

# Kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser og helseeffekt

Avrop 11 2021

Dato: 30.04.2021



GERTRUD SOFIE HAFSTAD

## Innholdsfortegnelse

Avrop 11 2021 .....	1
Dato: 30.04.2021 .....	1
Bakgrunn.....	4
Del 1.....	4
Kunnskapsoppsummering: Helsekonsekvenser av vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn på kort og lang sikt.....	4
Definisjon og forekomst av vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen.....	5
Problemstilling.....	5
Litteraturgjennomgang.....	5
Funn .....	6
Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget om helsekonsekvenser .....	8
Del 2 .....	8
Helseeffekt av medisinske undersøkelser for barn, på kort og lang sikt, ved mistanke om vold, overgrep og omsorgssvikt.....	8
Medisinsk undersøkelse .....	9
Statens barnehus - Formål, oppgaver og målgruppe.....	10
Problemstillinger.....	10
Mål.....	11
Metode .....	11
Resultater av litteratursøk .....	11
Oppsummering av forskningsfunn .....	12
Evaluering av Care-modellen: Hvilke somatiske helsebehov ble identifisert?.....	13
Data fra Kvalitetsregisteret i sosialpediatri, St. Olavs hospital .....	14
Sammendrag av studiene som spesielt belyser problemstillingen.....	15
Erfaringer fra Sverige .....	16
Del 3 .....	16
Barnevernets nytte av medisinsk kunnskap om barnet i sine vurderinger, tiltak og oppfølging. ....	16
Beslutninger i barnevernet .....	16
Helseinformasjon som beslutningsgrunnlag.....	17
Problemstilling.....	18
Metode .....	18
Funn .....	18
Sammendrag av studiene som spesielt belyser problemstillingen.....	21
Avsluttende oppsummering og konklusjoner .....	22
<b>Samlet sett, og basert på gjennomgangene vi har foretatt, konkluderer vi følgende:</b> .....	22

## Bakgrunn

Bakgrunnen for avropet var at Helsedirektoratet hadde behov for en kortfattet kunnskapsoppsummering om:

1. Hvordan vold, seksuelle overgrep og/eller omsorgssvikt påvirker barns psykiske og fysiske helse på kort og lang sikt (i voksen alder).
2. Helseeffekter av medisinske undersøkelser for barn, på kort og lang sikt, ved mistanke om vold, overgrep og omsorgssvikt.
3. Hvilken nytte har barnevernet av at barns i barnevernet er til medisinsk undersøkt/utredning (Hvordan medisinsk kunnskap om barnet hjelper barnevernet i deres vurderinger, tiltak og oppfølging).
4. Hvilken nytte det har for barnet at å få medisinsk undersøkelse når det er på Statens barnehus (helsemessig/ som ledd i politietterforskning/ for tilpasset oppfølging i barnevernet).

Det har i ettertid kommet forespørsel fra Helsedirektoratet om også å inkludere seksuell helse som et helseutfall i kunnskapsgjennomgangene. Dette har vi imøtekommet ved å spesielt løfte frem funn som sier noe om seksuell helse i litteratursøkene vi har gjort basert på de primære problemstillingene. Seksuell helse vil derfor her primært omhandle seksuelle helsekonsekvenser. Det er kjent fra litteraturen at seksuell orientering og kjønnsidentitet, som også vil omfattes av definisjonen av seksuell helse, er forbundet med utsatthet for vold eller overgrep. Vi vurderer det imidlertid slik at det å inkludere dette perspektivet vil være for omfattende for dette dokumentet.

Leveransen er bygd opp i tre deler, som korresponderer til problemstillingene. **Del 1** er kortfattet kunnskapsoppsummering av litteratur som fins per i dag om helsekonsekvenser av vold, overgrep og omsorgssvikt. **Del 2** er en kunnskapsoppsummering om nytte og helseeffekter av medisinsk undersøkelse ved mistanke om vold, overgrep eller omsorgssvikt. Medisinsk undersøkelse på statens barnehus er inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen, de opprinnelige problemstillingene 2 og 4 besvares altså her under ett. I **Del 3** oppsummerer vi eksisterende kunnskap om hvilken nytte barnevernet har av medisinsk kunnskap om barnet i sine vurderinger, tiltak og oppfølging.

## Del 1

### Kunnskapsoppsummering: Helsekonsekvenser av vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn på kort og lang sikt

Gjennomgang av undersøkelser som er gjennomført i industrialiserte høyinntektsland viste allerede i for mer enn ti år siden at vold og overgrep mot barn og unge utgjør et alvorlig problem for folkehelsen (Gilbert et al., 2009). Det har siden kommet en enorm mengde forskning på konsekvenser av barnemishandling. Et søk viser at det per dags dato fins mer enn 100 systematiske reviews eller meta-analyser som har studert konsekvenser av ulike former for barnemishandling. Disse har i stor grad sett kun på enkeltformer barnemishandling (for eksempel kun seksuelle overgrep) opp mot enkelte typer helsekonsekvenser (for eksempel depresjon), og gir hver for seg kun en liten bit av et større bilde. For å få en bedre oversikt over mulige helsekonsekvenser på kortere og lengre sikt etter ulike former for barnemishandling, og ikke minst for dem som opplever flere former for vold (noe som er vanligere enn å oppleve kun én form), er «reviews of reviews» ansett som spesielt nyttig for å syntetisere denne enorme mengden med litteratur (Smith et al., 2011). Systematiske reviews og meta-analyser konkluderer samstemt at vold, overgrep og omsorgssvikt i

barndommen er forbundet med negative konsekvenser gjennom livsløpet, spesielt innen tre brede områder: 1) somatisk helse, 2) psykisk helse og 3) psykososial tilpasning. Vi fokuserer i denne kunnskapsoversikten på de to første, Seksuelle helsekonsekvenser ofte er kategorisert underproblemer med psykososial tilpasning. Vi har løftet resultatene knyttet til seksuell helse ut som et eget punkt i kunnskapsoppsummeringen, og har her samlet resultater knyttet til seksuell helse, som enten har blitt kategorisert som somatisk helse problemer eller psykososiale vansker i litteraturen vi oppsummerer.

## **Definisjon og forekomst av vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen**

For å forstå omfanget av konsekvensene vold, overgrep og omsorgssvikt kan ha, er det sentralt å vite noe om forekomsten av disse i befolkningen. I en serie av meta-analyser som inkluderte 244 studier, fant Stoltenborgh-Bakermans og kolleger at mer enn en tredjedel av barn internasjonalt har opplevd barnemishandling (Stoltenborgh et al., 2015). Overordnede forekomsttall fra selvrappport-studier var 36,3% for psykisk vold, 22,6% for fysisk vold, 12,7% for seksuelt misbruk, 16,3% for fysisk omsorgssvikt (inadekvat påkledning, feil eller underernæring) og 18,4% for emosjonell omsorgssvikt. Dette er høye tall. Oppdaterte forekomsttall fra Norge viser lignende mønster (Hafstad & Augusti, 2019; Hafstad et al., 2020). Jenter er langt mer utsatt for seksuelle overgrep enn gutter. Barn i lavinntekstfamilier, og i familier med psykososiale vansker som rusproblemer eller psykiske helseplager hos foreldre er langt mer utsatt for alle former for vold og omsorgssvikt enn andre barn (Hafstad & Augusti, 2019; Hafstad et al., 2020; Hunter & Flores, 2021). Videre er barn og unge med fysiske eller kognitive funksjonsnedsettelse og ungdom som ikke kjenner seg igjen i en binær kjønnskategori også overrepresentert. I tråd med den internasjonale litteraturen (Gilbert et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2015) ser man i nordiske studier at det er stor variasjon, både i hvilke former for vold og overgrep som er studert, hvilke målgrupper som undersøkes, og i kvaliteten på hvordan vold og overgrep måles i disse studiene. For eksempel ser man at eksponering for seksuelt overgrep og fysisk vold fra en voksen er betydelig mer studerte fenomen på tvers av ulike land, sammenlignet med psykisk vold og fysisk og emosjonell omsorgssvikt (Stoltenborgh et al., 2015). Dette gjelder også innenfor de nordiske landene. Det er flere mulige forklaringer på hva denne variasjonen skyldes, men av de mest sentrale er at psykisk vold og omsorgssvikt er fenomener det er vanskelig å definere, og at de derfor brukes noe ulikt. En ulik praksis i definisjoner og mål på vold og overgrep har også bidratt til store variasjoner i prevalenstall som oppgis i tidligere studier, både internasjonalt (Stoltenborgh et al., 2015) og innenfor de nordiske landene (Kloppen et al., 2015).

I denne kunnskapsoppsummeringen har vi med hensyn til disse utfordringene valgt å definere de ulike formene for vold og overgrep på en måte som er i tråd med nyere store internasjonale undersøkelser (Carr et al., 2020a, 2020b, 2020c; Stoltenborgh et al., 2015), og definisjoner presentert av Verdens helseorganisasjon (WHO). Vi bruker den generelle betegnelse «barnemishandling» for å referere til fysisk vold, psykisk vold (i den internasjonale litteraturen ofte omtalt som emosjonell mishandling) og seksuelle overgrep, fysisk og emosjonell omsorgssvikt, eller en kombinasjon av disse. Flere steder i litteraturgjennomgangene nevnes spesifikke former for vold eller overgrep. I de tilfellene vi referer til funn knyttet til disse, vil vi bruke de spesifikke begrepene.

## **Problemstilling**

Hvilke somatiske og psykiske helsekonsekvenser ser man etter vold overgrep og omsorgssvikt i barndommen – både kortere og lengre sikt?

## **Litteraturgjennomgang**

På grunn av et stort omfanget av artikler som har undersøkt helsekonsekvenser av vold og overgrep mot barn i løpet av de siste 30 årene, ble det vurdert som mest hensiktsmessig å foreta en del begrensninger i søket. Vi søkte kun etter systematiske oversikter, og systematiske oversikter over systematiske oversikter over meta-analyser. På denne måten fikk vi også med vurderinger av kvaliteten i de ulike undersøkelsen og kunne vurdere evidens opp mot hverandre. Basert på definisjonen vi har valgt for å definere vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn, ble følgende søkeord brukt i søkene: systematic review\* OR meta-

analysis/metaanalysis/metaanalysis\* AND child\* OR adolescent AND\*maltreatment\* OR abuse OR Physical abuse\* OR Sexual abuse\* OR Neglect AND health.

I den første gjennomgangen av treff, ble det tidlig klart at det i løpet av det siste året har kommet ut tre helt oppdaterte «reviews of reviews», det vil si gjennomganger av systematiske litteraturgjennomganger og meta-analyser i løpet av de siste 20 årene. Disse ble publisert i 2020 som en serie av tre artikler som hadde som hovedformål å undersøke konsekvenser av barnemishandling. Vi lener oss tungt på disse i oppsummeringen. Årsaken til at vi tar utgangspunkt i disse tre, er at de har brukt en svært stringent metodologi for å identifisere, vurdere kvaliteten på, og oppsummere eksisterende systematiske reviews og meta-analyser innenfor tre av de hovedområdene bestillingen spesifiserer, nemlig vold, overgrep og omsorgssvikt. De tre oversiktene tar for seg konsekvenser av barnemishandling i hjemmet (Carr et al., 2020a), i institusjon eller fosterhjem blant barn som har vært langtids plassert (Carr et al., 2020c) og konsekvenser av alvorlig omsorgssvikt i barnehjem med store grupper barn og begrensede ressurser (Carr et al., 2020b).

