



2024-06-11

Metoder för att, inom primärvården, identifiera barn som far illa - en scoping review

Anna Nyman, ST-läkare
Wästerläkarna

Rapport: 282891 (rapportnr FoU i VGR), 2024

Litteraturstudie 2024

FoU i VGR: LÄNK: <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/282891>

Utförd under ST i allmänmedicin, Göteborg

inom kurs MFM340 Forskningsmetodik för hälso- och sjukvårdsanställda, 10.5 hp

Kursort: Göteborg

Handledare:

Olof Thoreson, Specialist i Allmänmedicin, Medicine Doktor
Wästerläkarna

Studierektor:

Erik Åberg, Specialist i Allmänmedicin

Sammanfattning

Bakgrund

Barn som far illa är ett globalt problem med risk för omfattande negativa konsekvenser för barnet, både på kort och lång sikt. Mörkertalet av barn som far illa är sannolikt stort. Många barn besöker primärvården och härigenom finns möjligheter att identifiera barn som far illa.

Syfte/frågeställning

Studiens syfte är att kartlägga vad aktuellt forskningsläge säger kring metoder för att, inom primärvården, identifiera barn som far illa.

Metod

Studien utfördes som en kartläggande litteraturoversikt (scoping review) där sökningar gjordes i två databaser, PubMed och Scopus. Artiklar selekterades härefter fram genom, på förhand, bestämda inklusionskriterier.

Resultat

Totalt fem kvalitativa/kvantitativa artiklar inkluderades. Ingen metod kunde ensam identifiera barn som far illa men metoderna skulle kunna användas som komplement till andra insatser inom primärvården. En screeningmetod hade ett negativt prediktivt värde på 99,1 och identifierade 1,8% av de barn som far illa. I en annan studie identifierades 54% av misshandlade barn. De fem granskade artiklarna hade olika studiepopulationer, använde olika metoder och var gjorda i länder med varierande sjukvårdssystem och lagar kring barnaga vilket påverkar generaliserbarheten av fynden.

Konklusion

Befintliga screeningmetoder för att identifiera barn som far illa kan användas som komplement till utbildning inom området, men bör inte ersätta att personal utbildas inom ämnet. Det finns inga indikationer på att befintliga screeningmetoder för att identifiera barn som far illa är ogynnsamma. Fåtalet studier och heterogeniteten mellan dessa påverkar generaliserbarheten. Vidare utveckling av metoder för att, inom primärvården, identifiera barn som far illa behövs.

Nyckelord

Barn som far illa, barnmisshandel, primärvård, identifiering

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Bakgrund	4
<i>Introduktion</i>	4
<i>Bakomliggande fakta</i>	4
<i>Skyddande lagar och enheter</i>	5
<i>Svenska primärvårdens kontakt med barn</i>	6
<i>Syfte/frågeställning</i>	6
Metod	6
<i>Studiedesign</i>	6
<i>Datainsamling och analys</i>	7
<i>Urval</i>	7
<i>Etiska beaktanden</i>	7
Resultat	8
Diskussion	13
<i>Styrkor och svagheter</i>	16
Konklusion	17
Referenslista	18

Bakgrund

Introduktion

Alla barn har rätt till trygga uppväxtförhållanden (1). Trots det är barnmisshandel och vanvård utbredd och förekommer globalt, inom alla kulturer (2), och oavsett socioekonomi (3).

Barnmisshandel kan delas upp i fyra huvudtyper – sexuella övergrepp, fysisk misshandel, emotionell misshandel och försummelse (4). Emotionell misshandel skadar och påverkar det känslomässiga livet medan psykologisk misshandel skadar det mentala livet och påverkar den mentala utvecklingen. Det finns skillnader i dessa former av misshandel, men många gånger används begreppen synonymt (5). Begreppet barn som far illa kommer ur engelskans begrepp ”child maltreatment” (i denna text översatt till barnmisshandel) och innefattar enligt WHO:s definition alla former av övergrepp, försummelse och utnyttjande som leder till faktisk eller potentiell skada för barnets hälsa eller utveckling (1). Utöver lidande i stunden kan våld, övergrepp eller försummelse mot/av ett barn påverka barnet även som vuxen.

Samband mellan utsatthet som barn och multipla riskfaktorer för flera av de vanligaste dödsorsakerna hos vuxna finns beskrivna (1). Hälso- och sjukvården har en viktig roll i att identifiera och anmäla barn som far illa (6). Inom primärvården finns en unik möjlighet att identifiera barnmisshandel och vanvård (7). Syftet med den här rapporten är att kartlägga forskningsläget kring vilka metoder som finns för att, inom primärvården, identifiera barn som far illa.

Bakomliggande fakta

Barn kan utsättas för risker på olika sätt. Både krig och osäker tillgång till mat utgör risker för barn, både på kort och lång sikt (8). Enligt Förenta Nationerna levde över 450 miljoner barn i en konfliktzon under slutet av år 2021 (9). Barnmisshandel är ett globalt, underrapporterat problem (2, 6, 10) och ger ofta både kort- och långsiktiga konsekvenser för barnet (11).

