishandling: 1) lytt og observer, 2) søk en forklaring, 3) skriv ned, 4) vurder, mistenk eller utelukk mishandling, 5) skriv ned. På nettsiden til retningslinjen er det publisert en presentasjon (powerpoint-fil) om implementering av retningslinjen, der bakgrunn, anbefalinger, fremgangsmåte, hindringer og prinsipper (kommunikasjon med familien, deling av informasjon) er beskrevet, men ikke mer detaljert.

---

---

*Baseline Assessment Tool* er et verktøy som kan brukes for å overvåke om praksis ved en institusjon er i tråd med anbefalingene. Skjemaet kan også brukes til å planlegge aktiviteter for å møte anbefalingene i retningslinjen. Verktøy/skjemaet (en Excel-fil) er publisert på retningslinjens nettside.

Vi vurderer at retningslinjen med dette legger til rette for implementering og oppfølging av retningslinjen i den enkelte institusjon.

---

## **20. De eventuelle ressursene som kreves for å følge anbefalingene er vurdert**

Skåre 6

Det beskrives i den utvidede versjonen av retningslinjen at det i dette tilfellet ikke ble gjort økonomiske vurderinger av anbefalingene. Vanligvis vil en slik kost-nytte-analyse sammenligne to tiltak, og dette var ikke aktuelt i en sammenheng der økt oppmerksomhet på tegn på mishandling, er tiltaket.

Retningslinjen kunne muligens likevel vurdert bruk av tid, både tidsbruk ved opplæring av personell i retningslinjen og tidsbruk ved den enkelte konsultasjon/ kliniske møte.

---

## **21. Retningslinjen presenterer kriterier som kan brukes ved evaluering eller overvåkning av anbefalingene**

Skåre 6

På retningslinjens nettside er det publisert et verktøy, *Baseline Assessment Tool*, som kan brukes for å overvåke om praksis ved en institusjon er i tråd med anbefalingene. Skjemaet kan også brukes til å planlegge aktiviteter for å møte anbefalingene i retningslinjen. Verktøyet er trolig utviklet av NICE, men dette beskrives ikke – og heller ikke eventuelt kunnskapsgrunnlag eller validering.

Det er ikke andre verktøy eller dokumenter som beskrives ytterligere metoder for evaluering av praksis mht. retningslinjens anbefalinger, f.eks. i en nasjonal evaluering.

---

## **DOMENE 6. REDAKSJONELL UAVHENGIGHET**

---

## **22. Den eller de som har finansiert retningslinjen har ikke påvirket innholdet i retningslinjen**

Skåre 7.

Det er NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) som har finansiert denne retningslinjen. Forespørselen til NICE ble gitt av det britiske helsedepartementet i 2005 som gav oppdraget til National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NCC-WCH), en type underavdeling av NICE. Dette er beskrevet i dokumentene *Remit* og *Final scope*, på retningslinjens nettside.

Det er ingen ytterligere beskrivelse av dette («disclaimer»).

---

## **23. Retningslinjegruppens medlemmers eventuelle interessekonflikter er kartlagt og adressert**

Skåre 7.

Alle medlemmene i retningslinjegruppen ble forelagt skjema for kartlegging av interessekonflikter, f.eks. annet arbeid som konsulent, styreverv, forsker, andelshaver (aksjeeier) eller støtte fra medisinsk industri. Alle skjemaene er publisert i vedlegg i den utvidede retningslinjen. Ingen vesentlige (*material*) interessekonflikter ble identifisert.

---

## 1 C. Vurdering av *hvordan* og i *hvilken grad* Bufdirs spørsmål besvares

Vi har vurdert hvordan og i hvilken grad spørsmålet «Hva kjennetegner barnet og familien der det er grunn for alvorlig bekymring for barnets omsorgssituasjon?» besvares.

Retningslinjen *Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s* inkluderer nesten utelukkende anbefalinger relatert til tegn ved barnet, kun noen få anbefalinger er relatert til foreldres synlige atferd (samhandling barn-foreldre). Det påpekes i retningslinjen at blant annet risikofaktorer ved familien (eks. foreldres rusmiddelbruk, psykisk helseproblemer eller vold i familien) ligger utenfor vurderingene/anbefalingene som inngår.

Målet med retningslinjen er altså å styrke vern av barn ved å fremme tidlig identifisering av tegn på mishandling ved å 1) rette oppmerksomhet mot kliniske tegn som kan kobles til mishandling, og 2) gi et kortfattet sammendrag av de viktigste tegnene slik at helsepersonell kan benytte dette når de møter et barn i helsevesenet. Det overordnede kliniske spørsmålet da arbeidet med retningslinjen ble igangsatt var: Hvilke kliniske tegn, alene eller i kombinasjon, bør få en helsearbeider (ikke-spesialist) som utfører en rutinesjekk, til å vurdere muligheten for mishandling? Tegnene skulle knyttes til vanskjøtsel, emosjonell mishandling, seksuell mishandling, fysisk mishandling, eller påført eller oppdiktet sykdom.

I vedlegg B i den utvidede retningslinjen finnes en liste med tegn eller trekk som ble ekskludert fra retningslinjen og begrunnelsen for dette. Eksempler er «løgn» (vurdert som vanlig hos barn), «hyperaktivitet» (vurdert som svært vanlig hos barn, ADHD må utelukkes), «gjør det dårlig på skolen» (vurdert som å ikke kunne observeres i en helsesetting) og «konversjonslidelse<sup>3</sup>» (vurdert som å trenge behandling i første omgang og at disse behandlerne vurderer mulighet for mishandling).

De konkrete tegnene som retningslinjen gir anbefalinger om, er listet i tabell nedenfor. Alle anbefalingene er formulert som «vurder mishandling om...» eller «mistenk mishandling om...».

### 1) FYSISKE TEGN VED/MERKER PÅ BARNET (31 ANBEFALINGER)

#### Skader

blåmerker

bitt

<sup>3</sup> Betegnelse for en gruppe psykiske lidelser som kjennetegnes ved at psykiske konflikter og belastninger kommer til uttrykk som kroppslige symptomer ([www.helsenett.no](http://www.helsenett.no)).



