

RAPPORT

2018

SYSTEMATISK OVERSIKT OVER OVERSIKTER

Hvilke tegn og signaler som kan observeres av personell i barnehage og skole kan ha sammenheng med omsorgssvikt?

Utgitt av	Folkehelseinstituttet Område for helsetjenester
Tittel	Hvilke tegn og signaler som kan observeres av personell i barnehage og skole kan ha sammenheng med omsorgssvikt? En systematisk oversikt over oversikter.
English title	Which signs that can be observed by personnel in kindergartens and schools might be associated with maltreatment of children? A systematic overview of reviews.
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere	Liv Merete Reinar, prosjektleder, seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet Gunn Elisabeth Vist, seniorforsker, Folkehelseinstituttet Ingvild Kirkehei, forskningsbibliotekar, Folkehelseinstituttet Hege Kornør, seniorforsker, Folkehelseinstituttet (tidligere seksjonsleder, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør)
ISBN	978-82-8082-919-1
Publikasjonstype	Forskningsoversikt, Systematisk oversikt over oversikter
Antall sider	56 (94 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Emneord(MeSH)	Child maltreatment, physical child abuse, emotional child abuse, child neglect, child sexual abuse, teenage maltreatment, teenage abuse, teenage neglect, teenage sexual abuse, teenage physical abuse, teenage emotional abuse
Sitering	Reinar LM, Vist GE, Kirkehei I, Kornør H. Hvilke tegn og signaler som kan observeres av personell i barnehage og skole kan ha sammenheng med omsorgssvikt? En systematisk oversikt over oversikter. [Which signs that can be observed by personnel in kindergartens and schools might be associated with maltreatment of children? A systematic overview of reviews]. Rapport –2018. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUdSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	9
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	10
FORORD	13
INNLEDNING	14
Omsorgssvikt	14
Hensikt med denne systematiske oversikten over oversikter	16
METODE	17
Inklusjonskriterier	17
Eksklusjonskriterier	17
Protokollendring	19
Litteratursøk	19
Artikkelutvelging	19
Vurdering av inkluderte oversikter	19
Kartlegging	20
Dataauthenting	20
Analyser	21
Vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen	21
Etikk	22
RESULTATER	23
Inkluderte oversikter	24
Resultater fra oversikter av høy og middels kvalitet	29
Resultattabeller	37
DISKUSJON	45
Hovedfunn	45
Kvaliteten på forskningsresultatene	45
Styrker og svakheter	46
Hvor generaliserbare er resultatene?	46
Overensstemmelse med andre oversikter	47
Resultatenes betydning for praksis	48

Kunnskapshull	49
KONKLUSJON	50
REFERANSER	51
VEDLEGG 1. DEFINISJONER AV OMSORGSSVIKT	57
VEDLEGG 2. PROSJEKTPLAN	61
VEDLEGG 3. SØKESTRATEGI	73
VEDLEGG 4. EKSKLUDERTE STUDIER	79
VEDLEGG 5. METODISK KVALITET PÅ OVERSIKTENE	82
VEDLEGG 6. KJENNETEGN VED DE INKLUDERTE OVERSIKTENE	84
VEDLEGG 7. OVERSIKTER AV LAV METODISK KVALITET	92
Kroppslige/fysiske tegn	92
Psykososiale vansker	93
Foreldre- og barnrelasjoner	93
Kognitiv fungering	94

Hovedbudskap

Helsedirektoratet skal utarbeide «Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av bekymringer for barn i barnehage og skole». Vi ble i mai 2017 bedt om å utarbeide en systematisk oversikt om hvilke tegn og signaler som har sammenheng med omsorgssvikt hos barn og unge.

Vi fant at:

- Forsinket språkutvikling muligens er vanligere blant barn som har vært utsatt for omsorgssvikt, enn hos andre barn
- Tenåringsjenter som har vært utsatt for fysiske og/eller seksuelle overgrep muligens blir oftere gravide enn andre tenåringsjenter
- Gutter som har vært utsatt for seksuelle overgrep muligens er involvert i tenåringssvangerskap oftere enn andre gutter
- Barn med funksjonsnedsettelse muligens er mer utsatt for alle typer omsorgssvikt enn andre barn
- Depresjon muligens har en sammenheng med omsorgssvikt og vanskjøtsel
- Ufrivillig avføring (enkoprese) muligens har sammenheng med seksuelle overgrep hos barn under tolv år
- Lav intelligens muligens har en sammenheng med omsorgssvikt blant barn med post traumatisk stress syndrom (PTSD).

For andre tegn og signaler er dokumentasjonsgrunnet av svært lav kvalitet og vi er usikre på om det er sammenheng mellom disse og ulike former for omsorgssvikt. Det at vi er usikre på om andre tegn har sammenheng med omsorgssvikt betyr **ikke** at det ikke kan være noen sammenheng. Det finnes svært mye forskning om omsorgssvikt og konsekvenser av dette.

Tittel:

Hvilke tegn og signaler som kan observeres av personell i barnehage og skole kan ha sammenheng med omsorgssvikt?

Publikasjonstype:

Systematisk oversikt over oversikter

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente

- kritisk vurdere og

- sammenfatte

relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

Vi har oppsummert systematiske oversikter av høy og middels kvalitet. Vi har ikke lest enkeltstudier.

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Helsedirektoratet

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet juni 2017

Eksterne fagfeller:

Reidar Jakobsen, forsker, RKBV Vest - Regionalt kunnskapssenter for barn og unge

Monica Martinussen, professor, RKBV Nord – Regionalt kunnskapssenter for barn og unge

Sammendrag

Innledning

Omsorgssvikt kan være en viktig risikofaktor for den totale sykdomsbyrden i befolkningen. Kunnskap om alvorlige langtidskonsekvenser av omsorgssvikt og hvordan de manifesterer seg bør vektlegges i satsinger for å beskytte barn mot overgrep og forømmelse.

Ansatte i barnehage og i grunn- og videregående skole (basistjenestene) har en unik mulighet til å oppdage tidlige tegn på omsorgssvikt fordi de ser barna og ungdommene daglig over tid. De har også ifølge Lov om barnevern plikt til å melde bekymring. I denne systematiske oversikten har vi undersøkt i hvilken grad tegn og signaler som kan fanges opp av barnehage- og skoleansatte, har sammenheng med omsorgssvikt hos barn og unge. Kunnskapen kan inngå i dokumentasjonsgrunnlaget for å gi råd om når personell i basistjenestene skal melde en bekymring til barnevernet eller henvise til vurdering hos annen instans, eventuelt selv undersøke bekymringen nærmere. Vi bruker begrepet «omsorgssvikt» på norsk synonymt med «maltreatment» på engelsk. Omsorgssvikt omfatter da både *fysisk, seksuell og psykologisk overgrep/mishandling/vold (abuse), og vanskjøtsel*.

Tall fra 24 nordiske studier viser at 0,2 - 1,2 prosent av alle barn blir utsatt for seksuelle overgrep av forelder, og mellom tre og fire prosent blir utsatt for fysisk mishandling. Data om forekomsten av vanskjøtsel og psykologiske overgrep er mangelfulle.

Metode

Vi søkte i juni 2017 etter systematiske oversikter i følgende databaser: MEDLINE, Embase, PycINFO, Epistemonikos, ERIC, Campbell Library, CINAHL, ISI Web of Science, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Reviews of Abstracts of Effects (DARE), HTA Database og Prospano.

To personer gikk gjennom søketreff, selekterte studier og vurderte metodisk kvalitet ved alle inkluderte oversikter. Vi hentet ut data fra alle relevante oversikter. Funnene fra inkluderte systematiske oversikter av høy og middels metodisk kvalitet ble oppsummert i tekst og oppsummeringstabeller. Oversikter av lav metodisk kvalitet ble ikke oppsummert. Vi vurderte vår tillit til resultatene for hver sammenheng mellom tegn og signaler, og type omsorgssvikt, ved hjelp av «Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation» - GRADE. Da dette er en systematisk oversikt over

oversikter har vi hentet ut resultater fra metaanalyser/ narrative oppsummeringer slik de er presentert i de inkluderte oversiktene. Vi utførte ingen egne analyser.

Resultat

Databasesøket ga 1320 treff. Vi leste 94 oversikter i fulltekst og kvalitetsvurderte 31 oversikter. Av disse var 15 av lav metodisk kvalitet, og inngikk derfor ikke i oppsummeringen av oversikter med tilhørende oppsummeringstabeller. I oppsummeringen inngikk fire oversikter av høy metodisk kvalitet og 12 oversikter av middels kvalitet. Vår tillit til dokumentasjonen var gjennomgående lav til svært lav.

Én studie som inkluderte 34 749 barn fordelt på aldersgruppene 5-6 og 11-12 år undersøkte forekomst av seksuelle overgrep blant barn med *ufrivillig avføring* (enkoprese) sammenliknet med andre barn. Blant guttene var forekomsten av enkoprese 3,7 prosent og blant jentene 2,4 prosent. Det var muligens en moderat sammenheng mellom enkoprese og seksuelle overgrep (justert OR 4,32; 95 % KI 1,68-11,1).

Gutter som er involvert i *tenåringssvangerskap* har muligens oftere vært utsatt for seksuelle overgrep enn andre gutter (OR 4,81; 95 % KI 4,39 til 5,28). Tenåringsjenter som blir gravide har muligens oftere vært utsatt for både fysiske og seksuelle overgrep enn andre tenåringsjenter. Det er usikkert om gutter som har ubeskyttet sex eller som har hatt flere seksualpartnere, oftere har vært utsatt for seksuelle overgrep enn andre gutter. Det er også usikkert om tenåringsjenter som blir gravide i større grad enn andre tenåringsjenter har vært utsatt for seksuelle overgrep, fysiske overgrep psykologiske overgrep eller vanskjøtsel. Videre er det usikkert om det er noen sammenheng mellom rusmiddelbruk og fysiske overgrep.

Det er usikkert om *antisosial atferd* blant ungdom har noen sammenheng med omsorgssvikt generelt seksuelle overgrep, psykologiske overgrep, fysiske overgrep eller vanskjøtsel. Det er også usikkert om *aggressiv atferd* blant ungdom har noen sammenheng med omsorgssvikt, generelt seksuelle overgrep, psykologiske overgrep, fysiske overgrep eller vanskjøtsel. Videre er det usikkert om barn som *mobber og/eller blir mobbet* oftere har vært utsatt for omsorgssvikt enn andre barn.

Depresjon har muligens en betydelig sammenheng med omsorgssvikt generelt (d 0,77; 95 % KI 0,62 til 0,92) og vanskjøtsel (d 0,73; 95 % KI 0,73 til 0,73). Det er usikkert om depresjon har noen sammenheng med psykologiske overgrep eller fysiske overgrep. Det er også usikkert om *psykiske vansker* som lav selvfølelse og følelsesmessige problemer har noen sammenheng med fysiske overgrep. Videre er det usikkert om det er noen sammenheng mellom spiseforstyrrelser og seksuelle overgrep, psykologiske overgrep eller fysiske overgrep.

Forsinket språkutvikling blant barn 2,5-11 år har muligens en sammenheng med omsorgssvikt. Det er usikkert om nedsatt *kognitiv fungering* har noen sammenheng med fysiske overgrep. *Lav intelligens* hos barn med post traumatisk stress syndrom (PTSD) har muligens en sammenheng med omsorgssvikt.

Barn med *fysisk eller psykisk funksjonsnedsettelse* har muligens oftere enn andre barn vært utsatt for omsorgssvikt generelt (OR 3,68; 95 % KI 2,56 til 5,29), psykologiske overgrep (OR 4,36; 95 % KI 2,42 til 7,87) og fysiske overgrep (OR 3,56; 95 % KI 2,80 til 4,52). Det er usikkert om de er mer utsatt for seksuelle overgrep eller vanskjøtsel.

Vi fant ikke systematiske oversikter om følgende tegn og signaler som vi hadde forhåndsdefinert i prosjektplanen: Kutt og sår, beinbrudd, genitale skader, hode- og magesmerter, feilernæring, dårlig hygiene, ubehandlede helseproblemer, uhensiktsmessig påkledning, mutisme, kroppsrudding og hodedunking, foreldres urealistiske forventinger, foreldretrusler, foreldres fravær av involvering, fosterbarn, fravær, skolevegring og konsentrasjonsvansker.

Diskusjon

Vi har ikke kunnet konkludere sikkert om noen tegn og signaler og sammenhengen med omsorgssvikt. For noen tegn (språkutvikling, seksualvaner, depresjon, funksjonsnedsettelse, ufrivillig avføring) viser forskningen at disse muligens kan ha en sammenheng med omsorgssvikt. Det at vi er usikre på om alle de andre tegnene har sammenheng med omsorgssvikt betyr **ikke** at det ikke er noen sammenheng. Det er utfordringer med for eksempel utvalg, studiedesign, studieutførelse, oppsummeringsprosess eller resultatrapportering som gjør at vi har mindre tillit til den beregnede sammenhengen eller mangel på sammenheng.

Det er behov for å oppdatere oversikter på følgende tegn og signaler: blåmerker, bitemerker, brannskader, selvskading, tilpasningsproblemer, mistenkelig foreldreatferd, ukritisk vennlighet og barnetegninger. Det er behov for nye oppsummeringer om: Kutt og sår, beinbrudd, genitale skader, hode- og magesmerter, feilernæring, dårlig hygiene, ubehandlede helseproblemer, uhensiktsmessig påkledning, mutisme, kroppsrudding og hodedunking, foreldres urealistiske forventinger, foreldretrusler, foreldres fravær av involvering, fosterbarn, fravær, skolevegring og konsentrasjonsvansker.

Konklusjon

Det finnes svært mye forskning om omsorgssvikt og mulige sammenhenger. Mange publiserte oversikter har metodiske mangler. Vi fant at det muligens er sammenhenger mellom omsorgssvikt og henholdsvis lav intelligens, forsinket språkutvikling (språkforståelse) hos barn, depresjon og tenåringssvangerskap. Gutter som har vært utsatt for seksuelle overgrep er muligens oftere involvert i tenåringssvangerskap enn andre gutter. Barn med funksjonsnedsettelser er muligens også mer utsatt for omsorgssvikt enn andre barn. Ufrivillig avføring (enkoprese) har muligens sammenheng med seksuelle overgrep. For alle andre tegn og signaler er vi usikre på sammenhengene. Det at vi er usikre på om alle de andre tegnene har sammenheng med omsorgssvikt betyr **ikke** at det ikke kan være noen sammenheng.

Key messages

The Norwegian Directorate of Health is conducting a national guideline on how to respond to worries about children in nurseries/kindergartens and schools. We were in May 2017 asked to conduct a systematic review on signs and warnings that can be associated with maltreatment, abuse and neglect in children and adolescents.

We found that:

- Delayed speech development is possibly more common in children exposed to maltreatment than in other children
- More teenagers who have been exposed to physical or sexual abuse possibly get pregnant more often than other teenagers
- Boys who have been exposed to sexual abuse are possibly more often involved in teenage pregnancies than other boys
- Children with disabilities are possibly more likely to be exposed to maltreatment than other children
- Depression is possibly associated with maltreatment and neglect
- Fecal incontinence is possibly associated with sexual abuse in children under twelve years of age
- Low intelligence is possibly associated with maltreatment in children with post traumatic stress syndrome (PTSD).

For many other signs and warnings, the evidence is of very low quality. We are unsure of their association with maltreatment. The fact that we are unsure does not mean that there is **no** association.

While conducting this overview of reviews we found that there is extensive research on maltreatment and its consequences. We also found that many published reviews have methodological limitations and weaknesses.

Title:
Which signs that can be observed by personnel in kindergartens and schools are associated with maltreatment of children? A systematic overview of reviews.

Type of publication:
Systematic overview of reviews
A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies.

Doesn't answer everything:
We have summarised systematic reviews of high and moderate methodological quality. We did not read single studies.

Publisher:
Norwegian institute of public health

Updated:
Last search for studies:
June, 2017.

Peer review:
Reidar Jakobsen, researcher
RKBU Vest
Monica Martinussen, professor
RKBU Nord

Executive summary (English)

Background

Maltreatment can be an important risk factor for the total burden of diseases in the population. Knowledge about serious long-term consequences of maltreatment, abuse and neglect, and how they manifest themselves, should be given a lot of weight in strategies on how to protect children from maltreatment, abuse and neglect.

Personnel in nurseries, kindergartens and schools have a unique opportunity to observe early signs of maltreatment because they see children and adolescents on a daily basis over time. They are also obliged to, by the Act of child welfare (Lov om barnevern) to report worries. In this systematic review we aim to find to what extent signs and warnings that can be observed by people working in nurseries, kindergartens and schools are associated with maltreatment. This knowledge base can be used when authorities advise when the personnel should report to the child welfare services or other instances or investigate a worry further themselves. Maltreatment includes physical and sexual abuse, psychological abuse, and neglect.

Data from 24 Nordic studies show that 0.2 to 1.2% of all children are being sexual abused by their parents, and between three and four percent are physically abused. Reliable data on the prevalence of neglect and psychological abuse are missing.

Objective

Our objective was to conduct a systematic review on signs and warnings that can be associated with maltreatment, abuse and neglect in children and adolescents.

Method

We searched for systematic reviews in the following databases (June 2017): MEDLINE, Embase, PycINFO, Epistemonikos, ERIC, Campbell Library, CINAHL, ISI Web of Science, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Reviews of Abstracts of Effects (DARE), HTA Database and Prospero.

Two reviewers independently screened the search findings, selected studies and assessed the methodological quality of all included reviews. . We extracted data from relevant reviews. The findings from included systematic reviews of high or moderate

methodological quality were summarised in text and in summary of findings tables. Reviews of low methodological quality were not summarised. We judged our confidence in the result for each association between signals and warnings and type of maltreatment by using the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE). As this is a systematic overview of reviews we extracted results from meta-analysis and narratives of included reviews. We did not perform our own analyses.

Results

The search in databases gave 1320 references and we received one review from an expert. We read 94 reviews in full text and quality assessed 31. Of these, 15 were of low methodological quality and were therefore not included in our summary of findings. We included four reviews of high quality and 12 twelve reviews of moderate quality. Our confidence in the results was mostly low or very low.

One study that included 34 749 children in age groups 5-6 and 11-12 years investigated the prevalence of sexual abuse amongst children with *faecal incontinence* compared with other children. Amongst the boys the prevalence of faecal incontinence was 3.7 percent and amongst the girls 2.4 percent. There is possibly a moderate association between faecal incontinence and sexual abuse (adjusted OR 4.32; 95% CI 1.68 to 11.1).

Boys involved in *teenage pregnancies* are possibly more likely to have been exposed to sexual abuse than other boys (OR 4.81; 95% CI 4.39 to 5.28). Pregnant teenagers are possibly more likely to have been exposed for physical and sexual abuse than other teenage girls (OR 3.83; 95% CI 1.78 to 2.05). It is unclear if boys who have unprotected sex or have had several sexual partners, are more likely to have been sexually abused than other boys. It is also unclear if pregnant teenage girls are more likely than other girls to have been exposed to sexual abuse, physical abuse, psychological abuse or neglect. It is also unclear if there is an association between drug abuse and physical abuse.

It is unclear if *anti-social behaviour* amongst adolescents is associated with general maltreatment, sexual abuse, psychological abuse, physical abuse or neglect. It is also unclear if *aggressive behaviour* amongst adolescents is associated with general maltreatment, sexual abuse, psychological abuse, physical abuse or neglect. It is further unclear if children who *bully and/or are bullied* are more likely to have been exposed to maltreatment than other children.

Depression is possibly associated with general maltreatment (d 0.77; 95% CI 0.62 to 0.92) and neglect (d 0.73; 95% CI 0.73 to 0.73). It is unclear if depression is associated with psychological abuse or physical abuse. It is also unclear if psychological challenges as *low self-esteem and emotional problems* are associated with physical abuse. It is further unclear if there is any association between *eating disorders* and sexual, psychological or physical abuse.

Delayed speech development in children aged 2.5 to 11 years is possibly associated with maltreatment (SMD 0.46; 95% CI 0.29 to 0.63). It is unclear if low cognitive function is associated with physical abuse. Low intelligence in children with PTSD is possibly associated with maltreatment.

Children with physical or mental disabilities are possibly more likely to be exposed to maltreatment than other children (OR 3.68; 95% CI 2.56 to 5.29), psychological abuse (OR 4.36; 95% CI 2.42 to 7.87), physical abuse (OR 3.56; 95% CI 2.80 to 4.52). It is unclear if they are more likely to be exposed for sexual abuse or neglect.

We did not find systematic reviews on the following signs and warnings that were defined in the protocol: Cuts/wounds, fractures, genital damage, headaches or tummy pain, malnutrition, bad hygiene, untreated health problems, inappropriate clothing, «head-banging and body-rocking», parents unrealistic expectations, parents threats, parents' lack of involvement, children in care, school absence, school refusal, and lack of concentration.

Discussion

We could not conclude with certainty on any signs or warnings and the association with maltreatment. On some signs (speech/language development, sexual behaviour, depression, disabilities, faecal incontinence) research findings indicated that they possibly are associated with maltreatment. The fact that we are unsure about the other signs or warnings does not mean that there is **no** association. There are questions regarding population, study design, the conduct of studies, review process and reporting, all are factors that contribute to our reduced confidence in the estimated association or lack of association.

There is a need to update reviews on the following signs and warning: Bruises, bites, burns, self-harm, problems with adjusting, suspicious parent behaviour, uncritical friendliness and children's drawings. There is a need for new reviews on cuts/wounds, fractures, genital damage, headaches or tummy pain, malnutrition, bad hygiene, untreated health problems, inappropriate clothing, «head-banging and body-rocking», parents unrealistic expectations, parents threats, parents' lack of involvement, children in care, school absence, school refusal, and lack of concentration.

Conclusion

There exists a big research-base on maltreatment and its consequences. Many published reviews have methodological limitations and weaknesses. We found that there possibly is an association between maltreatment and low intelligence, delayed development in speech/language in children, depression and teenage pregnancies. In addition, boys who have been sexually abused are possibly more often involved in teenage pregnancies than other boys. Children with disabilities are possibly more likely to be exposed to maltreatment than other children. Faecal incontinence is possibly associated with sexual abuse in children under twelve years of age. For all other signs and warnings, we are unsure about the associations. The fact that we are unsure does not mean that there is **no** association.

Forord

Helsedirektoratet skal utarbeide «Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av bekymringer for barn i barnehage og skole». Vi ble i mai 2017 bedt om å utarbeide en systematisk oversikt om hvilke tegn og signaler som er assosiert med omsorgssvikt hos barn og unge. Denne systematiske oversikten over oversikter skal inngå i kunnskapsgrunnlaget for retningslinjen.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet en egen prosess for å få raskere tilgang på relevante og oppdaterte systematiske oversikter til retningslinjearbeidet. I henhold til dette samarbeidet skriver vi ikke omfattende innledningskapittel, diskusjonskapittel eller omfattende definisjonslister for den systematiske oversikten. Når det gjelder tannhelsetjenestenes rolle så viser vi til Helsedirektoratets retningslinje om tannhelsetjenesten for barn.

Forskere i område for helsetjenester i FHI gjennomfører for tiden en relatert systematisk oversikt. Den omhandler nøyaktighet av åpne spørsmål mellom barn og barnehage- og skoleansatte for å avdekke omsorgssvikt, misbruk eller psykososiale problemer.

Alle forfattere og fagfeller har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Ingen oppgir interessekonflikter.

Takk til Brynhildur Axelsdottir, Kristine Horseng Ludvigsen, Sølvi Biedilæ (Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør), som hjalp oss med kvalitetsvurdering og inklusjon av oversiktene. Takk til en brukerrepresentant, som ønsker å være anonym, for kommentarer på prosjektplan og rapportutkast. Takk også til Reidar Jakobsen og Monica Martinussen som har vært eksterne fagfeller for rapporten. Takk også til Kjetil Gundro Brurberg og Heidi Aase som har vært interne fagfeller.

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Kåre Birger Hagen

Fagdirektør

Kjetil G. Brurberg

Avdelingsdirektør

Liv Merete Reinar

Prosjektleder

Innledning

Omsorgssvikt kan være en viktig risikofaktor for den totale sykdomsbyrden i befolkningen. I en systematisk oversikt fra 2012 konkluderer Norman og medarbeidere med at det kan være en årsakssammenheng mellom omsorgssvikt og psykiske lidelser, rusmiddelbruk, selvskading og seksuelt overførte sykdommer (1). Kunnskap om alvorlige konsekvenser av omsorgssvikt, både på umiddelbar, kort og lang sikt, og hvordan de manifesterer seg bør vektlegges i satsinger for å beskytte barn mot overgrep og forømmelse.

Ansatte i barnehage og i grunn- og videregående skole (basistjenestene) har en unik mulighet til å oppdage tidlige tegn på omsorgssvikt fordi de ser barna og ungdommene daglig over tid. De har også ifølge Lov om barnevern plikt til å melde bekymring. I denne systematiske oversikten undersøker vi i hvilken grad tegn og signaler som kan fanges opp av barnehage- og skoleansatte, har sammenheng med omsorgssvikt hos barn og unge. Kunnskapen kan inngå i dokumentasjonsgrunnlaget for å gi råd om når personell i basistjenestene skal melde en bekymring til barnevernet eller henvise til vurdering hos annen instans, eventuelt selv undersøke bekymringen nærmere.

Omsorgssvikt

Selv om de fleste definisjoner av omsorgssvikt inneholder ulike former for mishandling, overgrep, vanskjøtsel og forømmelse, har de ulike definisjonene nyanseforskjeller som det kan være nyttig å kjenne til (Vedlegg 1). I denne rapporten omfatter begrepet omsorgssvikt *fysiske, seksuelle og psykologiske overgrep, og vanskjøtsel* (Tabell 1).