Enligt World Health Organization (WHO) (11) beskrivs att barnmisshandel omfattar alla typer av fysisk och/eller emotionell utsatthet, sexuella övergrepp, försummelse, oaktsamhet och kommersiellt eller annat utnyttjande som orsakar skada eller potentiell skada för barnets hälsa, överlevnad eller utveckling och drabbar individer under 18 år. Nästan tre av fyra barn, eller 300 miljoner barn, i åldrarna 2-4 år utsätts regelbundet för fysisk bestraffning och/eller psykologiskt våld av föräldrar och vårdnadshavare (11).

Barnmisshandel kan ge livslånga konsekvenser så som skallskador och svåra handikapp, posttraumatisk stress, ångest, depression och sexuellt överförbara sjukdomar inklusive HIV. Barnmisshandel kan påverka kognitiva funktioner och akademiska prestationer och är kopplat till alkohol- och drogberoende liksom rökning, vilket är riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar liksom cancer. Risker för att drabbas av barnmisshandel ökar vid ålder under fyra år eller att vara tonåring, att vara oönskad eller inte uppfylla föräldrarnas förväntningar, speciella behov, ihärdigt gråtande eller fysiska avvikelser, intellektuellt handikapp eller neurologisk sjukdom samt att vara homosexuell, bisexuell eller transgender. Att själv ha utsatts för barnmisshandel ökar risken att själv utsätta barn för barnmisshandel. Låg socioekonomi är en annan riskfaktor för barnmisshandel (11).

Skyddande lagar och enheter

Lagar som förbjuder våldsamma bestraffningar och som skyddar barn mot sexuella övergrepp och utnyttjande är en effektiv intervention mot barnmisshandel (11).

Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter innehåller bestämmelser om mänskliga rättigheter för barn (12). Dessa rättigheter gäller barn i konventionsstaterna (13). Där formuleras att barnet ska skyddas mot ”alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, innefattande sexuella övergrepp medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavarens eller annan persons vård” (12). Barnkonventionen gäller som svensk lag, sedan 1 januari 2020 (13).

Alla som får kännedom om eller fattar misstanke om att ett barn far illa bör utfärda en anmälan om oro till socialnämnden (14). Flera yrkesverksamma och myndigheter är skyldiga att, enligt lag, anmäla till socialnämnden vid kännedom om eller misstanke om att ett barn far illa (14). Bland andra omfattas Hälso- och sjukvården och tandvården i Sverige av skyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL att anmäla till socialnämnden vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa (14). Trots det underrapporteras dessa fall och misstankar (1). Även yrkesverksamma inom skola och förskola omfattas av anmälningskyldighet vid kännedom om eller misstanke om att ett barn far illa (14). Vid mottagen orosanmälan bedömer socialnämnden om barnet är i behov av omedelbart skydd, eller vidare utredning av socialtjänsten (14). Då vårdnadshavare inte, fullt ut, kan ta sitt ansvar för barnet träder socialnämndens ansvar för att stödja och skydda barn som riskerar en ogynnsam utveckling i

kraft (15). Om så kräver, för barnets bästa, omfattar det ansvaret att ordna vård och fostran utanför det egna hemmet (15).

Svenska primärvårdens kontakt med barn

Sedan 1970-talet föds ungefär 86 000 – 120 000 barn i Sverige varje år (16). I december 2015 fanns 485 011 barn, 0-17 år, i Stockholms län. Drygt 70% av barnen hade en vårdkontakt under året, där de flesta besökte en primärvårdsläkare (17). På Barnavårdscentraler (BVC) bedrivs barnhälsovård (BHV) i Sverige (18). Barnhälsovården i Sverige är frivillig men når 97% av alla barn, enligt Svenska Barnhälsovårdsregistrets årsrapport från 2021 (19). I 16 regioner är BVC del i vård- eller hälsovalet för primärvård (18). Från förskoleklassålder tar elevhälsan, som inte ligger under svensk primärvård, över ansvaret (19). Baserat på ovanstående konstateras att primärvården träffar en stor andel av alla barn och således har en viktig roll i att identifiera barn som far illa.

Syfte/frågeställning

Syftet med denna scoping review är att kartlägga det aktuella forskningsläget gällande metoder för att, inom primärvården, identifiera barn som far illa.

Frågeställningen är – vad säger forskningen om metoder för att, inom primärvården, identifiera barn som far illa?

Metod

Studiedesign

Studien är utformad som en kartläggande litteraturöversikt (scoping review) enligt *Arksey, H. and L. O'Malley (2005)* (20). Även PRISMA Guidelines (21) har använts för att erhålla högsta möjliga kvalitet och reproducerbarhet. Syftet med denna studiedesign är att ge en översikt av befintlig forskning, identifiera luckor eller brister i kunskapen och att identifiera undersökningsområden som kan vara relevanta för framtida forskning. Kvalitetsgranskning av ingående studier ingår ej i en scoping review.

Datainsamling och analys

För att identifiera relevanta artiklar genomfördes sökningar i två databaser; PubMed och Scopus. Söksträngarna etablerades med stöd av en vetenskaplig bibliotekarie vid Biomedicinska biblioteket vid Göteborgs Universitet efter flera pilotsökningar. De slutgiltiga sökningarna genomfördes 20240304. Samma söksträng användes i både PubMed och Scopus.

Söksträng: ("child abuse") AND ("primary health care" OR "primary care") AND (detecting OR identify).