---

flenger og sår

---

brannskader/sår

---

kuldeskader

---

brudd

---

hodeskader

---

øyeskader

---

skader på ryggmargen

---

skader på innvoller

---

skader i munnen

---

generelle skader

---

### **Symptomer eller tegn på genitalier, endetarmåpning eller området rundt**

---

seksuelt overførbare infeksjoner

---

### **2) BARNETS TILSTAND VED KLINISKE MØTER (13 ANBEFALINGER)**

---

graviditet

---

tilsynelatende [tydelig, synlig] livstruende hendelse

---

forgiftning

---

nesten-drukning

---

påfallende mønster i legebesøk eller hyppige skader

---

påført eller oppdiktet sykdom

---

lite oppmøte på skolen uten tilstrekkelig forklaring

---

### **3) VANSKJØTSEL (13 ANBEFALINGER)**

---

ikke dekning av barnets grunnleggende behov

---

feilernæring

---

ikke oppsyn med barnet

---

ikke sikre medisinsk behandling for barnet ved behov

---

### **4) EMOSJONELL, ATFERDSREL., MELLOMMSK. OG SOSIAL FUNGERING (15 ANBEFALINGER)**

---

#### **Emosjonelle og atferdsrelaterte tilstander**

---

#### **Atferdsforstyrrelser eller unormale tilstander**

---

selvskading

---

forstyrrelser spisemønster

---

sengevæting og tilsøling med avføring

---

seksualisert atferd

---

rømming

---

### **5) SAMHANDLING BARN-FORELDRE (6 ANBEFALINGER)**

---

atferd hos forelder (eller omsorgsgiver) som kan være skadelig

---

---

straff for f.eks. sengevæting tross faglig råd om at det er ufrivillig

---

emosjonell utilgjengelighet

---

neker barnet å snakke alene med helsepersonell hvis behov

---

Sett i relasjon til Bufdirs spørsmål «Hva kjennetegner barnet og familien der det er grunn for alvorlig bekymring for barnets omsorgssituasjon?», kan vi altså si at retningslinjen omfatter kjennetegn ved barnet, slik det fremstår for en helsearbeider (eller tilsvarende) i et (klinisk) møte. Imidlertid er det noen begrensninger:

**Alder:** Retningslinjens målgruppe er barn og unge opp til 18 år, og den inkluderer dermed tegn på mishandling hos eldre barn enn det Bufdirs spørsmål gjelder. Eksempler på dette er vurderinger ved graviditet eller rusmiddelbruk. Retningslinjen anvender begrepene spebarn (*infant*) under 1 år, barn (*child*) under 13 år og ungdom (*young person*) 13-17 år, og til en viss grad spesifiseres det hvorvidt anbefalingene er begrenset til eller særlig rettet mot en bestemt aldersgruppe, f.eks.

- «Consider emotional neglect if there is emotional unavailability and unresponsiveness from the parent or carer towards a child and in particular towards an *infant*.»
- «Consider sexual abuse if a *young person* aged 13 to 15 years has hepatitis B unless...»

Anbefalinger som er rettet mot barn 0-13 år vil som regel ikke være ytterligere spesifisert og dermed må det gjøres vurderinger hvorvidt dette er relevant for barn 0-6 år.

**Kultur:** Retningslinjen er utviklet i England og den inkluderte forskningslitteraturen (kunnskapsgrunnlaget) er engelskspråklig. Det betyr at den kulturelle konteksten kan være noe annerledes enn den norske, f.eks. hvordan samfunnet forstår og iverksetter vern av barn på, med vekt på individ eller kontekst. Ulik begrepsbruk kan også avspeile slike forskjeller.

Videre betyr det at kunnskapsgrunnlaget kun baserer seg på engelskspråklig litteratur, at retningslinjen kan ha gått glipp av for eksempel relevant forskning publisert på nordiske språk.

**Setting:** Retningslinjen er primært skrevet for helsearbeidere som møter barn og unge i en klinisk setting, primært en-til-en, eventuelt med foreldre til stede. Det betyr at andre livsområder som f.eks. skole, sosial omgang med venner og hjemmesettingen ikke er tatt med i betraktning.

### **Anbefalinger om videre forskning**

I retningslinjen er det inkludert anbefalinger om videre forskning der kunnskapsgrunnlaget er lite eller uklart. I den utvidede versjonen av retningslinjen er forskning anbefalt for ett eller flere spørsmål under følgende tema: brudd, symptomer og tegn på genitalier, seksuelt overførbare sykdommer, oppdiktete eller påførte sykdommer, emosjonelle og atferdsrelaterte tilstander, selvskading samt tilbakevendende vondt i magen. Det gis anbefalinger om foretrukket studiedesign for å kunne besvare spørsmålene.

---

## Retningslinje 2 – *Child abuse and neglect* (2017)

---

Vi beskriver nedenfor A) de viktigste trekkene ved retningslinjen, B) vår vurdering av retningslinjens metodiske kvalitet, og C) hvordan og i hvilken grad Bufdirs spørsmål besvares.

### 2 A. Beskrivelse av retningslinjen

Under følger en beskrivelse av retningslinjens oppbygning og innhold.

---

#### Tittel, forfatter, årstall, publikasjonssted, antall sider

*Child abuse and neglect: recognising, assessing and responding to abuse and neglect of children and young people*. Clinical guideline. NICE (2017)

Kompakt versjon 60 sider; utvidet versjon 613 sider. Nettside: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng76>

---

#### Type publikasjon, land, forfattere, oppdragsgivere

Dette er en retningslinje utviklet av en retningslinjegruppe under ledelse av NICE, *Collaborating Centre for Social Care*.

---

#### Mål med retningslinjen

Retningslinjen gir kunnskapsbaserte anbefalinger om hvordan oppdage og reagere på overgrep (*abuse*) og vanskjøtsel (*neglect*) av barn. Retningslinjen skal gi praktikere og tjenestene (*commissioners*) en pålitelig veiledning til hva som fungerer best og hva som er kostnadseffektivt, slik det fremkommer av best tilgjengelig kunnskap.