Vi har i tillegg gjort separate søk i Medline, Psycinfo og Web of Science med samme søkeord som Carr og kolleger for å dekke systematiske oversikter som blitt publisert etter at disse avsluttet sine søk i 2017. Dette resulterte i én nyere systematisk oversikt (Gardner, Thomas & Erskine, 2019), som også er inkludert. Den første oversikten over oversikter (Carr et al., 2020a) inkluderte 111 systematiske oversikter eller meta-analyser av 2 534 uavhengige primærstudier, som igjen dekket mer enn 30 millioner deltakere. Av disse hadde i overkant av 500 000 opplevd barnemishandling. Majoriteten av disse (81 av 111) var publisert etter 2011. Litt under halvparten ble vurdert å være av god kvalitet, ifølge AMSTAR-kriteriene (retningslinjer for kvalitetsvurdering av systematiske oversikter), og de resterende ble vurdert å være av moderat kvalitet. Forfatterne konkluderer at størrelse på utvalget og kvaliteten på studiene som er inkludert gir grunnlag for å ha stor tillit til resultatene av denne gjennomgangen. I den andre oversikten (Carr et al., 2020b) var det 18 systematiske oversikter eller meta-analyser av 550 primærstudier. Halvparten ble vurdert å være av god kvalitet, ifølge AMSTAR-kriteriene. Den siste oversikten, som tok for seg barn og unge som hadde blitt utsatt for vold eller overgrep under langtids plassering i institusjon eller fosterhjem (Carr et al., 2020c) inkluderte 48 primærstudier, i mangel på systematisk oversikter på området. Studiene i sistnevnte oversikt hadde mange metodologiske svakheter, som gjør at det er vanskelig komme med klare konklusjoner basert på disse. Blant annet hadde de aller fleste barna som var plassert, også opplevd vold tidligere, noe som gjør det vanskelig å se noe om konsekvenser av vold under plassering. I tillegg var studiene generelt små, og få hadde sammenligningsgruppe fra den generelle populasjonen. I den følgende oversikten referer vi fra alle de tre oversiktene, og også fra den nye oversikten (Gardner et al., 2019).

## Funn

### ***Fysiske helsekonsekvenser av vold, overgrep og omsorgssvikt***

I Carr og kollegers oversikt over oversikt (Carr et al., 2020a) konkluderte 20 av 20 systematiske reviews eller meta-analyser med at vold og overgrep var forbundet med negative *fysiske helsekonsekvenser* eller fysiologiske anomaliteter i løpet av livsløpet. Også i den oversikten vi fant som var publisert etter at Carr og kolleger avsluttet sitt omfattende søk i 2017, har man konkludert med dette (Gardner et al., 2019). Vold og overgrep var forbundet med et overveldende stort spenn av fysiske helseplager. Flere studier fant også grunnlag for å si at vold og overgrep var forbundet med en høyere inflammasjonsrisiko som igjen kunne bidra til å forklare utviklingen av noen av disse helseplagene (Danese, Pariante, Caspi, Taylor & Poulton, 2007).

Fysiske helseplager knyttet til barnemishandling inkluderte overvekt, nevrologiske utfall, muskel- og skjelettplager, luftveisplager, hjerte-karsykdom, underlivsplager, stoffskifteforandringer, søvnproblemer og ulike smertetilstander. Flere studier fant også en økt risiko for å utvikle diabetes og kreft. Kvinner ser generelt ut til å ha en større risiko for fysiske helseplager etter barnemishandling enn det menn ser ut til å ha. Dette kan muligens henge sammen med at kvinner er mer utsatt, spesielt for seksuelle overgrep, men

også psykisk vold. Studiene viste også en spesielt sterk sammenheng mellom seksuelle overgrep og underlivssmerter eller andre underlivsplager, fordøyelsesplager, og inflammasjonstendens. For barn som hadde vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt på institusjon var det flere studier som viste en forsinket fysisk utvikling, hva gjelder for eksempel høyde og vekt, forsinket motorisk utvikling samt redusert hjernevolum (Carr et al., 2020b).

### **Psykiske helsekonsekvenser av vold, overgrep og omsorgssvikt**

Det fins en solid kunnskapsbase som viser betydningen av barnemishandling og psykiske helseplager. Totalt 45 systematiske oversikter eller meta-analyser konkluderte med at vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen var forbundet med betydelige psykiske helsekonsekvenser over livsløpet. Barnemishandling var forbundet med en rekke psykiske helseplager, inklusive angst og depresjon, atferdsvansker og aggresjon, rusmiddelmisbruk, og spiseforstyrrelser i barne- og ungdomsalder. De inkluderte også posttraumatisk stresslidelse (PTSD) angstlidelser, depresjon, bipolar lidelse, psykoselidelser, og personlighetsforstyrrelser i voksen alder (Carr et al, 2020a).

Selv om alle de systematiske oversiktene og metaanalysene som undersøkte sammenheng mellom vold, overgrep, omsorgssvikt og psykiske helseplager senere i livet alle fant en tydelig sammenheng mellom eksponering og utfall, var det ikke noen systematikk i hvilke type mishandling som førte til spesifikke typer plager. Det å ha opplevd vold eller overgrep i barndommen var også forbundet med et komplisert behandlingsforløp eller dårligere behandlingsutfall for noen tilstander, spesielt depresjon og bipolar lidelse. Det å ha opplevd flere former for vold eller overgrep, og spesielt når dette også innebar psykisk vold eller emosjonell mishandling, var forbundet med mer alvorlige psykiske helseplager i voksen alder. Det var en sterk sammenheng mellom psykisk vold og det å utvikle en bipolar lidelse, eller spiseforstyrrelser.

### **Seksuelle helsekonsekvenser**

Noen systematiske oversikter har også undersøkt konsekvenser for seksuell helse. Disse har primært undersøkt seksuell risikoferd, eller fysiske helsekonsekvenser, som gynekologiske plager og smerter. Oversiktene (Carr et al., 2020a, 2020c) viste at seksuell risikoferd er sterkt forbundet med det å ha opplevd seksuelle overgrep i barndommen. Åtte meta-analyser og fem systematiske oversikter konkluderte med at seksuelle overgrep i barndommen var relatert til seksuell risikoferd i ungdomsalder eller voksen alder. Seksuell risikoferd beskrevet i disse studiene inkluderte lav debutalder, høyere antall partnere, kombinasjon av rus og sex, manglende prevensjonsbruk, sex for betaling og kombinasjonen rus og sex. Sammenhengen så ut til å være lik for begge kjønn, med unntak av ved dokumentert misbruk (til forskjell fra selvrapporert), hvor jentene hadde større sannsynlighet for å engasjere seg i seksuell risikoferd (Abajobir, Kisely, Maravilla, Williams, & Najman, 2017). Studiene fant også en tydelig sammenheng mellom seksuelle overgrep og konsekvenser av seksuell risikoferd, som uplanlagt graviditet og seksuelt overførbare sykdommer (Carr 2020a). Og igjen, mer uttalte helsekonsekvenser var også her forbundet med det å ha opplevd flere former for overgrep og overgrep som vedvarte over lengre tid.

I to meta-analyser fant man spesielt sterke sammenhenger mellom seksuelt misbruk i barne- eller ungdomsalder og kroniske bekkensmerter eller gynekologiske plager senere i livet (Irish et al., 2010; Paras et al., 2009). En senere studie har også vist at seksuelt misbruk, eller uønskede seksuelle opplevelser tidlig i livet var forbundet med smerter under sex, manglende sexlyst og vannlatningsvansker senere i livet (Lalchandani et al., 2020). Ingen av oversiktene vi fant i dette søket hadde undersøkt seksuelle plager, som seksuell dysfunksjon eller vansker i seksuelle relasjoner. Carr og kollegers oversikt over personer som hadde vært langtids plassert utenfor hjemmet i barndommen, inkluderte imidlertid noen mindre enkeltstudier som blant annet viste at voksne menn utsatt for seksuelle overgrep i barndommen opplevde forvirring rundt sin seksuelle orientering, samt seksuelle problemer i sine relasjoner. Problemene artet seg i form av hyperseksualitet, hyposeksualitet og en følelse av å ikke strekke til (Wolfe, Francis & Straatman, 2006). Det er viktig å påpeke at disse funnene ikke har vært helt konsistente, da det også fins større befolkningsstudier som ikke finner en økt forekomst av seksuelle plager hos personer som rapporterer seksuelle overgrep i barns sammenlignet med dem uten slik erfaringer.

### **Sammensatte risikofaktorer**

En begrensning med mye av denne forskningen er at kun en liten andel av studiene har design som tillater at man kan si noe om årsakssammenhenger. For eksempel var kun 20% av primærstudiene i Carr og kollegers omfattende gjennomgang (Carr et al., 2020a) basert på prospektive forskningsdesign, noe som betyr at de hadde med mål på variabler som de visste var tilstede før barnemishandlingen startet, eller tidlig i et forløp. Slike data er strengt tatt nødvendig for å kunne si noe sikkert om årsakssammenhenger. Danese har også løftet dette poenget, og mener et hovedproblem i feltet er at den foreløpig fins for få studier som har den fulle oversikten over oppvekstbetingelser, familiefaktorer og livshendelser til å kunne si noe sikkert om årsakssammenhenger (Danese, 2020). For eksempel var den en review som fant at omsorgssvikt i større grad var forbundet med utvikling av diabetes type II enn det seksuelle overgrep var (REF). Det er plausibelt å anta at feilernæring ofte vil forekomme i familier med omfattende omsorgssvikt og samtidig kunne være en selvstendig risikofaktor for diabetes type II. I fortolkningen av disse resultatene er det derfor viktig å få med at det ofte er en overopphopning av psykososiale, økonomiske og livsstilsproblemer, samt en generell ressursknapphet i familier hvor barn blir utsatt for vold og overgrep. Både genetikk og livsstil vil bidra til å påvirke forekomst av barnemishandling og helseplager i løpet av livsløpet og vil derfor i tillegg til vold og overgrep resultere i helseplager. Disse faktorene kan bidra til å forklare hvorfor noen utvikler mer betydelige og langvarige helseplager enn andre.

### **Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget om helsekonsekvenser**

- Kunnskapsgrunnlaget viser at vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen øker risikoen for somatiske og psykiske helseplager, og seksuelle helsekonsekvenser både på kort og lang sikt.
- Det å være utsatt for flere former for barnemishandling vil øke risikoen ytterligere for psykiske, fysiske og seksuelle helseplager senere i livet.
- Kunnskapsgrunnlaget er sterkest for angst og depresjonstilstander, som også står for den største psykiske sykdomsbyrden verden over.
- Fysisk og seksuell vold ser ut til å kunne gi utsalg i mer konkrete fysiske tilstander (for eksempel smertetilstander og underlivsplager), mens psykisk vold er forbundet med et bredt spekter av psykiske lidelser.
- Alvorlig omsorgssvikt i institusjon var forbundet med en rekke vansker senere, som for eksempel forsinket fysisk utvikling, kognitiv utvikling, tilknytning og psykiske helseplager. Varigheten og alvorligheten av omsorgssvikten påvirket hvor alvorlige de negative konsekvensene ble.
- For mange utsatte er oppvekstsituasjonene sammensatt med mange risikofaktorer til stede i tillegg til vold, noe som gjør det vanskelig å skille ut den rene effekten av vold. Det som er viktig er uansett at disse barna har langt dårligere utsikter til et friskt og godt liv enn barn som ikke lever i denne

## **Del 2**

### **Helseeffekt av medisinske undersøkelser for barn, på kort og lang sikt, ved mistanke om vold, overgrep og omsorgssvikt.**

Det foreligger i dag mye forskning som viser at barn i barnevernssystemet har en betydelig økt forekomst av både psykiske og somatiske helseplager, forskjellige sosiale vansker og en økt dødelighet både i ungdomsår og seinere i livet (Carr et al., 2020a). Det er vel dokumentert at belastningen ved å bli utsatt for vold i familien og seksuelle overgrep gir økt risiko for at utsatt barn og ungdom skal utvikle både psykiske og somatiske helseplager, både på kort og lang sikt. Vi vet videre at konsekvensene kan være større dersom barnet eller ungdommen opplever vold og overgrep over tid, i nære relasjoner, og i forbindelse med omsorgssituasjonen sin (Alisic et al., 2014; Annerbäck et al., 2012). Disse funnene fra klinisk- og epidemiologiske undersøkelser understøttes av et større antall studier som har dokumentert biologiske



funn som kan settes i sammenheng med symptomer og vansker hos barn utsatt for mishandling og omsorgssvikt. Det er vist at utviklingen av hjernen kan påvirkes, og at det kan oppstå endringer i den nevrokjemiske balansen som regulerer en rekke fysiologiske prosesser i kroppen samt påvirker kognisjon, emosjoner, humør, personlighet og adferd (De Bellis et al., 2011; Teicher & Samson, 2013, 2016). Dersom det er sviktende omsorg i hjemmet, vil det også være økt sannsynlighet for at barnet ikke får dekket sine medisinske behov og at oppfølging av kroniske sykdommer vil være mangelfull. I tillegg er det dokumentert at barn og ungdom med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer har økt risiko for å bli utsatt for vold fra omsorgspersoner (Hibbard & Desch, 2007; Jones et al., 2012; Spencer et al., 2005). Det er derfor forventet at barn som kommer til utredning på grunn av mistanke om vold i hjemmet og seksuelle overgrep, har mer helseplager enn andre barn.