Resultaten redovisas i tabell och i textformat under rubriken ”Resultat” nedan.

Urval

Inklusionskriterier

- Studiemetoder: samtliga studiemetoder
- I rapporten inkluderas artiklar som har studerat metoder för identifiering av barn som far illa inom primärvård
- Kön och ålder: båda könen, ålder 0-18 år
- Artiklarna som granskas ska vara tillämpbara inom primärvård
- Studierna ska vara skrivna på engelska eller svenska
- Tillgång till fulltextversion av studien på Internet

Etiska beaktanden

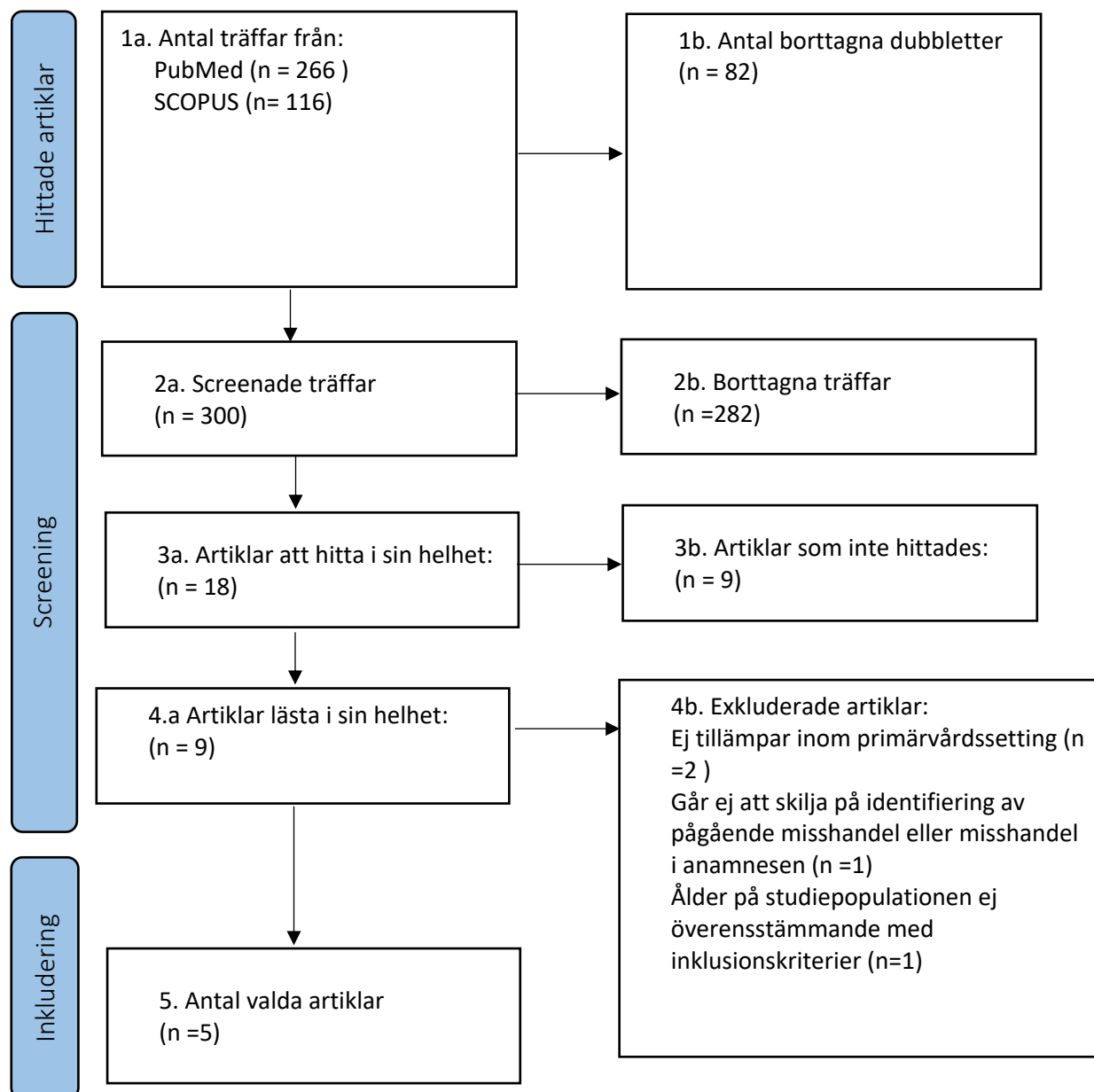
För utförande av den aktuella litteraturstudien behövdes inget etiskt godkännande då studien inte behandlade patientkänslig eller identifierbar information samt att studien utfördes som ett studentarbete vid Göteborgs Universitet.

Tre av de fem inkluderade studierna (22-24) var etiskt godkända. De övriga två studierna inkluderade i den aktuella litteraturstudien saknade etiskt godkännande. Den ena artikeln var en översiktsartikel (25), som sammanfattade och analyserade redan befintliga vetenskapliga artiklar, vilket inte kräver etiskt godkännande. Den andra artikeln (26) var en narrativ översiktsartikel med en fiktiv fallrapport som enligt samma resonemang inte heller behövde etiskt godkännande.