Gjenkjenning av og respons på overgrep og vanskjøtsel av barn er et komplekst felt. Viktigere utfordringer for praktikere kan være:

- Å vite vite 'når man skal være bekymret' for at et barn eller en ungdom blir mishandlet eller forsømt, og hvordan graden av bekymring er knyttet til ulike indikatorer
- Å vurdere risikonivå og behovsnivå knyttet til overgrep mot og vanskjøtsel av barn
- Å vite hvilke tidlige hjelpetiltak som er effektive når det finnes tidlige tegn på overgrep eller
- Å vite hvilke tiltak som er effektive for å hjelpe barn og ungdom til bedring (*recover*) etter overgrep eller vanskjøtsel, samt for å støtte familier der det har foregått overgrep mot og vanskjøtsel av barn (fra side 5 i utvidet retningslinje)

I vår vurdering har vi oversatt «*abuse and neglect*» til henholdsvis «overgrep» og «vanskjøtsel». I retningslinjen inkluderer overgrep og vanskjøtsel det å påføre et barn eller en ung person skade, samt det å ikke evne å beskytte dem mot skade (side 607). I tråd med retningslinje 1 (*When to suspect child maltreatment*) blir mishandling (*maltreatment*) brukt som overordnet begrep, og inkluderer fysiske, psykiske og emosjonelle overgrep (*abuse*), vanskjøtsel (*neglect*) og oppdiktet eller påført sykdom. Mishandling blir også brukt som paraplybegrep for alle former for overgrep mot og vanskjøtsel av barn, inkludert det å være vitne til vold i nære relasjoner (*domestic violence*), tvangsekteskap, menneskehandel, kjønnslemlestelse og seksuell utnyttelse.

---

#### Metode brukt i utvikling av retningslinjen

Retningslinjen er utviklet med NICE' retningslinjemetodikk, slik den er beskrevet i «*Developing NICE guidelines: the manual*» fra 2014. Trinnene i fremgangsmåten er disse (*Developing NICE guidelines: the manual*, side 13):

- Problem/emne fremlegges NICE
  - Et første utkast med omfang/mål (*scope*), hovedtema og spørsmål skrives; interessegrupper (*stakeholders*) gir innspill på dette og et endelig dokument publiseres
-

- 
- Enighet om forskningsspørsmål; litteratursøk; gjennomgang av kunnskapsgrunnlag og økonomiske analyser; komité diskuterer kunnskapsgrunnlag, vurderer ekspertuttalelser og formulerer utkast til anbefalinger
  - Interessegrupper gir tilbakemeldinger på utkast til retningslinje
  - Revisjon av retningslinjen i tråd med tilbakemeldinger
  - NICE godkjenner retningslinjen
  - Publisering
  - Oppdatering

I vedlegg A på nettsiden gis en mer konkret beskrivelse av utvikling av denne retningslinjen.

---

### Struktur i retningslinjen

Den kortfattede retningslinjen har først et innledningskapittel som inneholder mål, begrunnelse for retningslinjen, hva som dekkes og ikke dekkes, retningslinjens juridiske status, utvikling av retningslinjen, kunnskapsgrunnlag samt forholdet til andre retningslinjer på feltet. Deretter følger anbefalingene i åtte tematiske kapitler (se punktet under, Innhold i retningslinjen). Til slutt gis en ordliste, råd for implementering, anbefalinger om videre forskning samt informasjon om oppdateringer.

Den utvidede retningslinjen har også et kort innledende kapittel som omfatter konteksten, inkludert omfang av barnemishandling i England, barns juridiske rettigheter samt praksis i dag. De åtte kapitlene med anbefalinger er ikke mer utdypende enn i den korte versjonen; det er i hovedsak andre kapitler og vedlegg som tar plass. Forskningsanbefalingene er grundigere beskrevet (inkludert beskrivelse av PICO og foretrukket studiedesign), og det er et svært langt kapittel som beskriver kunnskapsgrunnlaget og utviklingen av dette:

- Side 60-483: alle forskningsspørsmål og forskningsgrunnlaget
- side 484-512: tabell som kobler anbefaling og kunnskapsgrunnlag
- side 513-579: tabell som kobler anbefaling med forskningsspørsmål, kunnskapsgrunnlag og kvalitet, økonomiske vurdering mm

Til slutt presenteres retningslinjegruppen (*The guideline committee*), det tekniske (metodiske) teamet fra NICE *Collaborating Centre for Social Care* samt mulige interessekonflikter.

På retningslinjens nettside er det publisert alle tabeller med kunnskapsgrunnlaget knyttet til de ulike anbefalingene, økonomiske analyser, verktøy for opplæring/veiledning og implementering, samt ulike dokumenter fra arbeidet med retningslinjen (oppdragsbrev, gruppesammensetning, møtereferat og høringsuttalelser).

---

### Innhold i retningslinjen

Dette er en svært omfattende retningslinje med anbefalinger knyttet til hele 21 forskningsspørsmål, kategorisert under følgende åtte kapitler:

- 1.1. Prinsipper for arbeid med barn, ungdom, foreldre og omsorgsgivere
- 1.2. Faktorer som øker sårbarheten/utsattheten for overgrep mot og vanskjøtsel av barn
- 1.3. Oppdage (*recognise*) overgrep mot og vanskjøtsel av barn
- 1.4. Vurdering risiko og behov knyttet til overgrep mot og vanskjøtsel av barn
- 1.5. Tidlig hjelp for familier som viser mulige tegn på overgrep mot og vanskjøtsel av barn
- 1.6. Tverrsektoriell / tverrfaglig (*multi-agency*) reaksjon på overgrep mot og vanskjøtsel av barn
- 1.7. Terapeutiske tiltak for barn, ungdom og familier etter overgrep mot og vanskjøtsel av barn
- 1.8. Planlegging og gjennomføring av tiltak

Relevant for Bufdirs spørsmål (Hva kjennetegner barnet og familien der det er grunn for alvorlig bekymring for barnets omsorgssituasjon?) er underkapittel 2 og 3.