I forbindelse med at mistanken om vold og overgrep oppstår, og barnet blir fanget opp av det offentlige hjelpeapparatet, vil det bli igangsatt undersøkelser fra barnevernet og/eller politi etterforskning og flere instanser vil være involvert i saken samtidig. Dette er ofte en milepæl i forhold til barnets omsorgssituasjon, der det blir tatt en rekke beslutninger som angår videre oppfølging. Det vil derfor kunne være et gunstig tidspunkt for en helhetlig karlegging av barnets situasjon og behov. Med bakgrunn i det vi vet om helseplager hos utsatte barn, vil det å inkludere en medisinsk undersøkelse i den utredningen som *gjøres kunne være* hensiktsmessig for at barnet skal få dekket sine videre behov for helsehjelp.

### Medisinsk undersøkelse

Med medisinsk undersøkelse legger vi her til grunn at barnet får en klinisk somatisk undersøkelse i tillegg til eventuell klinisk rettsmedisinsk undersøkelse og psykisk vurdering. Formålet med en slik undersøkelse å utrede symptomer, påvise sykdom og henvise til eventuell behandling. En medisinsk undersøkelse vil også kunne trygge barnet og foresatte på at barnet ikke er fysisk skadet selv om det kan ha vært utsatt for vold og overgrep. En fullstendig medisinsk undersøkelse vil omfatte en bred gjennomgang av det barnets utvikling og barnets sosiale forhold (familiesituasjon, daglige aktiviteter som barnehage, skole, fritidsaktiviteter og trivsel i disse). I tillegg gjennomgås barnets tidligere sykehistorie.

Medisinsk undersøkelse kan skje som ledd i en klinisk rettsmedisinsk undersøkelse eller separat. Ved en klinisk rettsmedisinsk undersøkelse foreligger det begjæring fra politiet og undersøkelsen har et rettslig formål; å undersøke barnet for tegn på vold og overgrep, beskrive og dokumentere eventuelle skader, og å vurdere om skaden passer med et beskrevet hendelsesforløp. Undersøkelsen vil kunne avdekke tegn på vold og overgrep mot barnet, samt gi mulighet til å sikre spor og dokumentere skader til en eventuell straffesak. I akutte tilfeller vil sporsikring være aktuelt. Sporsikring betyr at legen sikrer materiale som finnes både på pasienten og pasientens klær, og som kan være relatert til vold eller overgrep. Når det foreligger en begjæring om klinisk rettsmedisinsk undersøkelse vil helsepersonell være sakkyndig for politiet. Undersøkelsen må gjennomføres etter særlige prosedyrer og det må skrives en egen erklæring til oppdragsgiver. Slike undersøkelser utføres normalt av barnelege med spesiell kompetanse i sosialpediatri. Når det *gjøres* en fullstendig medisinsk undersøkelse i kombinasjon med klinisk rettsmedisinsk undersøkelse kalles dette en *sosialpediatrisk* undersøkelse (Helsedirektoratet, 2019). Samtale med barn om krenkende hendelser er en naturlig del av en slik undersøkelse. Ikke sjelden får en fram ny informasjon som ikke tidligere har kommet fram av tilrettelagt avhør (Finkel, 2008). Sosialpediatrisk undersøkelse har dermed som formål både å ivareta barnets behov for helsehjelp og rettsvesenets behov for kunnskap om det medisinske premissunderlag for etterforskning og rettergang (Helsedirektoratet, 2019). I tillegg vil de helsemessige og rettsmedisinske opplysninger som fremkommer være viktige som en del av beslutningsgrunnlaget til barnevernstjenesten.

Medisinske /sosialpediatriske undersøkelser og klinisk rettsmedisinske undersøkelser *gjøres* i dag ved Statens barnehus og ved landets barneavdelinger, samt i enkelte tilfeller ved de lokale legevaktene. Hos de eldste barna kan undersøkelse etter seksuelle overgrep skje ved overgrepsmottak.

## Statens barnehus - Formål, oppgaver og målgruppe

Statens barnehus er etablert for å sikre at barn og andre særlig sårbare grupper som kan ha vært utsatt for vold og seksuelle overgrep, og hvor forholdet er anmeldt til politiet, ikke utsettes for unødige belastninger i forbindelse med politiavhør, men at de derimot får god og koordinert oppfølging. De særlig sårbare fornærmede og vitner, og deres omsorgspersoner, skal derfor bli møtt med høy faglig kompetanse i trygge og tilrettelagte omgivelser. Barnehuset samler involvert fagpersonell på ett sted, og bidrar til å redusere behovet for at den særlig sårbare må fortelle sin historie gjentatte ganger. Barnehuset skal videre bidra til å styrke ivaretagelse av særlig sårbare fornærmede og vitners rettsikkerhet (Politidirektoratet et al., 2016). Barnehuset skal tilrettelegge for avhør, medisinske og odontologiske undersøkelser, tilby behandling og oppfølging av målgruppen, og ivareta koordinering av tverrfaglig og tverretattlig samhandling. I tillegg skal barnehuset bidra i faglig utvikling av saksfeltet, samt gi råd og veiledning til offentlige og private aktører (Politidirektoratet et al., 2016).

Beslutning om hvorvidt det skal foretas klinisk rettsmedisinsk eller odontologisk undersøkelse ligger til påtalemyndigheten i politiet. I tillegg skal alle fornærmede som er utsatt for vold eller seksuelle overgrep, få tilbud om en medisinsk undersøkelse, med mindre andre vurderinger tilsier at en slik undersøkelse åpenbart er unødvendig. Den medisinske undersøkelsen har som formål å ivareta den særlig sårbare fornærmedes helse- og omsorgssituasjon, samt trygge vedkommende og dennes foresatte. Ved gjennomføring av en klinisk rettsmedisinsk undersøkelse ivaretas begge formålene, og det er derfor i utgangspunktet ikke behov for en egen medisinsk undersøkelse. Ansvar for gjennomføring av medisinske undersøkelser, både klinisk rettsmedisinske og øvrige, ligger til helseforetakene. De regionale helseforetakene skal sørge for at tilstrekkelig kompetent medisinsk personell er tilgjengelig

Erfaringene fra en studie ved Barnehuset i Oslo tilsier at en systematisk kartlegging av symptomer og reaksjoner hos voldsutsatte barn kort tid etter at de har vært til tilrettelagt avhør gir en nyttig forståelse av hvilke utfordringer barna har (Rueness et al., 2020). Studien kartla både psykiske og somatiske symptomer, og bekrefter som ventet at barn og unge utsatt for vold og overgrep rapporterer flere kroppslige og psykiske vansker enn barn uten slike erfaringer. Det var også en tydelig sammenheng mellom psykiske og kroppslige symptomer der de som rapporterte høye nivåer av psykiske symptomer også var de som rapporterte de høyeste nivåene av somatiske symptomer. Studien bekrefter at en grundig og systematisk kartlegging er mulig innenfor barnehusenes rammer (Myhre et al., 2019), og ga et bedre vurderingsgrunnlag for den videre oppfølging i barnehus, råd og anbefalinger til foreldre og hjelpeapparatet rundt barna samt for mer presise henvisninger til rett instans.

## Problemstillinger

Med bakgrunn i det en vet om helseutfordringer hos barn i barnevernssystemet er det å forvente at mange i denne gruppen har behov for helsehjelp. Dette kan være problemer som er kjente eller som vil bli kjent, og som barnet får, eller vil få hjelp for, uavhengig av en medisinsk undersøkelse, i tilknytningen til undersøkelser i barnevernssaken.

Problemstillingene blir derfor om det å gjennomføre en medisinsk undersøkelse som ledd i utredningen ved mistanke om vold og overgrep i en pågående barnevernssak vil bidra til bedre helsehjelp og dermed bedre helse for barn der det foreligger mistanke om vold og overgrep?

For å besvare problemstillingen, vil vi oppsummere foreliggende kunnskap om:

- 1) helseeffekter av medisinsk undersøkelse
- 2) når en medisinsk undersøkelse gir mest gevinst, det vil si når en avdekker flest udekkede behov, og når en slik avdekking vil ha størst betydning for barnets helse videre
- 3) om hvem som bør utføre en slik undersøkelse og hvilke praktiske rammer for undersøkelsen som er av betydning
- 4) den medisinske informasjon er av betydning for beslutninger knyttet til videre omsorg for barnet

## Mål

Redegjøre for kunnskapsgrunnlaget for å inkludere medisinsk undersøkelse i tillegg til eventuell psykologisk og pedagogisk vurdering samt klinisk rettsmedisinsk undersøkelse hos barn der det er mistanke om vold og overgrep.

## Metode

Systematisk litteratursøk i databaser Medline. Det ble utført søk med tre ulike krav til metode og utfallsmål. Primært ble det søkt etter studier som sammenliknet at barn fikk en medisinsk undersøkelse evt i tillegg til andre undersøkelser ved mistanke om vold og overgrep med helseutkomme hos barn som ikke fikk en slik undersøkelse.

Sekundært ble det søkt etter studier som dokumenterte funn av eventuelle udekkede helsebehov hos barn der det ble utført medisinsk undersøkelse som ledd i utredningen i forbindelse med mistanke om vold og overgrep. Kravet her var at det ble funnet somatiske helseproblemer som ikke var kjent fra tidligere, og der behandling, oppfølging eller videre utredning vil være av nytte for barnet

Tertiært ble det søkt etter studier som dokumenterte funn av somatiske helseproblemer ved medisinsk undersøkelse gjort i forbindelse vurdering etter mistanke om vold og overgrep uten krav om at det ble gjort rede for om dette var nye funn, eller om problemene var kjent fra tidligere.

PICO -skjemaet under viser en oversikt over søkestrategien for del 2

Patients	Intervention	Comparison	Outcome
Barn < 19 år		Ikke medisinsk	Helsekonsekvenser
Mistanke om barnemishandling eller seksuelle overgrep	Medisinsk undersøkelse	undersøkelse	Tilgang på helsetjenester Udekkede helsebehov Helsebehov

Helsetilbud og organisering av tjenester til barn utsatt for vold og overgrep er organisert forskjellig i ulike land, det samme er barneverntjenesten og andre velferdstilbud for denne gruppen. Dette gjør det vanskelig å finne internasjonal forskning som er direkte overførbart til norske forhold. Vi har sett på medisinsk undersøkelse utført i tidsrommet fra mistanken om vold og overgrep ble kjent av offentlige myndigheter til saken var ferdig undersøkt og etterforsket og beslutningen om videre barnevernstiltak var fattet. Dette innbefatter da medisinsk undersøkelse som gjøres som et tillegg til klinisk rettsmedisinsk undersøkelse og senere vurderinger i regi av helsetjeneste, barneverntjenesten eller som ledd i ett forskningsprosjekt. Undersøkelsene kan være gjort ved Barnehus eller tilsvarende institusjoner, i helsetjeneste eller på annen måte organisert av barneverntjenesten.

## Resultater av litteratursøk

Litteratursøket fant ingen studier med høy eller medium høy kvalitet. Dette var ikke uventet da problemstillingen er lite egnet for randomiserte kontrollerte studier.

Første litteratursøk identifiserte 71 artikler. Etter gjennomlesing av abstrakt var 11 av disse av mulig relevans for vår problemstilling. Etter gjennomlesing av artiklene ble 4 ansett som relevante, i tillegg ble ytterligere én artikkel identifisert fra referanselistene (Randsalu & Laurell, 2018). Totalt ble altså 5 artikler inkludert. To av studiene var prospektive kliniske studier (Al-Jilaihawi et al., 2017; Kling et al., 2016). Al-Jilaihawi inkluderte kun barn og unge mulig utsatt for seksuelle overgrep og Kling inkluderte barn der barneverntjenesten hadde overtatt omsorgen uavhengig av årsak. De resterende tre studier hadde retrospektivt gått systematisk i gjennom journalopplysninger og sakspapirer (Girardet et al., 2006; Kirk et al., 2010; Randsalu & Laurell, 2018). Se Tabell 1 (Vedlegg 1) for oversikt over studier som har undersøkt funn av udekkede helsebehov i forbindelse medisinsk undersøkelser utført i helsetjenesten, som ledd i

barnevern utredning eller rettsmedisinsk undersøkelse hos barn utsatt for vold og overgrep. Studiene er oppsummert nedenfor.