Forekomst

Halvparten av barnevernssaker i vestlige land som Storbritannia, USA, Canada og Australia skyldes vanskjøtsel (2). I USA blir rundt 700 000 – 1 250 000 barn utsatt for omsorgssvikt hvert år, og rundt tre millioner barn er i risiko for skade (3). I en oversikt over 24 nordiske prevalensstudier publisert mellom 1988 og 2011 rapporterer Kloppe og medarbeidere at 0,2 % - 1,2 % av alle barn blir utsatt for seksuelle overgrep av foreldre, og 3 % - 4 % blir utsatt for fysisk mishandling (4). Prevalenstall for vanskjøtsel og psykologiske overgrep foreligger ikke.

I en oppsummering av norske studier rapporterer Kvello forekomster på 14 % og 13 % for henholdsvis psykologiske og fysiske overgrep i oppveksten (5). Steine og medarbeidere fant i en norsk befolkningsundersøkelse forekomster av seksuelle krenkelser før

fylte 16 år på 24 % hos jenter og 12 % hos gutter (6). Det gikk ikke fram av undersøkelsen hvorvidt overgriperne var jentene og guttenes omsorgspersoner.

Tabell 1. Definisjoner av ulike typer omsorgssvikt

Type omsorgssvikt	Definisjon	Eksempler
Fysiske overgrep	Bruk av fysisk makt som kan skade barnet	Slag, spark, risting, biting, kvelning, brennemerking, drukning
Seksuelle overgrep	Involvering av barn i seksuelle aktiviteter de ikke har forutsetninger for å samtykke i eller er utviklingsmessig forberedt for	Fysisk kontakt med eller uten penetrering og ikke-fysisk kontakt, som visuell eksponering, oppfordring til seksualisert atferd
Psykologiske overgrep	Ikke-fysiske former for avvisning og fiendtlig behandling	Beskyldninger, trusler, skremsel, forskjellsbehandling, latterliggjøring
Forsømmelse /vanskjøtsel	Manglende imøtekommelse av barns grunnleggende fysiske og psykologiske behov	Unnlatelse av å sørge for barnets helse, utdanning, følelsesmessige utvikling og ernæring, inadekvate boforhold

Oversikter over prevalensstudier rapporterer til dels store variasjoner i forekomst, både nasjonalt og internasjonalt. Flere peker på at det kan ha med blant annet definisjoner, målinger, utvalg, kultur å gjøre (7;8). Stoltenborgh og medarbeidere estimerte en forekomst av *fysiske overgrep* på 0,3 % for studier som brukte informanter og 22,6 % for studier som brukte selvrappotering. Høyest prevalens fant forskerne i studier med en bred definisjon av fysiske overgrep (8). Forekomsten av psykologiske overgrep var 0,3 % i studier som brukte informanter mens den var 36,3 % i studier som brukte selvrappotering (9). Barth og medarbeidere fant en forekomst av seksuelle overgrep på 8 % - 31 % for jenter og 3 % - 17 % for gutter (10). Stoltenborgh og medarbeidere rapporterte en forekomst av fysisk og psykisk vanskjøtsel på henholdsvis 16,3 % og 18,4 % (11).

Antatt og faktisk grunn til bekymring

Offentlig ansatte har opplysningsplikt til både barnevernet og politiet når de mistenker at et barn er utsatt for omsorgssvikt eller mishandling. Barnevernet har plikt til å undersøke slike meldinger. Barne- og likestillingsdepartementet har utarbeidet en egen veileder for barnehageansatte som blant annet forklarer rettslige krav til hva som forstås som omsorgssvikt (12). Veilederen presiserer at det ikke er de ansatte i barnehagen som skal vurdere om alle vilkårene er oppfylt, utredningen av de faktiske forhold er det barnevernet som gjør. De som jobber i barnehage kan følge med på om barnet ser ut til å «lide av alvorlige mangler ved daglig omsorg, personlig kontakt og trygghet

som barnet trenger for sin alder og utvikling. Dette omfatter både situasjoner der det er alvorlige mangler i forhold til barnets behov for materiell og praktisk omsorg, og situasjoner der foreldrene ikke klarer å dekke barnets behov for psykisk eller følelsesmessig omsorg».

I en gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for bl.a. omsorgssvikt, identifiserte utvalget en rekke til dels grove eksempler på systemsvikt (NOU 2017:12). Utvalget viste til saker hvor tjenestepersoner som har plikt til å beskytte barn, har unnlatt å gripe inn selv om de har kjent til hvilke belastninger barna var utsatt for. Denne systemsvikten karakteriserer utvalget som et svik mot barna.

I Skottland og Nord-Irland ble til sammen henholdsvis 13 523 (130 per 10 000) og 23 926 (554 per 10 000) barn henvist til et barnevernstiltak som følge av omsorgssvikt i 2009 (Safeguarding children statistics: the availability and comparability of data in the UK). Disse tallene står i sterk kontrast til forekomsten av omsorgssvikt fra en stor britisk undersøkelse, som viste at 22 % av barn mellom 11 og 17 år og 9 % av barn under 11 år har vært utsatt for omsorgssvikt med foreldre eller omsorgspersoner som utøvere. Tallene er basert på intervjuer i 2009 med 2275 ungdommer og 2160 foreldre eller omsorgspersoner for barn under 11 år.

Selv om vi tar høyde for eventuelle unøyaktigheter og målefeil i kunnskapsgrunnlaget om misforholdet mellom barns behov for samfunnets beskyttelse og tjenestetilbudet, virker det åpenbart at svært mange barn som er utsatt for omsorgssvikt, ikke fanges opp av hjelpeapparatet.

Hensikt med denne systematiske oversikten over oversikter

Hensikten med denne systematiske oversikten over oversikter var å besvare følgende spørsmål:

- Hvilke tegn og signaler som kan observeres i basistjenestene (barnehage, skole) har sammenheng med omsorgssvikt hos barn og unge?

Metode

Vi har utarbeidet en systematisk oversikt over oversikter i henhold til håndboka «Slik oppsummerer vi forskning» (13), og ifølge prosjektplanen (Vedlegg 2).

Inklusjonskriterier

Populasjon: Barn og unge (opptil 18 år) i barnehage-, førskole- eller skolesetting (inkludert hjemmeundervisning)

Eksposering: Omsorgssvikt

Utfall: Tegn, signaler eller symptomer som kan fanges opp av ansatte i barnehage eller skole (Tabell 2)

Studiedesign: Systematiske oversikter som har som mål å se på sammenhenger mellom tegn og signaler, og omsorgssvikt. Dersom vi ikke hadde funnet systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet, ville vi ha utarbeidet en systematisk oversikt hvor vi søkte etter kohortestudier, kasus-kontrollstudier, tverrsnittstudier eller andre typer observasjonsstudier.

Setting: Studier fra den vestlige verden, uavhengig av språk

Eksklusjonskriterier

- Kvalitative studier
- Studier om diagnostikk og behandling av barn og unge i primær- eller spesialisthelsetjenesten
- Studier fra tannhelsetjenesten fordi alle tegn, signaler og symptomer skulle kunne fanges opp av ansatte i skole og barnehage. Helsedirektoratet utarbeider dessuten en egen retningslinje om barns tannhelse.
- Systematiske oversikter med søk eldre enn ti år, fordi slike søk ikke ville fange opp de siste ti årenes litteratur, og dermed gitt et skjevt bilde av kunnskapsgrunnlaget. Systematiske oversikter med nyere søk vil på den annen side dekke forskning like langt tilbake i tid som eldre systematiske oversikter, da de fleste søk ikke har noen tidsbegrensning.

Tabell 2. Mulige tegn og signaler på omsorgssvikt

Kroppslige	Vanskjøtsel	Psykososial fungering	Foreldreatferd	Skolefungering
Blåmerker	Feilernæring	Psykiske vansker	Overoppmerksomme foreldre	Svake skoleprestasjoner
Bitemerker	Dårlig hygiene	Selvskading	Ikke aldersadekvate forventninger til barnets utvikling	Skolefravær
Kutt/sår	Ubehandlede helseproblemer	Spiseforstyrrelser	Trusler	Skolevegning
Beinbrudd	Påkledning som ikke passer størrelses- eller værmessig	Mutisme	Upassende responser hos foreldre	Konsentrasjonsvansker
Brannskader		Hodedunking og kroppsruking («Head-banging and body rocking»)	Syndebukk	
Genitale/anale skader		Seksualisert atferd	Unormal interaksjon med omsorgsperson	
Inkontinens		Uro og utagerende atferd	Mistenkelig foreldreatferd	
Graviditet		Aggresjon og voldelig atferd	Fravær av involvering	
Hode- og magesmerter		Rusmiddelbruk		
		Mobbing		

Note: Listen er ikke uttømmende, og er blant annet hentet fra *Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Clinical guideline. Published 22 July 2009. NICE –guideline (14)*

Protokollendring

Vi hadde opprinnelig planlagt å ekskludere systematiske oversikter av lav metodisk kvalitet, men valgte å ta dem med i beskrivelsene av kunnskapsgrunnlaget for å vise et mer utfyllende bilde. Vi inkluderte alle oversiktene og kartla dem for å kunne vise oppdragsgiver bredden av oppsummert forskning på feltet. Vi har imidlertid ikke tatt hensyn til oversiktene av lav kvalitet i våre konklusjoner. I avsnittene nedenfor beskriver vi hvordan vi har håndtert oversikter av lav kvalitet.

Litteratursøk

En forskningsbiblotekar (Ingvild Kirkehei) søkte etter systematiske oversikter i følgende databaser: MEDLINE, Embase, PycINFO, Epistemonikos, ERIC, Campbell Library, CINAHL, ISI Web of Science, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Reviews of Abstracts of Effects (DARE), HTA Database og Prospero. Søket ble utført i juni 2017.

Søket var sammensatt av emneord og tekstord for omsorgssvikt (f.eks. abuse, neglect, maltreatment) og avgrenset med ord for barn og unge (f.eks. child, adolescent, youth) (Vedlegg 3). Søket ble videre avgrenset til systematiske oversikter publisert fra og med 2012. Søket ble fagfellevurdert av en annen forskningsbiblotekar (Lien Nguyen).

I tillegg til databasesøkene, gjennomgikk vi referanselister fra identifiserte systematiske oversikter.

Artikkelutvelging

To medarbeidere fra prosjektgruppen (Gunn Elisabeth Vist (GEV) og Liv Merete Reinart (LMR)) vurderte uavhengig av hverandre tittel og sammendrag fra litteratursøket opp mot inklusjonskriteriene. Vi brukte Rayyan-verktøyet i denne screeningprosessen (15). Utvalgte referanser ble deretter innhentet i fulltekst, og vi vurderte uavhengig av hverandre om oversiktene skulle inkluderes. Ved uenighet ble en tredje prosjektmedarbeider (Hege Kornør (HK)) trukket inn for å bidra til konsensus.

Vurdering av inkluderte oversikter

Vi vurderte den metodiske kvaliteten av de systematiske oversiktene ved hjelp av sjekklisten som finnes i vedlegg til Håndboka (13). Sjekklisten består av følgende spørsmål, som besvares med «Ja», «Nei» eller «Uklart»:

1. Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?
2. Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk?

3. Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. Endepunkter)?
4. Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?
5. Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?
6. Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier?
7. Er metodene som ble brukt, da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?
8. Ble resultatene fra studiene sammenfattet på en forsvarlig måte?
9. Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?
10. Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?

Tre medarbeidere (Brynhildur Axelsdottir, Kristine Horseng Ludvigsen, Sølvi Biedilæ) gjorde denne kvalitetsvurderingen av oversiktene uavhengig av hverandre. Ved uenighet ble andre medarbeidere fra prosjektgruppen trukket inn for å oppnå konsensus.

Kartlegging

Vi plottet samtlige inkluderte oversikter, uavhengig av kvalitet, inn i en tabell. Tabellen er en matrise for hver av de fem hovedkategoriene vi satte opp for type omsorgssvikt (Tabell 1) og utfall (Tabell 2). I hver matrise har vi plottet inn oversikter som har undersøkt sammenhenger mellom de ulike kombinasjonene av utfall og type omsorgssvikt. Matrisene viser også oversiktens metodiske kvalitet (lav eller middels/høy) og antall inkluderte studier.

Dataauthenting

Forfatterteamet (GEV, HK og LMR) utarbeidet og pilottestet et dataauthentings skjema. Følgende data inngikk i skjemaet: førsteforfatter, publiseringssår, søkedato, antall inkluderte studier, studiedesign, studieland, populasjon, antall deltakere, eksponering, sammenlikning, utfall (tegn/signaler) og begrensninger ved oversikten. I tillegg hentet vi ut resultater fra oversikter av middels og høy metodisk kvalitet. Vi fordelte de inkluderte oversiktene i forfatterteamet, og hver forfatter hentet ut data fra sine tildelte oversikter. Dataene ble deretter sjekket av de andre i forfatterteamet.

Vi har gjengitt dataauthenting fra alle inkluderte oversikter. I tillegg har vi beskrevet oversikter av middels og høy metodisk kvalitet og gjengitt resultatene. Oversikter av lav metodisk kvalitet har vi kort oppsummert i et vedlegg.

Analyser

Da dette er en systematisk oversikt over oversikter har vi hentet ut resultater fra metaanalyser/narrative oppsummeringer slik de er presentert i de inkluderte oversiktene av middels og høy kvalitet. I noen tilfeller hentet vi ut data for subpopulasjoner der både barn/ungdom og voksne hadde vært inkludert. Vi utførte ingen egne analyser.

Vi har ikke rapportert resultater fra inkluderte oversikter av lav kvalitet fordi de kunne gi et misvisende bilde av kunnskapsgrunnlaget.

Vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen

For oversikter av middels og høy kvalitet vurderte vi vår tillit til resultatene for hver sammenheng mellom tegn og signaler, og type omsorgssvikt, ved hjelp av verktøyet Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). GRADE-vurderingene har vi presentert i resultattabeller (*summary of findings tables*) (16). I tabellene framgår våre vurderinger av tillit til dokumentasjonsgrunnlaget i henhold til GRADE Working Groups retningslinjer:

⊕⊕⊕⊕ <i>Høy tillit:</i>	Vi har stor tillit til at den observerte sammenhengen (estimatet) ligger nær den sanne sammenhengen
⊕⊕⊕○ <i>Middels tillit:</i>	Vi har middels tillit til at den observerte sammenhengen (estimatet) ligger nær den sanne sammenhengen, men det er også en mulighet for at estimatet kan være forskjellig fra den sanne sammenhengen
⊕⊕○○ <i>Lav tillit:</i>	Vi har begrenset tillit til at den observerte sammenhengen (estimatet) ligger nær den sanne sammenhengen. Estimaten kan være vesentlig forskjellig fra den sanne sammenhengen
⊕○○○ <i>Svært lav tillit:</i>	Vi har svært liten tillit til at den observerte sammenhengen (estimatet) ligger nær den sanne sammenhengen

Vi brukte standardsetninger, tilpasset vårt forskningsspørsmål, for å presentere resultatene og vår tillit til dem. Eksempel: «Tegn/signal x har sammenheng med omsorgssvikt hos barn...» (Høy tillit til resultatet); «Tegn/signal y har trolig sammenheng med omsorgssvikt...» (Middels tillit til resultatet); «Tegn/signal z har muligens sammenheng med omsorgssvikt...» (Lav tillit til resultatet); «Det er usikkert om tegn/signal a,b,c.....har sammenheng med omsorgssvikt...» (Svært lav tillit til resultatet).

Vi laget også en samlet oversikt over tegn og signaler, type omsorgssvikt, kvalitet på dokumentasjon og sammenhengens størrelse.

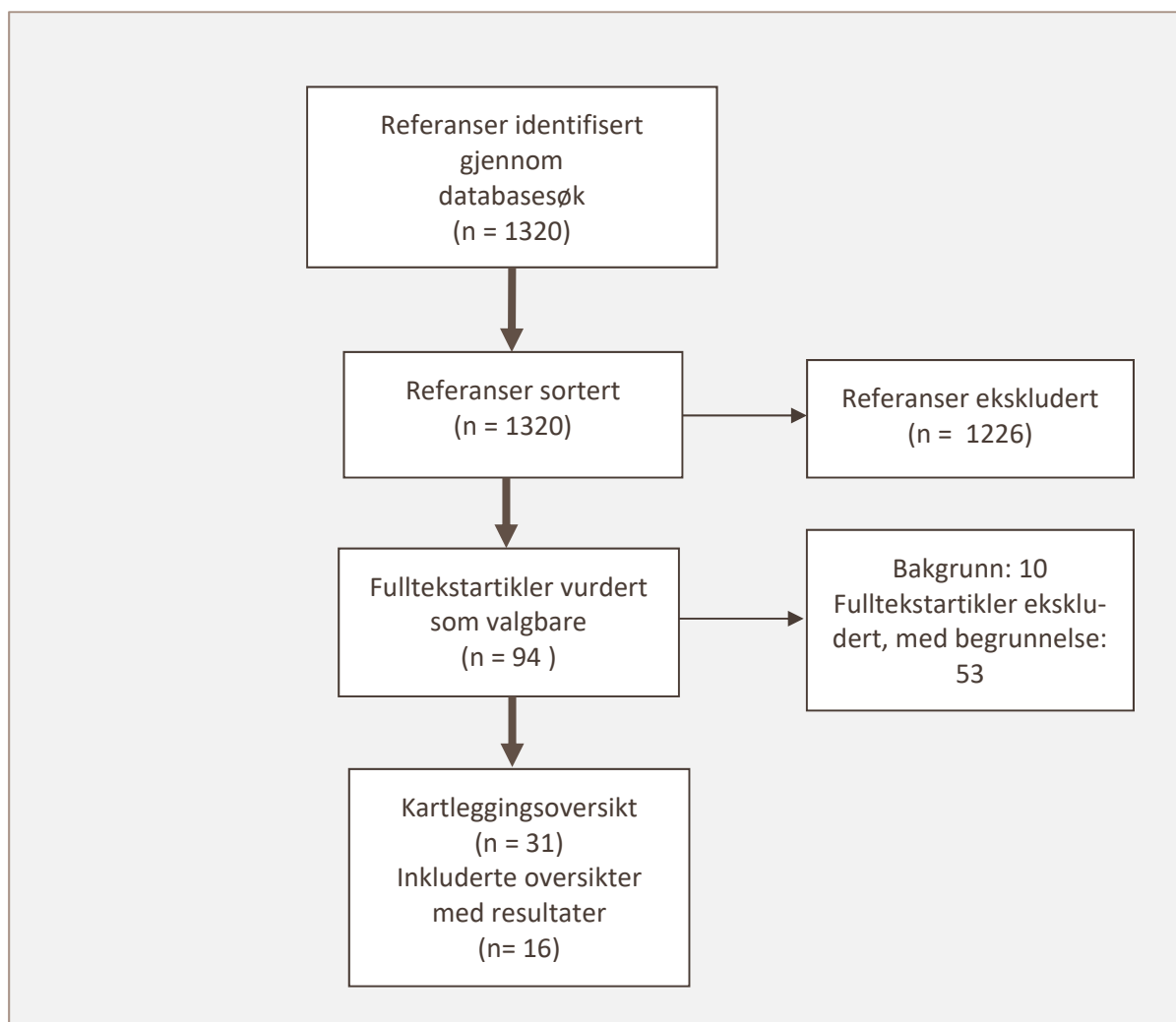
Etikk

Problemstillingen i denne systematiske oversikten reiser mange etiske og juridiske spørsmål. Disse spørsmålene ble ikke, innen rammen for dette prosjektet, forsøkt besvart. Det blir en del av oppgaven til arbeidsgruppen for retningslinjen i Helsedirektoratet å bruke det vi fant i en større kontekst. Vi oppfordrer dem til å se på sjekklisten for diskusjon av etiske problemstillinger som er presentert i vedlegg til metodeboken vår (13).

Resultater

Vi fant mange relevante systematiske oversikter i litteratursøket og utarbeidet en systematisk oversikt over oversikter.

Databasesøket ga 1320 treff og vi fikk én oversikt fra en ekspert. Vi leste 95 oversikter i fulltekst og endte opp med å bruke 31 oversikter som oppfylte inklusjonskriteriene våre hvis vi ser bort fra kriteriet om kvalitet (Figur 1). Vi ekskluderte 53 fulltekstartikler som ikke oppfylte inklusjonskriteriene våre (Vedlegg 4).



Figur 1. Flytdiagram, resultater av litteratursøket

Inkluderte oversikter

Av de 31 inkluderte oversiktene vurderte vi den metodiske kvaliteten som høy for fire (17-20), middels for tolv (21-30) og lav for 15 oversikter (31-45) (Vedlegg 5). De systematiske oversiktene av høy metodisk kvalitet skilte seg fra de øvrige systematiske oversiktene ved at vi hadde svart «Ja» på alle spørsmålene på sjekklisten, bortsett fra ett til to spørsmål, som vi hadde svart «Uklar» på.

Studiene i oversiktene er hovedsakelig utført i USA, Canada, Vest-Europa eller Australia. De fleste oversiktene har inkludert et ganske høyt antall primærstudier (5 til 70).

Seks av de systematiske oversiktene hadde som mål å undersøke sammenhenger mellom ulike kroppslige/fysiske tegn, signaler og symptomer, og forskjellige former for omsorgssvikt (Tabell 3). De seks oversiktene hadde inkludert til sammen 148 studier om disse sammenhengene. To av oversiktene var av middels/høy metodisk kvalitet, og fire var av lav kvalitet.

Elleve systematiske oversikter undersøkte sammenhenger mellom ulike psykososiale vansker og forskjellige former for omsorgssvikt (Tabell 4). De elleve oversiktene inkluderte til sammen over 300 studier som handlet om slike sammenhenger. Hele åtte av oversiktene var av høy/middels metodisk kvalitet, og tre var av lav kvalitet.

Fire av de systematiske oversiktene undersøkte sammenhenger mellom ulike typer foreldreatferd og forskjellige former for omsorgssvikt (Tabell 5). Oversiktene inkluderte til sammen mer enn 40 studier om disse sammenhengene. To av oversiktene var av høy/middels metodisk kvalitet, og to var av lav kvalitet.

To av de systematiske oversiktene undersøkte sammenhenger mellom det å tilhøre ulike subgrupper (henholdsvis barn med funksjonsnedsettelse og barn med innvandrers-/flyktningebakgrunn) og omsorgssvikt (Tabell 6). De to oversiktene inkluderte totalt 41 studier. Begge var av høy/middels metodisk kvalitet.

Ti av de systematiske oversiktene undersøkte sammenhenger mellom skole- og kognitiv fungering, og forskjellige former for omsorgssvikt (Tabell 7). De ti oversiktene inkluderte til sammen over 150 studier om disse sammenhengene. Tre oversikter var av høy/middels metodisk kvalitet og sju var av lav kvalitet.

Kunnskapshull

Kartleggingsoversikten viser også hvilke tegn og signaler vi *ikke* har funnet systematiske oversikter om: kutt/sår, beinbrudd, genital skader, hode-/magesmerter, feilernæringsring, dårlige hygiene, ubehandlede helseproblemer, uhensiktsmessig påkledning, mutisme, «headbanging/bodyrocking», selvskading, foreldres urealistiske forventninger, trusler og manglende involvering, fosterbarn, skolefravær og konsentrasjonsvansker (Tabell 3-7).

Tabell 3. Oversikter om sammenhenger mellom kroppslige/fysiske tegn og typer omsorgssvikt (antall oversikter/primærstudier)

Tegn/signaler/symptomer	Omsorgssvikt	Seksuelle overgrep	Psykiske overgrep	Fysiske overgrep	Vanskjøtsel	Fysiske og seksuelle overgrep
Blåmerker				1/42 (36)		
Bitemerker				1/5 (37)		
Kutt/sår						
Beinbrudd						
Brannskader				2/55 (31;41)		
Genitale skader						
Inkontinens/enkoprese		1/8 (30)				
Graviditet	1/38 (26)	1/35 (26)	1/8 (26)	1/20 (26)	1/4 (26)	1/3 (26)
Hode- og magesmerter						
Feilernæring						
Dårlig hygiene						
Ubehandlede helseproblemer						
Uhensiktsmessig påkledning						

Note: oversikter av lav kvalitet i *kursiv* – høy/middels kvalitet i **fet**; referanse i (parentes)

Tabell 4. Oversikter om sammenhenger mellom psykososiale vansker og typer omsorgssvikt (antall oversikter/primærstudier)

Tegn/signaler/symptomer	Omsorgssvikt	Seksuelle overgrep	Psykiske overgrep	Fysiske overgrep	Vanskjøtsel	Fysiske og seksuelle overgrep
Psykiske vansker	<i>1/74 (45)</i>		1/? (29)	1/13 (21)	1/? (29)	
Angst og/eller depresjon	1/4 (23)				<i>1/5 (44)</i>	
Antisosial atferd, ungdom	1/33 (17)			1/9 (21)		
Selvskading						
Spiseforstyrrelser	1/82 (20)				1/7 (46)	1/4 (47)
Mutisme						
«Headbanging/bodyrocking»						
Seksualisert atferd		1/10 (22)				
Problematferd	<i>1/? (35)</i>		1/5 (29)	1/75 (21)	1/? (29)	
Tilpasningsproblemer	<i>1/51 (43)</i>					
Aggresjon og voldelig atferd				1/7 (21)		
Rusmiddelbruk				1/3 (21)		
Mobbing – offer/utfører	1/70 (25)					

Note: oversikter av lav kvalitet i *kursiv* – høy/middels kvalitet i **fet**; referanse i (parentes)

Tabell 5. Oversikter om sammenhenger mellom foreldreatferd og typer omsorgssvikt (antall oversikter/primærstudier)

Tegn/signaler/symptomer	Omsorgssvikt	Seksuelle overgrep	Psykiske overgrep	Fysiske overgrep	Vanskjøtsel	Fysiske og seksuelle overgrep
Overopptreksomme foreldre	1/5 (25)					
Urealistiske forventninger						
Trusler						
Upassende respons hos foreldre		<i>1/27 (34)</i>	1/15 (29)			1/15 (29)
Trekk ved samspill						1/? (25)
Mistenkelig foreldreatferd	<i>1/33 (39)</i>					
Fravær av involvering						

Note: oversikter av lav kvalitet i *kursiv* – høy/middels kvalitet i **fet**; referanse i (parentes)

Tabell 6. Oversikter om sammenhenger mellom tilhørighet i ulike subgrupper, og typer omsorgssvikt (antall oversikter/primærstudier)

Tegn/signaler/symptomer	Omsorgssvikt	Seksuelle overgrep	Psykiske overgrep	Fysiske overgrep	Vanskjøtsel	Fysiske og seksuelle overgrep
Funksjonsnedsettelse	1/17 (18)					
Fosterbarn						
Flyktning-/innvandrerbakgrunn	1/24 (24)					

Note: oversikter av lav kvalitet i *kursiv* – høy/middels kvalitet i **fet**; referanse i (parentes)

Tabell 7. Oversikter om sammenhenger mellom skole- og kognitiv fungering, og typer omsorgsvikt (antall oversikter/primærstudier)

Tegn/signaler/symptomer	Omsorgsvikt	Seksuelle overgrep	Psykiske overgrep	Fysiske overgrep	Vanskjøtsel	Fysiske og seksuelle overgrep
Svake skoleprestasjoner	1/? (32)				1/12 (44)	
Fravær						
Skolevegning	1/? (32)					
Konsentrasjonsvansker						
Kognitiv fungering	3/38 (27;28;40)	1/3 (28)	1/27 (33)	1/2 (28) 1/8 (21)	1/2 (28) 1/7 (29)	
Språkutvikling				1/26 (19)		
Ukritisk vennlighet	1/10 (42)					
Barnetegninger						1/23 (38)

Note: oversikter av lav kvalitet i *kursiv* – høy/middels kvalitet i **fet**; referanse i (parentes)

Resultater fra oversikter av høy og middels kvalitet

Effektestimater

De inkluderte oversiktene brukte Cohens d (« d »), Hedges g (« g »), standardisert gjennomsnittsdifferanse («SMD»), Pearsons korrelasjonskoeffisient (« r ») og odds ratio («OR») for å uttrykke effektstørrelsen, eller størrelsen på de statistiske sammenhengene mellom tegn og signaler, og omsorgssvikt. I mange tilfeller oppga oversiktsforfatterne også 95 % konfidensintervaller («KI») rundt sammenhengene.

d er en effektstørrelse som uttrykker standardisert gjennomsnittsforskjell mellom to grupper. Kan også beregnes for andre utfallsmål enn gruppeforskjeller, f.eks. korrelasjoner. Som tommelfingerregel tolkes d mellom 0,2 og 0,49 som liten, d mellom 0,5 og 0,79 som moderat, og d på 0,80 eller mer som stor.

g er en annen måte å uttrykke en standardisert gjennomsnittsforskjell mellom to grupper på. Tommelfingerregelen for tolkning er den samme som for d .