#### Kapittel 1.2 - Faktorer som øker sårbarheten for overgrep mot og vanskjøtsel av barn (7 anbefalinger)

Kapitlet omfatter faktorer som er kjent for å øke risikoen for overgrep og vanskjøtsel, men tilstedeværelse av disse faktorer betyr ikke at overgrep eller vanskjøtsel finner sted. Praktikere må gjøre en faglig vurdering av betydningen av disse faktorene for det enkelt barn, ungdom eller familie. De sju anbefalingene gjelder:

---

- 
- faktorer ved familien (f.eks. rusmiddelproblemer)
  - faktorer ved barnet (f.eks. funksjonshemming)
  - generelle faktorer (som fattigdom, og at faktorer må ses i sammenheng)

### Kapittel 1.3 - Oppdage (*recognise*) overgrep mot og vanskjøtsel av barn (47 anbefalinger)

Kapitlet inneholder anbefalinger knyttet til det å oppdage eller gjenkjenne overgrep eller vanskjøtsel.

De 47 anbefalingene er kategorisert under:

- når barn og ungdom forteller om overgrep og vanskjøtsel
- å støtte personalet i å oppdage overgrep og vanskjøtsel
- varseltegn på overgrep og vanskjøtsel (her vises det til retningslinjen *When to suspect child maltreatment* når det gjelder fysiske tegn) knyttet til atferd, følelser, relasjoner, seksuell atferd, fysisk vanskjøtsel, barnets utvikling, relasjon mellom barn/ungdom og foreldre/omsorgsgivere, oppsyn med barnet fra foreldre/omsorgsgivere, behov for medisinsk tilsyn/behandling hos barnet samt menneskehandel med barn/ungdom

Retningslinjen har mange henvisninger (lenker) til andre relevante retningslinjer, veiledere eller lignende.

---

## **2 B. Metodisk vurdering av retningslinjen**

Under beskrives vår vurdering av retningslinjen ved hjelp av verktøyet AGREE II (skårer 1-7).

---

### OVERORDNET VURDERING

---

#### **1. Skår den overordnede kvaliteten på retningslinjen**

Skåre 6.

Vi vurderer at retningslinjen har høy metodisk kvalitet. Det er grundige og i hovedsak transparente beskrivelser av hvordan retningslinjen er utarbeidet, hvordan kunnskapsgrunnlaget er fremskaffet og hvordan anbefalingene er formulert. Retningslinjens anbefalinger (kapittel 2) fremstår som relativt tydelige og fremgangsmåten rundt vurdering (kapittel 3) er beskrevet.

Omfanget og til dels strukturen gjør retningslinjen krevende å orientere seg i, slik at det kan være utfordrende å få oversikt og faktisk avdekke hva som er gjort (domene 4 i denne vurderingen).

---

#### **2. Vi vil anbefale bruk av denne retningslinjen**

Ja, vi vil anbefale bruk av denne retningslinjen, men med noen forbehold.

Så langt vi kan vurdere er dette en retningslinje vi kan anbefale for bruk, med noen forbehold knyttet til Bufdirs konkrete spørsmål «Hva kjennetegner barnet og familien der det er grunn for alvorlig bekymring for barnets omsorgssituasjon?», alder 0-6 år. Forbeholdene gjelder:

- Alder: Retningslinjen er ment for barn opp til 18 år mens Bufdirs målgruppe er barn opp til seks år, og i retningslinjen er det ikke alltid spesifisert hvilken aldersgruppe tegnene på mulig overgrep og vanskjøtsel er vurdert for.
  - Kultur: Retningslinjen er utviklet i England og den inkluderte forskningslitteraturen er engelskspråklig; det kan bety at det er relevante kulturelle forskjeller mht. tegn og tolkning av disse, og det kan være forskning som er publisert på andre språk som ikke er inkludert.
  - Omfang: Kun to av åtte kapitler svarer på det som er Bufdirs spørsmål; de andre seks kapitlene kan vurderes for annet bruk.
-

### **1. Det overordnede målet/målene med retningslinjen er beskrevet**

Skåre 6.

Retningslinjen skal gi praktikere og tjenestene (*commissioners*) en pålitelig veiledning til hvordan personell skal handle ved mistanke om, vurdering og tiltak når det gjelder overgrep mot og vanskjøtsel av barn. Retningslinjen fokuserer på områder der det er behov for forbedring av praksis, og hvor det mangler retningslinjer.

Det er en omfattende retningslinje som dekker flere sider ved temaet overgrep mot og vanskjøtsel av barn, og målet er dermed relativt overordnet formulert (side 6 i den korte versjonen).

---

### **2. Helse spørsmålet/spørsmålene som dekkes i retningslinjen er spesifikt beskrevet**

Skåre 6.

Retningslinjen dekker fysiske, seksuelle og emosjonelle overgrep samt vanskjøtsel. Den dekker også seksuell utnyttning av barn, kvinnelig kjønnslemlestelse, tvangsekteskap og menneskehandel med barn.

Utgangspunkt for litteratursøk og anbefalinger i retningslinjen var 21 omfattende og komplekse forskningsspørsmål, beskrevet bl.a. bakerst i vedlegg A på nettsiden (side 170-193). To eksempler:

- (1) *What are the views and experiences of children and young people, their caregivers and families, and adult survivors of child abuse on the process of recognising and assessing abuse and neglect, and on services providing early help for, or intervention following, abuse and neglect of children and young people?*
- (2) *What are the views and experiences of practitioners on the process of recognising and assessing abuse and neglect, and on services providing early help for, or intervention following, abuse and neglect of children and young people?*

Praksisutfordringer retningslinjen skal dekke er:

- Kunnskap om når en bør bekymre seg for at et barn eller en ungdom blir mishandlet eller forsømt, og hvor alvorlig bekymring hver indikator bør gi
- Vurdere risiko og behov relatert til overgrep og omsorgsvikt
- Kunnskap om hvilke tidlige tiltak som er effektive ved tidlige tegn på overgrep og vanskjøtsel
- Kunnskap om hvilke tiltak som er effektive i å hjelpe barn og unge personer komme seg igjen etter overgrep og vanskjøtsel, eller i å støtte familier hvor det har vært overgrep og vanskjøtsel

Det beskrives også hva retningslinjen ikke dekker, f.eks. tiltak rettet mot personer som mistenkes å mishandle barn, men som ikke er deres forelder eller omsorgsgiver, og voksne (over 18 år) som ble mishandlet som barn.

Spørsmålene retningslinjen dekker er komplekse og omfattende, men utfordringene og problematikkene synes klart beskrevet.

---

### **3. Populasjonen (pasienter, publikum, osv.) som retningslinjen er ment å hjelpe er spesifikt beskrevet**

Skåre 7.