Resultat

Resultatet av sökningarna i de två databaserna Pubmed och Scopus gav 382 artiklar. 300 artiklar kvarstod efter att dubletter tagits bort. Efter genomgång av titel och abstrakt, utefter aktuella inklusionskriterier, kvarstod 18 artiklar att läsa i sin helhet, varav nio inte identifierades i fulltext på Internet. Vid genomgång av kvarstående nio artiklar exkluderades fyra (se figur 1). Två av dessa artiklar exkluderades då de inte var tillämpbara inom miljö av primärvårdstyp, en exkluderades då det inte gick att skilja mellan identifiering av pågående misshandel eller tidigare genomgången misshandel och en artikel exkluderades då åldern på studiens deltagare inte stämde överens med inklusionskriterier för det här projektet. Slutligen kvarstod fem artiklar att inkludera i studien. Se figur 1 för flödesdiagram enligt PRISMA för urvalsprocess av artiklar inkluderade i studien.

Redovisning av screeningsprocessen



Figur 1. Flödesdiagram av urvalsprocess.

De artiklar som inkluderades i litteraturstudien var en narrativ översiktsartikel från Australien (26), en kvalitativ deskriptiv fallstudie från Brasilien (22), en prospektiv kohortstudie från Nederländerna (23), en retrospektiv e-kohortstudie från Storbritannien (Wales) (24) och en översiktsartikelartikel från USA (25). De inkluderade artiklarna publicerades 2004 – 2023 (se tabell 1).

Tabell 1. Sammanställning över inkluderade artiklar

Titel, författare, publiceringsår, land	Syfte	Studiedesign	Studiepopulation	Utfallsmått	Huvudbudskap
An external validation of coding for childhood maltreatment in routinely collected primary and secondary care data, John et al. (24), 2023, Wales, Storbritannien	Skapa en externt validerad algoritm för att identifiera barnmisshandel genom att använda rutinmässigt insamlade sjukvårdsdata.	Retrospektiv e-kohort.	1 078 486 barn 0-17 år.	Identifikationsfrekvens.	54% av de misshandlade barn som ingick i studien identifierades genom algoritmen.
Family violence across the life cycle, Forsdike et al. (26), 2014, Australien	Adressera kliniska frågor som allmänläkare kan använda vid identifiering och bemötande av patienter som upplever våld inom familjen.	Narrativ översiktsartikel.	Ej definierat.	Kliniska frågor och förhållningssätt vid identifiering och bemötande av barn som far illa.	Träning av kliniker i att identifiera barn som far illa och att ge säker, icke dömande och empatisk respons vid våld inom familjen är viktigt.
Possibilities for addressing child abuse in systematized nursing consultations, Apostólico et al. (22), 2013, Brasilien	Identifiera potential och begränsningar med CIPESC ¹ i sköterskekonsultationer med barn utsatta för våld i hemmet.	Deskriptiv, kvalitativ fallstudie.	15 rapporter av sjuksköterskor gällande fall med barnmisshandel.	Identifikationsfrekvens.	Av fyra fall av barnmisshandel rörande fysisk våldsutsatthet identifierade sköterskorna inget av barnen genom att använda CIPESC ¹ .
Screening Children for Family Violence: A Review of the Evidence for the US Preventive Services Task Force, Nygren et al. (25), 2004, USA	Utvärdera fördelar och negativa effekter av att screena barn inom primärvårdsetting för misshandel och försummelse genom att undersöka evidens av användande av screeninginstrument och effektiviteten av åtgärder.	Översiktsartikel.	6 artiklar, varav 2 relevanta för och inkluderade i det här projektet.	Sensitivitet och specificitet för självrapporterad misshandel. Hospitalisering.	Ingen av studierna i översiktsartikeln visade på data talande för ogynnsamma effekter av screening.
The Value of a Checklist for Child Abuse in Out-of-Hours Primary Care: To Screen or Not to Screen, Schouten et al. (23), 2017, Nederländerna	Bedöma screeninginstrumentet SPUTOVAMO-R2 för barnmisshandel vid primärvårdsmottagningar och värdera om det diagnostiska värdet påverkas av en kortform av screeninginstrumentet.	Kohortstudie.	Barn under 18 år som, under ett års tid, besöker en av primärvårdsmottagningarna som ingår i studien. 50 671 barn screenades.	Positivt prediktivt värde, negativt prediktivt värde, identifikationsfrekvens.	Positivt prediktivt värde 8,3 (95% KI 3,9-15,2). Negativt prediktivt värde 99,1 (95% KI 98,8-99,3) med 52 falskt negativa fall. Identifikationsfrekvens 1,8%.

1) Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva

I artikeln av *Nygren et al.* (25) behandlades totalt sex artiklar som rörde studier kring screeninginstrument för barnmisshandel, varav två studier behandlade barn inom en miljö av primärvårdstyp. Den ena studien var en retrospektiv kohortstudie (27) från 1996 där sjuksköterskor remitterade patienter och deras nyfödda till sjukhusets barnmisshandelskommitté efter klinisk bedömning kring eventuell barnmisshandel eller försummelse enligt ett antal kriterier. Screeningmetoden vände sig inte direkt till barnen utan till föräldrar. Metoden innefattade inte heller specifik fysisk undersökning av barnet och behandlade inte direkt effektiviteten av screening för att minska skador samt förtida död och funktionsnedsättning. Den andra studien som var relevant från översiktsartikeln publicerades år 1993 och inkluderade 185 mammor, både misshandlande och icke misshandlande (28). De intervjuades med 21 förutbestämda intervjufrågor av sjuksköterskor i en miljö av primärvårdstyp. Studien gav 75% sensitivitet och 86% specificitet för självrapporterad misshandel. Totalt sett rapporterade 15/185 mammor misshandel. Ingen av dessa substudier i översiktsartikeln visade på data talande för ogynnsamma effekter av screening (25).