SMD er et annet navn på den samme statistiske beregningen som ligger til grunn for g . Tolkningen er også lik.

r er en effektstørrelse som uttrykker graden av samvariasjon mellom to variabler. En positiv korrelasjon betyr at når den ene variabelen øker i verdi kan den andre variabelen også forventes å øke. En negativ korrelasjon betyr at når den ene variabelen øker i verdi, kan den andre variabelen forventes å synke. Som tommelfingerregel tolkes r mellom 0,1 og 0,29 som liten, r mellom 0,3 og 0,49 som moderat, og r på 0,5 eller mer som stor.

OR er en effektstørrelse som uttrykker forholdet mellom to odds. En odds er sannsynligheten for at en gitt hendelse skal inntreffe *i forhold* til sannsynligheten for at den ikke skal inntreffe. Som tommelfingerregel tolkes OR mellom 1,5 og 3,49 som liten, OR mellom 3,5 og 8,9 som moderat, og OR på 9,0 eller mer som stor.

KI er feilmarginen rundt et resultat som uttrykker usikkerhet pga av tilfeldige variasjoner. Med en viss sikkerhet (ofte 95 %) rommer intervallet den sanne verdi i populasjon.

Nedenfor presenterer vi resultater fra og beskrivelse av oversiktene av høy og middels kvalitet. Oversikter av lav kvalitet er presentert i vedlegg 7.

Kroppslige/fysiske tegn, signaler og symptomer

To inkluderte systematiske oversikter av middels kvalitet undersøkte sammenhengen mellom henholdsvis obstipasjon/ufrivillig avføring (enkoprese) og tenåringssvangerskap, og omsorgssvikt (26;30).

Obstipasjon/enkoprese

Philips og medarbeidere oppsummerte forskning på feltet obstipasjon/enkoprese (ufrivillig avføring) som tegn på belastende livshendelser og seksuelle overgrep (30) (Vedlegg 6). Forfatterne hadde til hensikt å undersøke og oppsummere forekomsten av belastende livshendelser og seksuelle overgrep hos barn med obstipasjon eller ufrivillig avføring (enkoprese), sammenliknet med andre barn. I én av åtte inkluderte studier undersøkte forskerne forekomst av seksuelle overgrep blant barn med fekal inkontinens sammenliknet med andre barn. Studien var en nederlandsk tverrsnittsstudie som inkluderte 34 749 barn fordelt på aldersgruppene 5-6 og 11-12 år. Blant guttene var forekomsten av enkoprese 3,7 prosent og blant jentene 2,4 prosent. Det var en moderat sammenheng mellom enkoprese og seksuelle overgrep (justert OR 4,32; 95 % KI 1,68-11,1). Vår tillit til dokumentasjonen var lav (Tabell 11).

Tenåringssvangerskap

Madigan og medarbeidere oppsummerte forskning på feltet omsorgssvikt og tenåringssvangerskap (26) (Vedlegg 6). Forfatterne hadde til hensikt å oppsummere forskning som hadde vurdert i hvilken grad seksuelle, fysiske og psykologiske overgrep, så vel som vanskjøtsel, øker risikoen for tenåringssvangerskap. De inkluderte 38 studier, med totalt 75 390 ungdommer. Studiene var alle fra USA eller Sør-Amerika. Oversikten viste at tenåringssvangerskap hadde en moderat sammenheng med både fysiske og seksuelle overgrep (OR 3,83; 95 % KI 1,78 til 2,05; 3 studier). Videre hadde tenåringssvangerskap en svak sammenheng med kun seksuelle overgrep (OR 2,06; 95 % KI 1,75 til 2,38; 35 studier). Det var ingen sammenheng mellom tenåringssvangerskap og henholdsvis psykologiske overgrep (OR 1,01; 95 % KI 0,70 til 1,47; 8 studier), vanskjøtsel (OR 1,29; 95 % KI 0,77 til 2,16; 4 studier), og kun fysiske overgrep (OR 1,48; 95 % KI 1,23 til 1,77; 20 studier). Vår tillit til dokumentasjonen var svært lav til lav (Tabell 8; 10-14).

Oversikter av lav kvalitet

De fire systematiske oversiktene av lav kvalitet som handlet om henholdsvis blåmerker, bitemerker og brannskader (31;36;37;41), har viser vi i Vedlegg 7.

Psykososiale vansker

To systematiske oversikter av høy kvalitet (17;20) handlet om henholdsvis antisosial atferd og spiseforstyrrelser, og fem oversikter av middels kvalitet handlet om henholdsvis psykiske vansker generelt, depresjon, seksuell risikoatferd, problematferd, aggresjon/vold, rusmiddelbruk og mobbing (21-23;25;29).

Psykiske vansker

Gershoff og medarbeidere oppsummerte forskning om sammenhengen mellom omsorgssvikt og psykiske vansker (21) (Vedlegg 6). Forfatterne hadde til hensikt å oppsummere forskning som hadde vurdert i hvilken grad barn som har vært utsatt for fy-

siske overgrep i form av rising hadde utfordringer som problematferd, psykiske helseproblemer, rusmiddelbruk, negative foreldre-barnrelasjoner, svekket kognitiv fungering, lav selvtillit og lav selvregulering. De inkluderte 75 studier, med data fra totalt 160 927 barn og ungdommer. Halvparten av de inkluderte studiene var fra USA.

Blant de inkluderte studiene om psykiske vansker, handlet åtte om følelsesmessige problemer (N=15 899), ti om generelle psykiske helseproblemer (N=6435), tre om dårlig selvbilde (N=1756) og tre om lav selvregulering (N=2525). Det var en moderat sammenheng mellom rising og generelle psykiske helseproblemer (d 0,53; 95 % KI 0,42 – 0,64), og en svak sammenheng mellom rising og henholdsvis følelsesmessige problemer (d 0,24; 95 % KI 0,13 – 0,35) og lav selvregulering (d 0,30; 95 % KI -0,07 – 0,67). Det var ingen sammenheng mellom rising og lav selvfølelse (d 0,15; 95 % KI 0,04 – 0,26). Vår tillit til dokumentasjonen var svært lav for alle sammenhengene (Tabell 8; 10). Sammenhengen mellom fysiske overgrep og psykiske helseproblemer var kun rapportert for enkeltstudier.

Depresjon

Infurna og medarbeideres systematiske oversikt med litteratursøk fra august 2015, så etter sammenhenger mellom depresjon hos ungdom (og voksne separat) og omsorgssvikt tidligere i livet (23) (Vedlegg 6). Depresjon måtte være rapportert som en diagnostisk kategori (ikke som symptom), fastslått ved hjelp av det retrospektive semi-strukturerte intervjuet Childhood Experience of Care and Abuse (CECA). Tolv studier var inkludert, men kun fire av dem var med ungdom. 636 ungdommer (386 jenter og 250 gutter) deltok i disse studiene, tre av studiene inkluderte høyrisiko- eller kliniske tilfeller, den fjerde var utvalg fra den generelle befolkningen (103 deltakere). En studie involverte flere land, to var utført i England og én i Canada.

Det var en sterkere sammenheng mellom depresjon og omsorgssvikt for ungdom enn for voksne. For ungdom fant oversiktsforfatterne en sterk sammenheng mellom depresjon og fysiske overgrep (d 0,87; 95 % KI 0,26 til 1,48; 3 studier). Videre fant de en moderat sammenheng mellom depresjon og henholdsvis omsorgssvikt (d 0,77; 95 % KI 0,62 til 0,92; 3 studier) og vanskjøtsel (d 0,73; 95 % KI 0,73 til 0,73; 2 studier). Vår tillit til dokumentasjonen var svært lav til lav (Tabell 8-10; 14). I en samleanalyse der både ungdom og voksne ble inkludert, fant oversiktsforfatterne moderat sammenheng mellom depresjon og omsorgssvikt for deltakere i høyrisiko- eller kliniske tilfeller (6 studier, 1240 deltakere), mens det for deltakere fra den generelle befolkningen (3 studier, 2527 deltakere) ikke ble påvist en sammenheng.

Spiseforstyrrelser

Vi fant tre oversikter som omhandler spiseforstyrrelser, Molendijk 2017, Pignatelli 2017 og Caslini 2016 (20;46;47). Molendijk 2017 har høyest kvalitet av de tre, og inkluderer de relevante studiene fra begge de andre oversiktene. Derfor baserer vi oss på den i det videre. Pignatelli 2017 og Caslini 2016 er presentert i Vedlegg 6.

Molendijk og medarbeideres systematiske oversikt var av høy metodisk kvalitet, med litteratursøk fra juni 2016 (20). Forfatterne undersøkte mulig sammenheng mellom

alle typer spiseforstyrrelser og psykologiske, fysiske og seksuelle overgrep på barn og ungdom. Overgrepene måtte ha funnet sted før 18 års alder. Vanskjøtsel og psykologiske overgrep var ifølge forfatterne vanskelig å kategorisere adskilt, og er derfor slått sammen. 82 studier var inkludert, hvorav kun fire hadde utvalg under 18 år og derfor var relevante for denne oversikten over oversikter. Den ene studien var fra Sverige og inkluderte 37 ungdommer med anoreksi og 44 ungdommer uten spiseforstyrrelse. Gjennomsnittsalderen var 16 år. Den andre studien var fra Tyskland og inkluderte 77 ungdommer med spiseforstyrrelser og 44 ungdommer uten. Gjennomsnittsalderen var 16 år også i denne. Den tredje studien var også fra Tyskland, med 211 ungdommer med spiseforstyrrelse og gjennomsnittsalder 18 år. I den siste studien, som var fra Australia, var gjennomsnittsalderen 17 år og deltakerne var 67 ungdommer med spiseforstyrrelser og 999 ungdommer uten. Tre av disse fire studiene inkluderte kun jenter, den fjerde studien hadde 5 % gutter.

Det var en moderat sammenheng mellom seksuelle overgrep og anoreksi type 'binge and purge' (OR 5,7; 95 % KI 1,1 til 29,49; 3 studier), og en svak sammenheng mellom seksuelle overgrep og henholdsvis anoreksi type 'restrictive' (OR 1,76; 95 % KI 0,31 til 10,08; 3 studier) og bulimi (OR 2,39; 95 % KI 1,31 til 4,35; 3 studier). Det var en moderat sammenheng mellom psykologiske overgrep og anoreksi type 'binge and purge' (OR 4,56; 95 % KI 1,48 til 14,1; 1 studie), og en svak sammenheng mellom psykologiske overgrep og anoreksi type 'restrictive' (OR 2,64; 95 % KI 0,89 til 7,85; 1 studie). Det var en moderat sammenheng mellom fysiske overgrep og anoreksi type 'binge and purge' (OR 8,15; 95 % KI 0,9 til 73,53; 1 studie), og en svak sammenheng mellom fysiske overgrep og anoreksi type 'restrictive' (OR 1,76; 95 % KI 0,15 til 20,08; 1 studie). Vår tillit til dokumentasjonen var svært lav for alle sammenhengene (Tabell 8; 10-11; 13).

Mobbing

Lereya og medarbeidere inkluderte 70 kohort- og tverrsnittstudier i sin oversikt (25) (Vedlegg 6). Forfatterne hadde til hensikt å se på forholdet mellom foreldreatferd og risiko for barn for å bli utsatt for og/eller utøve mobbing. De samlet forskning med totalt over 200 000 barn. Hvilke foreldrefaktorer øker eller reduserer risikoen for å bli mobbeoffer og/eller mobber? Forfatterne pekte på fem positive (autorativ, kommunikativ, foreldreinvolvering og støtte, veiledende og varme/ «affectionate») og tre negative forelderoller (omsorgssvikt, mistilpasset foreldrefungering og overbeskyttende). Oversikten viste at det er en svak sammenheng mellom omsorgssvikt og mobbing (g 0,31; 95 % KI 0,18 til 0,44; 6 studier). Vår tillit til dokumentasjonen var svært lav (Tabell 8-9).

Problematferd

Gershoff og medarbeidere oppsummerte forskning på sammenhengen mellom rising og fysiske overgrep, og forskjellige psykiske helse- og atferdsproblemer (21) (Vedlegg 6). Forfatterne hadde til hensikt å oppsummere forskning som hadde vurdert i hvilken grad barn og ungdommer som har vært utsatt for rising eller fysiske overgrep også hadde problematferd, psykiske helseproblemer, stoff-/alkoholbruk, negative foreldre-

barnrelasjoner, svekket kognitiv fungering, lav selvtillit og lav selvregulering. De inkluderte 75 studier, med data fra totalt 160 927 barn og ungdommer. Over halvparten av studiene var fra USA.

Blant de inkluderte studiene om problematferd, handlet fem om trass (N=150), åtte om lav moralsk internalisering (N=829), sju om aggresjon (N=5603), ni om antisosial atferd (N=7137) og 14 om utagerende problemer (N=27074). Det var en svak sammenheng mellom rising og henholdsvis lav moralsk internalisering (d 0,38; 95 % KI 0,11 – 0,65; 8 studier), aggresjon (d 0,37; 95 % KI 0,13 – 0,61; 7 studier), antisosial atferd (d 0,39; 95 % KI 0,24 – 0,53; 9 studier) og utagerende atferdsproblemer (d 0,41; 95 % KI 0,32 – 0,50; 14 studier). Det var ingen sammenheng mellom rising og trass (d 0,14; 95 % KI -0,19 til 0,47; 5 studier). Vår tillit til dokumentasjonen var svært lav for alle sammenhengene (Tabell 10).

Antisosial og aggressiv atferd hos ungdom

Braga og kollegaer inkluderte 33 enkeltstudier som sammenliknet forekomsten av antisosial og aggressiv atferd hos ungdommer som hadde vært utsatt for omsorgssvikt med forekomsten blant ungdom som ikke var utsatt for omsorgssvikt (17) (Vedlegg 6). Totalt 23 973 ungdommer inngikk i de inkluderte studiene, som i all hovedsak var fra USA.

Oversikten påviste en svak sammenheng mellom antisosial atferd blant ungdom og henholdsvis seksuelle overgrep (r 0,10; 95 % KI 0,00 til 0,20; 6 studier) og vanskjøtsel (r 0,14; 95 % KI 0,06 til 0,21; 9 studier). Det var ingen sammenheng mellom antisosial atferd og henholdsvis omsorgssvikt generelt (r 0,09; 95 % KI 0,08 til 0,14; 6 studier), psykologiske overgrep (r 0,05; 95 % KI 0,01 til 0,10; 3 studier) og fysiske overgrep (r 0,08; 95 % KI 0,02 til 0,14; 8 studier). Vår tillit til dokumentasjonen var svært lav for alle sammenhengene (Tabell 8-11; 13-14).

Det var videre en svak sammenheng mellom aggressiv atferd blant ungdom og henholdsvis omsorgssvikt generelt (r 0,11; 95 % KI 0,07 til 0,14; 4 studier), seksuelle overgrep (r 0,19; 95 % KI 0,11 til 0,27; 4 studier), fysiske overgrep (r 0,11; 95 % KI 0,06 til 0,16; 12 studier), og vanskjøtsel (r 0,11; 95 % KI 0,01 til 0,20; 6 studier). Det var ingen sammenheng mellom aggressiv atferd og psykologiske overgrep (r 0,05; 95 % KI 0,01 til 0,09; 5 studier). Vår tillit til dokumentasjonen var svært lav for alle sammenhengene (Tabell 8-11; 13-14).

Seksuell risikoatferd hos ungdom

Homma og medarbeidere oppsummerte forskning om sammenhengen mellom seksuelle overgrep og seksuell risikoatferd (22) (Vedlegg 6). Forfatterne inkluderte ti studier som sammenliknet forekomsten av seksuell risikoatferd blant ungdom som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep med forekomsten blant ungdom som ikke hadde vært utsatt. Alle studiene var fra USA, og totalt 42 685 ungdommer deltok.

Oversikten påviste en moderat sammenheng mellom seksuelle overgrep blant gutter og det å være involvert i tenåringssvangerskap og (OR 4,81; 95 % KI 4,39 til 5,28; 8 studier). Det var en svak sammenheng mellom seksuelle overgrep blant gutter og det å ha henholdsvis ubeskyttet sex (OR 1,91; 95 % KI 1,78 til 2,05; 7 studier) og flere seksualpartnere (OR 2,91; 95 % KI 2,68 til 3,17; 6 studier). Vår tillit til dokumentasjonen var svært lav til lav (Tabell 8; 11).

Rusmiddelbruk

Gershoff og medarbeidere oppsummerte forskning om sammenhengen mellom fysiske overgrep og forskjellige psykiske helse- og atferdsproblemer (21) (Vedlegg 6). Forfatterne hadde til hensikt å oppsummere forskning som hadde vurdert i hvilken grad barn og ungdommer som har vært utsatt for rising også hadde problematferd, psykiske helseproblemer, stoff-/alkoholbruk, negative foreldre-barnrelasjoner, svekket kognitiv fungering, lav selvtillit og lav selvregulering. De inkluderte 75 studier, med data fra totalt 160 927 barn og ungdommer. Over halvparten av studiene var fra USA.

Tre av de inkluderte studiene undersøkte sammenhengen mellom rising og stoff- eller alkoholbruk (N=96 980). Metaanalysen avdekket ingen sammenheng (d 0,09; 95 % KI -0,11 til 0,29; 3 studier). Vår tillit til dokumentasjonen var svært lav (Tabell 8; 10).

Oversikter av lav kvalitet

De fire systematiske oversiktene av lav kvalitet som handlet om henholdsvis angst/depresjon, problematferd og tilpasningsproblemer (35;43-45) viser vi i Vedlegg 7.

Foreldre-barn-relasjoner

Naughton og medarbeidere har oppsummert forskning om sammenhenger mellom omsorgssvikt og foreldre-barn-relasjoner (29) (Vedlegg 6). Forfatterne hadde til hensikt å oppsummere forskning om emosjonelle, atferds- og kognitive utviklingstrekk hos førskolebarn (0-6 år) utsatt for vanskjøtsel eller psykologiske overgrep. Trekk ved samspillet mellom omsorgsperson og barn ble også undersøkt. Blant de 42 inkluderte studiene handlet 15 om relasjonen mellom omsorgsperson, som oftest mor, og barn. Den systematiske oversikten inneholdt ingen kvantitative sammenstillinger av resultatene, men forfatterne rapporterte om tilknytningsvansker, tilbaketrukket atferd og negativ lekeatferd blant de utsatte barna. Mødrene hadde trekk som lav sensitivitet, liten interesse for barna, opplevelser av barna som irriterende og krevende, mindre kjærlige og mindre kommuniserende med barna. Resultatene var bare presentert narrativt, og vi har derfor ikke gradert dokumentasjonsgrunnlaget.

Kognitiv fungering

Vi fant én systematisk oversikt av høy kvalitet (19), og tre oversikter av middels kvalitet (21;27;29), som har oppsummert forskning om sammenhenger mellom omsorgssvikt og kognitiv fungering. Oversiktene overlappet ikke når det gjaldt inkluderte studier.

Fysiske overgrep og kognitiv fungering

Gershoff og medarbeidere oppsummerte forskning på sammenhengen mellom rising og fysiske overgrep, og forskjellige psykiske og atferdsproblemer (21) (Vedlegg 6). Forfatterne hadde til hensikt å oppsummere forskning som hadde vurdert i hvilken grad barn og ungdommer som har vært utsatt for rising også hadde problematferd, psykiske helsetproblemer, stoff-/alkoholbruk, negative foreldre-barnrelasjoner, svekket kognitiv fungering, lav selvtillit og lav selvregulering. De inkluderte 75 studier, med data fra totalt 160 927 barn og ungdommer. Over halvparten av studiene var fra USA. Blant de inkluderte studiene undersøkte åtte sammenhengen mellom rising og svekkete kognitive evner (N=8369), men oversiktsforfatterne fant ikke noen sammenheng (d 0,17; 95 % KI 0,01 – 0,32; 8 studier). Vår tillit til dokumentasjonen var svært lav (Tabell 8; 10).

Vanskjøtsel eller psykiske overgrep og kognitive utviklingstrekk hos førskolebarn

Naughton og kolleger hadde til hensikt å oppsummere forskning om emosjonelle, atferds- og kognitive utviklingstrekk hos førskolebarn (0-6 år) utsatt for forsømmelse, vanskjøtsel eller psykiske overgrep (29) (Vedlegg 6). Samspillet mellom omsorgsperson og barn ble også undersøkt. Blant de 42 inkluderte studiene handlet sju om kognitive utviklingstrekk. Den systematiske oversikten inneholdt ingen kvantitativ presentasjon eller sammenstillinger av resultatene, men forfatterne rapporterte at utsatte barn utmerket seg med forsinket utvikling av kognitive ferdigheter hos spedbarn (0-20 måneder), svekket hukommelse hos småbarn i aldersgruppen 20-30 måneder, og forsinkelser i språkutvikling hos førskolebarn i aldersgruppen 3-6 år.

Utviklingstrekk hos barn i alderen 0-20 måneder som var utsatt for omsorgssvikt, var usikker tilknytning, forsinket kognitiv utvikling og passiv tilbaketrukket atferd. Hos utsatte barn 20-30 måneder var utviklingstrekkene negativitet i lek, redusert sosial interaksjon og svekket minnefunksjon. 3-4-åringer utsatt for omsorgssvikt viste negativitet i lek, forsinket språkutvikling, vansker med emosjonell diskriminering. Utsatte barn i 4-5 års alder hadde svake sosiale ferdigheter, aggresjon, atferdsproblemer, forsinket språkutvikling, vansker med emosjonell diskriminering, svak affektregulering og hjelpeløshet. Utsatte 5-6-åringer hadde usikker tilknytning, svake vennerelasjoner, sinne opposisjon, lav selvfølelse og lav moral; omsorgsperson: lav sensitivitet hos mor, barn ansett som irriterende og krevende, mindre bruk av instruksjoner og positive tilbakemeldinger, manglende kompetanse, tilbaketrukket og uinteressert i barnet, kritisk, ignorerer barnets tegn på ønske om hjelp, mindre kjærlig, trøster barnet sjeldnere. Vi vurderte at oversikten har middels metodisk kvalitet. Vi har ikke gradert dokumentasjonsgrunnlaget. Se Vedlegg 5 for tabell med kvalitetsvurdering av oversikten og Vedlegg 6 for tabell med dataekstraksjon fra oversikten.

Språkutvikling

Lum og medarbeidere har oppsummert forskning om språkutvikling hos barn utsatt for omsorgssvikt sammenliknet med andre barn (19) (Vedlegg 6). Forfatterne inkluderte 26 enkeltstudier med 1176 barn utsatt for omsorgssvikt. Barna var i alderen 2 ½ år til 11 år. Språktester var vurdert på utsatte og ikke-utsatte barn. Barn utsatt for omsorgssvikt hadde dårligere reseptivt ordforråd (språkforståelse) gjennomsnittlig effektstørrelse (SMD 0,46; 95 % KI 0,29 til 0,63; 19 studier) Vår tillit til dokumentasjonen var lav

(Tabell 8). Barna hadde dårligere språk enn ikke-utsatte barn (9 studier) SMD 0,53 (95 % KI 0,22 til 0,84). De hadde også dårligere språkbruk (ekspressivt ordforråd) (4 studier) SMD 0,86 (95 % KI 0,56 til 1,16). Alle metaanalyser i oversikten viste at barn utsatt for omsorgssvikt gjorde det dårligere på språktestene. Det ble justert for sosioøkonomisk status.