Retningslinjens målgruppe (den gruppen retningslinjen skal hjelpe) er barn og unge under 18 år, inkludert ufødte barn, som står i risiko for, som er utsatt for eller som har vært utsatt for overgrep eller vanskjøtsel, i tillegg til deres foreldre, familier og/eller omsorgsgivere.

---

#### 4. Retningslinjegruppen inkluderer personer fra alle relevante yrkesgrupper

Skåre 6.

Retningslinjegruppen (*Guideline Committee*) hadde 15 kjernemedlemmer, med bakgrunn fra samfunnsvitenskap, barne- og ungdomspsykiatri, sosialt arbeid, barnevern, helse, rettsvesen, skole og brukererfaring.

Et «teknisk team» fra NICE *Collaborating Centre for Social Care* var ansvarlig for retningslinjen i utviklingsprosessen. Disse forberedte informasjon for retningslinjegruppen, laget utkast til retningslinjen og svarte ut innspill i høringsrunden. I tillegg gav de metodisk støtte, men dette er ikke beskrevet i detalj.

Det er en omfattende retningslinje som berører mange fagområder, men det ser ut til at relevante profesjoner og grupper er representert i retningslinjegruppen.

---

#### 5. Det er innhentet synspunkter og preferanser fra målgruppen (pasienter, publikum, osv.)

Skåre 7.

I arbeidet med denne retningslinjen ble det etablert en ekspertgruppe bestående av barn og ungdom, *Children and young people's expert reference group*. NICE rekrutterte, via en organisasjon mot vold og overgrep (*Against Violence and Abuse*), 15 unge mennesker fra London og Sheffield i alderen 14-21 år (fire gutter og elleve jenter). Alle deltakerne hadde erfaring med overgrep og/eller vanskjøtsel, og gruppen inkluderte unge plassert utenfor hjemmet og tenåringsmødre. Ekspertgruppen hadde fire møter i 2015-2016 der temaene tidlig hjelp, oppdagelse og vurdering, respons etter oppdagelse av overgrep/vanskjøtsel samt gjennomgang av utkast til anbefalinger. Organisasjonen AVA oppsummerte ungdommenes tilbakemeldinger i rapporter som kvartalsvis ble levert retningslinjegruppen. Til sist var det et møte mellom ungdommene og retningslinjegruppen som viste at tilbakemeldingene ble tatt på alvor. Retningslinjen oppgir at det er planlagt en retningslinjeverisjon rettet mot barn og unge (hentet fra vedlegg E); og en kort veiledning for barn og unge er nå publisert på nettsiden (*Getting help to overcome abuse – A quick guide for young people receiving support*).

I kunnskapsgrunnlaget er det også søkt i forskningslitteraturen etter erfaringer og synspunkter fra barn, ungdom, foreldre og omsorgsgivere.

Brukere er representert i retningslinjegruppen (eks. CIS'ters), og på listen over interessegrupper (stakeholders) ser det ut til å være organisasjoner som inkluderer barn/ungdom eller foreldre (eks. NACAP).

Brukermedvirkning synes søkt og gjennomført.

---

#### 6. Det er klart definert hvem retningslinjen skal brukes av

Skåre 6.

Retningslinjen skal/kan brukes av ansatte i helsevesen, sosialtjeneste/barnevern, utdanningssektor, frivillig sektor, politi, kriminalomsorg samt tjenester rettet mot voksne.

Aktuelle settinger er alle sammenhenger der tidlig hjelp, oppdagelse, vurdering og tiltak mht. overgrep mot og vanskjøtsel av barn foregår, inkludert (side 68):

- barnets eget hjem
- plasseringer av barnet, f.eks. hos slekt, fosterforeldre, institusjoner og fengsel
- helsevesenet, primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten
- skoler og universiteter
- sikrede institusjoner for barn og unge, inkludert fengsel/institusjon for unge kriminelle
- barnehager
- politistasjoner
- frivillig sektor, som idrett og ungdomsklubber



---

Retningslinjen er bredt anlagt og skal/kan brukes av alle som på et eller annet vis kan komme i kontakt med barn (profesjonelt eller i engasjement på fritiden). Det gjør at målgruppen i seg selv er vanskelig å definere mer spesifikt, hvilket også kan være en potensiell hindring for implementering.

---

### DOMENE 3. STRINGENS / SYSTEMATIKK I UTVIKLING AV RETNINGSLINJEN

---

#### **7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlag**

Skåre 7.

Det er beskrevet søkemetoder i flere av dokumentene tilhørende retningslinjen:

I vedlegg A på retningslinjens nettside beskrives:

- 1.søkestrategi
- 2.scopingsøk / kartleggingssøk (fra mars 2014)
- 3.databaser i hovedsøk
- 4.flytskjema som viser eksklusjonsprosessen fra alle referansene til de endelig inkluderte studiene
- 5.liste over ekskluderte studier med begrunnelser for eksklusjon
- 6.søkestrategi for databasesøkene
- 7.forskningsspørsmål (n=21) med mål og inklusjonskriterier

I kapittel 8 i vedlegg A (side 172) er det beskrevet PICO for hvert av de 21 forskningsspørsmålene.

Søkestrategiene er også oppgitt i eget dokument på nettsidene (*Pre-consultation documents released, Search strategies*).

Søkene framstår som systematiske og grundige.

---

#### **8. Kriteriene for utvelgelse av kunnskapsgrunnlag er tydelig beskrevet**

Skåre 7.

I den utvidede retningslinjen (side 60) beskrives selve prosessen med utvikling av kunnskapsgrunnlaget: søkeprosessen, eksklusjonskriteriene, vurderingen av metodisk kvalitet, type kunnskapsgrunnlag, syntetisering av resultater, hvordan retningslinjen forholdt seg til andre retningslinjer og involveringen av barn og unges ekspertgruppe. I vedlegg A (side 172) beskrives detaljerte inklusjon- og eksklusjonskriterier (i PICO-format) for hvert av de 21 forskningsspørsmålene.

Vi vurderer at kriteriene for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er tydelig og detaljert beskrevet.

---

#### **9. Sterke og svake sider ved kunnskapsgrunnlaget er tydelig beskrevet**

Skåre 6.