### **Oppsummering av forskningsfunn**

Studien "The value of paediatric assessment in historic child sexual abuse" av Sarah Al-Jilaihawi, Kevin Borg, Sabine Maguire og Deborah Hodes (Al-Jilaihawi et al., 2017) er den studien som best har belyst vår problemstilling i forhold til barn hvor det er mistanke om seksuelle overgrep. De har undersøkt 249 barn som kom til en spesialisert klinikk i London etter mistanke om seksuelle overgrep. Overgrepene hadde skjedd fra få dager til inntil 2 år før undersøkelse. Det ble gjort en full somatisk undersøkelse i tillegg til klinisk rettsmedisinsk undersøkelse.

Artikkelen konkluderer med at barn og unge som har blitt utsatt for overgrep eller hvor det er mistanke om det, har nytte av en fullstendig barnelegeundersøkelse av en spesialist, og at det ble avdekket udekkede helsebehov hos en majoritet av barna. Av de 249 barna som ble undersøkt fant de at 57 % hadde medisinske problemer relatert til overgrep, 31 % hadde medisinske problem som ikke var relatert til overgrep, og 22 % hadde emosjonelle eller atferdsproblemer med behov for videre henvisning. Det var rettsmedisinske funn direkte relatert til overgrep hos 7 % av barna selv om overgrepet for de fleste hadde skjedd for mer enn en uke siden. De fant også grunn til å melde fra til barnevernet for 10 % og til politi for 2 % av tilfellene i utvalget. I tillegg fant de at 15 % av foreldrene trengte hjelp for psykiske symptomer.

Studien "Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs" av Stefan Kling, Bo Vinnerljung og Anders Hjern (Kling et al., 2016) undersøkte 120 barn i Sverige rett etter at de ble plassert i fosterhjem eller barneverninstitusjon, og konkluderte med at mange hadde udekkede helse- eller tannhelsebehov. Det var ikke spesifisert om barna var blitt utsatt for vold eller overgrep. Barna ble undersøkt av en erfaren barnelege som i tillegg hadde tilgang til journalopplysninger. De fant at 51 % av barna hadde behov for videre henvisning til spesialist eller primærhelsetjenesten for et eller flere medisinske problem. Mange var overvektige (40 % av jentene og 33 % av guttene). Flere enn i befolkningen for øvrig hadde ikke gjennomført fullstendig vaksinerings og halvparten av 7-17 åringene hadde ubehandlet karies. Det var mange årsaker til henvisning til primærhelsetjenesten, blant annet ubehandlet astma, allergi, obstipasjon eller smerter av uklar årsak hvor det var behov for videre utredning samt avtaler for å få fullført vaksinerings. Eksempler på årsaker til henvisning til spesialist var atypisk vekst, for tidlig pubertet, fedme, nevrologiske og psykiatriske symptomer, epilepsi og svekket hørsel eller syn. I flere av tilfellene var det tidligere igangsatt utredning og behandling men dette var ikke fulgt opp av foreldre.

Studien "Unmet health care needs among children evaluated for sexual assault" av Girardet R, Giacobbe L, Bolton K (Girardet et al., 2006) beskriver en systematisk gjennomgang av kvalitetssikrede journaldata fra 473 barn som kom til undersøkelse på et spesialisert senter i Houston, Texas etter mistanke om seksuelt overgrep. De fant at 26 % av barna hadde enten et medisinsk eller psykologisk problem hvor det var behov for tiltak, klassifisert som udekket behov, og 8 % hadde behov for umiddelbar medisinsk behandling. Det ble gjort anogenitale funn relatert til overgrepet hos 9 %. Forfatterne konkluderer med at det var vanligere å finne andre medisinske problemer enn skader relatert til overgrepet (rettsmedisinske funn) i gruppen. De påpeker likevel at det kan ha vært en skjevhet i utvalget som kan bidra til å forklare den forhøyede forekomsten av udekkede hjelpebehov. Et generelt dårlig helsetilbud til befolkningen i området der studien ble utført kan ha vært med på å forklare en høyere forekomst av udekkede hjelpebehov i studiepopulasjonen sammenlignet med blant barn og unge i USA for øvrig. Videre fremhever forfatterne at det er behov for at den som undersøker barn og unge, har medisinsk kompetanse da forekomsten av sykdommer med behov for rask medisinsk behandling var høy.

Studien "Child protection medical assessments: why do we do them?" av Kirk CB, Lucas-Herald A, Mok J. (Kirk et al., 2010) har undersøkt resultatene av medisinsk undersøkelse utført som ledd i utredning i

barnevernssaker. Forfatterne har gått igjennom sakspapirene i 742 saker der det i et tverrfaglig samråd mellom barnevern, politi og helse ble besluttet medisinsk undersøkelse. Undersøkelsene ble gjennomført av barnelege (N=233) eventuelt sammen med rettsmedisiner (N=509). Det var mistanke om fysisk vold i 52 % og seksuelle overgrep i 36 % av sakene, en kombinasjon i vel 8 % og omsorgssvikt i 3 %. Samlet fant de funn som støttet eller var diagnostisk for at barnet var utsatt for vold hos 67 %, i langt de fleste tilfellene dreide det seg da om fysisk vold. Hos 46 % av barna ble de funnet udekkede helsebehov ikke direkte relatert til voldshendelser. Forfatterne konkluderte med at en grundig medisinsk undersøkelse var viktig for å identifisere udekkede helsebehov og udiagnostiserte medisinske problemer hos en gruppe spesielt sårbare barn. De fremhevet også at det var viktig med barnemedisinsk ekspertise for å identifisere disse behovene.

Studien «Children in out-of-home care are at high risk of somatic, dental and mental ill health» av L S Randsalu og L Laurell (Randsalu & Laurell, 2018) har gått igjennom den medisinske journalen til barn som ble undersøkt ved barneavdelingene i Skåne, etter at Svenske myndigheter innførte en ordning der alle barn som ble plassert utenfor hjemmet av Sosialtjenesten skulle tilbys en medisinsk undersøkelse. Kun 6 % av de aktuelle barna ble henvist og fikk gjennomført en medisinsk undersøkelse. Forut for plasseringen utenfor hjemmet hadde 39 % av barna falt ut av oppfølging i helse- og/eller tannhelsetjenesten, og 36 % hadde uteblitt fra medisinske konsultasjoner. I utvalget hadde 30 % av barna dårlig tannstatus og 29% angst eller depresjon. 14 % av jentene og 12 % av guttene var overvektige. Det ble funnet direkte tegn til vold hos 17 %. Som et tegn på udekkede helsebehov ble 53 % av de som ble undersøkt henvist videre til ytterligere undersøkelse eller behandling. Forfatterne konkluderer med at behovet for helsehjelp hos barn som plasseres utenfor hjemmet er stort, og at flere burde blitt undersøkt, noe som også vil være i henhold til retningslinjene i Sverige.

### **Evaluering av Care-modellen: Hvilke somatiske helsebehov ble identifisert?**

CARE-modellen er en modell for én-dags tverrfaglig kartlegging av helse og omsorgsbehov for utsatte barn og unge, primært barn som barnevernet har flyttet ut av hjemmet, men også barn av mødre i legemiddelassistert rehabilitering. Kartleggingen består av kartleggingsdagen samt informasjon samlet inn i forkant fra barneverntjenesten og andre instanser om blant annet tidligere utredninger, men det fremkommer ikke rapporten og hvor mye helseopplysninger som er innhent (Myrvold et al., 2020). Som del av kartleggingen ble det gjennomført legeundersøkelse med anamnese. Ved behov ble barna undersøkt ved tannhelseklinikk samme dag. Somatiske helsebehov ble vurdert utfra funn i disse undersøkelsene og innhentede opplysninger.

Det ble rapportert at 59 % av barna som ble undersøkt hadde somatiske helseplager. Andelen var størst hos de minste barna 0- 6 år der det ble rapportert fysiske problemer hos 2 av 3, mens andelen for de over 7 år var vel 1 av 2. Det var et mangfold av fysiske problemer og lidelser blant de kartlagte barna. Flere av barna har vært utsatt for skadelige forhold i svangerskapet, og hadde problemer relatert til dette. Mange hadde mageproblemer, enurese-/enkoprese-problematikk (ufrivillig vannlating/ avføring) og/eller for høy eller lav vekt. Flere hadde problemer med synet eller problemer med finmotorikken. Tannrøte og andre tegn på dårlig tannhelse forekom også hyppig (Myrvold et al., 2020).

Rapporten konkluderer med at kartleggingen, har gitt teamene grunnlag for å peke på konkrete behov for oppfølging både når det gjelder barnas psykiske og fysiske helse og utvikling, og når det gjelder daglig omsorg. Videre sier evalueringen at de aller fleste barna som ble kartlagt hadde mye de strevde med, og mange fylte kriteriene for én eller flere diagnoser. Dette ble gjenspeilt i at det for mange barn ble gitt anbefalinger for videre oppfølging, for mange dreide dette seg om førstelinjetjenester som fastlege, helsestasjon/skolehelsetjeneste, PPT og andre tiltak i skole og barnehage, men også nærmere utredning eller behandling i psykisk helsevern for barn og unge (Myrvold et al., 2020).

### Data fra Kvalitetsregisteret i sosialpediatri, St. Olavs hospital

Det er ingen studier fra Norge som har undersøkt funn ved medisinske undersøkelser av barn der det er mistanke om vold eller seksuelle overgrep eller hvilke effekt slike undersøkelser har for oppfølgingen barnet får videre. Ved St. Olavs Hospital er det imidlertid opprettet et kvalitetsregister i sosialpediatri som inkluderer alle barn som gjennomgår sosialpediatrisk undersøkelse ved Barne- og ungdomsklinikken St. Olavs hospital og Statens Barnehus, Trondheim pga. mistanke om at barnet er utsatt for vold (inklusive kjønnslemlestelse av jenter), og seksuelle overgrep og omsorgssvikt.

Registeret ble etablert i 2016. Etter en prøveperiode på tre år med aidentifiserte opplysninger er nå registeret permanent godkjent for registrering av anonymiserte opplysninger (Hpl § 26). Her registreres systematisk bakgrunnsinformasjon i saken, funn som gjøres ved undersøkelsen og hvilke tiltak som blir igangsatt i etterkant av undersøkelsene. Den sosialpediatriske undersøkelsen som gjøres innbefatter både klinisk rettsmedisinsk undersøkelse og en bredere barnemedisinsk undersøkelse.

En oppsummering av data finnes i årsrapportene for registret, og gir nyttig informasjon om hvilke funn som gjøres og hvilke tiltak som igangsettes.

Samlet gir dette en indikasjon på i hvilke grad en slik undersøkelse avdekker funn av rettslig betydning samt udekkede medisinske behov. Data fra kvalitetsregisteret gir dermed også en indikasjon på hvilke helsemessige konsekvenser en slik undersøkelse kan ha. Vi har derfor valgt å ta med resultater fra registeret selv om disse ikke er publisert i vitenskapelige tidsskrift.