I artikeln av *Forsdike et al.* (26) presenteras 'the nine steps to intervention – the 9 Rs', en övergripande guide för hälso- och sjukvårdspersonal då det gäller att hantera våld i hemmet hos patienter. Guiden är hämtad från Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) manual "Abuse and violence: working with patients in general practice", fjärde upplagan. Översiktsartikeln visar hur användning av 9Rs framgångsrikt används som ramverk för praktisk klinisk respons på fall med våld i hemmet, där barn inkluderas. I artikeln ges förslag på flera sätt att ställa frågor till barn gällande våld inom familjen. Härutöver beskrivs att allmänläkarna som beskrivs i artikeln, så som rekommenderas av WHO och RACGP, har tränats avseende våld inom familjen, vilket bidragit till att allmänläkarna skapat en säker, icke-dömande och empatisk respons till patienterna som utsatts för våld i hemmet.

I fallstudien av *Apostólico et al.* (22) var syftet att identifiera begränsningar och potential med Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) som är ett verktyg för att systematisera vård och identifiera barnmisshandel under sköterskekonsultationer. 412 sjuksköterskor i Curitiba's kommunala hälso- och sjukvårdssystem bjöds in att delta i studien. Av dessa besvarades inbjudan av 28 sjuksköterskor, varav 22 angav att de hade upplevt någon form av våldssituation mot barn eller unga under sjuksköterskebesök. 15 av dessa 22 sjuksköterskor redogjorde för händelsen. Dessa rapporter inkluderades i analysen i den aktuella studien. Resultatet från studien visar

att, bland de fyra fall av fysisk våldsutsatthet som identifierades bland barn, identifierade ingen av sköterskorna våldssituationen som barnet var utsatt för eller riskerade att bli utsatt för genom att använda CIPESC.

I studien av *Schouten et al.* (23) bedömdes en reviderad version av screeninginstrumentet SPUTOVAMO, SPUTOVAMO-R2, för att identifiera barnmisshandel på primärvårdsjourmottagningar i Utrecht, Nederländerna. Undersökningen utfördes genom att barn 0-18 år gamla som besökte primärvårdsjourmottagningen screenades för barnmisshandel med instrumentet SPUTOVAMO-R2 och testutfall jämfördes med information från myndigheten som tar hand om anmälningar gällande barn som far illa. SPUTOVAMO-R2 är en checklista med fem frågor som användes på 50 671 barn, av vilka 108 (0,2%) föll ut positiva på checklistan. Data på barnen som föll ut positiva på checklistan jämfördes med data från myndigheten som tar emot anmälningar angående barn som far illa. Därutöver jämfördes 5484 barn som fallit ut negativa på checklistan med uppgifter från myndigheten. Utfallet på checklistan jämfördes med uppgifter från myndigheten 10 månader efter besöket på primärvårdsjourmottagningen. Av de 108 barn som föll ut positiva på checklistan rapporterades nio till myndigheten för barn som far illa, medan 99 fall föll ut falskt positiva givet inkomna anmälningar till myndigheten som gold standard. Det positiva prediktiva värdet för identifiering av barnmisshandel genom SPUTOVAMO-R2 var 8,3 (95% KI 3,9–15,2). Av de 5484 barnen som föll ut negativa på checklistan var 52 falskt negativa, vilket gav ett negativt prediktivt värde på 99,1 (KI 98,8–99,3). Om SPUTOVAMO-R2, bestående av fem frågor, förkortades till två frågor, SPUTOVAMO-R3, var det positiva prediktiva värdet 9,1 (3,7–17,8) och det negativa prediktiva värdet 99,1 (98,7–99,3).

I artikeln av *John et al.* (24) utgicks från befintliga kodlistor, och utifrån dessa utarbetades nya utökade och förbättrade kodlistor för att identifiera barnmisshandel från databaser. I den aktuella studien använde man Secure anonymised information linkage (SAIL)-databasen vid Swansea Universitet, i Wales. Genom studien visas att man når bättre resultat med de nya kodlistorna jämfört med tidigare kodlistor (24). Med de nya kodlistorna lyckades man identifiera 43–72% av fallen med barnmisshandel i primärvården, med en specificitet >85%. Studiepopulationen bestod av 1 078 486 barn 0-17 år som var registrerade i SAIL. Alla barn i studiepopulationen var registrerade i primärvården under minst 6 månader.