I den utvidede retningslinjens kapittel 3 (side 60-580) beskrives prosessen med å komme frem til kunnskapsgrunnlaget for hvert av de 21 forskningsspørsmålene. Her gis en introduksjon til forskningsspørsmålet/ene, PICO, beskrivelse av litteratursøk, utvelgelse av studier, narrativ oppsummering av studiene inkludert kvalitetsvurdering (vurdering av risiko for systematiske skjevheter, og til sist en kort formulering av kunnskapsgrunnlaget (*evidence statements*)).

Kvalitetsvurderingen ble foretatt med «verktøy fra NICE» (beskrevet på side 62). Studiene ble vurdert på intern og ekstern validitet, med skårene ++, + og – (høy, moderat og lav kvalitet). Vedlegg B på retningslinjens nettside presenterer denne metodiske kvalitetsvurderingen av kunnskapsgrunnlaget for alle 21 forskningsspørsmål, både primærstudier og systematiske oversikter. Her beskrives de inkluderte studienes mål, metoder, utfall, relevans, etikk mm, samt overordnet vurdering av validiteten.

I arbeidet med retningslinjen er det, der det manglet forskningslitteratur, brukt uttalelser fra fageksperter (*Expert witness testimony*), beskrevet i detalj i vedlegg D på retningslinjens nettside.

I tillegg ble det også brukt innspill fra Ekspertgruppen for barn og unge, beskrevet over på spørsmål 5.

---

---

Anbefalinger for videre forskning er formulert (se nettsiden, under *Tools and resources*).

Kunnskapsgrunnlaget er godt beskrevet og arbeidet grundig gjennomført, men det er litt uoversiktlig presentert (delvis pga. omfanget) og dermed vanskelig å få oversikt over.

---

## **10. Metodene for formulering av anbefalinger er tydelig beskrevet**

Skåre 6

I den lange retningslinjens tabell 3.11.1 kobles kunnskapsgrunnlaget til hver enkelt anbefaling, og i tabell 3.11.2 presenteres hver anbefaling og hvordan de fremkom, f.eks. som et resultat av forskningsgrunnlag, konsensus i retningslinjegruppa og råd fra barn og unges ekspertgruppe. Til hver anbefaling (gruppe av anbefalinger) er det også knyttet det opprinnelige forskningsspørsmålet, vurdering av kvaliteten på forskningsgrunnlaget, økonomiske vurderinger og eventuelle anbefalinger for videre forskning.

Det er ikke beskrevet presist hvordan anbefalingene ble formulert. På ulike steder er det presentert gangen i utvikling av retningslinjen: forskningsspørsmål – litteratursøk og forskningsgjennomgang – bruk av eksperter – utforming av anbefalinger (av retningslinjegruppa?) – høring – ferdigstilling av retningslinjen.

Beskrivelsen av formulering av anbefalinger er grei, når man først finner den.

---

## **11. Helsemessige fordeler og ulemper samt risiko er vurdert under formulering av anbefalingene**

Skåre 7.

I denne retningslinjen er det mindre aktuelt å vurdere bivirkninger mm.

Retningslinjen presenterer forbehold ved anbefalingene, om det er en sterk eller svak anbefaling, ser på ulike aldersgrupper der kunnskapsgrunnlaget tilsier at det er aktuelt, er tydelig på styrker og svakheter i kunnskapsgrunnlaget, samt påpeker hvor det trengs mer forskning (side 44-59). Slike vurderinger kommer også fram i tabell 3.11.2 (*Linking Evidence to Recommendations (LETR) tables*).

---

## **12. Det er en tydelig kobling mellom anbefalingene og det underliggende kunnskapsgrunnlaget**

Skåre 6.

Den utvidede retningslinjen presenterer i kapittel 3.11 (*Evidence to recommendations*, side 484) tabeller der den enkelte anbefaling kobles til kunnskapsgrunnlaget, uttalelser fra ekspertgrupper (barn og unge eller andre) og retningslinjegruppens diskusjoner.

Selve kunnskapsgrunnlaget og vurderingen av dette, må man imidlertid til andre kapitler og tabeller for å finne (*Evidence review and recommendations*, side 60-484). Kunnskapsgrunnlaget er her presentert i tråd med de 21 forskningsspørsmålene.

I vedlegg B (1314 sider) finnes alle evidenstabellene, knyttet til forskningsspørsmålene, med vurdering av intern validitet (tilnærming, utvalg, gjennomføring og analyse), ekstern validitet (relevans til forskningsspørsmålet, overførbarhet) og overordnet vurdering av validitet.

Vi vurderer at det er tydelig beskrevet på hvilke grunnlag hver anbefaling står, men noe krevende å finne, blant annet på grunn av retningslinjens omfang.

---

## **13. Retningslinjen er gjennomgått av eksterne eksperter før publisering**

Skåre 6.

Det ble foretatt en ekstern høring underveis i retningslinjearbeidet, dette er beskrevet som «*Draft guideline consultation*» på nettsiden. Det var mulig å selv registrere en interessegruppe (under visse betingelser) og dermed inngå som høringsinstans. På nettsiden ligger utkastet til den fulle retningslinjen med vedlegg, slik den forelå februar 2017 (med høringsfrist april 2017). Et dokument med alle høringsinstansenes kommentarer og retningslinjegruppens svar på disse, er publisert på nettsiden (*Consultation comments and responses*).

---

---

NICE skriver på sine sider om utvikling av retningslinjer at det er ingen rutine med fagfellevurdering (*peer reviews*) av eksterne eksperter, dette kan være en svakhet.

---

#### **14. En plan for oppdatering av retningslinjen er beskrevet**

Skåre 7.

I NICE' egen metodikk for retningslinjeutvikling (per i dag) oppgis det at det hvert femte år skal publiseres en oppdatering, eventuelt tidligere dersom det foreligger betydningsfull ny kunnskap. Det betyr at det ikke før i 2022 er aktuelt med en oppdatering av retningslinjen.

Det opplyses på nettsiden om noen mindre endringer som er foretatt etter publisering i 2017. I juli 2020 ble noen lenker til faglige interesseorganisasjoner oppdatert, og i november 2018 ble et navnet på et tiltak endret.

Vi vurderer at oppdateringsplaner foreligger.