**Tabell 2.** Oversikt over data fra kvalitetsregisteret i sosialpediatri, St. Olavs hospital

		2016	2017	2018	2019	2020	Samlet
	Antall	208	204	185	202	222	1021
	Alder	8,6	7,9	7,6	8	8	8
	Jenter	59%	57%	54%	62%	63%	
Type overgrep	Seksuelt overgrep	81(39%)	46(23%)	75(40%)	97(48%)	67(30%)	366(36%)
	Fysisk vold	42(21%)	117(57%)	117(56%)	101(50%)	155(70%)	532(52%)
	Kombinasjon	83(40%)	41(20%)	7(4%)	4(2%)		
	Akuttsak < 3 dager	27(13%)	35(17%)	42(23%)	29(19%)	40(18%)	163(16%)
Funn	Relatert historie	100(48%)	86(42%)	89(48%)	93(46%)	91(41%)	459(45%)
	Relatert skade	33(16%)	45(22%)	46(25%)	28(14%)	49(22%)	201(20%)
	Relatert somatisk sykdom	27(13%)	43(21%)	33(18%)	10(5%)		
	Relatert psykisk sykdom	73(35%)	63(31%)	46(25%)	69(34%)		
	Andre helseproblemer	77(37%)	100(48%)	78(42%)	101(50%)	142(64%)	

	Rapport BVT	160(77%)	161(79%)	118(64%)	123(61%)	155(70%)	717(70%)
	Rettsmedisinsk erklæring	100(47%)	114(56%)	83(45%)	127(63%)	144(65%)	568(56%)
Tiltak	Oppfølging helse	127(61%)	143(70%)	141(76%)	131(65%)	160(72%)	702(69%)
	- Spesialist	60 (29%)	51 (25%)	48 (26%)	65(32%)	82(37%)	306(30%)
	- Kommune	56 (27%)	55 (27%)	57 (31%)	28(14%)	49(22%)	306(30%)
	- Sosped	35 (17%)	59 (29%)	39 (21%)	55(27%)	53(24%)	241(24%)
	- Barnehus				20(10%)	20(9%)	

Samtale med barn om krenkende hendelser er en viktig del av en sosialpediatrisk undersøkelse, på linje med sporsikring, skadedokumentasjon og riktig undersøkelsesteknikk. Ikke sjelden får en fram ny informasjon som ikke har kommet fram av tilrettelagt avhør. I registeret fant vi at litt i underkant av halvparten av barna hadde fortalt om relevante hendelser, det vil si en fortelling som bekreftet det mistenkte forhold til undersøkende lege. Det fremkom ikke hvor stor andel av disse som også har fortalt til politi eller barnevern.

Samlet ble det funnet skader relatert til det mistenkte forholdet hos rundt 20 % av barna. Det ble oftest gjort funn i saker som omhandlet fysisk vold og det ble oftest funnet hudskader i form av arr eller blåmerker. Anogenitale skader ble funnet hos fra 5 % til 7 % av de barna som kom til undersøkelse for mistanke om seksuelle overgrep.

Direkte relatert somatisk sykdom ble samlet funnet hos 13 % av barna. Tannråte var vanligst fulgt av genital irritasjon. I de siste rapportene var dette ikke spesifisert. Direkte relatert psykisk sykdom ble funnet hos fra 25 % til 35%. I tillegg hadde flere av barna uklar psykisk sykdom, det vil si barn som var eller skulle til utredning.

Andre helseplager som ikke er direkte relatert til de mistenkte forhold (både somatisk og psykisk) ble funnet hos 37 %. Her dominerer overvekt, psykiske plager, plager knyttet til kjønnsorgan og endetarmsåpning (enurese, forstoppelse, genital irritasjon), forsinket psykomotorisk utvikling og dårlig tilvekst.

Mange ble henvist til oppfølging av barnevern og helse, og dette var langt flere enn det ble skrevet rettsmedisinskerklæring for. Totalt 69 % av barna fikk initiert en helsemessig oppfølging som resultat av den sosialpediatriske undersøkelsen. Her ble 30 % henvist til spesialisthelsetjenesten (flest til BUP), mens 24 % fikk oppfølging ved sosialpediatrisk poliklinikk. Hos omkring 10 % ble det initiert videre utredning i regi av Statens barnehus, dette var oftest i form av traumescreening i forkant av eventuell henvisning til BUP. Hos 30 % ble det gitt råd om oppfølging i primærhelsetjenesten. Mange av barna ble henvist til flere instanser.

### **Sammendrag av studiene som spesielt belyser problemstillingen**

Flere av studiene konkluderer med at det er behov for spesialkompetanse for å gjøre en klinisk rettsmedisinsk undersøkelse ved mistanke om seksuelle overgrep hos barn (, noe som er i tråd med

internasjonale retningslinjer (Adams, 2011). Vi har ikke funnet studier som direkte undersøker hvilken kompetanse som er av betydning for å se etter andre helseproblemer helseeffekter etter vold og overgrep, men de inkluderte studiene nevner alle at det er behov for både psykisk og somatisk kompetanse. I tillegg nevnes det i tre av studiene (Al-Jilaihawi et al., 2017; Girardet et al., 2006; Kirk et al., 2010) spesielt at det er behov for barnemedisinsk ekspertise. I de kliniske inkluderte studiene er de medisinske undersøkelser utført av barneleger med spesiell interesse for feltet eller leger eller spesialsykepleiere tilknyttet studien. I de retrospektive journalstudiene er det barnelege med spesialkompetanse og interesse for problemstillingen som gjennomgår dokumentene.

Ingen av studiene har spesifikt undersøkt når en medisinsk undersøkelse bør utføres. Tre av de inkluderte studiene har sett på medisinsk undersøkelse sammen med rettsmedisinsk undersøkelse i forbindelse med etterforskning av saken (Al-Jilaihawi et al., 2017; Girardet et al., 2006; Kirk et al., 2010) eller undersøkelse som ledd i utredningen i barnevernet etter plassering utenfor hjemmet (Kling et al., 2016; Randsalu & Laurell, 2018). Ved begge tidspunkt blir det funnet udekkede helsebehov hos en stor (26 – 51 %) av barna, og alle forfatterne har konkludert med at en slik undersøkelse derfor er nyttig for barna, og kan danne grunnlag for henvisning videre noe som kan bidra til at de får dekket helsebehov sine fremover. Dette samsvarer med funnene fra Kvalitetsregisteret i sosialpediatri ved St. Olav og evalueringen av Care-modellen. En betydelig andel av barna har udekkede helsebehov, og blir henvist videre for oppfølging.

### **Erfaringer fra Sverige**

I tillegg til systematisk litteratursøk i internasjonale tidsskrifter har vi henvendt oss til fagmiljøene i de Nordiske landene for å se om det finnes erfaringer fra nabolandene som ikke er publisert internasjonalt. I Sverige er det en klar intensjon at fysisk helse skal falle innunder formålet til Barnehusene, og dette er nedfelt i de nasjonale retningslinjene (Nasjonell riktlinje 4.11, Medicinsk undersøkning). Den medisinske undersøkelsen har som formål å undersøke barnas somatiske helse, se etter skader samt utrede og bedømme behovet for somatisk behandling. Dette er en frivillig undersøkelse som må godkjennes av foresatte eller verge. I tillegg kommer den rettsmedisinske undersøkelsen som må begjæres av politi eller domstol. Selv om det er en økning i andelen barn som får en slik undersøkelse, viste en gjennomgang i 2012 at kun mindre andel av barna blir undersøkt av lege (13%), og fokuset var oftest rettsmedisinsk. Den somatiske helsen til barna og behov for eventuell behandling var sjelden i fokus, og dette ble fremhevet i rapporten som et forbedringspunkt. En nyere gjennomgang gjort av Barnafrid i 2019 (Barnafrid, 2019) konkluderer med at dette fremdeles er en mangel, og at det og sikre lik tilgang til medisinsk undersøkelse samt å sørge for at flere blir undersøkt er listet opp som anbefalt tiltak. Det er ingen tilegnetlig oppsummering av funn ved medisinsk undersøkelsene i barnehusene fra Sverige.

## **Del 3**

### **Barnevernets nytte av medisinsk kunnskap om barnet i sine vurderinger, tiltak og oppfølging.**

#### **Beslutninger i barnevernet**

I følge statistikk fra SSB i 2019, mottar barnevernet årlig 57 988 meldinger, av disse går 81 % videre til undersøkelsessak. I 38 % av undersøkelsessakene gjør barnevernet vedtak om tiltak, der 34 % av sakene med besluttet tiltak resulterer i omsorgsovertakelse (Bufdir, 2021). Som begrunnelse for tiltak oppgis oftest manglende foreldreferdigheter, etterfulgt av høy grad av konflikt hjemme og foreldres psykiske vansker (Statistisk sentralbyrå, 2020). Også vitne til vold i hjemmet og andre forhold ved familien/foreldrene oppgis i mange vedtak om tiltak (Statistisk sentralbyrå, 2020). Vold og overgrep mot barnet oppgis i langt mindre grad som årsak til tiltak (Statistisk sentralbyrå, 2020). Ut i fra denne statistikken, er det åpenbart at barnevernsarbeideren gjør mange små og store vurderinger og beslutninger. Forskning på barnevernets vurderinger og beslutningsarbeid viser at det er mange faktorer



som påvirker deres beslutninger, og beslutningene kjennetegnes av stor kompleksitet der mange hensyn må tas (de Kwaadsteniet et al., 2013; Kojan & Christiansen, 2016). Denne kompleksiteten gjenspeiles i barnevernets mandat. I følge lov om barnevernstjenester §1-1 skal de ansatte i barnevernet ta beslutninger som «1) sikrer at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid, og 2) sikre at alle barn og unge får gode og trygge oppvekstvilkår» (Lov om barneverntjenester). Ikke minst er beslutningene som fattes viktige for barna og familiene det gjelder, mye står potensielt på spill, og derfor er det en stor emosjonell komponent i beslutningene som skal fattes (Kojan & Christiansen, 2016). Dette skjer i et beslutningslandskap der mange faktorer er usikre, og en del informasjon som barnevernsarbeideren skal fatte beslutninger på grunnlag av kan være motstridende (Kojan & Christiansen, 2016). Fra beslutningspsykologisk forskning vet vi at beslutningstaking der informasjonen er sammensatt, motstridende, emosjonelt ladet, og der beslutninger basert på fremtidige usikre scenarioer ligger til grunn for beslutningene, også innebærer en høy risiko for beslutninger med en slagside (Tversky & Kahneman, 1974). Studier har vist at barnevernsarbeidere i stor grad benytter seg av mer intuitivt basert beslutningsgrunnlag til dels basert på tidligere erfaringer, følelser og observasjoner de gjør i enkeltsaker (Hackett & Taylor, 2014; Munro, 1999), men at også mer analytiske metoder for beslutningstaking praktiseres (Hackett & Taylor, 2014; Kojan & Christiansen, 2016).

Siden sammensatte spørsmål skal besvares av barnevernet, er barnevernsarbeideren avhengig av å innhente informasjon fra andre tjenester og ha et godt tverretatlig samarbeid (Fauske et al., 2016). Forskning på et representativt utvalg av undersøkelsessaker i norsk barnevern (fra prosjektet Det nye barnevernet) har vist at saksbehandlere i barnevernet innhenter mye informasjon om barnet, og i noe grad om foreldrene, også fra andre tjenester enn barnevernet selv (Clifford et al., 2015). Det er imidlertid i mindre grad rapportert om aktivt tverretatlig samarbeid (Clifford et al., 2015). Internasjonal forskning på barnevernet understøtter dette funnet. I en britisk studie kartla forskere barnevernets bruk av ulike former for informasjon og dokumentasjon i 98 barnevernssaker i 11 ulike team bestående av til sammen 50 saksbehandlere (Hackett & Taylor, 2014). I studien ble ikke medisinske eller pедиатriske undersøkelser eksplisitt nevnt, men hvordan ekspertuttalelser eller rapporter utarbeidet av eksperter ble benyttet fremgikk av resultatene i studien. Studien viste at i 34,7 % av de 98 sakene som ble studert inngikk det ekspertuttalelser i beslutningsgrunnlaget til barnevernsarbeideren. Til sammenlikning ble sosialfaglig og psykologisk teori vektlagt i 46,9 % sakene, og erfaringsbaserte og anekdotisk fundert informasjon lagt til grunn i omtrent 50 % av sakene. Vi kan allikevel ikke direkte sammenlikne tallene oppgitt i Hackett og Taylors studie med tall fra Norge, fordi vi vet at barnevernets undersøkelsesarbeid varierer mellom ulike land.

### **Helseinformasjon som beslutningsgrunnlag**

I følge den nevnte norske studien «Det nye barnevernet» som var en surveyundersøkelse fra 2008, ble det innhentet en uttalelse fra lege/sykehus i 24 % av sakene, i 6 % av sakene var det telefonisk kontakt med lege/sykehus, mens det i kun 2 % av sakene var et tverretatlig samarbeid (Clifford et al., 2015). Det er altså en del kontakt mellom leger og barnevernet i undersøkelsessaker, men denne kontakten er ikke formalisert i et samarbeid ifølge denne undersøkelsen som ble foretatt blant et representativt utvalg saker i barnevernet i tidsrommet 2007-2008.