Av de 1 078 486 barn som registrerats i SAIL bedömdes 2205 kliniskt för eventuell barnmisshandel. Av de totalt 2205 barn som bedömdes avseende eventuell barnmisshandel

var 553 barn utsatta för barnmisshandel. 254 av dessa 553 barnen identifierades inte med hjälp av kodlistorna, men 78 av dessa barn identifierades åtminstone som ”möjligen utsatta för misshandel”. 1652 av de 2205 barnen utsattes inte för misshandel. Av dessa identifierades inkorrekt 203 barn som misshandlade och föll således ut som falskt positiva.

Diskussion

Denna scoping review indikerar att det är få vetenskapliga artiklar som har undersökt det aktuella området. Ingen RCT-studie identifierades och enbart en kvalitativ studie inkluderades i rapporten, tydande på att patientperspektivet behöver belysas i framtida studier. Genom rapporten ges inga indikationer på att det vore ogynnsamt att använda metoder för att identifiera barn som far illa. Däremot belyses att screeninginstrument för ändamålet inte får ersätta utbildning av sjukvårdspersonal inom området.

Genom studien av *Schouten et al.* (23) gavs ett högt negativt prediktivt värde på 99,1. Trots ett högt negativt prediktivt värde, vilket är vad som bör prioriteras då det gäller identifiering av barnmisshandel, missades de flesta fallen av barnmisshandel på primärvårdsjourmottagningar genom detta screeninginstrument. Endast 1,8% av de misshandlade barnen identifierades genom det aktuella verktyget. Checklistan kan kortas ner från fem till två frågor (SPUTOVAMO-R3) och i stort sett behålla samma diagnostiska värde. Trots allt kvarstår faktum att endast 1,8% av barnen som rapporterades till myndighet för eventuell barnmisshandel identifierades, varför frågan gällande om de resultat som visades rättfärdig implementering av checklistan i praktiken är beaktansvärd (23). Checklistan har ett jämförbart diagnostiskt värde som andra screeninginstrument som används för identifiering av barnmisshandel (23).

Med god kommunikation kan checklistan sannolikt användas utan att orsaka skada, och således kan den, eller än hellre den förkortade versionen för ökad tidseffektivitet, tänkas användas som ett verktyg för del i en helhetsbedömning kring eventuell barnmisshandel och en möjlighet att skapa en ingång för att diskutera säkerhetsproblem, utefter något mer än bara en magkänsla (23).

Trots att inte ett enda fall av barnmisshandel bör missas kan man ifrågasätta om det är möjligt att skapa en screeningmetod med 100% negativt prediktivt värde för identifiering av

barnmisshandel (23), och man kan tänka sig att screeninginstrument med lägre negativt prediktiva värden än så kan användas som komplement i en helhetsbedömning kring eventuell barnmisshandel för en kliniker. En screeningmetod kan öka medvetenheten om barnmisshandel. Implementering av en sådan metod på ett välfungerande vis förutsätter att klinikern är medveten om checklistans begränsningar, för att falskt negativa resultat ej ska vilseleda klinikern.

I sammanhanget bör reflekteras kring att de aktuella checklistorna som utvärderades av *Schouten et. al.* (23) utvärderades just för primärvårdsjourmottagningar, där förutsättningar för besöken ofta skiljer sig från primärvårdsbesök under ordinarie öppettider, både vad gäller sökorsaker och läkar-patientkontinuitet. Ökad medvetenhet om barnmisshandel, vilket användande av en checklista, väntas bidra till bör vara fördelaktigt även inom primärvård som bedrivs under ordinarie öppettider. Medvetenhet om barnmisshandel hos klinikern bidrar till stor del till identifiering av barnmisshandel (25).

Flertalet medicinska professionella organisationer rekommenderar att läkare förblir uppmärksamma på tecken och symtom på barn som far illa (25), och i flera av de inkluderade artiklarna (22, 23, 25, 26) betonas värdet av att vårdpersonal får övning i att hantera våld i hemmet/barnmisshandel för att kunna upptäcka och hantera sådana situationer. Sådan träning bör inriktas på symtom talande för misshandel och kommunikation med barn och familjer för att skapa en miljö där barnet känner sig bekvämt med att diskutera den här typen av frågor (23, 26).

En checklista bör aldrig ersätta att läkare får övning kring barn som far illa och framför allt träning i att skapa en miljö där barn är bekväma vid att diskutera den typen av frågor bör prioriteras (23).

I studien av *John et. al.* (24) användes kodlistor för att hitta misshandlade barn i en studiepopulation där samtliga individer av någon anledning kliniskt bedömts för eventuell barnmisshandel. I den populationen identifierades 54% av de misshandlade barnen medan 12% av identifikationerna var falskt positiva. I studien av *Schouten et. al.* (23) på barn som uppsökt primärvård på jourtid identifierades 1,8% av de misshandlade barnen med hjälp av checklistan medan 92% av de misstänkt misshandlade barnen var falskt positiva.