---

### **DOMENE 4. TYDELIGHET I PRESENTASJONEN**

---

#### **15. Anbefalingene er spesifikke og uten tvetydelighet**

Skåre 6

I denne retningslinjen er en del av anbefalingene noe generelt formulert, f.eks.

- «*Recognise that vulnerability factors can be interrelated, and that separate factors can combine to increase the risk of harm to a child or young person.*»
- «*Be aware of the impact of a child or young person's age or gender on their vulnerability to child abuse and neglect, and the likelihood of recognition. For example, boys and young men may be less likely to disclose sexual exploitation (see also the Department for Education's guidance on Child sexual exploitation).*»

Noen anbefalinger er gitt med sterkt kunnskapsgrunnlag, og der er anbefalingene formulert med «tilby» (*offer*). Ved svakere kunnskapsgrunnlag står det «vurder» (*consider*) (side 9-10 i kortversjon). Tilsvarende står det i delen om å oppdage overgrep «mistenk» (*suspect*) og «vurder» (*consider*).

En del av anbefalingene er ganske overordnet eller generelt formulert og lite konkrete som kan gjøre de noe vanskelige å etterkomme. Andre anbefalinger er tydeligere og kan være lettere å følge, f.eks. når det gjelder mulige tegn på overgrep.

---

#### **16. De ulike valgene ved håndtering av tilstanden er tydelig presentert**

Skåre 6.

Retningslinjen beskriver til en viss grad hvordan personell skal gå frem ved bruk av anbefalingene. Når det gjelder «varseltegn» (*alerting features*) vises det til den første retningslinjen (*When to suspect*) for forståelse av de to nivåene på anbefalingene, «vurder...» og «mistenk», der sistnevnte indikerer sterke kunnskapsgrunnlag for overgrep og vanskjøtsel. Andre kapitler inneholder andre typer anbefalinger (f.eks. om vurdering eller tiltak). Her vises det bl.a. til andre veiledere og dokumenter som støtte.

---

#### **17. De viktigste anbefalingene er lett tilgjengelige**

Skåre 7

I den korte retningslinjen er (alle) anbefalingene det eneste som utgjør hovedteksten. I den lange retningslinjen er anbefalingene listet i ett kapittel (side 13-44). Anbefalingene står også kort presentert på forsiden av retningslinjens nettside.

---

---

## DOMENE 5. BRUK AV RETNINGSLINJEN

---

### **18. Retningslinjen beskriver fasilitatorer (tilretteleggere) og hindringer for bruk**

Skåre 5.

Retningslinjen i utvidet versjon beskriver for hver anbefaling økonomiske og noen andre vurderinger en bør ta med i betraktning implementering eller bruk (tabell 3.11.2, side 513). Det beskrives i liten grad andre typer hindringer for bruk, hvilket kan være spesielt viktig i en retningslinje som er rettet inn mot så mange samfunnsområder.

---

### **19. Retningslinjen gir råd om og eller verktøy for hvordan anbefalingene kan settes ut i praksis**

Skåre 6.

Råd for implementering beskrives i både den korte (side 49) og lange (side 580) versjonen av retningslinjen. Her beskrives f.eks. behov for opplæring av personell og konkrete råd for å skape oppmerksomhet om retningslinjen/anbefalingene i en organisasjon.

*Baseline Assessment Tool* er et verktøy som kan brukes for å overvåke om praksis ved en institusjon er i tråd med anbefalingene. Skjemaet kan også brukes til å planlegge aktiviteter for å møte anbefalingene i retningslinjen. Verktøy/skjemaet (en Excel-fil) er publisert på retningslinjens nettside.

Retningslinjen viser også generelle råd om implementering fra NICE.

---

### **20. De eventuelle ressursene som kreves for å følge anbefalingene er vurdert**

Skåre 6.

Kostnadsvurderinger er en del av retningslinjen og for hver anbefaling gjøres det en vurdering av økonomiske og andre ressursmessige implikasjoner av implementering. Økonomiske vurdering er også innbakt i kunnskapsgrunnlaget der det er vurdert som relevant, men i en del tilfeller er disse svært generelle.

---

### **21. Retningslinjen presenterer kriterier som kan brukes ved evaluering eller overvåkning av anbefalingene**

Skåre 6.

På nettsidene presenteres *Baseline assessment tool for child abuse and neglect* som gir institusjoner hjelp til å kartlegge dagens praksis, samt planlegge og overvåke innføring av retningslinjen. Verktøyet er trolig utviklet av NICE, men dette beskrives ikke – og heller ikke eventuelt kunnskapsgrunnlag eller validering. Også kapitlene om implementering (se punkt over) gir råd om implementering og oppfølging. Nettsidene gir samme informasjon samt en mer generell «oppskrift» på hvordan implementere NICE-retningslinjer.

Det er ikke andre verktøy eller dokumenter som beskriver ytterligere metoder for evaluering av praksis mht. retningslinjens anbefalinger, f.eks. i en nasjonal evaluering.

---

## DOMENE 6. REDAKSJONELL UAVHENGIGHET

---

### **22. Den eller de som har finansiert retningslinjen har ikke påvirket innholdet i retningslinjen**

Skåre 7.

Det er NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) som har finansiert denne retningslinjen. Forespørselen til NICE ble gitt av det britiske helsedepartementet og det britiske utdanningsdepartementet i 2013/2014. Dette er beskrevet i dokumentet *Final scope*, på retningslinjens nettside.

---

### **23. Retningslinjegruppens medlemmers eventuelle interessekonflikter er kartlagt og adressert**

Skåre 7.

---

---

Det ble kartlagt eventuelle interessekonflikter for retningslinjegruppedlemmene, og disse interessekonfliktene samt hvordan de ble besluttet håndtert, er publisert i den utvidede retningslinjen (side 602).

---

## **2 C. Vurdering av hvordan og i hvilken grad Bufdirs spørsmål besvares**

Målet med retningslinjen er altså å gi praktikere og tjenestene en pålitelig veiledning til hvordan personell skal handle ved mistanke om overgrep mot og vanskjøtsel av barn, vurdering og tiltak – innenfor helsevesen, sosialtjeneste/barnevern, utdanningssektor, frivillig sektor, politi, kriminalomsorg samt tjenester rettet mot voksne. Retningslinjen er svært omfattende og dekker prinsipper for arbeid med barn /unge og familier, risikofaktorer og tegn på overgrep, vurdering av risiko og behov, tidlig hjelp, tverrfaglige tiltak, terapeutiske tiltak samt planlegging og gjennomføring av tjenesten.