Traumatisering og kognitiv fungering

Malarbi og medarbeidere har oppsummert forskning om barn utsatt for omsorgssvikt eller traumatiske hendelser utenfor familie (27) (Vedlegg 6). De inkluderte 27 enkeltstudier med totalt 1526 barn. Tegn og signaler på kognitiv fungering var blant annet intelligens, språk, læring og hukommelse. En tredjedel av barna i de inkluderte enkeltstudiene hadde posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), en tredjedel var traumatisert, men hadde ikke PTSD, og en tredjedel var ikke-traumatiserte barn. I et flertall av de inkluderte studiene var de traumatiserte barna utsatt for omsorgssvikt. Traumatiserte barn med PTSD ble sammenliknet med traumatiserte barn uten PTSD og ikke-traumatiserte barn. Det var en sterk negativ sammenheng mellom omsorgssvikt og generell intelligens blant barn med PTSD (d -0,88; 95 % KI -1,25 til 0,52; 6 studier). Vår tillit til dokumentasjonen var lav (Tabell 8-9).

Psykisk lidelse, omsorgssvikt og kognitiv fungering

Masson og medarbeidere oppsummerte forskning om kognitiv fungering blant barn som både hadde vært utsatt for omsorgssvikt og hadde en psykiatrisk diagnose, sammenliknet med andre barn (28). I et flertall av studiene var det PTSD som var den psykiatriske diagnosen. Samtlige studier var fra USA. Forfatterne fant en stor negativ sammenheng mellom omsorgssvikt med PTSD og eksekutive funksjoner (d -0,90; 95 % KI -1,19 til -0,61; 8 studier). Videre fant de en middels stor negativ sammenheng mellom omsorgssvikt med PTSD og intelligens (d -0,68; 95 % KI -0,80 til -0,57; 18 studier). Vår tillit til dokumentasjonen var svært lav.

Spesielle populasjoner

Barn med funksjonsnedsettelse

Jones og medarbeidere har oppsummert forskning om omsorgssvikt og barn med funksjonsnedsettelse (18) (Vedlegg 6). De inkluderte 17 tverrsnitt eller kohortstudier med totalt 18 374 barn. Funksjonsnedsettelsene var både fysiske og psykiske. Hvem overgriperne var, var ikke rapportert i 12 av studiene. I to studier var overgriperne foreldre, andre omsorgspersoner, andre voksne eller jevnaldrende. I to studier var overgriperne foreldre, andre omsorgspersoner eller andre voksne, og i én studie var overgriperne jevnaldrende.

Sammenslåtte forekomster var 26,7 prosent (95% CI 13,8 til 42,1) for kombinert fysiske og psykologiske overgrep 20,4 % (13,4–28,5) for fysiske overgrep, og 13,7 % (9,2–18,9) for seksuelle overgrep. Det var en moderat sammenheng mellom funksjonsnedsettelse og henholdsvis overgrep generelt (OR 3,68; 95 % KI 2,56–5,29; 4 studier), psykologiske overgrep (OR 4,36; 95 % KI 2,42 til 7,87; 4 studier), vanskjøtsel (OR 4,56;

95 % KI 3,23 til 6,43; 3 studier) og fysiske overgrep (OR 3,56; 95 % KI 2,80–4,52; 6 studier). Sammenhengen mellom funksjonsnedsettelse og seksuelle overgrep var svak (OR 2,88; 95 % KI 2,24–3,69; 9 studier). Det var stor variasjon mellom studiene i størrelsen på sammenhengene. Vi hadde lav tillit til dokumentasjonen av alle sammenhengene (Tabell 8-11; 13-14).

Barn med flyktning- og innvandrerbakgrunn

LeBrun og medarbeideres systematiske oversikt handlet om barn og unge med innvandrer- og flyktningebakgrunn (24) (Vedlegg 6). Forfatterne hadde blant annet til hensikt å oppsummere forskning for å vurdere om barn i innvandrer- eller flyktningfamilier har høyere risiko for omsorgssvikt enn andre barn. De ville også oppsummere kunnskap om risikofaktorer og beskyttende faktorer og eventuell sammenheng mellom opprinnelsesland og type omsorgssvikt (som fysiske overgrep). De inkluderte 24 studier (kvantitative og kvalitative – surveys og tverrsnittstudier) fra Nederland, Norge, USA, Sverige, og Canada.

Noen risikofaktorer kunne være dårlig økonomi, arbeidsledighet, lav eller svært lav utdanning, usikkerhet med oppholdstillatelse, språk, mangel på nettverk, mindre kjennskap til lover, normer og verdier i vertslandet. Høyt nivå av stress i familien, for eksempel i forbindelse med usikkerhet om opphold, økte risiko for overgrep. Få studier hadde vurdert beskyttende faktorer, men de kunne være lavere alkoholforbruk, høyt utdanningsnivå, lavere nivå av stress eller økonomiske bekymringer. Det kunne også være en beskyttende faktor å bo i områder med mange innvandrere og etnisk mangfold – noe som kan bidra til bedre sosiale nettverk.

Forfatterne sa likevel at det fortsatt er uklart om rapporterte forskjeller i forekomst og risiko for omsorgssvikt skyldes migrasjonsfaktorer (som nylig innvandret, økonomiske utfordringer, immigrasjonsstatus), sosiale faktorer (som lovgiving og praksis når det gjelder rapportering), kulturelle faktorer (som verdier og normer når det gjelder barneoppdragelse) eller et samspill mellom alle disse tre. Resultatene er presentert samlet for flyktninger med ulik flyktningstatus, innvandrere og andre familier med lav sosio-økonomiske forhold. Vi har ikke gradert dokumentasjonsgrunnlaget fordi det mangler rapportering av data.

Resultattabeller

Vi viser her sammenhengen mellom ulike typer omsorgssvikt og ulike tegn og signaler sammen med vår vurdering av kvaliteten på dokumentasjonsgrunnlaget.

Tabell 8. Oversikt over sammenhengenes størrelse og vår tillit til dokumentasjonen

	Omsorgs- svikt	Seksuelle overgrep	Psykiske overgrep	Fysiske overgrep	Vanskjøtsel	Fysiske og seksuelle overgrep
Ubeskyttet sex		↑ ⊕○○○				
Tenåringsgraviditet		↑ ⊕○○○	↔ ⊕○○○	↔ ⊕○○○	↔ ⊕○○○	↑↑ ⊕⊕○○
Gutter involvert i graviditet		↑↑ ⊕⊕○○				
Rusmiddelbruk				↔ ⊕○○○		
Antisosial atferd ungdom	↔ ⊕○○○	↑ ⊕○○○	↔ ⊕○○○	↔ ⊕○○○	↑ ⊕○○○	
Spiseforstyrrelser		↑↑ ⊕○○○	↑↑ ⊕○○○	↑↑ ⊕○○○		
Språk (reseptivt ordforråd)	↑ ⊕⊕○○					
Ufrivillig avføring (enkoprese)	↑↑ ⊕⊕○○					
Kognitiv fungering				↔ ⊕○○○		
Lav intelligens hos barn med PTSD	↑↑↑ ⊕⊕○○					
Mobber og/eller mobbeoffer	↑ ⊕○○○					
Aggressiv atferd	↑ ⊕○○○	↑ ⊕○○○	↔ ⊕○○○	↑ ⊕○○○	↑ ⊕○○○	
Depresjon	↑↑ ⊕⊕○○		↑ ⊕○○○	↑↑↑ ⊕○○○	↑↑ ⊕⊕○○	
Psykiske helseproblemer				↑↑ ⊕○○○		
Funksjonsnedsettelse	↑↑ ⊕⊕○○	↑ ⊕⊕○○	↑↑ ⊕⊕○○	↑↑ ⊕⊕○○	↑↑ ⊕⊕○○	

Tegnforklaring: ↑ svak sammenheng; ↑↑ middels sammenheng; ↑↑↑ sterk sammenheng; ↔ ingen sammenheng; ⊕○○○ svært lav tillit til dokumentasjonen; ⊕⊕○○ lav tillit til dokumentasjonen; ⊕⊕⊕○ middels tillit til dokumentasjonen; ⊕⊕⊕⊕ høy tillit til dokumentasjonen;

Tabell 9. Sammenhenger mellom omsorgssvikt og mulige tegn, signaler og symptomer

Populasjon: Barn og unge
 Setting: Barnehage og skole
 Eksponering: Omsorgssvikt
 Sammenlikning: Ingen omsorgssvikt

Tegn (førsteforfatter år) (referanse)	Forventete absolutte effekter* (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Ant. deltakere (studier)	Tillit til resultatene (GRADE)	Kommentarer
	Risiko uten omsorgssvikt	Risiko ved omsorgssvikt				
Antisosal atferd hos ungdom (Braga 2017) (17)	Ikke rapportert		r 0,11 (0,08 til 0,14)	Ant. deltakere ikke rapportert (6 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}	
Aggressiv atferd hos ungdom (Braga 2017) (17)	Ikke rapportert		r 0,11 (0,07 til 0,14)	Ant. deltakere ikke rapportert (4 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}	
Mobber og/eller mobbeoffer (Lereya 2013) (25)	Ikke rapportert		g 0,31 (0,18 til 0,44)	5046 (6 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{c,d,g}	
Språk (reseptivt ordforråd) (Lum 2015) (19)	Gjennomsnittsskåre for reseptivt ordforråd blant eksponerte barn var 0,46 SMD høyere (0,29 til 0,63 høyere) enn blant ikke-eksponerte barn		-	1746 (19 observasjonsstudier)	⊕⊕○○ LAV ^{e,h,i}	
Funksjonsnedsettelse (Jones 2012) (18)	Ikke rapportert		OR 3,68 (2,56 til 5,29)	Ant. deltakere ikke rapportert (4 observasjonsstudier)	⊕⊕○○ LAV	
Depresjon (Infurna 2016) (23)	Ikke rapportert		d 0,77 (0,62 til 0,92)	526 (3 observasjonsstudier)	⊕⊕○○ LAV ^d	
Intelligens hos barn med PTSD (Malarbi 2017) (27)	Ikke rapportert		d-0,88 (-1,25 til 0,52)	Antall deltaker ikke rapportert 6 observasjonsstudier	⊕⊕○○ LAV	

KI: Konfidensintervall; r: Pearsons korrelasjonskoeffisient; g: standardisert gjennomsnittsforskjell (Hedges g); d: standardisert gjennomsnittsforskjell (Cohens d)

Forklaringer

- Minst en tredjedel av studiene har høy risiko for skjevheter, studiene er av forskjellige studiedesign (inkludert i samme analyse)
- Heterogene resultater ($I^2 > 70\%$)
- Eggers test (gjort av forfatterne) viste at det er høy risiko for publikasjonsskjeveter
- Forfatterne har ikke vurdert risiko for skjevheter i de inkluderte studiene
- Dette utfallet ble målt med spesialiserte instrumenter og kan være vanskelig for ansatte i skole og barnehage å vurdere uten slike instrumenter.
- Forfatterne fant publikasjonsskjeveter og sier at de kontrollerte for dem i analysene ved å imputere studier
- Heterogenitet (I^2) er ikke rapportert i artikkelen, men studiene inkluderer forskjellige konklusjoner.
- Halvparten av studiene hadde lav risiko for skjevheter
- Heterogene resultater ($I^2 > 60\%$)

Tabell 10. Sammenhenger mellom fysiske overgrep og mulige tegn, signaler og symptomer

Tegn (førsteforfatter år) (referanse)	Forventete absolutte effekter* (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Ant. deltakere (studier)	Tillit til resultatene (GRADE)	Kommentarer
	Risiko uten fysiske overgrep	Risiko ved fysiske overgrep				
Tenårsgraviditet (Madigan 2014) (26)	Ikke rapportert		OR 1,48 (1,23 til 1,77)	32163 (20 observasjon-studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b}	
Funksjonsnedsettelse (Jones 2012) (18)	Ikke rapportert		OR 3,56 (2,8 til 4,52)	Ant. deltakere ikke rapportert (6 observasjonsstudier)	⊕⊕○○ LAV	
Antisocial atferd hos ungdom (Braga 2017) (17)	Ikke rapportert		r 0,08 (0,02 til 0,14)	Ant. deltakere ikke rapportert (8 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{b,c}	
Aggressiv atferd hos ungdom (Braga 2017) (17)	Ikke rapportert		r 0,11 (0,06 til 0,16)	Ant. deltakere ikke rapportert (12 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{b,c}	
Trass (Gershoff 2016) (21)	Ikke rapportert		d 0,14 (-0,19 til 0,47)	120 eksponerte 30 ikke-eksponerte (5 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,d}	
Lav moralsk internalisering (Gershoff 2016) (21)	Ikke rapportert		d 0,38 (0,11 til 0,65)	745 eksponerte 84 ikke-eksponerte (8 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^a	
Aggresjon (Gershoff 2016) (21)	Ikke rapportert		d 0,37 (0,13 til 0,61)	4534 eksponerte 1069 ikke-eksponerte (7 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b}	
Antisocial atferd (Gershoff 2016) (21)	Ikke rapportert		d 0,39 (0,24 til 0,53)	5725 eksponerte 1412 ikke-eksponerte (9 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b}	
Utagerende atferdsproblemer (Gershoff 2016) (21)	Ikke rapportert		d 0,41 (0,32 til 0,50)	25988 eksponerte 1086 ikke-eksponerte (14 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b}	
Følelsesmessige problemer (Gershoff 2016) (21)	Ikke rapportert		d 0,24 (0,13 til 0,35)	12413 eksponerte 3486 ikke-eksponerte (8 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b}	
Psykiske helseproblemer (Gershoff 2016) (21)	Ikke rapportert		d 0,53 (0,42 til 0,64)	5122 eksponerte 1313 ikke-eksponerte	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b}	
Rusmiddelbruk (Gershoff 2016) (21)	Ikke rapportert		d 0,09 (-0,11 til 0,29)	6621 eksponerte 90359 ikke-eksponerte (3 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,d}	

Populasjon: Barn og unge
 Setting: Skole og barnehage
 Eksponering: Fysiske overgrep
 Sammenlikning: Ingen fysiske overgrep

Tegn (førsteforfatter år) (referanse)	Forventete absolutte effekter* (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Ant. deltakere (studier)	Tillit til resultatene (GRADE)	Kommentarer
	Risiko uten fysiske overgrep	Risiko ved fysiske overgrep				
Negative foreldre-barnrelasjoner (Gershoff 2016) (21)	Ikke rapportert		d 0,51 (0,36 til 0,66)	755 eksponerte 0 ikke-eksponerte (5 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^a	
Kognitiv fungering (Gershoff 2016) (21)	Ikke rapportert		d 0,17 (0,01 til 0,32)	8358 eksponerte 11 ikke-eksponerte (8 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b}	
Lav selvfølelse (Gershoff 2016) (21)	Ikke rapportert		d 0,15 (0,04 til 0,26)	766 eksponerte 990 ikke-eksponerte (3 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^b	
Lav selvregulering (Gershoff 2016) (21)	Ikke rapportert		d 0,30 (-0,07 til 0,67)	2525 eksponerte 0 ikke-eksponerte (3 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,d}	
Depresjon (Infurna 2016) (23)	Ikke rapportert		d 0,87 (0,26 til 1,48)	626 ungdommer (3 observasjonsstudier)	⊕⊕○○ LAV	
Anoreksi (Molendijk 2017) (20)	Én studie målte to forskjellige typer anoreksi. Begge konfidensintervallene inkluderte både sammenheng og ingen sammenheng		OR 1,76 (0,15 til 20,08) ("restrictive")	121 ungdommer (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,d}	
			OR 8,15 (0,9 til 73,53) ("binge and purge")			

KI: Konfidensintervall ; OR: Odds ratio; r: Pearsons korrelasjonskoeffisient; d: standardisert gjennomsnittsforskjell (Cohens d)

Forklaringer

- a. Forfatterne har ikke vurdert risiko for skjevheter i de inkluderte studiene
- b. Heterogene resultater ($I^2 > 70\%$)
- c. Minst en tredjedel av studiene har høy risiko for skjevheter, studiene er av forskjellige studiedesign (inkludert i samme analyse)
- d. Konfidensintervallet omfavner både positive og negative effektestimater

Tabell 11. Sammenhenger mellom seksuelle overgrep og mulige tegn, signaler og symptomer

Patient or population: Barn og unge
 Setting: Skole og barnehage
 Intervention: Seksuelle overgrep
 Comparison: Ingen seksuelle overgrep

Tegn (førsteforfatter år) (referanse)	Forventede absolutte effekter* (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Tillit til resultatene (GRADE)	Kommentarer
	Risiko uten seksuelle overgrep	Risiko med seksuelle overgrep				
Tenåringsgraviditet (Madigan 2014) (26)	Ikke rapportert		OR 2,06 (1,75 til 2,38)	67978 (35 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,g}	"
Funksjonsnedsettelse (Jones 2012) (18)	Ikke rapportert		OR 2,88 (2,24 til 3,69)	Ant. deltakere ikke rapportert (9 observasjonsstudier)	⊕⊕○○ LAV	
Antisosal atferd hos ungdom (Braga 2017) (17)	Ikke rapportert		r 0,1 (0,0 til 0,2)	Ant. deltakere ikke rapportert (6 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{b,c,d}	
Aggressiv atferd hos ungdom (Braga 2017) (17)	Ikke rapportert		r 0,19 (0,11 til 0,27)	Ant. deltakere ikke rapportert (4 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{c,d}	
Ubeskyttet sex blant gutter (Homma 2012) (22)	Ikke rapportert		OR 1,91 (1,78 til 2,05)	40237 gutter (7 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b}	Gutter; varierende andel eksponerte (3 % - 50 %); overgriper kunne være hvem som helst (ikke nødvendigvis omsorgsperson)
Involvert i graviditet (gutter) (Homma 2012) (22)	Ikke rapportert		OR 4,81 (4,39 til 5,28)	35750 gutter (8 observasjonsstudier)	⊕⊕○○ LAV ^a	
Flere seksualpartnere blant gutter (Homma 2012) (22)	Ikke rapportert		OR 2,91 (2,68 til 3,17)	36683 gutter (6 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b}	
Spiseforstyrrelser (Molendijk 2017) (20)	Ikke rapportert		OR range (1,76 til 5,7)	1268 ungdom (3 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,e}	'binge and purge' (OR 5,7 (1,1 til 29,49), anoreksi 'restrictive' (OR 1,76 (0,31 til 10,08) bulimi (OR 2,39 (1,31 til 4,35)
Enkoprese (Phillips 2015) (30)	Ikke rapportert		OR 4,32 (1,68 til 11,1)	34 749 barn (1 tverrsnittstudie)	⊕⊕○○ LAV ^f	

KI: konfidensintervall ; OR: Odds ratio; r: Pearsons korrelasjonskoeffisient

Forklaringer

- a. Forfatterne har ikke vurdert risiko for skjevheter i de inkluderte studiene
- b. Heterogene resultater ($I^2 > 70\%$)
- c. Minst en tredjedel av studiene har høy risiko for skjevheter, studiene er av forskjellige studiedesign (inkludert i samme analyse)
- d. Eggers test (gjort av forfatterne) viste at det er høy risiko for publikasjonsskjeveter
- e. Konfidensintervallene i de forskjellige studiene gir forskjellige konklusjoner
- f. En tverrsnittstudie, bredt konfidensintervall, mangler beskrivelse av forvekslingsfaktorer
- g. "The funnel plot demonstrated the presence of publication bias. Using the trim-and-fill procedure, 7 studies were trimmed and replaced, resulting in a significant adjusted effect of OR 1,73 (1,47-2,04)"

Tabell 12. Sammenhenger mellom seksuelle og fysiske overgrep, og mulige tegn, signaler og symptomer

Populasjon: Barn og unge
 Setting: Skole og barnehage
 Eksponering: Seksuelle og fysiske overgrep
 Sammenlikning: Ingen seksuelle og fysiske overgrep

Tegn (førsteforfatter år) (referanse)	Forventede absolutte effekter* (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Ant. deltakere (studier)	Tillit til resultatene (GRADE)	Kommentarer
	Risiko uten seksuelle og fysiske overgrep	Risiko ved seksuelle og fysiske overgrep				
Tenåringsgraviditet (Madigan 2014) (26)	Ikke rapportert		OR 3,83 (2,96 til 4,97)	2569 (3 observasjonsstudier)	⊕⊕○○ LAV ^a	

KI: Konfidensintervall ; OR: Odds ratio

Forklaringer

a. Forfatterne har ikke vurdert risiko for skjevheter i de inkluderte studiene

Tabell 13. Sammenhenger mellom psykologiske overgrep og mulige tegn, signaler og symptomer

Populasjon: Barn og unge
 Setting: Skole og barnehage
 Eksponering: Psykologiske overgrep
 Sammenlikning: Ingen psykologiske overgrep

Tegn (førsteforfatter år) (referanse)	Forventede absolutte effekter* (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Ant. deltakere (studier)	Tillit til resultatene (GRADE)	Kommentarer
	Risiko uten eksponering	Risiko med eksponering				
Tenåringsgraviditet (Madigan 2014) (26)	Ikke rapportert		OR 1,01 (0,70 til 1,47)	13869 (8 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}	
Antisocial atferd (Braga 2017) (17)	Ikke rapportert		r 0,05 (0,01 til 0,10)	Ant. deltakere ikke rapportert (3 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^d	
Aggressiv atferd (Braga 2017) (17)	Ikke rapportert		r 0,05 (0,01 til 0,09)	Ant. deltakere ikke rapportert (5 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^d	
Depresjon (Infurna 2016) (23)	Ikke rapportert		d 0,35 (0,34 til 0,35)	423 ungdom (2 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^e	
Anoreksi (Molendijk 2017) (20)	En studie målte to forskjellige typer anoreksi, og fant en sammenheng for den ene typen, men ikke for den andre.		OR 2,64 (0,89 til 7,85) ("restricted") OR 4,56 (1,48 til 14,1) ("binge and purge")	121 ungdom (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,c}	
Funksjonsnedsettelse (Jones 2012) (18)	Ikke rapportert		OR 4,36 (2,42 til 7,87)	Ant. Deltakere ikke rapportert (4 observasjonsstudier)	⊕⊕○○ LAV	

KI: konfidensintervall; OR: Odds ratio; r: Pearsons korrelasjonskoeffisient; d: standardisert gjennomsnittsforskjell (Cohens d)

Forklaringer

- Forfatterne har ikke vurdert risiko for skjevheter i de inkluderte studiene
- Heterogene resultater ($I^2 > 70\%$)
- Konfidensintervallet omfavnet både positive og negative effektestimater
- Minst en tredjedel av studiene har høy risiko for skjevheter, studiene er av forskjellige studiedesign (inkludert i samme analyse)
- Test (gjort av forfatterne) viste at det er høy risiko for publikasjonsskjevheter

Tabell 14. Sammenhenger mellom vanskjøtsel og mulige tegn, signaler og symptomer

Populasjon: Barn og unge

Setting: Skole og barnehage

Eksposering: Vanskjøtsel

Sammenlikning: Ingen vanskjøtsel

Tegn (førsteforfatter år) (referanse)	Forventete absolutte effekter* (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Ant. Deltakere (studier)	Tillit til resultatene (GRADE)	Kommentarer
	Risiko uten vanskjøtsel	Risiko ved vanskjøtsel				
Tenåringsgraviditet (Madigan 2014) (26)	Ikke rapportert		OR 1,29 (0,77 til 2,16)	2569 (4 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}	
Antisocial atferd (Braga 2017) (17)	Ikke rapportert		r 0,14 (0,06 til 0,21)	Ant. deltakere ikke rapportert (9 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{b,d}	
Aggressiv atferd (Braga 2017) (17)	Ikke rapportert		r 0,11 (0,01 til 0,20)	Ant.deltakere ikke rapportert (6 observasjonsstudier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{b,d}	
Depresjon (Infurna 2016) (23)	Ikke rapportert		d 0,732 (0,730 til 0,734)	423 ungdommer (2 observasjonsstudier)	⊕⊕○○ LAV ^e	
Funksjonsnedsettelse (Jones 2012) (18)	Ikke rapportert		OR 4,56 (3,23 til 6,43)	Ant. deltakere ikke rapportert (3 observasjonsstudier)	⊕⊕○○ LAV	

KI: Konfidensintervall ; OR: Odds ratio; r: Pearsons korrelasjonskoeffisient; d: standardisert gjennomsnittsforskjell (Cohens d)

Forklaringer

a. Forfatterne har ikke vurdert risiko for skjevheter i de inkluderte studiene

b. Heterogene resultater ($I^2 > 70\%$)

c. Konfidensintervallet omfavnet både positive og negative effektestimater

d. Minst en tredjedel av studiene har høy risiko for skjevheter, studiene er av forskjellige studiedesign (inkludert i samme analyse)

e. Forfatterne vurderte ikke risiko for skjevheter, men effektstørrelsen er moderat. Vi har derfor tillit til at det muligens kan være en sammenheng

Diskusjon

Hovedfunn

Hovedfunnene fra den systematiske oppsummeringen

Vi har funnet hele 31 oversikter som igjen har inkludert 840 observasjonsstudier om sammenhengen mellom seks typer omsorgssvikt og typer tegn og signaler. Oversiktene er av forholdsvis ny dato, 2012-2017. Vi har dekket 14 av de tegnene og signalene som vi skisserte i prosjektplanen for vår oversikt over oversikter. Det er likevel ikke slik at vi har kunnet konkludere særlig sikkert om hvilke tegn og signaler som kan observeres i barnehage og skole som har sammenheng med omsorgssvikt.

Vi fant at:

- Forsinket språkutvikling muligens er vanligere blant barn som har vært utsatt for omsorgssvikt, enn hos andre barn
- Flere tenåringsjenter som har vært utsatt for fysiske og/eller seksuelle overgrep, blir muligens oftere gravide enn andre tenåringsjenter
- Gutter som har vært utsatt for seksuelle overgrep muligens er involvert i tenåringsvangerskap oftere enn andre gutter
- Barn med funksjonsnedsettelse muligens er mer utsatt for alle typer omsorgssvikt enn andre barn
- Depresjon muligens har en sammenheng med omsorgssvikt og vanskjøtsel
- Ufrivillig avføring (enkoprese) muligens har sammenheng med seksuelle overgrep hos barn under tolv år
- Lav intelligens muligens har en sammenheng med omsorgssvikt blant barn med post traumatisk stress syndrom (PTSD).