Genom studien utförd av *John. et al.* (24) gavs, jämfört med studien av *Schouten et. al.* (23), bättre resultat vad gäller både korrekt andel identifierade fall av barnmisshandel och vad

gäller andel falskt positiva resultat. I beaktande bör dock tas att studierna hade olika populationer där andelen misshandlade barn i studien av *John et al.* var ca 25% medan den i studien av *Schouten et al.* var knappt 1%. Det gör att det blir svårt att jämföra andelen falskt positiva för *John et al.* (24) och *Schouten et al.* (23) (12% respektive 92%). Däremot kan det tyckas att metoden med kodlistor är överlägsen metoden med checklista eftersom 54% gentemot 1,8% av de misshandlade barnen identifierades. Här kan man dock argumentera att barnen som studerades hos *John et al.* (24) kan ha varit lättare att identifiera för att de eventuellt hade tydligare tecken på misshandel. Det är möjligt då dessa barnen av någon orsak alla hade undersökts kliniskt för barnmisshandel. De utgjorde endast ca 0,2% av den totala populationen. Det kan ha funnits många misshandlade barn bland de övriga 99,8% av barnen som inte undersöktes kliniskt för barnmisshandel. Det är okänt hur väl kodlistorna skulle fungera för att identifiera barnmisshandel bland dessa barn. Det skulle vara intressant att se jämförelser mellan olika metoder som utförts på samma kohort av barn. För framtida forskning vore det intressant om kodlistorna som *John et al.* (24) tagit fram skulle appliceras på de 5484 barn som användes som stickprov bland barn som föll ut negativa på checklistan i studien av *Schouten et al.* (23).

I artikeln av *Nygren et al.* (25) anges att existerande instrument för att identifiera barn som far illa inte riktar sig direkt till barnet, vilket gör att tillfällen att screena äldre barn i en ordinarie vårdssituation missas. Samtidigt lyfts anamnes från barnet fram som den viktigaste diagnostiska faktorn då det kommer till att diagnostisera sexuella övergrepp (29).

Artikeln av *Apostólico et al.* (22) visar inte på övertygande resultat gällande att med verktyget CIPESC identifiera barn som far illa. Man kan fråga sig om det beror på verktyget CIPESC i sig, eller hur verktyget användes. I artikeln dras baserat på resultaten slutsatsen, liksom i tidigare studier gällande CIPESC, att om de yrkesverksamma inte ser våld som en viktig del i praktiken kommer inte sårbarheter att kännas igen och barnmisshandel kommer inte att avslöjas så att intervention möjliggörs. Man kan tänka sig att utbildning av personalen som använder verktyget, dels kring hur verktyget bör användas och dels mer övergripande utbildning vad gäller barn som far illa, hade kunnat ge resultat talande för användning av CIPESC.

I de genomgångna studierna framkommer inga skador av de metoder som användes för att identifiera barn som far illa, men det är viktigt att den som använder en screeningmetod är medveten om just den metodens begränsningar för att inte vilseledas av falskt negativa

resultat. I grunden är det dock väsentligt att metoder för identifiering av barn som far illa har ett så högt negativt prediktivt värde som möjligt.

Styrkor och svagheter

Urval av aktuell litteratur utfördes genom en systematisk metod (20, 21), vilket gör studien reproducerbar. Det ses som en styrka med den aktuella studien. Dock utfördes stor del av sällandet och genomgången av artiklar av en enda person, vilket är en svaghet. Härutöver kan relevanta studier tänkas ha missats sett till att endast två sökmotorer användes och därutöver hittades inte alla artiklar som önskades hittas i fulltext och kunde således ej inkluderas i rapporten. Dessutom hade möjligen en bredare söksträng kunnat ge fler relevanta artiklar att inkludera för att besvara aktuell frågeställning.

De, i rapporten, inkluderade artiklarna angriper frågan kring metoder för att, inom primärvården, identifiera barn som far illa på olika sätt och använder olika utfallsmått. Härigenom blir det något svårare att jämföra studieresultaten med varandra. Det är dessutom svårt att bedöma sensitivitet och specificitet avseende metoder för att identifiera barn som far illa då det inte finns någon gold standard (25).

Fem inkluderade studier i rapporten ses som ett relativt litet antal studier, vilket också gör det svårt att dra generella slutsatser. Ytterligare svagheter finns i form av att det är svårt att jämföra identifiering av barn som far illa inom primärvården mellan olika länder då sjukvårdssystemen skiljer sig åt, och även då kulturer och lagar kring vad som är tillåtet vad gäller t.ex. barnaga skiljer sig åt länder emellan (30).

Det förelåg dessutom en del svårigheter i att skilja mellan och översätta begrepp mellan olika språk. Av de fem inkluderade artiklarna i den här rapporten definieras begreppet barn som far illa endast i två av artiklarna (24, 25). Definitionerna av barn som far illa i dessa artiklar (24, 25) liknar WHO:s definition av barnmisshandel (se introduktion), men artiklarnas definitioner skiljer sig från varandra och från WHO:s definition då det gäller detaljerna. I övriga artiklar (22, 23, 26) saknas definition av begreppet barn som far illa. Skillnader i definition av begreppet barn som far illa och avsaknad av sådan i en del av de inkluderade artiklarna ses som en svaghet i den här rapporten.

Konklusion

Litteraturgenomgången tyder på att forskningsfältet har få publicerade artiklar och att patientperspektiv, jämförande metoder och extern validitet behöver belysas i framtida studier. Vidare påvisar aktuella artiklar inga tecken till att screeningmetoder för att identifiera barn som far illa är ogynnsamma, men sjukvårdspersonal som använder ett screeningverktyg bör vara medvetna om risken för falskt negativa utfall som därmed skulle kunna motverka identifiering av barn som far illa. Grunden för att, inom primärvården, identifiera barn som far illa är utbildning av, och medvetenhet hos, vårdpersonal inom ämnet. En screeningmetod bör inte ersätta relevant träning, utan kan i första hand användas som ett komplement i identifieringen. Vidare utveckling och beforskning av metoder för att, inom primärvården, identifiera barn som far illa behövs.