To av åtte underkapitler som omfatter anbefalingene – om risikofaktorer og tegn på overgrep/vanskjøtsel – synes relevante for å besvare Bufdirs spørsmål «Hva kjennetegner barnet (alder 0-6 år) og familien der det er grunn for alvorlig bekymring for barnets omsorgssituasjon?» De øvrige anbefalingene i retningslinjen kan være relevante for andre spørsmål i Bufdirs arbeid.

De to kapitlene (1.2 og 1.3) besvarer Bufdirs spørsmål med tanke på kjennetegn ved barnet og familien, både konkrete tegn og risikofaktorer. (Retningslinjen påpeker at anbefalingen er ment å supplere veilederen *What to do if you're worried a child is being abused*, utgitt av det britiske utdanningsdepartementet i 2015.) De overordnede temaene for de 54 anbefalingene er listet i tabell nedenfor (se også Beskrivelse av retningslinjen).

---

### **1.2 FAKTORER SOM ØKER SÅRBARHETEN/UTSATTHETEN FOR OVERGREP MOT OG VANSKJØTSEL AV BARN (7 ANBEFALINGER)**

Generelle faktorer (2 anbefalinger)

---

Faktorer ved familien (3 anbefalinger)

---

Faktorer ved barnet (2 anbefalinger)

---

### **1.3 GJENKJENNE/OPPDAGE OVERGREP OG VANSKJØTSEL (47 ANBEFALINGER)**

Når barn og ungdom forteller om overgrep mot og vanskjøtsel av barn (8 anbefalinger)

---

Støtte personalet i å oppdage overgrep og vanskjøtsel (3 anbefalinger)

---

Varseltegn på overgrep og vanskjøtsel (36 anbefalinger)

---

I denne retningslinjen gjelder de samme forbeholdene som i den første (*When to suspect child maltreatment*), med hensyn til alder (0-18 år vs 0-6 år) og kultur (utviklet i England og basert kun på engelskspråklig forskningslitteratur), mens med hensyn til praksisområder er denne retningslinjen bredere, som beskrevet over.

### **Anbefalinger om videre forskning**

I retningslinjen er det inkludert anbefalinger om videre forskning der kunnskapsgrunnlaget er lite eller uklart. I den utvidede versjonen av retningslinjen (kapittel 2, side 44-60) er forskning anbefalt for ett eller flere spørsmål under følgende tema: hvordan få barn til å fortelle om seksuelt misbruk, tegn på/forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse, tegn på/forebygging av æresrelatert vold og tvangsekteskap, hva er effektive program for hjemmebesøk for å forebygge overgrep mot og vanskjøtsel av barn, hva er effektiv forebygging av overgrep og vanskjøtsel i risikofamilier, hvordan forebygge sosial isolasjon i risikofamilier, effektive tiltak for barn og unge som har vært utsatt for overgrep og vanskjøtsel eller online-misbruk, effektive tiltak på samfunnsnivå for å forebygge overgrep mot og vanskjøtsel av barn, hva er effektive tiltak for mannlige omsorgsgivere i familier der barn har vært mishandlet, effektive tiltak for foreldre med rusmiddelproblemer, effektive nettbasert foreldreprogram, effektive tiltak for fosterforeldre samt likepersonsstøtte (*peer support*) for barn og unge som har vært utsatt for overgrep eller vanskjøtsel.

---

## **Forholdet mellom de to retningslinjene**

---

Den første retningslinjen, publisert i 2009 (*When to suspect child maltreatment*) gir anbefalinger om hvordan oppdage tegn ved barnet som kan tyde på mishandling. Dette gjelder særlig fysiske tegn på mishandling som kan oppdages i en klinisk setting. Den andre retningslinjen, publisert i 2017 (*Child abuse and neglect*) er mye bredere og rettet mot flere typer praksis, ikke bare helsevesenet. Den omfatter både risikofaktorer og kjennetegn på overgrep eller vanskjøtsel ved barnet/ungdommen, foreldrene og familien. I tillegg dekker denne retningslinjen anbefalinger om vurderinger og tiltak. Retningslinjen fra 2017 erstatter ikke retningslinjen fra 2009, men kompletterer den.

---

## Referanser

---

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna SE, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L, for the AGREE Next Steps Consortium. *AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare*. CMAJ 2010;182:E839-842.

Helsedirektoratet (2012) Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Publikasjon IS-1870. Oslo: Helsedirektoratet

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2017) *Child abuse and neglect*. Clinical guideline. NICE: England, Wales og Nord-Irland [www.nice.org.uk/guidance/ng76](http://www.nice.org.uk/guidance/ng76)

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2009) *Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s*. Clinical guideline. NICE: England, Wales og Nord-Irland [www.nice.org.uk/guidance/cg89](http://www.nice.org.uk/guidance/cg89)

---

## Vedlegg 1. AGREE II

---

Alle spørsmål i AGREE II på originalspråket:

### OVERALL GUIDELINE ASSESSMENT

For each question, please choose the response which best characterizes the guideline assessed:

1. Rate the overall quality of this guideline.
2. I would recommend this guideline for use.

### DOMAIN 1. SCOPE AND PURPOSE

1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.
2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.
3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.

### DOMAIN 2. STAKEHOLDER INVOLVEMENT

4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.
5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.
6. The target users of the guideline are clearly defined.

### DOMAIN 3. RIGOUR OF DEVELOPMENT

7. Systematic methods were used to search for evidence.
8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.
9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.
10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.
11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.
12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.
13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.
14. A procedure for updating the guideline is provided.

### DOMAIN 4. CLARITY OF PRESENTATION

15. The recommendations are specific and unambiguous.
16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.
17. Key recommendations are easily identifiable.

### DOMAIN 5. APPLICABILITY

18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.
19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.
20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.
21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.

### DOMAIN 6. EDITORIAL INDEPENDENCE

22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.
23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.



Utgitt av Folkehelseinstituttet

Januar 2021

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

[www.fhi.no](http://www.fhi.no)