Kvaliteten på forskningsresultatene

Vi har vurdert kvaliteten på dokumentasjonen for hvert tegn/signal ved hjelp av GRADE-kriteriene. All inkludert forskningslitteratur er basert på observasjonsstudier. Vi har basert oss på artikkelforfatternes vurdering av risiko for systematiske feil i studiene. Vi har selv vurdert direktehet (overførbarhet), konsistens, eventuell publikasjons-skjevheter, presisjon, graden av sammenhenger, dose-respons og eventuelle forvekslingsfaktorer. Totalt sett har vi vurdert at dokumentasjonsgrunnlaget har lav eller svært lav kvalitet for de fleste tegn og signaler. Dette til tross for at mengden oversikter og mengden observasjonsstudier på feltet faktisk er ganske omfattende.

Tematisk dekker oversiktene av lav metodisk kvalitet mange relevante temaer og vi mener at det er hensiktsmessig at dette vises fram. Oversiktene har inkludert mange relevante primærstudier, men forfatterne har gjennomgående ikke vurdert kvalitet på primærstudiene og ofte er studiene oppsummert på en så mangelfull måte at vi ikke kan stole på resultatene (som ofte ikke engang er presentert). Vi har derfor ikke oppsummert resultatene fra oversiktene av lav metodisk kvalitet.

Det kan være høy grad av rapporteringskjevhet eller publikasjonsskjevhet i studier som rapporterer skader. Skader som forårsaker død kan være overrepresentert og skader som ikke når frem i rettsapparatet kan være underrepresentert. Vi fant også, at når det gjelder prevalens så får man ulike tall dersom rapporteringen er basert på intervju/spørsmål, bruk av informanter eller data som er verifisert i for eksempel journaler. Det er også ulike prevalenser i studier basert på ulike definisjoner av overgrep (7-11).

Styrker og svakheter

Styrker og svakheter ved systematiske oversikter over oversikter

En systematisk oversikt over oversikter bidrar til å vise fram omfanget av forskningen som finnes på området tegn/signaler og omsorgssvikt. Da vi utarbeidet kartleggingen over alle de 31 oversiktene kunne vi også vise de områdene hvor

- a) Noen bør erstatte oversiktene av lav metodisk kvalitet med høy kvalitet
- b) Felter der det mangler systematiske oversikter
- c) Eldre oversikter hvor det er behov for oppdatering

Oversikter over oversikter er begrenset i fokus og omfang av andres interesser i og med at vi oppsummerer systematiske oversikter som allerede finnes. En begrensning i vår oversikt over oversikter er at vi ikke har gått detaljert inn i primærstudiene – det kan være mye god dokumentasjon som ikke blir vist fram fordi det mangler metodisk gode oppsummeringer.

Mulige skjevheter i oppsummeringsprosessen

Litteratursøket var ganske presist og overkommelig og ble gjort for drøyt seks måneder siden. Det er en mulighet for at det er publisert nyere systematiske oversikter etter at vi gjorde vårt søk. Vi er rimelig trygge på at vi har funnet alle relevante systematiske oversikter som dekker vårt forskningsspørsmål. Vi valgte å endre på protokollen og viser fram oversikter av lav kvalitet som omhandler relevante tegn og signaler, uten å vektlegge resultatene fra disse oversiktene i våre konklusjoner.

Hvor generaliserbare er resultatene?

Studiene i oversiktene er hovedsakelig utført i USA, Canada, Vest-Europa eller Australia. De fleste oversiktene har inkludert et ganske høyt antall primærstudier (fra 5 til 70).

Når det gjelder tegn som depresjon og spiseforstyrrelser, er det viktig å si at populasjonene er selekterte. De er ikke representative for den barne- og ungdomspopulasjonen som lærere (basistjenestene) møter daglig. Vi noterer at flesteparten av de ungdommene som er inkludert i studiene som omhandlet depresjon tilhører høyrisiko- eller pasientpopulasjoner, og vi må tolke funnene i lys av dette. Forfatterne noterer mistanke om publiseringseskjevhet (the drawer-effect) for eksempel antipati. Vi tenker at lærere og ansatte i skole og barnehager kan merke seg eller avdekke noen symptomer på depresjon, men barna i studiene hadde alle en depresjonsdiagnose basert på et standardisert diagnostisk intervju utført av spesialister. Det er ikke vanlig å bruke slike metoder i norske skoler og barnehager.

I samleanalyser der både ungdom og voksne er inkludert, fant forskerne en moderat sammenheng mellom depresjon og omsorgssvikt for deltakere i høyrisiko- eller kliniske tilfeller, mens det for deltakere med ungdom ikke ble påvist en sammenheng.

Som vist i oppsummeringstabellene (tabell 5 til 11), rapporterer vi ganske sterke sammenhenger mellom noen av tegnene på omsorgssvikt/overgrep. Men det kan være veldig mange forskjellige grunner til at barn og unge blir deprimerte, viser aggressiv eller risikoatferd og så videre. Dessuten har vi liten tillit til selv de sterke sammenhengene på grunn av ulike metodiske svakheter.

I vår oppsummering har vi ikke rapportert *hvem* som er overgriper. Det vil ikke alltid være omsorgsperson som er overgriper. Steine og medarbeidere nevner at for majoriteten av kvinner som oppsøker akuttmottak er overgriper kjent (6). De diskuterer litt rundt skadevirkninger relatert til relasjonsaspektet. Dette kan være viktig, men vi har ikke belyst dette i vår rapport. Steine og medarbeidere rapporterer forekomsten av seksuelt krenkende atferd, seksuelt krenkende handlinger og uønsket seksuell omgang i en norsk populasjon før og etter fylte 16 år.

Et viktig spørsmål som denne oversikten over oversikter ikke svarer på, er hvorvidt det å ha flere tegn og signaler samtidig øker risikoen for omsorgssvikt. Ingen av de inkluderte oversiktene hadde tatt opp dette spørsmålet.

Overensstemmelse med andre oversikter

Stemmer den systematiske oversikten overens med andre oversikter?

Norman og medarbeidere vurderte i sin systematiske oversikt *langtidskonsekvenser* av omsorgssvikt som ikke var seksuelle overgrep (1). De fant sammenhenger mellom hel-seproblemer hos voksne som hadde vært utsatt for fysiske overgrep, psykiske overgrep og vanskjøtsel i barndommen. Det var høyere forekomst av depresjon, rusmiddelbruk, og seksuell risikoatferd. Samtidig løfter de fram behovet for mer og bedre forskning om omsorgssvikt og sammenhengen med kroniske lidelser og risikofylt livsstil. Det kan være at barn og unge som er utsatt for omsorgssvikt og overgrep ikke viser tegn og signaler der og da – men at utsatte først viser tydelige reaksjoner og symptomer i voksen alder?

I motsetning til flere retningslinjer og oversikter på feltet så gir vi i denne oversikten over oversikter **ikke** råd om hvilke tegn eller signaler som skal løftes fram/påpekes i en retningslinje for basispersonell i barnehager eller skoler. Vi skal bidra til dokumentasjonsgrunnlaget og vi har kommet fram til at for de aller fleste tegn og signaler så er dokumentasjonsgrunnlaget svakt og mangelfullt. Dette betyr at vi nødvendigvis konkluderer forsiktig. Det ligger også i sakens natur at de som skal gi råd for praksis **må** gjøre dette på tross av mangelfull dokumentasjon.

I en hurtigoversikt fra 2016 fant Hammerstrøm og medarbeidere at forskningsfunn antyder at barn som har vært eller er utsatt for omsorgssvikt har dårligere skoleprestasjoner enn andre barn. De fant metodiske mangler i mange enkeltstudier og konkluderer med at det trengs mer forskning av god kvalitet for å bekrefte eller avkrefte deres funn (48).

I en nylig publisert systematisk oversikt over oversikter fra Folkehelseinstituttet har forfatterne sett på effekten av tiltak for barn som har vært utsatt for vold (49). De hadde derfor et annet forskningsspørsmål enn oss. Også de peker på at dokumentasjonsgrunnlaget på feltet er av lav eller svært lav kvalitet.

Retningslinjer har gjerne tverrfaglige prosesser i forkant av utforming av anbefalinger. De tar også hensyn til lokale forhold. I arbeidet med denne oversikten over oversikter har vi brukt særlig tre retningslinjer og det kan være nyttig for lesere av vår rapport også å kjenne til disse (2;14;50).

Resultatenes betydning for praksis

Vi har ikke kunnet konkludere sikkert om noen tegn eller signaler har sammenheng med omsorgssvikt. For noen tegn (språkutvikling, seksuell risikoatferd, depresjon, funksjonsnedsettelse) viser forskningen at det muligens kan være en moderat sammenheng med omsorgssvikt. For andre tegn og signaler er sammenhengene svakere og vår tillit til dokumentasjonen så lav at det er umulig å si om det faktisk er noen sammenheng i det hele tatt (Tabell 8).

Det er viktig å se resultatene i lys av at mange av de tegnene og signalene vi har med i denne oversikten, kan ha et sett forskjellige årsaker. Det betyr at selv om vi hadde funnet sterke sammenhenger mellom for eksempel ufrivillig avføring, depresjon eller forsinket språkutvikling, og omsorgssvikt, kan et gitt barn ha et av disse problemene uten å ha vært utsatt for omsorgssvikt.

På den annen side betyr **ikke** det at vi er usikre på om tegnene har sammenheng med omsorgssvikt, at det ikke er noen sammenheng. Det er utfordringer med for eksempel utvalg, studiedesign, studieutførelse, oppsummeringsprosess eller resultatrapportering som gjør at vi har mindre tillit den beregnede sammenhengen eller mangel på sammenheng.

Det at vi hovedsakelig har funnet svært usikre sammenhenger mellom tegn og signaler, og omsorgssvikt, betyr heller ikke at ansatte i barnehage og skole skal se bort fra sine bekymringer basert på observasjoner av barn de møter i sin arbeidshverdag. Det betyr snarere at de må vektlegge andre typer kunnskap enn den forskningsbaserte i sine vurderinger av om det er grunn til bekymring.

Kunnskapshull

Kartleggingstabellene 1 til 4 viser kunnskapshull som skyldes mangel på kunnskapsoppsummeringer, men den viser ikke manglende primærforskning. Det er behov for å oppdatere oversikter på følgende tegn og signaler: blåmerker, bitemerker, brannskader, selvskading, tilpasningsproblemer, mistenkelig foreldreatferd, ukritisk vennlighet og barnetegninger.

Det er behov for nye oppsummeringer om: Kutt/sår, beinbrudd, genitale skader, hode- og magesmerter, feilernæring, dårlig hygiene, ubehandlede helseproblemer, uhensiktsmessig påkledning, mutisme, «headbanging and bodyrocking», foreldres urealistiske forventninger, foreldretrusler, foreldres fravær av involvering, fosterbarn, fravær, skolevegring og konsentrasjonsvansker.

Konklusjon

Det finnes svært mye forskning om omsorgssvikt og mulige sammenhenger. Mange publiserte oversikter har metodiske mangler.

Vi fant at det muligens er sammenhenger mellom omsorgssvikt og henholdsvis lav intelligens, forsinket språkutvikling (språkforståelse) hos barn, depresjon og tenåringssvangerskap. Gutter som har vært utsatt for omsorgssvikt er muligens oftere involvert i tenåringssvangerskap enn andre gutter. Barn med funksjonsnedsettelse er muligens også mer utsatt for omsorgssvikt enn andre barn. Ufrivillig avføring (enkoprese) har muligens sammenheng med seksuelle overgrep.

For alle andre tegn og signaler er vi usikre på sammenhengene. Det at vi er usikre på om alle de andre tegnene har sammenheng med omsorgssvikt betyr **ikke** at det ikke kan være noen sammenheng.

Referanser

1. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012;9(11):e1001349.
2. Endom EE. Child neglect and emotional maltreatment. UptoDate. [oppdatert 19. okt. 2017; lest 10. jan. 2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/child-neglect-and-emotional-maltreatment>
3. Boos SC. Physical child abuse: Recognition. UptoDate. [oppdatert 15. feb. 2017; lest 16. jan. 2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/child-neglect-and-emotional-maltreatment>
4. Kloppen K, Maehle M, Kvello O, H, S, Breivik K. Prevalence of intrafamilial child maltreatment in the Nordic countries: A review. *Child Abuse Rev* 2015;24(1):51-66.
5. Kvello Ø. Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
6. Steine IM, Milde AM, Bjorvatn B, Grønli IJ, Nordhus H, Pallesen S. Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 2012;(49):950-7.
7. Prevoo MJ, Stoltenborgh M, Alink LR, Bakermans-Kranenburg MJ, Ijzendoorn MH. Methodological moderators in prevalence studies on child maltreatment: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Rev* 2017;26(2):No Pagination Specified.
8. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IMH, Alink LRA. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *Int J Psychol* 2013;48(2):81-94.
9. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, Van Ijzendoorn MH. The universality of childhood emotional abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence. *J Aggress Maltreat Trauma* 2012;21(8):870-90.
10. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 2013;58(3):469-83.
11. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48(3):345-55.
12. Til barnets beste – samarbeid mellom barnehagen og barneverntjenesten. Veileder: Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet; 2009.
13. Slik oppsummerer vi forskning. Metodebok. Folkehelseinstituttet. [lest 10. jan. 2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/slik-oppsummerer-vi-forskning/>
14. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Clinical guideline: NICE National Institute for Health and Care Excellence; 2009.

15. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 2016;5(1):210.
16. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):383-94.
17. Braga T, Goncalves LC, Basto-Pereira M, Maia A. Unraveling the link between maltreatment and juvenile antisocial behavior: A meta-analysis of prospective longitudinal studies. *Aggress Violent Behav* 2017;33:37-50.
18. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* 2012;380(9845):899-907.
19. Lum JA, Powell M, Timms L, Snow P. A meta-analysis of cross sectional studies investigating language in maltreated children. *J Speech Lang Hear Res* 2015;58(3):961-76.
20. Molendijk M, Hoek H, Brewerton T, Elzinga B. Childhood maltreatment and eating disorder pathology: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychol Med* 2017;47(8):1402-16.
21. Gershoff ET, Grogan-Kaylor A. Spanking and child outcomes: Old controversies and new meta-analyses. *J Fam Psychol* 2016;30(4):453-69.
22. Homma Y, Wang N, Saewyc E, Kishor N. The relationship between sexual abuse and risky sexual behavior among adolescent boys: A meta-analysis. *J Adolesc Health* 2012;51(1):18-24.
23. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;190:47-55.
24. LeBrun A, Hassan G, Boivin M, Fraser SL, Dufour S, Lavergne C. Review of child maltreatment in immigrant and refugee families. *Can J Public Health* 2015;106(7):eS45-eS56.
25. Lereya ST, Samara M, Wolke D. Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: A meta-analysis study. *Child Abuse Negl* 2013;37(12):1091-108.
26. Madigan S, Wade M, Tarabulsy G, Jenkins JM, Shouldice M. Association between abuse history and adolescent pregnancy: A meta-analysis. *J Adolesc Health* 2014;55(2):151-9.
27. Malarbi S, Abu-Rayya HM, Muscara F, Stargatt R. Neuropsychological functioning of childhood trauma and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2017;72:68-86.
28. Masson M, East-Richard C, Cellard C. A meta-analysis on the impact of psychiatric disorders and maltreatment on cognition. *Neuropsychol* 2016;30(2):143-56.
29. Naughton AM, Maguire SA, Mann MK, Lumb RC, Tempest V, Gracias S, et al. Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children a systematic review. *JAMA Pediatrics* 2013;167(8):769-75.
30. Philips EM, Peeters B, Teeuw AH, Leenders AGE, Boluyt N, Brilleslijper-Kater SN, et al. Stressful life events in children with functional defecation disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015;61(4):384-92.
31. Child protection evidence. Systematic review on burns. . Cardiff: Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH); 2016.
32. Child protection evidence. Systematic review on teenage neglect. Cardiff: Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH); 2017.
33. Child protection evidence. Systematic review on school aged neglect. Cardiff: Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH); 2017.
34. Child protection evidence. Systematic review on parent/child interaction. Cardiff: Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH); 2017.

35. Child protection evidence. Systematic review on early years neglect. Cardiff: Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH); 2017.
36. Child protection evidence. Systematic review on bruising. Cardiff: Roayl College of Paeditrics and Child Health (RCPCH); 2017.
37. Child protection evidence. Systematic review on bites. Cardiff: Royal College of Paeditarics and Child Health (RCPCH); 2017.
38. Allen B, Tussey C. Can Projective Drawings Detect if a Child Experienced Sexual or Physical Abuse?: A Systematic Review of the Controlled Research. *Trauma Violence Abuse* 2012;13(2):97-111.
39. Camilo C, Garrido MV, Calheiros MM. Implicit measures of child abuse and neglect: A systematic review. *Aggress Violent Behav* 2016;29:43-54.
40. Irigaray TQ, PachecoI JB, Grassi-Oliveira R, Fonseca RP, de Carvalho Leite JC, Kristensen CH. Child maltreatment and later cognitive functioning: A systematic review. *Psicologia: Reflexao e Critica* 2013;26(2):376-87.
41. Kemp AM, Maguire SA, Lumb RC, Harris SM, Mann MK. Contact, cigarette and flame burns in physical abuse: A systematic review. *Child Abuse Rev* 2014;23(1):35-47.
42. Love L, Minnis H, O'Connor S. Factors Associated with Indiscriminate Friendliness in High-Risk Children. *Infant Ment Health J* 2015;36(4):427-45.
43. Luke N, Banerjee R. Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Dev Rev* 2013;33(1):1-28.
44. Maguire SA, Williams B, Naughton AM, Cowley LE, Tempest V, Mann MK, et al. A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. *Child Care Health Dev* 2015;41(5):641-53.
45. Vu NL, Jouriles EN, McDonald R, Rosenfield D. Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clin Psychol Rev* 2016;46:25-33.
46. Pignatelli AM, Wampers M, Loriedo C, Biondi M, V, erlinden J. Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Trauma Dissociation* 2017;18(1):100-15.
47. Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, Dakanalis A, Clerici M, Carra G. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2016;78(1):79-90.
48. Hammerstrøm KT. School performance in children exposed to neglect, abuse or maltreatment and in orphans. A rapid systematic review. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør); 2016.
49. Bidonde J, Menenes J. The effect of interventions for children who have experienced violence in close relationships. An overview of reviews. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017.
50. Oslo universitetssykehus. Omsorgssvikt/vanskjøtsel av barn. Versjon 2.0. Helsebiblioteket.no. [lest 10. jan. 2018]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/omsorgssvikt-vanskjotsel-av-barn>
51. Malt U. Mishandling av barn. Store medisinske leksikon. [oppdatert 10. des. 2014; lest 10. jan. 2018]. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/mishandling_av_barn
52. Abbas E, Kearney A, Gopal S, Sukri N, Kattakayam C, Krishnamoorthy S, et al. Systematic review of a series of child protection audits. *Arch Dis Child* 2014;99:A74-A5.
53. Amado BG, Arce R, Herraiz A. Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. *Psychosoc Intervention* 2015;24(1):49-62.
54. Barbosa Pacheco JT, Irigaray TQ, Werlan B, Tiellet Nunes ML, de Lima Argimon II. Childhood maltreatment and psychological adjustment: A systematic review. *Psicologia: Reflexao e Critica* 2014;27(4):815-24.

55. Bartelink C, van Yperen TA, ten Berge IJ. Reply to the letter to the editor of Van der Put, Assink, & Stams about "Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making". *Child Abuse Negl* 2016;59:130-2.
56. Bartelink C, van Yperen TA, ten Berge IJ. Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making. *Child Abuse Negl* 2015;49:142-53.
57. Bergström H, Eidevald C, Westberg-Broström A. Child sexual abuse at preschools- A research review of a complex issue for preschool professionals. *Early Child Dev Care* 2016;186(9):1520-8.
58. Black MM, Drennen CR. Nutritional and growth issues related to child neglect. *Pediatr Ann* 2014;43(11):e266-e70.
59. Biehal N. Maltreatment in foster care: A review of the evidence. *Child Abuse Rev* 2014;23(1):48-60 13p.
60. Brinkley A, Caramlau I. Childhood obesity as an expression of the wider family distress-when to think about child protection? case studies from a tertiary weight management service in Ireland. *Acta Paediatr* 2017;106:35-6.
61. Campos MS, Parada T, Moraga C, Moreno G. Interventions in the field of secondary and tertiary prevention, detection and treatment of sexual abuse in children: a systematic review of the literature. *Medwave* 2014;14:e5770.
62. da Silva Ferreira GC, Crippa JA, de Lima Osorio F. Facial emotion processing and recognition among maltreated children: a systematic literature review. *Front Psychol* 2014;5:1460.
63. Damasse J, Beaumier I, Bussières EL. L'efficacité d'outils d'évaluation du risque d'abus physique envers les enfants. [Effectiveness of child maltreatment risk assessment tools.] *ETMIS* 2015; 11(3): 1-92. Institut national d'excellence en sante et en services sociaux (INESSS); 2015.
64. Danese A. Child maltreatment and obesity over the life-course: A 40-year cohort study. *Psychoneuroendocrinology* 2015;61:31.
65. Debowska A, Willmott D, Boduszek D, Jones AD. What do we know about child abuse and neglect patterns of co-occurrence? A systematic review of profiling studies and recommendations for future research. *Child Abuse Negl* 2017;70:100-11.
66. De Albuquerque Williams LC, Hackbarth C, Blefari CA, Da Graça Saldanha Padilha M, Peixoto CE. Investigation of suspected child sexual abuse: The NICHHD protocol. *Temas em Psicologia* 2014;22(2):415-32.
67. Euser S, Alink LR, Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IMH. A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC Public Health* 2015;15:1068.
68. Ernoul A, Orsat M, Dubois de Prisque G. Sexual assaults and self-cuttings in adolescence. [French]. *Ann Med Psychol (Paris)* 2016;174(6):442-7.
69. Ford JD, Gomez JM. The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorders to non-suicidal self-injury and suicidality: A review. *J Trauma Dissociation* 2015;16(3):232-71.
70. Långström N. Preventing sexual abuse of children. Government commission (S2015/04650/SAM). Stockholm: FORTE Swedish Research Council for Health Working Life and Welfare; 2015. 2015-12-22. Dnr. 2015-01304.
71. Gongola J, Scurich N, Quas JA. Detecting deception in children: A meta-analysis. *Law Hum Behav* 2017;41(1):44-54.
72. Helmus L, Hanson RK, Babchishin KM, Mann RE. Attitudes supportive of sexual offending predict recidivism: a meta-analysis. *Trauma Violence Abuse* 2013;14(1):34-53.

73. Kapfhammer HP. Trauma and psychosis-part 1 - On the association of early childhood maltreatment in clinical populations with psychotic disorders. [German]. *Neuropsychiatr* 2012;26(4):171-8.
74. Lemaigre C, Taylor EP, Gittoes C. Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse Negl* 2017;70:39-52.
75. Liu RT, Cheek SM, Nestor BA. Non-suicidal self-injury and life stress: A systematic meta-analysis and theoretical elaboration. *Clin Psychol Rev* 2016;47:1-14.
76. Lourenco LM, Baptista MN, Senra LX, Almeida AA, Basilio C, de Castro Bhona F, et al. Consequences of exposure to domestic violence for children: A systematic review of the literature. *Paideia* 2013;23(55):263-71.
77. MacGregor J, Wathen N, MacMillan H, McTavish J, Gault M, Jack S, et al. Identification of children exposed to intimate partner violence: a systematic review. PROSPERO 2015 CRD42015026920. [opdatert 27. nov. 2015; lest 10. jan. 2018]. Tilgjengelig fra: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42015026920
78. Meinck F, Jochim J, Dunne M, Steinert J, Pilard L, Toska E, et al. Systematic review of the psychometric properties of measures for child abuse and neglect. PROSPERO 2017:CRD4201706225. [lest 10. jan. 2018]. Tilgjengelig fra: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD4201706225
79. Miller AB, Esposito-Smythers C, Weismore JT, Renshaw KD. The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2013;16(2):146-72.
80. Moore SE, Scott JG, Ferrari AJ, Mills R, Dunne MP, Erskine HE, et al. Burden attributable to child maltreatment in Australia. *Child Abuse Negl* 2015;48:208-20.
81. Munro E. The Munro review of child protection. Part one: A systems analysis. Crown; 2010.
82. Naughton A, Cowley L, Tempest V, Maguire S, Mann M, Kemp A. Ask me! Self-reported features of adolescents experiencing neglect or emotional maltreatment: A rapid systematic review. *Child Care Health Dev* 2017;43(3):348-60.
83. Naughton AM, Maguire SA, Williams B, Mann MK, Cowley L, Tempest V, et al. 'Mind the Gap'-Observable features of parent-child interactions amongst neglected children aged 0 to 13 years. *Arch Dis Child* 2014;99:A72.
84. Nematollahi A, Montaseri Z, Yazdanpanahi Z. Sexual abused in child. *Arch Dis Child* 2012;97:A534.
85. Norman H, Borrill J. The relationship between self-harm and alexithymia. *Scand J Psychol* 2015;56(4):405-19.
86. Paavilainen E, Flinck A. The effectiveness of methods designed to identify child maltreatment in social and health care: A systematic review protocol. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2014;12(1):90-100.
87. Perez-Gonzalez A, Pereda N. Systematic review of the prevalence of suicidal ideation and behavior in minors who have been sexually abused. *Actas Esp Psiquiatr* 2015;43(4):149-58.
88. Philips E, Peeters B, Teeuw AH, Leenders AG, Boluyt N, Brilleslijper-Kater SN, et al. The prevalence of stressful life events including sexual child abuse in children with functional defecation disorders: A systematic review. *Gastroenterol* 2012;1(5):S716.
89. Romano E, Weegar K, Babchishin L, Saini M. Cross-informant agreement on mental health outcomes in children with maltreatment histories: A systematic review. *Psychol Violence* 2016:No Pagination Specified.