En utfordring ved innhenting av opplysninger fra eksperter og andre, er at opplysningen kan enten inngå i vurderingen som et selvstendig stykke informasjon som vurderes for seg, eller informasjonen som innhentes kan benyttes dersom det støtter annen informasjon i saken (Hackett & Taylor, 2014). Slik som informasjonsutveksling og samarbeid fungerer i dag i det norske barnevernet, er det barnevernet som definerer hva de ønsker svar på fra for eksempel legen, og barneverntjenesten har derfor definert hva som vil være relevant informasjon å innhente (Fauske et al., 2016). Ved mer aktivt samarbeid, vil dette kunne se annerledes ut der saksbehandler og for eksempel helsearbeideren sammen vil kunne komme frem til hvilken helseinformasjon, og hvordan aktuell helseinformasjon om barnets beste kan benyttes i barnevernets beslutninger (Fauske et al., 2016). Samtidig er det viktig å huske på at saksbehandler i

barnevernet ikke kan legge ensidig vekt på en informasjonskilde, dette kan føre til slagsider, og i verste fall at feil beslutninger fattes.

I alt er det lite forskningsbasert kunnskap på barnevernets nytte av medisinske undersøkelser i sine vurdering og beslutninger. Studier viser på generelt grunnlag at barnevernet innhenter mye informasjon, men i komplekse saker vil det være relevant å trekke inn mange ulike typer informasjon som skal vektes når beslutninger skal fattes. Slik både den engelske studien til Hackett og Taylor viser, samt Clifford og kollegers studie i Norge tydelig viser.

## Problemstilling

Hvilken nytte barnevernet har av at barn i barnevernet er til medisinsk undersøkelse/utredning. (Hvordan medisinsk kunnskap om barnet hjelper barnevernet i deres vurdering, tiltak og oppfølging).

## Metode

Det ble gjennomført tre systematisk søk basert på PICO-diagrammet under. I likhet med problemstilling 2, ble også her målgruppen definert til å være barn og unge under 19 år, intervensjonen det var snakk om er en medisinsk eller rettsmedisinsk undersøkelse, og sammenlikningsgrunnlaget vil være å ikke foreta en medisinsk undersøkelse, eller kun andre typer vurderinger/ekspertuttalelser slik som psykologiske eller pedagogiske. For problemstilling 3 var det særlig relevant å se på hvilken betydning slike undersøkelser har for barnevernets vurderinger, beslutninger og oppfølging i tiltak.

PICO -skjemaet under viser en oversikt over søkestrategien for del 3

Patients	Intervention	Comparison	Outcome
Barn < 19 år Mistanke om barnemishandling eller seksuelle overgrep og/eller Omsorgsovertakelse/plasseres utenfor hjemmet	Medisinsk undersøkelse*	Ikke medisinsk undersøkelse Annen type vurdering?	Beslutningstaking i barnevernet Oppfølging av barnevernet/fosterforeldre

Det ble foretatt søk i tre ulike databaser (Medline (11 treff), Sociological abstracts (4 treff, hvorav 1 duplikat) og Scopus (4 treff)) med disse søkeordene: a) Søkeord (pasient/gruppe): Abuse/violence/maltreatment/assault; Sexual, physical, emotional/psychological, neglect; Child -, historical(?) - survivor, b) Søkeord (setting): Children's advocacy centers, center for families and children. c) Søkeord (type undersøkelse): Somatic assessment, paediatric/pediatric assessment, paediatric health assessment, medical evaluation, medical examination. Søkeord (målsetting for/bruker av den medisinske undersøkelsen): Child protection services, child protection, decision making, decisions, future care, foster care, out of home care, residential care.

Rapporter og annen litteratur som ble innhentet gjennom kontakt med fagmiljøet ble også inkludert, og referanselistene i disse rapportene ble lest for å identifisere potensielle relevante referanser for problemstillingen som ikke ble fanget opp i de systematiske søkene.

## Funn

De systematiske søkene ga til sammen 18 unike treff. Disse treffene var i all hovedsak studier på rettsmedisinske undersøkelser og treffsikkerheten til den medisinske undersøkelsen i avdekking av seksuelle overgrep. Kun ett (Jedwab et al., 2015) av de 18 treffene kunne belyse problemstilling 3, og er inkludert i kunnskapsoppsummeringen og beskrevet nærmere under. Effektstudier av medisinske undersøkelser på barnevernsarbeideres vurderinger, beslutninger eller valg av tiltak ble ikke identifisert. I

tillegg til det systematiske søkene, ble to rapporter identifisert som relevante. Den norske CARE-studien (Myrvold et al., 2020) var allerede kjent for oss. I tillegg gjorde en representant for den svenske barnelegeforeningen oss oppmerksom på en rapport utarbeidet for den svenske socialstyrelsen og EU (Vinnerljung & Hjern, 2018). I referanselisten til Hjern og Vinnerljungs rapport identifiserte vi 1 artikkel (Chambers et al., 2010).

Jedwab, M., Benbenisthy, R., Chen, W., Glasser, S., Siegal, G., & Lerner-Geva, L. (2015). *Child protection decisions to substantiate hospital child protection teams' reports of suspected child maltreatment*. Child Abuse & Neglect.

Studien hadde som mål å undersøke om medisinske rapporter som del av undersøkelse knyttet til mistanke om barnemishandling (vold, overgrep og neglekt/omsorgssvikt) kunne være til hjelp for å underbygge eller tilbakevise barnevernets mistanke om barnemishandling i enkeltsaker i Israel. Formålet med en slik kartlegging var å tidlig kunne identifisere risikofaktorer for forekomst av barnemishandling og sette inn riktige tiltak. Funn fra den medisinske undersøkelsen ble ført inn i et strukturert og standardisert skjema som ble fylt ut av barnevernsteam ved sykehusene bestående av barneleger, psykiatere, sykepleiere, og sosialarbeidere. De rapporterte undersøkelsene kartla følgende aspekter ved barnet og familien; 1) sosiodemografisk bakgrunn, 2) foreldres helse og fungering, 3) barnets helse og utvikling, 4) barnets historikk knyttet til sykehusinnleggelse, 5) informasjon om aktuell sykehusinnleggelse, 6) medisinsk bevis på vold/overgrep, 7) barn og foreldre atferd i forbindelse med undersøkelsen og sykehusinnleggelsen, 8) sykehusteamets vurdering av risikoen for barnemishandling. I tillegg foretok sykehusteamene strukturerte telefonintervju av barnevernsarbeiderne som mottok disse rapportene for å kartlegge hvordan det gikk med saken etter at rapporten hadde blitt sendt fra sykehuset. Seks medisinske enheter deltok i studien, som resulterte i 358 medisinske rapporter.

Et bekymringsverdig hovedfunn var at nesten 1 av 4 saker aldri nådde barnevernet selv om sykehuspersonellet hadde vurdert det dithen at det var stor sannsynlighet for at barnet hadde vært utsatt for barnemishandling. Dette funnet tydet på at informasjonsflyten mellom helsetjenesten og barnevernet i Israel ikke var godt nok, og at mange rapporter havnet på avveie i silingssystemer mellom helsevesenet og barnevernet.

Studien viste videre at 53,5 % av sykehusrapportene som ble utarbeidet ble ansett for å underbygge mistanker om barnemishandling. Det var flest saker som omhandlet neglekt/omsorgssvikt der sykehusrapportene hadde denne effekten på utfallet av saken. Viktig å påpeke i denne sammenhengen, er at selv om faktorer knyttet til familiens sosiodemografiske bakgrunn, foreldres helse og fungering, barnevernets kjennskap til familien, og barnets alder var av betydning for hva barnevernet konkluderte, var også funn knyttet til den aktuelle sykehusinnleggelsen av betydning for utfallet i saken og barnevernets konklusjon om underbygging eller tilbakevising av mistanke om barnemishandling. Dette kan bety at medisinske undersøkelser bidrar med viktig informasjon utover annen informasjon om familien og barnet, når beslutninger i barnevernssaker skal fattes.

Chambers, M., Saunders, A., New, B., Williams, C. & Stachurska, A. (2010). *Assessment of children coming into care: Processes, pitfalls and partnerships*. Clinical Child Psychology and Psychiatry.

Denne australske studien undersøker tverretattlig samhandling mellom helse- og barnevernssektoren. En av konklusjonene fra studien er at godt og nyttig samarbeid på tvers av etater er svært viktig i forbindelse med omsorgsovertakelser. Studien var basert på en prøveordning i en australsk delstat der et tverrfaglig helseteam ble opprettet for å kartlegge somatisk og psykisk helse. Teamet bestod av helsepersonell fra lokalsykehuset, psykisk helsevern for barn og unge i regionen, og barnevernet. De skulle utarbeide en prosedyre for dette utredningsarbeidet, og undersøke 50 barn som skulle i langsiktig fosterhjemsplassering. I tillegg skulle det skje en oppfølgingsundersøkelse av alle barna 6-12 måneder etter den første utredningen. Rapporter bestående av en somatisk og en psykiatrisk/psykososial vurdering ble utarbeidet for hvert barn. Saksbehandler i barnevernet ble satt som mottaker av denne rapporten, med

barnets lege (dersom barnets lege var identifisert) på kopi. Det var saksbehandler i barnevernet som hadde ansvaret for at anbefalinger i rapporten ble implementert og fulgt opp.

I tillegg til å påvise en rekke psykiske og somatiske helseplager hos barna og ungdommene, viste studien i gjennomsnitt 8 oppfølgingsanbefalinger ble gitt per barn. Av disse 8 anbefalingene, var omtrent 40 % ikke adressert ved andre undersøkelsestidspunkt. Imidlertid var det slik at av alle typer anbefalinger gitt, var de medisinske (somatiske) anbefalingene i nest størst grad etterfulgt (66 % av sakene), kun forbigått av anbefalinger om samvær (70 %). Intervensjoner knyttet til språkvansker og oppfølgingsbehov identifisert hos omsorgsperson var i minst grad fulgt opp (40 % av sakene) mellom undersøkelsestidspunktene. I tillegg til å studere oppfølging av barna og familiene i tråd med anbefalinger fra helseundersøkelsen, ble også samarbeidsprosessen studert. Denne delen av studien viste at det tok lang tid fra barna ble plassert i fosterhjem til de ble tilbudt utredning av det tverrfaglige helseteamet, i snitt 6,9 måneder etter plassering. Studien avdekket også mangelfull kjennskap til relevant helseinformasjon i barnevernet (informasjon fra svangerskap, nyfødtp periode og vaksineringsstatus). Stor arbeidsmengde blant saksbehandlere i barnevernet og stor omsorgsbyrde for foreldre/fosterforeldre resulterte i forsinkede og ufullstendige undersøkelser av helseteamene. En samlet rapport fra helseteamet ble verdsatt av saksbehandler i barnevernet, men studien viste at en slik felles rapport krevde omfattende fleksibilitet og utstrakt samhandling mellom pediatere og psykologer/psykiatere som viste seg komplisert. Dette gjaldt særlig koordinering av henholdsvis somatisk og psykososial undersøkelse, slik at de skulle finne sted samme dag og redusere byrden for barna og familiene med flere utredninger. I alt peker studien på viktigheten av gode systemer for tverretattlig samarbeid for at helseundersøkelser skal ha tilsiktet effekt for barnet, familiene og barnevernets oppfølging.

Myrvold, T. M., Christiansen, Ø., Haune, M. C., Sarfi, M., & Heiervang, E. R. (2020). *Evaluering av CARE-modellen. Tverrfaglig kartlegging av utsatte barns helse og omsorgsbehov*. Universitetet i Oslo

«Children at risk evaluation (CARE)»-studien er et omfattende forskningsprosjekt finansiert av Norges forskningsråd om barn i barnevernets helse og metoder og modeller for hvordan helsekartlegginger av barn i særlig risiko kan gjennomføres. I første del av dette forskningsprosjektet testes en konkret modell for helhetlig, traumeinformert helseundersøkelse ut, der blant annet opplevd nytte hos vurderes av saksbehandlere i barnevernet. CARE-modellen består av en en-dags tverrfaglig kartlegging av helse og omsorgsbehov for utsatte barn og unge, først og fremst barn som barnevernet har vedtatt skal omsorgsplassers i fosterhjem. Det konkluderes med stor oppslutning om modellen fra både omsorgspersoner kartleggingsteamene, barnevernstjenesten og barna selv. Kartleggingene oppleves som viktige og meningsfulle, samtidig som at de som foretar kartleggingene er klar over de begrensninger som ligger i å foreta en kartlegging på en bestemt dag. Kartleggingene har også basert seg på informasjon om barnet og familiene som er innhentet før kartleggingsdagen, dette blir betraktet som viktig bakgrunnsinformasjon. Relevant for problemstilling 3 i dette dokumentet er barnevernstjenestens vurdering av modellen. I alt 57 ansatte fra 23 barnevernstjenester besvarte et anonymt nettskjema om deres erfaringer og synspunkter. 86 prosent av de som besvarte spørreundersøkelsen var kontaktperson/saksbehandler, de øvrige 14 % av respondentene hadde en lederstilling i barneverntjenesten. Undersøkelsen blant barnevernsansatte viste at ikke alle barn som skulle flyttes hjemmefra i den aktuelle perioden studien pågikk, ble henvist til kartleggingsundersøkelse. Nesten 2 av 3 respondenter svarte at dette var tilfelle for deres barneverntjeneste. Selv om det ikke er mulig å fremskaffe et eksakt tall på andelen av barn som ble henvist til helsekartleggingen, kartla forskerne årsakene til at barnevernet i noen tilfelle ikke valget å henvise barna til kartlegging i teamene. Hovedårsakene til at barna ikke hadde blitt henvist, var uavklart omsorgssituasjon (23 %), etterfulgt av at barnet var tilstrekkelig utredet (21 %), 18 % kjente ikke til tilbudet, og atter 18 % oppga at de vurderte at det var lite behov for kartlegging av barnet. Barnevernstjenesten gjør med andre ord også vurderinger før eventuell kartlegging fant sted om behovet for en slik kartlegging.