Referenslista

1. Socialstyrelsen. Barn som far illa eller riskerar att fara illa 2014 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-4.pdf>].
2. Stolper E, Verdenius JP, Dinant GJ, van de Wiel M. GPs' suspicion of child abuse: how does it arise and what is the follow-up? *Scand J Prim Health Care*. 2020;38(2):117-23.
3. Kairys S. Child Abuse and Neglect: The Role of the Primary Care Pediatrician. *Pediatr Clin North Am*. 2020;67(2):325-39.
4. 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.
5. O'Hagan KP. Emotional and psychological abuse: problems of definition. *Child Abuse Negl*. 1995;19(4):449-61.
6. Jamaer M, Van den Eynde J, Aertgeerts B, Toelen J. Knowledge of Child Abuse and Neglect among General Practitioners and Pediatricians in Training: A Survey. *Children (Basel)*. 2023;10(9).
7. Hanson RF, Zhu V, Are F, Espeleta H, Wallis E, Heider P, et al. Initial development of tools to identify child abuse and neglect in pediatric primary care. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2023;23(1):266.
8. Oberg C, Hodges HR, Masten A. Cascading consequences of armed conflict and famine on child health: a time for peace. *BMJ Paediatr Open*. 2022;6(1).
9. United Nations. Children affected by armed conflict and violence 2022 [Available from: <https://www.ohchr.org/en/speeches/2022/07/children-affected-armed-conflict-and-violence>].
10. AlShalhoub NM, Bin Shalhoub AA, Alshanawani HE, Showail SA, Alowais SA, Alhamad ZM, et al. Identifying the Challenges of Child Abuse Detection Among Emergency, Pediatrics, and Family Medicine Practitioners in Saudi Arabia. *Cureus*. 2023;15(4):e38022.
11. World Health Organization. Child maltreatment 2022 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>].
12. UNICEF. Våld mot barn 2023 [Available from: <https://unicef.se/skydd-fran-vald-och-exploatering/vald-mot-barn>].

13. Socialstyrelsen. Meddelandeblad 2020 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2020-12-7117.pdf>].
14. Socialstyrelsen. Anmäla oro för barn 2022 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker--juridisk-handbok/2022-5-7884.pdf>].
15. Socialstyrelsen. Utredda barn och unga 2023 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker--juridisk-handbok/2023-6-8657.pdf>].
16. Socialstyrelsen. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda 2018 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/graviditeter-forlossningar-och-nyfodda/>].
17. Janusinfo. Barns vårdkonsumtion och läkemedelsanvändning i Stockholms län [updated 240218. Available from: <https://janusinfo.se/download/18.46ffb4bf1643b6f9fb04890/1535626607593>].
18. Socialstyrelsen. Nationell kartläggning av barnhälsovården 2020 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-10-6889.pdf>].
19. Svenska_Barnhälsovårdsregistret. Svenska Barnhälsovårdsregistret Årsrapport 2021 [Available from: <https://bhvq.se/media/1mxdffjqw/arsrapport-svenska-barnhalsovardsregistret-2021.pdf>].
20. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005;8(1):19-32.
21. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73.
22. Apostólico MR, Hino P, Egry EY. [Possibilities for addressing child abuse in systematized nursing consultations]. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):320-7.
23. Schouten MCM, van Stel HF, Verheij TJM, Houben ML, Russel IMB, Nieuwenhuis EES, van de Putte EM. The Value of a Checklist for Child Abuse in Out-of-Hours Primary Care: To Screen or Not to Screen. *PLoS One*. 2017;12(1):e0165641.
24. John A, McGregor J, Marchant A, DelPozo-Baños M, Farr I, Nurmatov U, et al. An external validation of coding for childhood maltreatment in routinely collected primary and secondary care data. *Sci Rep*. 2023;13(1):8138.

25. Nygren P, Nelson HD, Klein J. Screening children for family violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med*. 2004;2(2):161-9.
26. Forsdike K, Tarzia L, Hindmarsh E, Hegarty K. Family violence across the life cycle. *Aust Fam Physician*. 2014;43(11):768-74.
27. Leventhal JM, Pew MC, Berg AT, Garber RB. Use of health services by children who were identified during the postpartum period as being at high risk of child abuse or neglect. *Pediatrics*. 1996;97(3):331-5.
28. Anderson CL. The parenting profile assessment: screening for child abuse. *Appl Nurs Res*. 1993;6(1):31-8.
29. Paavilainen E, Merikanto J, Åstedt-Kurki P, Laippala P, Tammentie T, Paunonen-Ilmonen M. Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital. *International journal of nursing studies*. 2002;39(3):287-94.
30. Rädga_Barnen. BARNENS VÄRLDSKARTA – LÄNDER SOM FÖRBJUDER VÅLD MOT BARN [Available from: <https://www.raddabarnen.se/rad-och-kunskap/vald-mot-barn/barnens-varldskarta/>].