90. Sari HY, Ardahan E, Oztornaci BO. Systematic reviews about child abuse and neglect in last 10 years. [Turkish]. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016;15(6):501-11.
91. Sherr L, Roberts KJ, G, hi N. Child violence experiences in institutionalised/orphanage care. Psychol Health Med 2017;22:31-57.
92. Shirani N, Nekuei NS, Mohammadi S. The parenting styles on children's stuttering. Iran J Psychiatry 1:199-200.
93. Staton-Tindall M, Sprang G, Clark J, Walker R, Craig CD. Caregiver substance use and child outcomes: A systematic review. J Soc Work Pract Addict 2013;13(1):6-31.
94. Straube A, Heinen F, Ebinger F, Von Kries R. Headache in school children: Prevalence and risk factors. Dtsch Arztebl Int 2013;110(48):811-8.
95. Sylvestre A, Bussieres L, Bouchard C. Language Problems Among Abused and Neglected Children: A Meta-Analytic Review. Child Maltreat 2016;21(1):47-58.
96. Vasileva M, Petermann F. Attachment, Development, and Mental Health in Abused and Neglected Preschool Children in Foster Care: A Meta-Analysis. Trauma Violence Abuse 2016;22:22.
97. Verrotti A, Bizzarri I, Cecconi G, Di Genova L, Vultaggio M, Cofini M. Headache and comorbidity in pediatric age. Italian Journal of Pediatrics Conference: 70th Congress of the Italian Society of Pediatrics Palermo Italy Conference Publication: 2014;40.
98. Viola TW, Salum GA, Kluwe-Schiavon B, Sanvicente-Vieira B, L, owski ML, et al. The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis. Child Abuse Negl 2016;51:1-11.
99. Williams B, Naughton A, Mann M, Tempest V, Kemp A, Maguire S. Identifying neglect or emotional abuse in school aged children: A systematic review. Arch Dis Child 2004;99:A58-A9.
100. Wendland J, Lebert A, de Oliveira C, Boujut E. Links between maltreatment during childhood or adolescence and risk-related substance use among young adults. Evol Psychiatr (Paris) 2017;82(2):383-93.
101. Yap MBH, Jorm AF. Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2015;175:424-40.
102. Zeanah CH, Gleason MM. Annual research review: Attachment disorders in early childhood--clinical presentation, causes, correlates, and treatment. J Child Psychol Psychiatry 2015;56(3):207-22.
103. Yu Z, Zhao A, Liu A. Childhood maltreatment and depression: A Meta-Analysis. Acta Psychologica Sinica 2017;49(1):40-9.

Vedlegg 1. Definisjoner av omsorgssvikt

Definisjoner av omsorgssvikt brukt i norsk litteratur

Begrep	Definisjon
Omsorgssvikt/vanskjøtsel*	Omsorgssvikt/vanskjøtsel av barn er en situasjon som innebærer risiko for barnet og er en manglende evne hos omsorgspersonene til å møte barnets basale fysiske, emosjonelle, psykiske og/eller medisinske behov. Det kan også være mangel på tilsyn av barnet slik at det kan skade seg. Dette kan resultere i alvorlig svekkelse av barnets helse og utvikling, og kan være bevisst eller ubevisst fra omsorgspersonenes side. Vanskjøtsel er sjeldent et enkelt tegn eller symptom, men et sammensatt bilde av ulike faktorer.
Omsorgssvikt**	Omsorgssvikt innebærer at foreldre eller de som har omsorgen for barnet, påfører barnet enten fysisk og/eller psykisk skade, eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare.

* Fagprosedyre 2015 (50) ** Store medisinske leksikon (51)

Jones og medarbeideres definisjoner (18)

Begrep	Definisjon
Physical violence	Hitting, kicking, beating, threat of physical harm, corporal punishment resulting in marks or abrasions, loss of parental control during discipline, binding of hands, as a restraint; and fractures, bruises, cuts caused by the actions of others
Sexual violence	Unwanted sexual touch, forcing to touch someone sexually, forced sexual intercourse, attempted rape, flashing or sexual exposure, verbal sexual harassment, sexual intercourse before 12 years of age
Emotional abuse	Emotional abuse: humiliation, social rejection, psychological abuse

Neglect	Lack of supervision, medical neglect, inadequate housing, hygiene neglect, no response attempt to interact with parents
---------	---

Verdens helseorganisasjons definisjoner (4)

Begrep	Definisjon
Physical abuse	The intentional use of physical force against a child that results in – or has a high likelihood of resulting in – harm for the child’s health, survival, development or dignity. This includes hitting, beating, kicking, shaking, biting, strangling, scalding, burning, poisoning and suffocating.
Sexual abuse	The involvement of a child in sexual activity that he or she does not fully comprehend, is unable to give informed consent to, or for which the child is not developmentally prepared, or else that violates the laws or social taboos of society.
Emotional and psychological abuse	Involves both isolated incidents, as well as a pattern of failure over time on the part of a parent or caregiver to provide a developmentally appropriate and supportive environment. (...) Abuse of this type includes: the restriction of movement; patterns of belittling, blaming, threatening, frightening, discriminating against or ridiculing; and other non-physical forms of rejection or hostile treatment.
Emotional abuse	The failure to provide a developmentally appropriate, supportive environment, including the availability of a primary attachment figure, so that the child can develop a stable and full range of emotional and social competencies with her or his personal potentials and in the context of the society in which the child dwells. There may also be acts towards the child that cause or have a high probability of causing harm to the child’s health or physical, mental, spiritual, moral or social development. These acts must be reasonably within the control of the parent or person in a relationship of responsibility, trust or power. Acts include restriction of movement, patterns of belittling, denigrating, scapegoating, threatening, scaring, discriminating, ridiculing or other non-physical forms of hostile or rejecting treatment.
Neglect	Includes both isolated incidents, as well as pattern of failure over time on the part of a parent or other family member to provide for the development and wellbeing of the child – where the parent is in a position to do so – in one or more of the following areas: health, education, emotional development, nutrition, shelter and safe living conditions.

Begrep	Definisjon
Physical abuse	A form of abuse which may involve hitting, shaking, throwing, poisoning, burning or scalding, drowning, suffocating or otherwise causing physical harm to a child. Physical harm may also be caused when a parent or carer fabricates the symptoms of, or deliberately induces, illness in a child.
Emotional abuse	The persistent emotional maltreatment of a child such as to cause severe and persistent adverse effects on the child's emotional development. It may involve conveying to a child that they are worthless or unloved, inadequate, or valued only insofar as they meet the needs of another person. It may include not giving the child opportunities to express their views, deliberately silencing them or 'making fun' of what they say or how they communicate. It may feature age or developmentally inappropriate expectations being imposed on children. These may include interactions that are beyond a child's developmental capability, as well as overprotection and limitation of exploration and learning, or preventing the
Sexual abuse	Involves forcing or enticing a child or young person to take part in sexual activities, not necessarily involving a high level of violence, whether or not the child is aware of what is happening. The activities may involve physical contact, including assault by penetration (for example, rape or oral sex) or non-penetrative acts such as masturbation, kissing, rubbing and touching outside of clothing. They may also include non-contact activities, such as involving children in looking at, or in the production of, sexual images, watching sexual activities, encouraging children to behave in sexually inappropriate ways, or grooming a child in preparation for abuse (including via the internet). Sexual abuse is not solely perpetrated by adult males. Women can also commit acts of sexual abuse, as can other children.
Neglect	The persistent failure to meet a child's basic physical and/or psychological needs, likely to result in the serious impairment of the child's health or development. Neglect may occur during pregnancy as a result of maternal substance abuse. Once a child is born, neglect may involve a parent or carer failing to: <ul style="list-style-type: none"> • provide adequate food, clothing and shelter (including exclusion from home or abandonment); • protect a child from physical and emotional harm or danger; • ensure adequate supervision (including the use of inadequate care-givers); or

Royal College of Paediatrics and Child Healths (RCPCH) definisjoner (35)

Ranking	Criteria used to define neglect
A1	Neglect/emotional abuse confirmed at child protection case conference, multi-disciplinary assessment, including social services or Court proceedings
A2	Diagnosis of emotional neglect/emotional abuse by clinical psychologist, psychiatrist or other mental health specialist
B	Neglect/ emotional abuse confirmed by referenced criteria/tool
C1	Neglect/ emotional abuse confirmed by unreferenced criteria/tool
C2	Observations of emotionally harmful carer-child interaction (not categorized as neglect/ emotional abuse)
D	Neglect/emotional abuse/harmful carer-child interaction suspected or stated, with no supporting detail

Vedlegg 2. Prosjektplan

Plan utarbeidet: 13.06.2017

Kort beskrivelse/sammendrag

Helsedirektoratet skal utarbeide «Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av bekymringer for barn i barnehage og skole». Ansatte i barnehage og i grunn- og videregående skole ser flest barn og unge over lang tid¹. De har derfor en unik mulighet til å oppdage tegn på omsorgssvikt. Vi er bedt om å utarbeide en systematisk oversikt om hvilke tegn og signaler som er assosiert med omsorgssvikt hos barn og unge. Kunnskapen skal brukes til å belyse spørsmålet om når personell skal handle på bekymring og gjøre en vurdering om saken skal tas videre til en annen instans.

English:

Norwegian directorate for health is going to publish «a national guideline on handling concerns with children in pre-school and school». Employers in pre-school and primary- and secondary school can observe children and young people over long time. They are in a unique position to see early signs of maltreatment in children and young people. We were asked to conduct a systematic review on which signs are associated with maltreatment in children. The knowledge will be used to inform employers on when they should respond to concerns and judge whether they should refer cases further.

Prosjektkategori og oppdragsgiver

Produkt (programområde): Systematisk oversikt

¹ Ansatte i helsestasjon- og skolehelsetjenesten ser også barn over tid, så de vil også være aktuelle for å oppdage barn og unge tidlig. Den skal ses i sammenheng med nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Tematisk område:	Barne- og ungdomshelse
Oppdragsgiver/bestiller. (med navn på kontaktperson for eksterne prosjekter):	Helsedirektoratet Turid Moseid Mob: 924 42 445 E-post: Turid.Moseid@helsedir.no
Prosjektledelse og medarbeidere	
Prosjektleder:	Liv Merete Reinar, seniorrådgiver og seksjonsleder
Prosjektansvarlig (gruppeleder):	Signe Flottorp, avdelingsdirektør
Interne medarbeidere:	Gunn Vist, seniorforsker og seksjonsleder Therese Dalsbø, seniorrådgiver Kristoffer Ding, forsker Ingvild Kirkehei, forskningsbibliotekar/seniorrådgiver Heidi Aase, avdelingsdirektør, avdeling for barns utvikling i område psykisk og fysisk helse i Folkehelseinstituttet.
Eksterne medarbeidere:	Interne fagfeller: Brynjar Fure og Rigmor Berg (seksjonsledere) Eksterne fagfeller: Geir Møller og Hege Kornør. Helsedirektoratet administrerer dette.
Plan for erstatning ved prosjektdeltakeres fravær:	Prosjektleder finner erstatter.

Mandat

Helsedirektoratet skal utarbeide «Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av bekymringer for barn i barnehage og skole». Vi er bedt om å utarbeide en systematisk oversikt om hvilke tegn og signaler som er assosiert med omsorgssvikt hos barn og unge. Den systematiske oversikten skal inngå i kunnskapsgrunnlaget for retningslinjen.

Mål

Hensikten med denne systematiske oversikten er å besvare følgende spørsmål:
Hvilke tegn og signaler hos barn og deres omsorgspersoner som kan fanges opp av personell i barnehager og skoler er assosiert med omsorgssvikt?

Bakgrunn

I arbeidet med «Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av bekymringer for barn i barnehage og skole» har arbeidsgruppen til Helsedirektoratet foretatt litteratursøk. De har funnet at det er flere kunnskapshull, blant annet når det gjelder hvordan personell i «basistjenestene» skal jobbe. Basistjenestene er blant annet personell i barnehage og i

grunn- og videregående skole. Disse ser flest barn over lang tid. De har derfor en unik mulighet til å oppdage tidlige tegn på omsorgssvikt. Arbeidsgruppen har funnet at mange kunnskapsoversikter på feltet er utviklet for og omhandler spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av dette ønsker Helsedirektoratet å få utarbeidet flere systematiske oversikter.

Det er også kommet inn forslag til Seksjon for velferdstjenester i område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet fra helsedirektoratet om å besvare følgende spørsmål: «I hvilken grad kan bruk av ulike samtalemeter, systemer/modeller og avsløringsprosesser føre til at omsorgssvikt og psykososiale problemer hos barn og unge blir oppdaget av barnehage- og skoleansatte, og at barnet får nødvendig hjelp?». Dette forslaget ble prioritert og vil startes opp i 2017.

Denne systematiske oversikten skal besvare spørsmålet om hvilke tegn og signaler som er assosiert med omsorgssvikt hos barn og unge (se bestilling fra Helsedirektoratet i vedlegg). Kunnskapen kan brukes for å gi råd om når personell i «basistjenestene» skal melde til barnevernet eller henvise til vurdering hos annen instans.

Begrepsavklaring

«Omsorgssvikt/vanskjøtsel av barn er en situasjon som innebærer risiko for barnet og er en manglende evne hos omsorgspersonene til å møte barnets basale fysiske, emosjonelle, psykiske og/eller medisinske behov. Det kan også være mangel på tilsyn av barnet slik at det kan skade seg. Dette kan resultere i alvorlig svekkelse av barnets helse og utvikling, og kan være bevisst eller ubevisst fra omsorgspersonenes side. Vanskjøtsel er sjeldent et enkelt tegn eller symptom, men et sammensatt bilde av ulike faktorer.» (Fagprosedyre 2015 (1)):

Store medisinske leksikon definerer omsorgssvikt på følgende måte i en artikkel skrevet av Ulrik Malt: «Omsorgssvikt innebærer at foreldre eller de som har omsorgen for barnet, påfører barnet enten fysisk og/eller psykisk skade, eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare» Mishandling av barn er sjeldnere og kan være enklere å oppdage fordi det som oftest gir seg fysiske uttrykk som barnemishandling, i den forstand at barnet påføres fysiske skader av foreldre eller den som har omsorgen for barnet. Det er svært vanskelig å vite hvor mange barn som enten opplever omsorgssvikt eller mishandling eller begge deler. «Det foreligger registreringer som indikerer at det forekommer ca. 2500 nye tilfeller av omsorgssvikt og ca. 500 tilfeller av fysisk mishandling per år» (2)

Vi vil bruke begrepet «omsorgssvikt» på norsk synonymt med «maltreatment» på engelsk. Omsorgssvikt omfatter da både fysiske, seksuelle og psykologiske overgrep/mishandling/vold (abuse), og vanskjøtsel.

Omsorgssvikt

En systematisk oversikt fra 2012 konkluderer følgende om konsekvenser for barn som har vært utsatt for omsorgssvikt (3):

«This overview of the evidence suggests a causal relationship between non-sexual child maltreatment and a range of mental disorders, drug use, suicide attempts, sexually transmitted infections, and risky sexual behaviour. All forms of child maltreatment should be considered important risks to health with a sizeable impact on major contributors to the burden of disease in all parts of the world. The awareness of the serious long-term consequences of child maltreatment should encourage better identification of those at risk and the development of effective interventions to protect children from violence.»

Geir Møller nevner i en rapport for Helsedirektoratet (upublisert) følgende hovedkategorier av tegn og signaler på omsorgssvikt (forsømmelse og psykologiske overgrep): Følelsesmessige uttrykk og atferd, uvanlig atferd og utviklingstrekk, sosiale forhold, fysiske tegn og signaler – hos barna. Hos foreldre: relasjon til barn og trekk ved foreldrene. (4)

Helsenorge.no lister opp på sin side om barn og unges psykiske helse og omsorgssvikt en del kjennetegn på barn som utsettes for omsorgssvikt:

- Kan være urolig og anspent i kroppen og vanskelig å trøste
- Er utrygge og kan være klengete og oppmerksomhetssøkende i småbarnsalderen
- Kan sove lite og urolig, eller unormalt mye
- Kan ha lite lyder og forsinket språk
- Kan ha blåmerker eller sår, for eksempel på uvanlige steder
- Kan være unormalt sent motorisk utviklet og ha en klosset grov- eller finmotorikk
- Barn som har blitt utsatt for omsorgssvikt kan være mer ukonsentrerte og fungere dårlig sammen med andre barn
- Noen viser lite glede og initiativ og kan være vanskelig å få kontakt med
- Disse og andre tegn kan imidlertid være symptomer på andre plager eller lidelser, eller at barnet har opplevd noe annet enn omsorgssvikt. Tegnene må ses i sammenheng med
- observasjoner av samspillet mellom barn og foreldre at det er mulig å få et riktigere bilde av foreldrenes omsorgsevne (5).

Omfang og risikofaktorer

Oppslagsverket «Up to date» viser i «Child neglect and emotional maltreatment» (2017)(6):

«Child neglect accounts for more than 50 percent of cases reported to child protection services in developed countries (eg, United Kingdom, United States, Canada, Australia). In 1993 it was estimated that 3 percent of the children in the United States were neglected. Each year in the United States, child maltreatment accounts for approximately 2000 childhood deaths. At least one-third of these are a consequence of neglect (eg, abandonment, starvation, medical neglect, inadequate supervision)].

Risk factors for child neglect are related to a disorganized family system and include parental substance abuse, unemployment, physical disability, or cognitive impairment. Difficult child temperament was related to emotional neglect in one study of 121 urban, low-income families with a child younger than 30 months of age. An inverse relationship between child neglect and years of maternal education has been described among low-income women. Poverty, violence, absence of support from social networks, and homelessness also may contribute.»

Når det gjelder utbredelse av omsorgssvikt i Norge så har vi ikke funnet gode prevalenstill. En artikkel fra 2012 (7) gir data på antall spedbarn og småbarn med tiltak fra barnevernet (1995 til 2008) og viser at antall barn i tiltak øker, men har ikke prevalenstill. I 1995 var det totale antall barn under 6 år i barnevernet 6754, I 2008 var antallet 8256. Forfatterne konkluderer blant annet med at det kan være sannsynlig at økningen av barn i barnevernet skyldes økning i ressurser til barnevern.

Data på forekomster av omsorgssvikt i Norge og i andre land spriker veldig(8). Eksempler på norske studier oppsummert i boken «Barn i risiko – skadelige omsorgssituasjoner» av Øyvind Kvello (8):

- 14 prosent av norske kvinner har opplevd psykisk (emosjonell) mishandling i oppveksten (internasjonalt er forekomsten ofte fra 4-9 prosent)
- en undersøkelse av småbarnsforeldre viste en forekomst på 13 prosent (mishandling i oppveksten)
- en studie av norske kvinner viste at 13 prosent har opplevd fysisk mishandling i oppveksten

Steine og medarbeidere fant i en norsk befolkningsundersøkelse at forekomsten av seksuelt krenkende atferd før fylte 16 år var 24 % av kvinner og 12 % av menn (9).

Lov om barnevern (barnevernsloven) gjelder barn opp til 18 år. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100#KAPITTEL_1

Antatt og faktisk grunn til bekymring

Spørsmålet vi skal besvare er ikke et spørsmål om effekt av tiltak, men et spørsmål om tegn og signaler som kan være assosiert med omsorgssvikt for barn og unge i barnehage og skole (basistjenestene), ikke i helsetjenestene. Ansatte i det offentlige har opplysningsplikt til både barnevernet og politiet når de mistenker at et barn er utsatt for omsorgssvikt eller mishandling. Barnevernet har plikt til å undersøke slike meldinger. Det er utarbeidet en egen veileder for de som jobber i barnehagen og der forklares det ytterligere at det er rettslige krav til hva som forstås som omsorgssvikt og at det ikke er de som jobber i barnehagen som skal vurdere om alle vilkårene er oppfylt, utredningen av de faktiske forhold er det barnevernet som gjør. De som jobber i barnehage kan følge med på om barnet ser ut til å «lide av alvorlige mangler

ved daglig omsorg, personlig kontakt og trygghet som barnet trenger for sin alder og utvikling. Dette omfatter både situasjoner der det er alvorlige mangler i forhold til barnets behov for materiell og praktisk omsorg, og situasjoner der foreldrene ikke klarer å dekke barnets behov for psykisk eller følelsesmessig omsorg» (10)

Faktorer som er antatt å være assosiert med omsorgssvikt bør være så gode/riktige at der hvor det er antatt grunn til bekymring vil det føre til at faktisk grunn til bekymring avdekkes. De bør ikke bidra til at faktorene gir mange falske positive funn og at familier blir gjenstand for unødvendig og uriktig bekymring om omsorgssvikt. Det kan være betydelig overlapp mellom symptomer på omsorgssvikt og på funksjonsnedsettelse (som autismespekterforstyrrelser, synshemming, hørselshemming, utviklingshemming, Tourettes syndrom, ADHD, språk- eller lærevansker, tics, somatiske tilstander, mm). (4, tabell 13.1).

Involvering av helsevesen/PP-tjeneste eller barnevern kan i seg selv være en risikofaktor da dette medfører at barnet blir 'stemplet' som risikobarn. Det kan også bidra til økt mistillit fra foreldrenes side.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet en egen prosess for å få raskere tilgang på relevante og oppdaterte systematiske oversikter til retningslinjearbeidet. I henhold til dette samarbeidet skriver vi ikke omfattende innledningskapittel, diskusjonskapittel og lager ikke omfattende definisjonslister for denne systematiske oversikten. Arbeidet med å tolke funn og gi implikasjoner for praksis overlates til Helsedirektoratet og eksterne eksperter på fagområdet. Vi har også avtalt at fageksperter i direktoratets arbeidsgruppe for retningslinjen benyttes som eksterne fagfeller for denne systematiske oversikten. Når det gjelder tannhelsetjenestenes rolle så viser vi til Helsedirektoratets retningslinje om tannhelsetjenesten for barn (11).

Problemstillingen i for denne systematiske oversikten reiser mange etiske og juridiske spørsmål. Disse spørsmålene vil ikke, innen rammen for dette prosjektet, bli forsøkt besvart. Det blir opp til arbeidsgruppen for retningslinjen i Helsedirektoratet å bruke det vi finner i en større kontekst.

Helsedirektoratet har i henhold til bestillingen fra 15. mai (se vedlegg) allerede utført et søk etter systematiske oversikter og har funnet at det mangler oversikt på feltet når det gjelder «basistjenestene» (barnehage og skoler).

Metoder og arbeidsform

Vi skal utarbeide en systematisk oversikt i henhold til håndboka «Slik oppsummerer vi forskning» (12).

Inklusjonskriterier

Populasjon: Barn og unge (opp til 18 år) i barnehage/førskole- eller skolesetting, inkludert hjemmeundervisning)

Eksposisjon: Omsorgssvikt

Tegn/signaler/symptomer : *kan være følgende, men er ikke begrenset til*² tegn som kan fanges opp av ansatte i barnehage eller skole

Kroppslige:

- Blåmerker
- Bitemerker
- Kutt/sår
- Beinbrudd
- Brannskader
- Genitale/anale skader
- Inkontinens
- Graviditet (skole)
- Hode- og magesmerter

Vanskjøtsel:

- Feilernæring
- Dårlig hygiene
- Ubehandlete helseproblemer
- Påkledning som ikke passer størrelses- eller værmessig

Psykososial fungering:

- Psykiske tilstander
- Selvskading
- Magesmerter
- Spiseforstyrrelser
- Mutisme
- «Head-banging and body rocking»
- Seksualisert atferd
- Eksternaliserende atferd
- Aggresjon og voldelig atferd
- Rusmiddelbruk
- Mobbing (offer/utfører)

² Listen er blant annet hentet fra Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Clinical guideline. Published 22 July 2009. NICE –guideline. (13).

Foreldre- barninteraksjoner:

- Overoppmerksomme foreldre
- Urealistiske forventinger til barnets utvikling
- Trusler
- Upassende responser hos foreldre
- Syndebukk
- Unormal interaksjon med omsorgsperson
- Mistenkelig foreldreatferd
- Fravær av involvering

Skolefungering

- Svake skoleprestasjoner
- Skolefravær
- Skolevegring
- Konsentrasjonsvansker

Studiedesign:

Alle studier som har som mål å se på assosiasjoner mellom tegn og signaler og omsorgssvikt. Systematiske oversikter, dersom vi ikke finner systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet vil vi utarbeide en systematisk oversikt hvor vi søker etter kohortstudier (eksponering tegn og signaler som indikatorer for omsorgssvikt), kasus-kontrollstudier (utfall tegn og symptomer som fra listen over), tverrsnittstudier eller andre typer observasjonsstudier.

Setting:

Studier fra den vestlige verden.

Eksklusjonskriterier: Kvalitative studier. Studier om diagnostikk og behandling av barn og unge i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Studier fra tannhelsetjenesten. Systematiske oversikter av lav kvalitet eller dersom søk er eldre enn ti år.

Litteratursøk

Vi vil utarbeide en søkestrategi i henhold til inklusjonskriteriene for oversikten er klare. Vi kjenner til retningslinjen til NICE fra 2009 (13) og vil i noe grad bygge på deres søkestrategi. Ingvild Kirkehei vil utvikle søkestrategien med innspill fra prosjektgruppen. En annen forskningsbibliotekar ved Folkehelseinstituttet vil fagfellevurdere søkestrategien. Endelig søkestrategi publiseres som vedlegg til ferdig systematiske oversikt. Vi vil ikke ha tidsbegrensing i søket. Vi vil i første omgang søke etter systematiske oversikter. Deretter vil vi vurdere behovet for å søke etter enkeltstudier.

Utvelgelse av studier

To medarbeidere fra prosjektgruppen vil uavhengig av hverandre vurdere tittel og sammendrag fra litteratursøket opp mot inklusjonskriteriene. Utvalgte referanser vil deretter bli bestilt inn i fulltekst, og vi vil vurdere uavhengig av hverandre om studiene skal inkluderes. Ved uenighet vil en tredje prosjektmedarbeider bli trukket inn for om mulig bidra til en konsensus.