I evalueringen fremkommer det videre at barnevernstjenesten ser stor verdi av kartleggingstilbudet, selv om omlag 30 % av respondentene ikke oppfattet at de hadde fått ny informasjon om barnet gjennom kartleggingen. Samtidig rapporterte saksbehandlerne at kartleggingen gir viktig kunnskap om barnet, en type kunnskap som de mener kan ha positiv betydning for tilgang til tjenester og bedre tilpassede tjenester for barna. Barnevernet påpekte også at rapportene med fordel kunne skrives mer forståelig for mottakerne av rapporten, også foreldre, fosterforeldre og barna (særlig ungdommene) selv. Barneverntjenesten anså kartleggingsrapportene som viktig ved vedtak om å fremme sak for fylkesnemnda. At kartleggingen frembringer opplysninger om forhold ved barnet som barnevernet selv ikke kan kartlegge, men som allikevel er av betydning for barnets fremtidige omsorg, rapporteres som viktig for barnevernstjenesten når de skal legge frem saken i avgjørelsesorganene. Resultat fra CARE-studien viste at mange av medlemmene i kartleggingsteamene ble kalt inn som vitner i fylkesnemnd og domstoler, noe det ikke var avsatt tilstrekkelig ressurser til i disse teamene.

På bakgrunn av funnene fra CARE-studien trekkes det frem noen viktige problemstillinger som det må tas stilling til når omfattende tverrfaglige kartlegginger av barn foretas. Blant annet viste studien at når store helse- og omsorgsbehov avdekkes i kartleggingene, er det ikke alltid tilstrekkelig ressurser og kompetanse i barnevernet, eller andre helse- og omsorgstjenester til å følge opp de avdekkede hjelpebehovene. En viktig forutsetning for at helsekartlegginger skal være nyttige, må være at de følges opp også etter at kartleggingen har funnet sted. Noe annet som ble fremhevet som viktig å avklare var hvilke rutiner for oppfølging som skulle foreligge for oppfølging av anbefalinger i rapportene.

Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2018). *Health care in Europe for children in societal out-of-home care. Models of Child Health Appraised (MOCHA)*. European Union.

Den engelske rapporten er skrevet for Models for Child Health Appraised (MOCHA) som er et større europeisk samarbeidsprosjekt der man har forsøkt å identifisere og kritisk vurdere ulike modeller for primærhelsetjenesten for barn i Europa. Vinnerljung og Hjerns rapport omhandler helsetjenestetilbudet til barn i det offentlige omsorg. Tilsvarende rapport er skrevet på svensk for den svenske sosialstyrelsen. Rapporten legger frem ulike eksisterende modeller eller modeller under utarbeidelse for å ivareta behovet for helsehjelp hos barn som staten overtar omsorgen for. Konklusjonen fra dette arbeidet kan også leses i Mensah et al. (Mensah et al., 2020) sin artikkel i *Acta Paediatrica* der det systematiske søket for å identifisere studier på modeller for helsekartlegging og -hjelp til barn som blir plassert utenfor hjemmet er oppsummert. I alt finner forskerne ingen studier som systematisk undersøker effekten av ulike modeller for ivaretagelse av barns helsebehov etter plassering i fosterhjem eller institusjon. Rapport- og artikkelforfatterne trekker frem flere modeller, der i blant den norske samhandlingsmodellen mellom barnevernet og spesialisthelsetjenesten for barn og unge. Foreløpig er denne modellen rettet mot psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten (BUP). Selv om rapporten er en god beskrivelse av ulike modeller, og trekker frem den norske modellen for samarbeid mellom barnevernet og spesialisthelsetjenesten (særlig innenfor psykisk helsevern) som en av dem, identifiserer den ikke hvordan disse modellene påvirker beslutningstaking og vurdering av tiltak i barnevernstjenesten.

### **Sammendrag av studiene som spesielt belyser problemstillingen**

Studiene som ble identifisert som relevante for problemstilling 3 var svært få. De få studiene som ble identifisert viste i midlertid at det er en sammenheng mellom medisinske undersøkelser og utfall i saken (Jedwab et al., 2015), og at anbefalinger knyttet medisinske forhold ved barnet i stor grad ble fulgt opp av barnevernstjenesten etter en tverrfaglig helseundersøkelse (Chambers et al., 2010). Videre viste den norske CARE-studien (Myrvold et al., 2020) at rapporter fra de tverrfaglige helseundersøkelsen ble aktivt brukt i beslutningstaking i barnevernet, og viste seg særlig relevante når saken ble lagt frem for fylkesnemnda eller retten. Samtidig viste alle de ovennevnte studiene at det er noen praktiske forhold som står i veien for at samarbeidet mellom helsetjenesten og barnevernet skal være smidig og for mest effektiv bruk av helseundersøkelsen. Portvoktere i barnevernet, barnevernets vurderinger for behov for

helsekartlegginger og hvordan rapporter skrives og hvem som er ansvarlig for oppfølging er alle vesentlige punkter som potensielt fremmer eller hindrer effektiv bruk av helseundersøkelser i barnevernets arbeid. Til sist viser Vinnerljung og Hjern sin rapport at det er mangel på systematisk forskning på modeller for helseundersøkelser, og dermed er det også vanskelig å konkludere med hvilken modell som best vil kunne ivareta de identifiserte barrierene for god samhandling og skape best mulige forutsetninger for at medisinske undersøkelser skal oppleves som nyttig i barnevernets beslutningsarbeid.

## Avsluttende oppsummering og konklusjoner

Kunnskapsgrunnlaget for de tre problemstillingene som er besvart i dette dokumentet er av svært varierende karakter og omfang. Det forskningsmessige grunnlaget for å konkludere med at vold, overgrep og omsorgssvikt med stor sannsynlighet fører til et bredt spekter av fysiske, psykiske og seksuelle helseplager er svært solid, med flere hundretalls vitenskapelige artikler av til dels svært høy kvalitet som har studert disse sammenhengene.

Kunnskapsgrunnlaget for å si noe om helseeffekter og nytte av medisinske undersøkelser ved mistanke om vold, overgrep og omsorgssvikt er betydelig mer begrenset, men det foreligger en del vitenskapelige artikler og upubliserte rapporter som bidrar som et relativt godt grunnlag for å komme med noen konklusjoner og anbefalinger. En av utfordringene med kunnskapsgrunnlaget innenfor dette feltet, er at praksis varierer i stor grad mellom ulike land, og dette gjør at rutiner som er spesifikke for Norge, ikke vil være undersøkt i internasjonal litteratur.

Spørsmålet om hvilken nytte barnevernet har av medisinsk informasjon om barnet i sine vurderinger, har vært vanskelig å besvare ut fra foreliggende kunnskapsgrunnlag. Selvstendige søk på denne tematikken ga få treff i litteraturdatabasene, men en del informasjon har kommet fram i litteratur omhandlende helseeffekter av medisinske undersøkelser. Det har derfor i denne delen blitt vurdert som viktig å gjøre rede for hva vi vet om hvordan beslutninger tas i barnevernet, og i hvilken grad ansatte i barnevernet benytter seg av medisinsk informasjon i sin vurdering og planlegging av tiltak. I tillegg må det nevnes at å kvantifisere betydningen av enkeltstående enheter av informasjon for komplekse beslutninger er vanskelig, om ikke umulig, å beregne. Mål på nytte i denne sammenheng er derfor vanskelig å kvantifisere.

Vi mener det er viktig her å synliggjøre at en del av utfordringene som gjelder kunnskapsgrunnlaget fra barnevernfeltet er forbundet med forskningsetiske dilemma. Problemstillingenes karakter, samt den sårbare situasjonen gruppene man ønsker å studere er i, gjør at det er etisk problematisk å gjennomføre for eksempel randomiserte studier som kan si noe om effekten av tiltak i barnevernet. Dette hindrer stringent forskning på noen av områdene, for eksempel fordi man ikke kan la være å gjennomføre en medisinsk undersøkelse for å studere om det gir et bedre eller dårligere utfall for barnet enn om man gjennomfører undersøkelsen. Dermed vil kunnskapsgrunnlaget fortsatt være begrenset, og vi vil måtte benytte andre kunnskapskilder enn forskning for å belyse problemstillingene.

### Samlet sett, og basert på gjennomgangene vi har foretatt, konkluderer vi følgende:

- Barn og unge utsatt for vold og overgrep har mer helseplager enn barn uten slike erfaringer. Samsvarende med dette finner man helseproblemer hos barn dersom det blir utført en medisinsk undersøkelse. Dette gjelder både dersom dette gjøres i forbindelse med rettsmedisinskundersøkelse eller i forbindelse med at det i igangsettes tiltak fra barnevernet. Det er imidlertid ingen/få studier som har sammenliknet funn ved medisinsk undersøkelse hos utsatte barn med funn hos barn uten volds eller overgrepserfaringer med samme sosiodemografiske profil slik at det er vanskelig å skille ut hvilke og i hvilke grad funnene av helseplager er relatert til voldserfaringer eller skyldes andre levekårsutfordringer. Det er også en viss forekomst av sykdom i den generelle barnebefolkningen som må tas i betraktning.
- Ingen studier har sammenliknet forløpet og helsekonsekvenser på lengre sikt hos en gruppe barn som får en medisinsk undersøkelse i forbindelse med etterforskning eller utredning i regi av barnevernet med en tilsvarende gruppe av barn som ikke får en slik undersøkelse. Det er derfor ikke mulig å konkludere hvor mye en slik undersøkelse har å si for forløpet og fremtidig helse.

Tiltak i barnevernet og endret omsorgssituasjon kan gjøre at aktuelle helseproblemer ganske snart oppdages og blir i varetatt uavhengig av om det blir gjennomført en særskilt undersøkelse.

- Kun noen få studier tar stilling til om de helseproblemene som refereres er kjente for helsetjeneste fra tidligere, eller om de utgjøre udekkede behov for helsehjelp. De studiene som spesifiserer dette gir holdepunkt for at en ved medisinsk undersøkelse vil finne helseproblemer som tidligere ikke er kjent og som det er gunstig at barnet får oppfølging og behandling for så snart som mulig.
- Det er et stort spekter av helseproblemer som blir dokumentert både av somatisk og psykisk karakter. Grovt deler dette seg i: a) somatiske plager med relativt konkret og enkel behandling slik som dårlig behandlet astma, allergi eller karies, og b) tilstander som krever større grad av tverrfaglig utredning og behandling slik som fedme, smerter uten kjent årsak, forsinket utvikling og lærevansker, samt psykiske problemer av ulik alvorlighetsgrad. Mange av tilstandene vil også ha en kombinasjon av psykologiske og somatiske aspekter, og kreve oppfølging både i somatisk og psykisk helsetjeneste.
- I kunnskapsgjennomgangen kommer det frem et behov for bedre samhandling mellom tjenestene. For at kunnskapen fra medisinske undersøkelser skal komme til nytte, trengs systemer som sikrer informasjonsoverføring slik at kunnskapen kommer frem til de tjenestene som faktisk skal behandle barnet.
- Medisinske undersøkelser har et potensiale til å informere flere systemer: 1) Barnevernet, 2) Helsetjenestene, 3) Rettssystemet og 4) Skole- og utdanningssystemet. Dersom disse undersøkelsene skal gjøres som en rutineundersøkelse, er det viktig at det sikres god informasjonsflyt og rolleforståelse i de ulike oppfølgingsinstansene. På denne måten vil en medisinsk undersøkelse kunne få den ønskede nytten eller effekten for barnevernets tiltak, barnets rett til helsehjelp, tilpasset pedagogisk oppfølging eller den rettslige belysningen av saken. Nytte kan altså ikke bare handle om barnevernets kortsiktige beslutningsprosess, men om det helhetlige tilbudet barnet kan bli tilbudt som resultat av undersøkelsene.