Dataauthenting

Kvalitetsvurdering av studier

Vi vil vurdere den metodiske kvaliteten av systematiske oversikter ved hjelp av sjekklisten som finnes i vedlegg til Håndboka (12). Vi vil vurdere den metodiske kvaliteten av enkeltstudiene ved hjelp av sjekklister for kohortstudier, for kauskontrollstudier eller prevalensstudier fra håndboka. Valg av sjekklister vil følge studiedesign. To medarbeidere vil uavhengig av hverandre gjøre denne kvalitetsvurderingen for intern validitet. Ved uenighet vil en tredje prosjektmedarbeider bli trukket inn for om mulig bidra til en konsensus.

Analyser

Vi vil analysere hvor sterke eller svake assosiasjoner det er mellom faktorene og påvist omsorgssvikt.

Vi vil sortere studiene etter hvilke faktorer/indikatorer og populasjoner som er vurdert. Vi vil trekke ut data for forfatter, år, tittel, deltagere i studiene, indikatorene som er vurdert, sammenlikning og utfall. Vi vil fortrinnsvis ekstrahere data som justert for «case-mix» og eventuelt andre mulige konfunderende faktorer. Hvis justerte resultater ikke er rapportert i en studie vil vi ekstrahere ujusterte data.

Vi vil vurdere muligheten for metaanalyse og eventuelt benytte RevMan 5. Hvis studiene er for forskjellige til at en sammenslåing er hensiktsmessig, vil vi presentere dataene deskriptivt sammenstillet i tabeller. Styrken på sammenhengen mellom indikator og omsorgssvikt vil kunne være avhengig av andre faktorer. Vi vil oppsummere resultatene etter type indikator om mulig basert på hvordan dette er rapportert i de enkelte studier.

I sammenstillingen av data, deskriptivt eller i metaanalyser, vil vi gruppere studiene basert på om de ekstraherte data er justerte eller ujusterte. I metaanalysene vil det bli beregnet resultatene for begge gruppene separat og et samlet resultat på tvers av justerte og ujusterte data. Der det er hensiktsmessig vil vi bruke meta-regresjonsanalyser.

Vi vil, dersom vi har tilstrekkelig data, dele opp rapporteringen i grupper for barn i barnehage, barne- ungdom- og videregående skoler.

Vi vil vurdere vår tillit til resultatene (sterke, svake, usikre assosiasjoner) for hver av faktorene ved hjelp av GRADE og presentere resultattabeller (Summary of findings tables) (14). Vi vil bruke standardsetninger for å presentere resultatene og vår tillit til dem. Eksempel: Faktor (tegn eller signal) x er assosiert med omsorgssvikt hos barn... Faktor y er trolig assosiert med omsorgssvikt..... Faktor z er muligens assosiert med omsorgssvikt..... Vi er usikre om faktor a,b,c,..... er assosiert med omsorgssvikt. Se eventuelt hvordan GRADE er brukt i tidligere rapporter fra Kunnskapscenteret (15,16).

Sluttdato 1.desember 2017 (om mulig).

Vi vil eventuelt oversende «summary of findings»-tabeller til Helsedirektoratet innen 1. desember, før rapporten blir publisert .

Publikasjon/formidling

Prosjektets sluttprodukt er en systematisk oversikt. Målgruppen er Helsedirektoratet og deres arbeidsgruppe for ny retningslinje. Den systematiske oversikten vil bli publisert to uker etter at vi har sendt den til oppdragsgiver (Helsedirektoratet). Vi vil publisere den som en rapport på Folkehelseinstituttets nettsider (fhi.no).

Risikoanalyse

Hvert elements risikofaktor er produktet av sannsynlighet og konsekvens. Vurderingen angis med graderingene liten, middels og stor.

RISIKOELEMENT	SANNSYNLIGHET	KONSEKVENNS	RISIKOFAKTOR
Svært mange søketreff	stor		Vi har allerede utvidet prosjektgruppen
Stor mengde inkluderte studier	liten		Vi må involvere enda flere medarbeidere

Referanser/litteratur

1. Fagprosedyre. Omsorgssvikt/vanskjøtsel av barn. Utarbeidet av Oslo universitetssykehus. (Litteratursøk 2015.)
<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/omsorgssvikt-vanskjotsel-av-barn>
2. Ref store medisinske leksikon: https://sml.snl.no/mishandling_av_barn
3. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, et al. (2012) The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Med 9(11): e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349
4. Møller, Geir. Kunnskapsgrunnlag og metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge. 03.05.2017 (upublisert).
5. Kilde: <https://helsenorge.no/psykisk-helse/barn-og-unges-psykiske-helse/omsorgssvikt>

6. Endom og medarbeidere. Child neglect and emotional maltreatment. Up to date. 2017.
7. Clausen, S.E & Valset, K.: Spedbarn og småbarn med tiltak fra barnevernet 1995 - 2008: Utbredelse av omsorgssvikt og risikofaktorer. Tidsskrift for norsk psykologforening, 2012, s. 643-648.
8. Kvello, Øyvind. Barn i risiko, skadelige omsorgssituasjoner. Gyldendal Norsk Forlag AS 1. utgave, 2.opplag 2011. Kapittel 2 Definisjoner og forekomster av omsorgssvikt, mishandling, seksuelle overgrep og utnyttelse av barn (Informasjonsboks side 39)
9. Steine et al. Forekomst av seksuelle overgrep. Vitenskap og psykologi. Tidsskrift for norsk psykologforening. Årgang 49; 2012, side 951 – 957.
10. Til barnets beste – samarbeid mellom barnehagen og barnevernstjenesten. Veiledere. Barne- og likestillingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet. 2009. <https://www.udir.no/globalassets/filer/barnehage/veiledere/veiledertilbarnetsbeste2009.pdf>
11. Tannhelsetjenester til barn og unge. Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge. Retningslinjen er under utarbeidelse. Forventet ferdig dato: medio 2017 (del 1), ultimo 2017 (del 2). Helsedirektoratet, avdeling allmennhelsetjenester.
12. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 3.2. reviderte utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013
13. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Clinical guideline. Published 22 July 2009. NICE –guideline. Tilgjengelig (lest 08.06.2017) fra: www.nice-org.uk/guidance/cg89
14. Guyatt GH, Oxman AD, Akl E, Kunz R, Vist G, Brozek J, Norris S, Falck-Ytter Y, Glasziou P, deBeer H, Jaeschke R, Rind D, Meerpohl J, Dahm P, Schunemann H. GRADE guidelines 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. Journal of Clinical Epidemiology 2011; 64: 383-394.
15. Austvoll-Dahlgren A, Underland V, Straumann GH, Forsetlund L. Pasientvolum og kvalitet i karkirurgi: en systematisk oversikt, Folkehelseinstituttet. Forskningsoversikt 03.2017. ISBN (elektronisk): 978-82-8082-813-2. Tilgjengelig på www.fhi.no
16. Lidal IB, Denison E, Mathisen M. Sammenhengen mellom inntak av alkoholholdige drikker og risiko for hjerte- og karsykdom. Forskningsoversikt 2013. ISBN (elektronisk): 978-82-8121-546-7, ISSN (elektronisk): 1890-1298. Tilgjengelig på www.fhi.no

Indeksering for hjemmesiden

Systematisk oversikt, omsorgssvikt, barn og unge, lærer, basistjenester, barnehage, skole

Systematic review, maltreatment, abuse, neglect, children and adolescents, teacher, school, pre-school

Relaterte prosjekter/publikasjoner

Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. Helsedirektoratet. IS-1742 Veileder. Utgitt 03/2010. www.helsedirektoratet.no

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Sist oppdatert: 10.02.2017. IS-nummer: 2582

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Rapporter fra Kunnskapssenteret:

Hviding K. Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 10 – 2005. ISBN 82-8121-073-7 ISSN 1503-9544

Utvikling av instrument for å måle barn/unges erfaringer med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Planlagt ferdigstilt 1. halvår 2017

Blaasvær N, Nøkleby H, Johansen S, Berg RC. Effekt av tiltak for risikofamilier med barn 0-6 år. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 27 – 2015. ISBN 978-82-93479-03-1 ISSN 1890-1298.

Austvoll-Dahlgren A, Underdal V. Foreldreveiledning kan forebygge skader hos barn. Omtale av Cochrane-oversikt – 2012.

Vedlegg 3. Søkestrategi

Dato for alle søk: 20.06.2017

Søket er fagfellevurdert av forskningsbibliotekar Lien Nguyen.

Søketreff totalt: 2516

Søketreff totalt etter dublettkontroll: 1227

Embase, MEDLINE, PsycINFO (Ovid samsøk)

- Embase 1980 to 2017 Week 25

- MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present

- PsycINFO 1806 to June Week 2 2017

Søketreff: Embase 628, MEDLINE 498, PsycINFO 429

Søketreff totalt etter Ovid dublettkontroll: 946

1. exp Child Abuse/ or child neglect/
2. ((child adj3 (abus* or batter*)) or (neglect* adj3 (child* or infant* or adolescen* or youth or teen*))).tw.
3. Domestic violence/ or Family violence/ or abandonment/ or emotional abuse/ or physical abuse/ or exp sexual abuse/ or verbal abuse/ or Incest/ or Sex Offences/
4. (maltreat* or mistreat* or ((physical* or emotional* or sexual* or verbal*) adj3 abus*) or abusive or neglect or neglectful or domestic violence or family violence or incest* or assault*).tw.
5. 3 or 4
6. adolescent/ or exp child/ or exp infant/ or Minors/
7. (adolescence 13 17 yrs or childhood birth 12 yrs or infancy 2 23 mo or preschool age 2 5 yrs or school age 6 12 yrs).ag.
8. (child* or infan* or youth or adolesc* or boy* or girl* or juvenile* or kid? or kindergarten* or minor? or prepubescen* or pre-pubescent* or preteen* or pre-teen* or pre-school* or pre-school* or pubescen* or pupil? or schoolage* or school-age* or schoolchild* or school-child* or schooler* or teen* or toddler* or underage* or underage* or youngster* or young people or young person*).tw.
9. or/6-8
10. 5 and 9
11. 1 or 2 or 10
12. meta analysis.pt. use ppez or "systematic review"/ use emez or meta analysis/ use emez or meta analysis.md. use psyh or "systematic review".md. use psyh or (((systematic* or pragmatic*) adj2 review*) or meta-anal* or metaanal* or ((database* or systematic* or literature) adj3 search*) or ((evidence or research) adj3 syntheses*) or ((mapping or scoping or umbrella) adj3 review*) or (search* adj5 (medline or pubmed or embase))).tw.
13. 11 and 12
14. limit 13 to yr="2012 -Current"

15. remove duplicates from 14

Epistemonikos

Søketreff: 302

Title OR abstract: (child AND abus*) OR (neglect* AND (child* OR infant* OR adolescen* OR youth OR teen*)) OR ((maltreat* OR mistreat* OR ((physical* OR emotional* OR sexual* OR verbal*) AND abus*) OR abusive OR neglect OR neglectful OR "domestic violence" OR "family violence" OR incest*) AND (child* OR infan* OR youth ORadolesc* OR boy* OR girl* OR juvenile* OR kid OR kids OR kindergarten* OR minor* OR prepubescen* OR pre-pubescen* OR preteen* OR pre-teen* OR preschool* OR pre-school* OR pubescen* OR pupil* OR schoolage* OR school-age* OR schoolchild* OR school-child* OR schooler* OR teen* OR toddler* OR underage* OR under-age* OR youngster* OR young*))

Publication year 2012-2017

ERIC (Ebsco)

Søketreff: 23

S14 S10 AND S13 Date Published: 20120101-20171231

S13 S11 OR S12

S12 TI (((systematic* or pragmatic*) N2 review*) or meta-anal* or metaanal* or ((database* or systematic* or literature) N3 search*) or ((evidence or research) N3 synthes*) or ((mapping or scoping or umbrella) N3 review*) or (search* N5 (medline or pubmed or embase))) OR AB (((systematic* or pragmatic*) N2 review*) or meta-anal* or metaanal* or ((database* or systematic* or literature) N3 search*) or ((evidence or research) N3 synthes*) or ((mapping or scoping or umbrella) N3 review*) or (search* N5 (medline or pubmed or embase)))

S11 DE "Meta Analysis"

S10 S7 OR S8 OR S9

S9 S3 AND S6

S8 TI ((child N3 abus*) or (neglect* N3 (child* or infant* or adolescen* or youth or teen*))) OR AB ((child N3 abus*) or (neglect* N3 (child* or infant* or adolescen* or youth or teen*)))

S7 DE "Child Abuse"

S6 S4 OR S5

S5 TI (child* OR infan* OR youth ORadolesc* OR boy* OR girl* OR juvenile* OR kid OR kids OR kindergarten* OR minor* OR prepubescen* OR pre-pubescen* OR preteen* OR pre-teen* OR preschool* OR pre-school* OR pubescen* OR pupil* OR schoolage* OR school-age* OR schoolchild* OR school-child* OR schooler* OR teen* OR toddler* OR underage* OR under-age* OR youngster* OR young*) OR AB (child* OR infan* OR youth ORadolesc* OR boy* OR girl* OR juvenile* OR kid OR kids OR kindergarten* OR minor* OR prepubescen* OR pre-pubescen* OR preteen* OR pre-teen* OR preschool* OR pre-school* OR pubescen* OR pupil* OR schoolage* OR school-age* OR schoolchild* OR school-child* OR schooler* OR teen* OR toddler* OR underage* OR under-age* OR youngster* OR young*)

- S4 DE "Adolescents" OR DE "Children" OR DE "Preadolescents" OR DE "Young Children" OR DE "Early Adolescents" OR DE "Late Adolescents" OR DE "Youth"
- S3 S1 OR S2
- S2 TI (maltreat* or mistreat* or ((physical* or emotional* or sexual* or verbal*) N3 abus*) or abusive or neglect or neglectful or domestic violence or family violence) OR AB (maltreat* or mistreat* or ((physical* or emotional* or sexual* or verbal*) N3 abus*) or abusive or neglect or neglectful or domestic violence or family violence)
- S1 ((DE "Family Violence")) OR (DE "Sexual Abuse")

Campbell Library

Gjennomgang av alle systematiske oversikter sortert under tema «Social welfare» eller «Education».

CINAHL (Ebsco)

Søketreff: 123

- S15 S10 AND S14 Published Date: 20120101-20171131; Exclude MEDLINE records
- S14 S11 OR S12 OR S13
- S13 TI (((systematic* or pragmatic*) N2 review*) or meta-anal* or metaanal* or ((database* or systematic* or literature) N3 search*) or ((evidence or research) N3 syntheses*) or ((mapping or scoping or umbrella) N3 review*) or (search* N5 (medline or pubmed or embase))) OR AB (((systematic* or pragmatic*) N2 review*) or meta-anal* or metaanal* or ((database* or systematic* or literature) N3 search*) or ((evidence or research) N3 syntheses*) or ((mapping or scoping or umbrella) N3 review*) or (search* N5 (medline or pubmed or embase)))
- S12 (MH "Systematic Review")
- S11 (MH "Meta Analysis")
- S10 S7 OR S8 OR S9
- S9 TI ((child N3 abus*) or (neglect* N3 (child* or infant* or adolescen* or youth or teen*))) OR AB ((child N3 abus*) or (neglect* N3 (child* or infant* or adolescen* or youth or teen*)))
- S8 (MH "Child Abuse+")
- S7 S3 AND S6
- S6 S4 OR S5
- S5 TI ((child* OR infan* OR youth OR adolesc* OR boy* OR girl* OR juvenile* OR kid OR kids OR kindergarten* OR minor* OR prepubescen* OR pre-pubescen* OR preteen* OR pre-teen* OR preschool* OR pre-school* OR pubescen* OR pupil* OR schoolage* OR school-age* OR schoolchild* OR school-child* OR schooler* OR teen* OR toddler* OR underage* OR under-age* OR youngster* OR young*)) OR AB ((child* OR infan* OR youth OR adolesc* OR boy* OR girl* OR juvenile* OR kid OR kids OR kindergarten* OR minor* OR prepubescen* OR pre-pubescen* OR preteen* OR pre-teen* OR preschool* OR pre-school* OR pubescen* OR pupil* OR schoolage* OR school-age* OR schoolchild* OR school-child* OR

schooler* OR teen* OR toddler* OR underage* OR under-age* OR youngster* OR young*)
 S4 (MH "Child") OR (MH "Infant") OR (MH "Adolescence")
 S3 S1 OR S2
 S2 TI (maltreat* or mistreat* or ((physical* or emotional* or sexual* or verbal*) N3 abus*) or abusive or neglect or neglectful or domestic violence or family violence or incest*) OR AB (maltreat* or mistreat* or ((physical* or emotional* or sexual* or verbal*) N3 abus*) or abusive or neglect or neglectful or domestic violence or family violence or incest*)
 S1 (MH "Domestic Violence")

ISI Web of Science

Søketreff: 198

TOPIC: (((child NEAR3 abus*) or (neglect* NEAR3 (child* or infant* or adolescen* or youth or teen*))) AND (((systematic* or pragmatic*) NEAR2 review*) or meta-anal* or ((database* or systematic* or literature) NEAR3 search*) or ((evidence or research) NEAR3 synthes*) or ((mapping or scoping or umbrella) NEAR3 review*) or (search* NEAR5 (medline or pubmed or embase)))) OR TOPIC: ((maltreat* or mistreat* or ((physical* or emotional* or sexual* or verbal*) NEAR3 abus*) or abusive or neglect or neglectful or "domestic violence" or "family violence") AND (child* OR infan* OR youth OR adolesc* OR boy* OR girl* OR juvenile* OR kid OR kids OR kindergarten* OR minor* OR prepubescen* OR pre-pubescen* OR preteen* OR pre-teen* OR preschool* OR pre-school* OR pubescen* OR pupil* OR schoolage* OR school-age* OR schoolchild* OR school-child* OR schooler* OR teen* OR toddler* OR underage* OR under-age* OR youngster* OR young*) AND (((systematic* or pragmatic*) NEAR2 review*) or meta-anal* or ((database* or systematic* or literature) NEAR3 search*) or ((evidence or research) NEAR3 synthes*) or ((mapping or scoping or umbrella) NEAR3 review*) or (search* NEAR5 (medline or pubmed or embase))))

Refined by: PUBLICATION YEARS: (2016 OR 2015 OR 2012 OR 2014 OR 2017 OR 2013)

Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI

Social Services Abstracts og Sociological Abstracts (ProQuest)

Søketreff: 103

((SU.EXACT("Child Sexual Abuse") OR SU.EXACT("Child Abuse") OR SU.EXACT("Domestic Violence")) OR ab(maltreat* OR mistreat* OR ((child* OR physical* OR emotional* OR sexual* OR verbal*) NEAR/3 abus*) OR abusive OR (neglect* NEAR/3 (child* OR infant* OR adolescen* OR youth OR teen*)) OR neglect OR neglectful OR "domestic violence" OR "family violence") OR ti(maltreat* OR mistreat* OR ((child* OR physical* OR emotional* OR sexual* OR verbal*) NEAR/3 abus*) OR abusive OR (neglect* NEAR/3 (child* OR infant* OR adolescen* OR youth OR teen*)) OR neglect OR neglectful OR "domestic violence" OR "family violence")) AND ((SU.EXACT("Adolescents") OR SU.EXACT("Adopted Children" OR "Adult Children" OR "Children" OR "Foster Children" OR "Grandchildren" OR "Infants" OR "Only Children" OR "Premature Infants" OR "Pre-

school Children") OR SU.EXACT("Infants" OR "Premature Infants")) OR ab(child* OR infan* OR teen* OR youth OR adolesc* OR young) OR ti(child* OR infan* OR teen* OR youth OR adolesc* OR young)) AND (ab((((systematic* OR pragmatic*) NEAR/2 review*) OR meta-anal* OR ((database* OR systematic* OR literature) NEAR/3 search*) OR ((evidence OR research) NEAR/3 synthes*) OR ((mapping OR scoping OR umbrella) NEAR/3 review*) OR (search* NEAR/5 (medline OR pubmed OR embase)))))) OR ti((((systematic* OR pragmatic*) NEAR/2 review*) OR meta-anal* OR ((database* OR systematic* OR literature) NEAR/3 search*) OR ((evidence OR research) NEAR/3 synthes*) OR ((mapping OR scoping OR umbrella) NEAR/3 review*) OR (search* NEAR/5 (medline OR pubmed OR embase))))))Limits applied

Scopus

Søketreff: 211

TITLE-ABS-KEY ((abuse* OR neglect* OR mistreat* OR maltreat* OR domestic AND violence OR family AND violence OR incest*) AND (child* OR infan* OR youth OR adolesc* OR boy* OR girl* OR juvenile* OR kid OR kids OR kindergar-ten* OR minor* OR prepubescen* OR pre-pubescen* OR preteen* OR pre-teen* OR preschool* OR pre-school* OR pubescen* OR pupil* OR schoolage* OR school-age* OR schoolchild* OR school-child* OR schooler* OR teen* OR toddler* OR un-derage* OR under-age* OR youngster* OR young*) AND (systematic* AND re-view* OR meta-analys* OR medline OR embase OR psycinfo)) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2012))

Cochrane Library

Søketreff: Cochrane Reviews 31, DARE, 28, HTA 10

- #1 MeSH descriptor: [Child Abuse] explode all trees
- #2 ((child near/3 abus*) or (neglect* near/3 (child* or infant* or adolescen* or youth or teen*)):ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)
- #3 (child near/3 abus*) or (neglect* near/3 (child* or infant* or adolescen* or youth or teen*)) in Other Reviews and Technology Assessments
- #4 MeSH descriptor: [Domestic Violence] this term only
- #5 (maltreat* or mistreat* or ((physical* or emotional* or sexual* or verbal*) near/3 abus*) or abusive or neglect or neglectful or domestic-violence or family-vio-lence or incest*):ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)
- #6 (maltreat* or mistreat* or ((physical* or emotional* or sexual* or verbal*) near/3 abus*) or abusive or neglect or neglectful or domestic-violence or family-vio-lence or incest*):ti,ab,kw in Other Reviews and Technology Assessments
- #7 #4 or #5 or #6
- #8 MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees
- #9 MeSH descriptor: [Child] explode all trees
- #10 MeSH descriptor: [Infant] explode all trees
- #11 (child* or infan* or youth or adolesc* or boy* or girl* or juvenile* or kid? or kin-dergarten* or minor? or prepubescen* or pre-pubescen* or preteen* or pre-teen* or preschool* or pre-school* or pubescen* or pupil? or schoolage* or

school-age* or schoolchild* or school-child* or schooler* or teen* or toddler* or underage* or under-age* or youngster* or young people or young person*):ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)

#12 (child* or infan* or youth or adolesc* or boy* or girl* or juvenile* or kid? or kindergarten* or minor? or prepubescen* or pre-pubescen* or preteen* or pre-teen* or preschool* or pre-school* or pubescen* or pupil? or schoolage* or school-age* or schoolchild* or school-child* or schooler* or teen* or toddler* or underage* or under-age* or youngster* or young people or young person*)
Publication Year from 2012 to 2017, in Other Reviews and Technology Assessments

#13 #8 or #9 or #10 or #11 or #12

#14 #7 and #13

#15 #1 or #2 or #3 or #14 Publication Year from 2012 to 2017

Campbell Library

Gjennomgang av alle systematiske oversikter sortert under tema «Social welfare» eller «Education».

Ekstrasøk etter pågående oversikter i Prospero

Søketreff: 139

(maltreat* OR mistreat* OR child* abuse* OR abuse* child* OR sexual* abus* OR neglect* child* OR child* neglect*)

Vedlegg 4. Ekskluderte studier

Oversikt Førsteforfatter år (referansenummer)	Årsak til eksklusjon
Abbas 2014 (52)	Abstract
Amado 2015 (53)	Populasjonen er en voksen populasjon (ikke barn og ungdom på tiden da tegn og signaler er målt/identifisert).
Barbosa 2014 (54)	Voksen populasjon (ikke barn og ungdom på tiden da tegn og signaler er målt/identifisert).
Bartelink 2016 (55)	Letter
Bartelink 2015 (56)	Handler ikke om tegn og signaler
Bergström 2016 (57)	Handler ikke om tegn og signaler
Black 2014 (58)	Ikke systematisk oversikt
Biehal 2014 (59)	Feil populasjon
Brinkley 2017 (60)	Kasuistikker
Campos 2014 (61)	Forebygging og behandling, handler ikke om tegn og signaler
Da Silva Ferreira 2014 (62)	Ansiktsuttrykk, testing gjort hos spesialister.
Damasse 2015 (63)	Handler om verktøy til bruk hos spesialister
Danese 2015 (64)	Abstrakt, kohortstudie om assosiasjon mellom overvekt og omsorgssvikt (populasjon fulgt fra fødsel til 38 år).
Debowska 2017 (65)	Handler ikke om tegn og signaler
De Albuquerque 2014 (66)	Protokoll

Oversikt Førsteforfatter år (referansennummer)	Årsak til eksklusjon
Euser 2015 (67)	Effekt av forebyggingsprogram, handler ikke om tegn og signaler
Ernoul 2016 (68)	Selvskading, ikke systematisk oversikt
Ford 2015 (69)	Ikke systematisk oversikt
Forte-rapport Ställdal og Jacobsen 2015 (70)	Tiltak overfor voksne for å forebygge seksuelle overgrep
Gongola 2017 (71)	Snakker barn sant? Kan brukes i bakgrunn og diskusjon.
Helmus 2013 (72)	Handler om holdninger hos voksne, ikke tegn og signaler hos barn
Kapfhammer 2012 (73)	Voksenpopulasjon med traumer og psykoser
Lemaigre 2017 (74)	Protokoll
Liu 2016 (75)	Handler ikke om tegn og signaler
Lourenço 2013 (76)	Handler om litteraturen, ikke barna. Ikke systematisk oversikt
MacGregor 2015 (77)	Ikke tegn hos barn, protokoll
Meinck 2017 (78)	Protokoll
Miller 2013 (79)	Handler om selvmord og selvmordsforsøk som vel vil fanges opp av spesialisthelsetjenesten
Moore 2015 (80)	Handler ikke om tegn og signaler
The Munro Review 2010 (81)	Handler om systemer, ikke tegn og signaler hos barn
Naughton 2017 (82)	“Ask me” Har inkludert én av samme forfatter, ikke denne
Naughton 2014 (83)	“Mind the gap” Har inkludert én av samme forfatter, ikke denne
Nematollahi 2012 (84)	Ikke systematisk oversikt
Norman 2015 (85)	Handler ikke om tegn og signaler

Oversikt Førsteforfatter år (referansenummer)	Årsak til eksklusjon
Paavilainen 2014 (86)	Protokoll
Pacheco 2014 (54)	Ikke systematisk oversikt
Pérez-González 2015 (87)	Selvordstanker- og forsøk i spesialisthelsetjenesten
Phillips 2012 (88)	Prevalens (vi har inkludert Phillips 2015)
Romano 2016 (89)	Ikke tegn og signaler
Sari 2016 (90)	Ikke tegn og signaler
Sherr 2017 (91)	Handler om barn som bor på institusjon
Shirani (92)	Stamming, ikke tegn og signaler
Staton-Tindall 2013 (93)	Ikke tegn og signaler
Straube 2013 (94)	Diagnostikk og behandling av hodepine, ikke systematisk oversikt
Sylvestre 2016 (95)	Oversikten overlapper i stor grad med Lum 2015, som er av høyere metodisk kvalitet.
Vasileva 2016 (96)	Ikke tegn og signaler
Verrotti 2014 (97)	Abstrakt
Viola 2016 (98)	Ikke tegn og signaler
Williams 2004 (99)	Abstrakt
Wendland 2017 (100)	Ikke systematisk oversikt
Yap 2015 (101)	Handler om foreldreroller og angst/depresjon hos barn
Zeanah 2015 (102)	Ikke systematisk oversikt
Zengyan 2017 (103)	Depresjon og omsorgssvikt, skiller ikke mellom barn og voksne i resultatrapporteringen.

Vedlegg 5. Metodisk kvalitet på oversiktene

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Allen 2012	Ja	Ja	Ja	Uklar	Nei	Nei	Nei	Uklar	Ja	Lav
Braga 2017	Ja	Ja	Ja	Uklar	Uklar	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Camilo 2015	Ja	Ja	Uklar	Uklar	Nei	Nei	Nei	Uklar	Uklar	Lav
Caslini 2015	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja	Ja	Middels
Gershoff 2016	Ja	Uklar t	Ja	Uklar	Nei	Nei	Ja	Ja	Ja	Middels til lav
Homma 2012	Ja	Uklar	Ja	Uklar	Nei	Nei	Ja	Ja	Ja	Middels
Infurna 2016	Ja	Uklar	Ja	Uklar	Nei	Nei	Ja	Ja	Ja	Middels til lav
Irigaray 2013	Ja	Ja	Ja	Uklar	Nei	Nei	Nei	Nei	Uklar	Lav
Jones 2012	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Kemp 2014	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja	Ja	Lav
LeBrun 2015	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Middels til høy
Lereya 2013	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja	Ja	Middels til lav
Love 2015	Ja	Uklar	Uklar	Nei	Ja	Ja	Nei	Uklar	Uklar	Lav
Luke 2013	Ja	Ja	Ja	Uklar	Nei	Uklar	Ja	Uklar	Uklar	Lav
Lum 2015	Ja	Ja	Ja	Uklar	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Madigann 2014	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja	Ja	Middels til lav
Malarbi 2017	Ja	Ja	Ja	Uklar	Nei	Nei	Ja	Ja	Ja	Middels til lav
Maquire 2015	Ja	Uklar	Ja	Nei	Ja	Nei	Nei	Nei	Uklart	Lav

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Molendjik 2017	Ja	Uklar	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Masson 2015	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja	Ja	Middels
Naughton 2013	Ja	Uklar	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Uklar	Middels
Philips 2015	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklar	Uklar	Ja	Middels
Pignatelli 2017	Ja	Uklar	Ja	Uklar	Uklar	Uklar	Ja	Ja	Ja	Middels
RCPCH 2014 til 2017 x 7	Ja	Uklar	Uklar	Uklar	Ja*	Uklar	Nei	Uklar	Uklar	Lav/uklar
Vu 2016	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Ja	Uklar	Nei	Lav

*Noen forfattere oppgir e-post og kan kontaktes

Spørsmål i sjekklisen

1. Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?
2. Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk?
3. Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. Endepunkter)?
4. Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?
5. Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?
6. Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier?
7. Er metodene som ble brukt, da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?
8. Ble resultatene fra studiene sammenfattet på en forsvarlig måte?
9. Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?
10. Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?

Vedlegg 6. Kjennetegn ved de inkluderte oversiktene

Oversikt Dato søk	Antall inkluderte studier Studiedesign Land	Populasjon (n)	Type omsorgssvikt	Tegn/utfall	Oversiktens begrensinger
Allen 2012 (38) Søkedato, publikasjoner før 2011	23 studier, kasus-kontroll, land ikke oppgitt	1660 barn / ungdommer	Seksuelle overgrep, fysiske overgrep	Tegninger av kroppsdel/aktiviteter	Narrativ, ingen kvalitetsvurdering av inkluderte studier Rapporterer funn som signifikante eller ikke signifikante forskjeller i tolkninger av tegninger som utsatte og ikke-utsatte barn har tegnet
Braga 2017 (17) Søk feb 2016	33 kohortstudier, USA, UK, Australia, Israel, Korea	23 973 ungdommer	Omsorgssvikt, fysiske overgrep, seksuelle overgrep, psykologiske overgrep, vanskjøtsel	Antisosial atferd, aggressiv atferd	Uklare kriterier for kvalitetsvurdering
Caslini 2016 (47) Søk januar 2014	4 studier - ungdom (totalt 32 studier)	1479 ungdommer (totalt)	Seksuelle, fysiske og psykologiske overgrep	Spiseforstyrrelser	

Oversikt Dato søk	Antall inkluderte studier Studiedesign Land	Populasjon (n)	Type omsorgssvikt	Tegn/utfall	Oversiktens begrensinger
	Tyskland, Australia, Sverige	14000 også voksne)			
Camilo 2016 (39) Søk april 2015	33 studier		Uspesifisert	Foreldreatferd	Testing i «lab-setting». Ingen metaanalyse
Gershoff 2016 (21) Søk juni 2014	75 studier; RCTer, kohort, tverrsnitt og kasus-kontroll, over halvparten fra USA	160 927 barn og ungdommer	Fysiske overgrep (ri- sing)	Uønskete utfall hos barn: trass, lav moral, aggresjon, antisosial atferd, utagerende atferdsproblemer, in- ternaliserende atferdsproblemer, psykiske helseproblemer, stoff- /alkoholbruk, negative foreldre- barnrelasjoner, svekket kognitiv fungering, lav selvtillit, lav selvre- gulering	Ingen kvalitetsvurdering av inkluderte studier
Homma 2012 (22) Søk 2011	10 kohort-, tverr- snitt- og kasus-kon- trollstudier, USA	42 685 ungdom- mer	Seksuelle overgrep	Seksuell risikoatferd (ubeskyttet sex, involvering i graviditet, flere seksualpartnere)	Ingen kvalitetsvurdering av inkluderte studier
Infurna 2016 (23) Søk august 2015	4 studier En studie involverte flere land, to var utført i England og en i Ca- nada.	636 ungdom- mer	Omsorgssvikt, fysiske overgrep, seksuelle overgrep, psykologiske overgrep, vanskjøtsel	Depresjon diagnostisert vha CECA*	Ingen kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Oversikt Dato søk	Antall inkluderte studier Studiedesign Land	Populasjon (n)	Type omsorgssvikt	Tegn/utfall	Oversiktens begrensinger
Irigaray 2013 (40) Søk 2011	6 kasus-kontrollstudier, opphavsland ikke oppgitt	853 barn og ungdommer (3-17 år)	Omsorgssvikt	Kognitiv fungering	Ingen kvalitetsvurdering av inkluderte studier eller kvantitativ sammenstilling av resultatene
Jones 2012 (18) Søk 2010	17 studier; 15 tverrsnitt, 2 kohort USA, Storbritannia, Sverige, Finland, Spania, Israel.	18 374 barn	Fysiske overgrep, seksuelle overgrep, psykologiske overgrep, van-skjøtsel	Funksjonsnedsettelse	
Kemp 2014 (41) Søk mars 2011 Studiene var publisert mellom 1977 og 2010	En tverrsnittsstudie og 18 kasusstudier.	88 barn mellom 0 og 18 år	Fysiske overgrep	Brennmerker/brannskade	Resultatene er sparsomt presentert
LeBrun 2015 (24) Søk juli 2014	24 studier Kvantitative og kvalitative studier-surveys og tverrsnitt Nederland, Norge, USA, Sverige, Canada.	Barn og unge	Fysiske overgrep	Flyktning-/innvandrerbakgrunn	

Oversikt Dato søk	Antall inkluderte studier Studiedesign Land	Populasjon (n)	Type omsorgssvikt	Tegn/utfall	Oversiktens begrensinger
Lereya 2013 (25) Søk 2012	70 studier Kohort og tverrsnitt studier	Barn/ungdom 4 til 25 år (208 778)	Uspesifisert	Mobbeoffer og/eller mobber	
Love 2015 (42) Uklart når søket ble utført, men tilbake i tid til etter 2006	RCT (1), kvasi-eksperimentell (1), kasus-kontroll (2), tverrsnittsstudie (1), kohort (1)	14621 barn hvorav 13472 tilhørte tverrsnittsstudien, flest jenter	Uspesifisert	Ukritisk vennlighet	
Luke 2013 (43) Søk feb 2012	19 studier (ukjent design); 1 fra Italia, 1 fra UK, 1 fra Spania, 1 fra Canada, øvrige fra USA	6155 barn og ungdommer	Omsorgssvikt; fysiske, seksuelle og psykologiske overgrep; van-skjøtsel	Sosial forståelse: emosjonskunnskap, emosjonsforståelse, emosjonsgjenkjenning, perspektiv taking, falsk overbevisning, fiendtlige attribusjonsfeil	Ingen kvalitetsvurdering av inkluderte studier
Lum 2015 (19) Søk oktober 2013	26 studier tverrsnitt, kohort Land ikke oppgitt	1176+936 barn mellom 2 ½ år og 11 år	Uspesifisert	Språkutvikling, kognisjon, sosio-økonomisk status	Kvalitetsvurdering av enkeltstudiene viste at utfallsmåler var blindet for status om omsorgssvikt i 11 av 26 inkluderte studier
Madigan 2014 (26) Søk april 2013	38 studier, kasus-kontroll / kohort, Nord-/Sør-Amerika, Sør-Afrika, New Zealand	75 390 jenter / kvinner	Uspesifisert	Tenåringsgraviditet	Ingen europeiske studier

Oversikt Dato søk	Antall inkluderte studier Studiedesign Land	Populasjon (n)	Type omsorgssvikt	Tegn/utfall	Oversiktens begrensinger
Malarbi 2017 (27) Søk opp til september 2014	27 studier Studiedesign og land ikke oppgitt	Traumatiserte barn med/uten PTSD vs ikke-traumatiserte barn (n= 1526)	Ikke spesifisert	Kognitiv funksjon; blant annet intelligens, språk, læring, hukommelse	
Maguire 2015 (44) Søk aug 2012	26 kohort-, kasus-kontroll- og tverrsnittstudier; 1 fra Spania, 3 fra Israel, 1 fra Canada, øvrige fra USA	5473 barn (6-12 år)	Vanskjøtsel, psykologiske overgrep	Emosjonelle, atferds- og kognitive trekk	Ingen kvalitetsvurdering av inkluderte studier eller kvantitativ sammenstilling av resultatene
Masson 2016 (28) Søk juni 2013	12 studier, hvorav 7 med barn; kasus-kontroll; USA	539 barn og ungdommer med psyk. lidelse vs andre barn (7-18 år)	Uspesifisert	Kognitiv fungering	Ingen kvalitetsvurdering av inkluderte studier Det er noe rart med hvordan de regner antall studier i denne SRen. Først sier de at de har inkludert 12 studier, hvorav 7 om barn. Så sier de at de har resultater fra 18 studier i metaanalysen for barn.
Molendijk 2017 (20) Søk juni 2016	4 studier med	Ungdom med spiseforstyrrelse vs annen ungdom	Psykologiske, fysiske og seksuelle overgrep	Spiseforstyrrelse	

Oversikt Dato søk	Antall inkluderte studier Studiedesign Land	Populasjon (n)	Type omsorgssvikt	Tegn/utfall	Oversiktens begrensinger
Naughton 2013 (29) Søk februar 2011	28 kasus-kontroll-, 13 kohort- og en tversnittstudie, to fra Canada, øvrige fra USA	5875 førskole- barn (0-6 år)	Vanskjøtsel, psykolo- giske overgrep	Emosjonelle, atferds- og utvikling- strekk	Narrativ oversikt – ingen effektestimater eller analyser
Pignatelli 2017 (46) Søk juli 2016	1 studie med ung- dom (7 studier to- talt) Tyskland	121 ungdom	Vanskjøtsel	Spiseforstyrrelser	(Studien er også inkludert i Molendijk 2017)
Philips 2015 (30) Søk august 2014	Åtte tverrsnittsstu- dier, Sri Lanka, Tyrkia, Storbritannia, Ne- derland, USA og Hellas	Barn 3 til 18 år. Studiene inklu- derer mange tu- sen barn totalt.	Uspesifisert	Obstipasjon, fekal inkontinens	Ingen meta-analyser
Vu 2016 (45) Søk april 2015	74 studier, studie- design og land ikke rapportert	Barn (antall og alder ukjent)	Partnervold i familien	Tilpasnings-, utagerende og/eller internaliserende problemer	Mangelfull informasjon om inkluderte studier, ingen kvalitetsvurdering
RCPCH -Bites 2017 (37) Søk juni 2014	Fem kasustikker.	Barn 0 til 17 år	Fysiske overgrep	Bitemerker	<i>Resultatene er kun overfladisk presentert</i>

Oversikt Dato søk	Antall inkluderte studier Studiedesign Land	Populasjon (n)	Type omsorgssvikt	Tegn/utfall	Oversiktens begrensinger
RCPCH -Burns 2016 (31) Søk oktober 2016	100 studier	Barn mellom 0 og 18 år	Fysiske overgrep	Brennmerker	Studiene er ikke beskrevet eller kvalitetsvurdert og resultatene er kun overfladisk presentert.
RCPCH -Parent-child interaction 2017 (34) Søk november 2014	27 studier USA (25 studier), Danmark og Spania.	Foreldre med barn 0 til 14 år	Vanskjøtsel, psykologiske overgrep	Foreldre-barninteraksjoner	Mangelfull rapportering, men god oppsummering! Det mangler studier om far-barn relasjoner og tidlig vanskjøtsel. Oppsummerer trekk i aldersgruppen 0 til 17 mnd, 18 mnd til 3 år, 4 til 5 år og 6 til 14 år.
RCPCH 2017 School age neglect (33) Søk nov 2014	16 studier, studiedesign og land ikke rapportert	Barn 7-11 år (N ukjent)	Vanskjøtsel, psykologiske overgrep	Atferdstrekk, sosial fungering, emosjonelt velvære, skoleprestasjoner, IQ, hukommelse	Narrativ oversikt – ingen effektestimater eller analyser
RCPCH 2017 Teenage neglect (32) Søk mars 2014	6 studier, studiedesign og land ikke rapportert	Ungdommer 11-20 år (N ukjent)	Vanskjøtsel, psykologiske overgrep	Emosjonelle trekk, risikoatferd, sosiale relasjoner, generell helse og velvære, skoleengasjement	Narrativ oversikt – ingen effektestimater eller analyser
RCPCH 2017 Early years neglect (35) Søk okt 2014	43 studier, studiedesign og land ikke rapportert	Barn 0-5 år (N ukjent)	Vanskjøtsel, psykologiske overgrep	Emosjonelle, atferds- og utviklingstrekk	Narrativ oversikt – ingen effektestimater eller analyser

Oversikt Dato søk	Antall inkluderte studier Studiedesign Land	Populasjon (n)	Type omsorgssvikt	Tegn/utfall	Oversiktens begrensinger
RCPCH- <i>Bruising</i> 2016 (36) Søk februar 2016	42 studier	Hovedsakelig barn under 10 år	Fysiske overgrep	Blåmerker	Narrativ oversikt – ingen effektestimater eller analyser

Vedlegg 7. Oversikter av lav metodisk kvalitet

Kroppslige/fysiske tegn

Brennmerker

To oversikter (31;41) som hadde som mål å undersøke sammenhengen mellom brennmerker og omsorgssvikt var av lav metodisk kvalitet. Søkene etter enkeltstudier i de to oversiktene var utført i henholdsvis oktober 2016 (RCPCH - *burns* 2017) og mars 2011 (Kemp 2014). Verken RCPCH - *burns* 2017 eller Kemp 2014 har presentert kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene. Se tabell 19 i vedlegg 5 for kvalitetsvurderinger av alle oversiktene. Se også Vedlegg 6. Kjennetegn ved de inkluderte oversiktene.

RCPCH - *burns* 2017 oppsummerte fire spørsmål: 1) Hvilke kliniske og sosiale karakteristika skiller brennmerker som resultat av uhell fra brennmerker som stammer fra overgrep? (35 studier), 2) Hva er kjennetegnene på brennmerker som stammer fra overgrep? (35 studier), 3) Hva er det som kan føre til noe som ligner på brennmerker fra overgrep? (30 studier), 4) Hvordan identifisere brennmerker som henger sammen med omsorgssvikt? (0 studier). Selve resultatene er ikke presentert. Heller ikke antall barn i hver studie, eller hvor og når studien er utført (informasjon innhentet) er presentert. Derfor er det svært vanskelig å tolke denne informasjonen.

Kemp og medarbeidere hadde som mål å identifisere karakteristika av brennmerker (ikke de fra skålding med varmt vann) som er gitt med hensikt, det vil si ved overgrep (41). Forfatterne inkluderte 20 studier. Brennmerkene som ble beskrevet av Kemp 2014 stammer fra forskjellige husholdningsapparater (ikke videre beskrevet), sigaretter, strykejern, hårføner, radiatorer og andre varmeovner, varm olje, krølltang, bilpanser, lighter, elektroshokkvåpen, oppvarmet kniv, kjemikalier, åpen flamme og mikrobølgeovn.

Bitemerker

Vi fant én oversikt som omhandlet biting/bitemerker (37), søket var utført i juni 2014. Forfatterne ønsket å kunne si hvilke karakteristika av et bitemerke som sannsynlig stammer fra et overgrep. Fem studier med til sammen fem barn er inkludert i denne

oversikten. Alle barna hadde blitt utsatt for overgrep, og for den ene babyen- med døden til følge. Fire av barna var yngre enn 30 måneder og det femte barnet en tenåringsjente. Et av barna er hvit, ellers ingen informasjon om sosioøkonomisk status, sted eller årstall for undersøkelsene. Vi vurderer at denne oversikten er av mangelfull metodisk kvalitet mye grunnet sparsommelig presentasjon av studiene.

Blåmerker

Vi fant én oversikt som omhandlet bruising- blåmerker (36). Forfatterne hadde et to-delt mål: 1) de ville se etter mønstre og plassering av blåmerker som indikerer overgrep. 2) de ønsket å vite om man kan vurdere hvor gamle blåmerkene er. Kun den første problemstillingen er vurdert relevant for vår oversikt over oversikter. Tre av de 42 inkluderte studiene sammenlignet barn med blåmerker fra uhell med mønstre og plassering av blåmerker hos barn som hadde vært utsatt for overgrep. Barna i disse tre studiene var observert i settinger som forhåpentligvis ikke er sammenlignbare med det som observeres av skole og barnehagepersonell; poliklinikk (322 barn 1-14 år), intensivavdeling (105 barn under 3 år) og innlagt på sykehus med alvorlig hodeskade (95 barn 0-4 år). Vi vurderer at denne oversikten er av mangelfull metodisk kvalitet.

Psykososiale vansker

Tilpasningsproblemer

Vi inkluderte én systematisk oversikt som oppsummerte forskning om sammenhengen mellom tilpasningsproblemer og oppvekst i en familie med partnervold (45). Forfatterne inkluderte 74 studier av ukjent design og ukjent opphavsland. Antall barn som deltok i de inkluderte studiene var ikke oppgitt. Forfatterne fant at det var en svak sammenheng mellom oppvekst i familie med partnervold og tilpasningsproblemer. Vi vurderte at oversikten har lav metodisk kvalitet.

Foreldre- og barnrelasjoner

Camilo og medarbeidere inkluderte 33 enkeltstudier i sin oversikt (39). Forskerne i studiene hadde studert foreldre i ulike «lab-settinger». Det var foreldre som utøver omsorgssvikt, «abusive parents» og foreldre i risiko ble sammenliknet med andre foreldre. Noen av indikatorene/tegn som ble vurdert var uhensiktsmessige forventninger fra foreldre overfor barna, mangel på empati for barns behov, foreldres holdning til fysisk avstraffelse og reversert foreldre-barn roller. Det er uklart om denne oversikten kan bidra til å si noe sikkert om tegn og signaler hos barn eller foreldre og forfatterne av oversikten etterlyser forskning, særlig om «neglective» foreldre. Vi vurderte at oversikten har lav metodisk kvalitet.

RCPCH- rapporten har oppsummert forskning om foreldre/barn interaksjoner (34). Forfatterne stilte følgende spørsmål: Hva kjennetegner foreldre-barn interaksjoner

blant barn i alderen 0 til 14 år som har vært utsatt for psykologiske overgrep eller vanskjøtsel? De inkluderte 27 studier fra USA (25 studier), Danmark og Spania. Barn som opplever dårlige foreldre-barn interaksjoner kan mislykkes i å utvikle trygg tilknytning med foreldrene, noe som kan føre til langvarige sosiale og psykologiske problemer. Forfatterne konkluderer med at mens vanskjøtsel er mangel på å gi adekvat omsorg så er det påviselige faktorer i interaksjonen mellom barn utsatt for psykologiske overgrep eller vanskjøtsel, og deres omsorgsgivere. Forfatterne oppsummerer tegn/signaler/faktorer som kan observeres hos barn og barn/foreldre i aldersgruppene 0 til 17 mnd, 18 mnd til 3 år, 4 til 5 år og 6 til 14 år.

Kognitiv fungering

Irigaray og medarbeidere inkluderte 17 enkeltstudier i sin oversikt, hvorav seks omhandlet barn og ungdom (3-17 år) (40). Forskerne i studiene hadde sammenliknet kognitiv fungering hos barn som var utsatt for omsorgssvikt, med barn som ikke var utsatt. Forfatterne av den systematiske oversikten oppga ingen kvantitative analyser eller data, men konkluderte med at barn og ungdom utsatt for omsorgssvikt hadde dårligere verbal episodisk hukommelse, arbeidshukommelse, oppmerksomhet og eksekutive funksjoner, enn utsatte barn.

Maguire og medarbeidere har oppsummert 26 studier med totalt 5473 barn (44). Studiene var fra Spania, Israel, Canada og USA. Barna var i aldersgruppen 6 til 12 år. Barna var utsatt for vanskjøtsel, forsømmelse og psykologiske overgrep. Forfatterne har ikke gjort noen kvantitativ sammenslåing av data (metaanalyser). Artikkelforfatterne har vurdert sammenhengen mellom vanskjøtsel, forsømmelse og psykologiske overgrep på utfallsmål som kognisjon, skoleprestasjoner, intelligens. Forfatterne konkluderer med at barn som er utsatt for vanskjøtsel og forsømmelse kan vise atferdstrekk som lav selvtillit, dårlig sosial forståelse, ADHD-trekk. Disse tegn/signaler kan igjen ha sammenheng med dårlige skoleprestasjoner. Vi vurderte at oversiktene har lav metodisk kvalitet.

Sosial kompetanse

Vi fant én systematisk oversikt som har oppsummert forskning om sammenhengen mellom overgrep og sosial kompetanse (43). Forfatterne inkluderte 51 enkeltstudier, 19 studier ble inkludert i metaanalyse. Barn og unge utsatt for omsorgssvikt/overgrep (fysiske, seksuelle, følelsesmessige overgrep, vanskjøtsel, vold i hjemmet, verbal aggresjon) ble sammenliknet med barn som ikke var utsatt for omsorgssvikt/overgrep (N=6155). Forskerne vurderte sosial forståelse som emosjonskunnskap, emosjonsforståelse, emosjonsgjenkjenning, perspektiv taking, falsk overbevisning og fiendtlige attribusjonsfeil. Vi vurderte at oversikten har lav metodisk kvalitet.

Udiskriminerende vennlighet

Vi fant én oversikt som omhandlet faktorer som er assosiert med udiskriminerende vennlighet hos høyrisiko barn (42). De ti inkluderte studiene (publisert etter 2006) omhandlet mulig sammenheng med genetisk variasjon, andre biologiske faktorer, hvor lenge barn har vært på institusjon, vært under hemmende kontroll, ankerfeste (attachment), kognitiv ability og omsorgspersonens omsorgskvalitet. De fire studiene som hadde sett etter assosiasjon mellom usensurert vennlighet og omsorgspersonens omsorgskvalitet. Vi vet ikke om det er en sammenheng eller ikke. Vi vurderte at oversikten har lav metodisk kvalitet.

Barnetegninger

Vi fant én systematisk oversikt som oppsummerte forskning på feltet tolkning av barnetegninger (38). Forfatterne hadde til hensikt å undersøke om analyse eller tolkning av barnetegninger («projective drawings») er egnet til å finne tegn på seksuelle overgrep hos barn. Enkeltstudiene som er inkludert i oversikten sammenliknet barnetegninger fra barn som hadde vært utsatt for seksuelle eller fysiske overgrep med tegninger fra barn som ikke var utsatt. Enkeltstudiene hadde brukt identifiserte indikatorer eller definerte scoringssystemer som: Human figure drawings, Kinetic drawings, Favorite Kind of Day, Koppitz Emotional Indicators og Van Hutton Scoring System. Totalt 1478 barn var med i de 23 inkluderte studiene. Forfatterne fant at man ikke kan si at noen av indikatorene eller skåringssystemer er valide til bruk på barnetegninger i den hensikt å identifisere barn som har vært utsatt for seksuelle eller fysiske overgrep. Vi vurderte at oversikten har lav metodisk kvalitet.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mai 2018

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no