## Referanser

- Abajobir, A. A., Kisely, S., Maravilla, J. C., Williams, G., & Najman, J. M. (2017). Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, *63*, 249-260.
- Adams, J. A. (2011). Medical evaluation of suspected child sexual abuse: 2011 update. *Journal of Child Sexual Abuse*, *20*(5), 588-605. <https://doi.org/10.1080/10538712.2011.606107>
- Al-Jilaihawi, S., Borg, K., Maguire, S., & Hodes, D. (2017). The value of paediatric assessment in historic child sexual abuse. *Archives of Disease in Childhood*, *102*(6), 550-555. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-311989>
- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *204*, 335-340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- Annerbäck, E. M., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G., & Gustafsson, P. A. (2012). Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden-Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse & Neglect*, *36*(7-8), 585-595. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.006>
- Barnafrid. (2019). *Sluttrapport utvärdering av barnahus*. <https://liu.se/forskning/barnafrid/vart-arbete/regeringsuppdrag-barnahusverksamhet>
- Bufdir. (2021). *Barnevernsstatistikk*. [https://www.bufdir.no/statistikk\\_og\\_analyse/barnevern/](https://www.bufdir.no/statistikk_og_analyse/barnevern/)
- Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2020a). A Systematic Review of Reviews of the Outcome of Noninstitutional Child Maltreatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, *21*(4), 828-843. <https://doi.org/10.1177/1524838018801334>
- Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2020b). A Systematic Review of Reviews of the Outcome of Severe Neglect in Underresourced Childcare Institutions. *Trauma, Violence, & Abuse*, *21*(3), 484-497. <https://doi.org/10.1177/1524838018777788>
- Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2020c). A Systematic Review of the Outcome of Child Abuse in Long-Term Care. *Trauma, Violence, & Abuse*, *21*(4), 660-677. <https://doi.org/10.1177/1524838018789154>
- Chambers, M. F., Saunders, A. M., New, B. D., Williams, C. L., & Stachurska, A. (2010). Assessment of children coming into care: Processes, pitfalls and partnerships. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *15*(4), 511-527. <https://doi.org/10.1177/1359104510375932>
- Clifford, G., Fauske, H., Lichtwarck, W., & Marthinsen, E. (2015). *Minst hjelp til dem som trenger det mest? Sluttrapport fra forsknings- og utviklingsprosjektet "Det nye barnevernet"*. [https://nordlandsforskning.no/sites/default/files/files/Rapport\\_06\\_2015.pdf](https://nordlandsforskning.no/sites/default/files/files/Rapport_06_2015.pdf)
- Danese, A. (2020). Annual Research Review: Rethinking childhood trauma-new research directions for measurement, study design and analytical strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *61*(3), 236-250. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13160>
- Danese, A., Pariante, C. M., Caspi, A., Taylor, A., & Poulton, R. (2007). Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *104*(4), 1319-1324. <https://doi.org/10.1073/pnas.0610362104>
- De Bellis, M. D., Spratt, E. G., & Hooper, S. R. (2011). Neurodevelopmental biology associated with childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *20*(5), 548-587. <https://doi.org/10.1080/10538712.2011.607753>
- de Kwaadsteniet, L., Bartelink, C., Witteman, C., ten Berge, I., & van Yperen, T. (2013). Improved decision making about suspected child maltreatment: Results of structuring the decision process. *Children and Youth Services Review*, *35*(2), 347-352. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.11.015>



- Fauske, H., Lichtwarck, W., Bennin, C., & Buer, B. A. (2016). Tverrfaglig samarbeid i barnevernets beslutningsprosesser. In Ø. Christiansen & B. H. Kojan (Eds.), *Beslutninger i barnevernet* (pp. 178-194). Universitetsforlaget.
- Finkel, M. A. (2008). "I can tell you because you're a doctor". *Pediatrics*, *122*(2), 442. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1416>
- Gardner, M. J., Thomas, H. J., & Erskine, H. E. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, *96*, 104082. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, *373*(9657), 68-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Girardet, R., Giacobbe, L., Bolton, K., Lahoti, S., & McNeese, M. (2006). Unmet health care needs among children evaluated for sexual assault. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *160*(1), 70-73. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.1.70>
- Hackett, S., & Taylor, A. (2014). Decision making in social work with children and families: The use of experiential and analytical cognitive processes. *The British Journal of Social Work*, *44*(8), 2182-2199. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct071>
- Hafstad, G. S., & Augusti, E. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten. En nasjonal undersøkelse av norsk ungdom i alderen 12 til 16 år*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://www.nkvts.no/rapport/ungdoms-erfaringer-med-vold-og-overgrep-i-oppveksten-en-nasjonal-undersokelse-av-ungdom-i-alderen-12-til-16-ar/>
- Hafstad, G. S., Sætren, S. S., Myhre, M. C., Bergerud-Wichstrøm, M., & Augusti, E. M. (2020). Cohort profile: Norwegian youth study on child maltreatment (the UEVO study). *BMJ Open*, *10*(8), e038655. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038655>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonale faglige råd ved medisinske undersøkelser i Statens barnehus*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nasjonale-faglige-rad-ved-medisinske-undersokelser-i-statens-barnehus>
- Hibbard, R. A., & Desch, L. D. (2007). Committee on Child Abuse and Neglect, & Council on Children with Disabilities. Clinical report: Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, *119*(5), 1018-1025.
- Hunter, A. A., & Flores, G. (2021). Social determinants of health and child maltreatment: A systematic review. *Pediatric Research*, *89*(2), 269-274. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-01175-x>
- Irish, L., Kobayashi, I., & Delahanty, D. L. (2010). Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, *35*(5), 450-461. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp118>
- Jedwab, M., Benbenishty, R., Chen, W., Glasser, S., Siegal, G., & Lerner-Geva, L. (2015). Child protection decisions to substantiate hospital child protection teams' reports of suspected maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, *40*, 132-141. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.11.006>
- Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., Bates, G., Mikton, C., Shakespeare, T., & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*, *380*(9845), 899-907. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60692-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60692-8)
- Kirk, C. B., Lucas-Herald, A., & Mok, J. (2010). Child protection medical assessments: Why do we do them? *Archives of Disease in Childhood*, *95*(5), 336-340. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.160499>
- Kling, S., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016). Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs. *Acta Paediatrica*, *105*(4), 416-420. <https://doi.org/10.1111/apa.13304>

- Kloppen, K., Mæhle, M., Kvello, Ø., Haugland, S., & Breivik, K. (2015). Prevalence of intrafamilial child maltreatment in the Nordic countries: A Review. *Child Abuse Review*, 24(1), 51-66. <https://doi.org/10.1002/car.2324>
- Kojan, B. H., & Christiansen, Ø. (2016). Å fatte beslutninger i barnevernet. In Ø. Christiansen & B. H. Kojan (Eds.), *Beslutninger i barnevernet* (pp. 19-33). Universitetsforlaget.
- Lalchandani, P., Lisha, N., Gibson, C., & Huang, A. J. (2020). Early Life Sexual Trauma and Later Life Genitourinary Dysfunction and Functional Disability in Women. *Journal of General Intern Medicine*, 35(11), 3210-3217. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06118-0>
- Mensah, T., Hjern, A., Håkanson, K., Johansson, P., Jonsson, A. K., Mattsson, T., Tranaeus, S., Vinnerljung, B., Östlund, P., & Klingberg, G. (2020). Organisational models of health services for children and adolescents in out-of-home care: Health technology assessment. *Acta Paediatrica*, 109(2), 250-257. <https://doi.org/10.1111/apa.15002>
- Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse & Neglect*, 23(8), 745-758. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(99\)00053-8](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(99)00053-8)
- Myhre, M. C., Syringen, F., & Augusti, E.-M. (2019). Helse hos barn som kommer til Statens Barnehus. In K. Skjørten, E. Bakketeig, M. Bjørnholt, & S. Mossige (Eds.), *Vold i nære relasjoner: Forståelser, konsekvenser og tiltak* (pp. 270-286). Universitetsforlaget.
- Myrvold, T. M., Christiansen, Ø., Haune, M. C., Sarfi, M., & Heiervang, E. R. (2020). *Evaluering av CARE-modellen: Tverrfaglig kartlegging av utsatte barns helse og omsorgsbehov*. [https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/prosjekter/barn-i-risiko/Videolansering%20av%20evalueringsrapport/evaluering\\_caremodellen\\_2020\\_godkjent.pdf](https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/prosjekter/barn-i-risiko/Videolansering%20av%20evalueringsrapport/evaluering_caremodellen_2020_godkjent.pdf)
- Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., Elamin, M. B., Seime, R. J., Prokop, L. J., & Zirikzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 550-561. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1091>
- Politidirektoratet, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, & Helsedirektoratet. (2016). *Felles retningslinjer for Statens Barnehus*. [https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/medisinske-undersokelser-i-statens-barnehus/Statens%20barnehus%20-%20felles%20retningslinjer.pdf/\\_attachment/inline/ccd68658-83ee-4cb3-9de2-8b176d180276:fd523332b09f0cf76d7b991e57dcf8da6a8c1d24/Statens%20barnehus%20-%20felles%20retningslinjer.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/medisinske-undersokelser-i-statens-barnehus/Statens%20barnehus%20-%20felles%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/ccd68658-83ee-4cb3-9de2-8b176d180276:fd523332b09f0cf76d7b991e57dcf8da6a8c1d24/Statens%20barnehus%20-%20felles%20retningslinjer.pdf)
- Randsalu, L. S., & Laurell, L. (2018). Children in out-of-home care are at high risk of somatic, dental and mental ill health. *Acta Paediatrica*, 107(2), 301-306. <https://doi.org/10.1111/apa.14108>
- Rueness, J., Augusti, E. M., Strøm, I. F., Wentzel-Larsen, T., & Myhre, M. C. (2020). Adolescent abuse victims displayed physical health complaints and trauma symptoms during post disclosure interviews. *Acta Paediatrica*, 109(11), 2409-2415. <https://doi.org/10.1111/apa.15244>
- Smith, V., Devane, D., Begley, C. M., & Clarke, M. (2011). Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-15>
- Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C., & Logan, S. (2005). Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics*, 116(3), 609-613. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1882>
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Barnevern*. <https://www.ssb.no/barnevern>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van Ijzendoorn, M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1114-1113. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957>

- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, 185(4157), 1124-1131. <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>
- Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2018). *Health care in Europe for children in societal out-of-home care: Models of child health appraised*. <https://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/Mocha-report-Children-in-OHC-May-2018.pdf>
- Wolfe, D. A., Francis, K. J., & Straatman, A. L. (2006). Child abuse in religiously-affiliated institutions: Long-term impact on men's mental health. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 205-212.

# Vedlegg 1

Tabell 1. Oversikt over studier av medisinsk undersøkelse ved mistanke om vold, overgrep eller omsorgssvikt

Studie	Setting	Populasjon	Design	Type vold	Type undersøkelse	Fase	Undersøker	Utkomme
Al-Jilaihawi	UK/London 2010-2015	Alder: 0-17 N: 249 (f 80%)	Pro	SO	Klinisk u.s. Rettsmedisinsk u.s.	Undersøkelsessak Politi/BVT	Barnelege spesialist, sykepleier og leketerapeut  Spesialisert klinikk	RM funn: 7 % Med. behov relatert til S.O.: 57 % Med behov ikke relatert til S.O.: 31 % Odont.behov: 2 % Psyk.behov 22 % Nye oppl. om S.O. 22 %
Kling	Sverige	Alder:0-17 N:120 (f 42%)	Pro		Klinisk u.s. Odontologisk u.s. Journalgjennomgang	Etter plassering av BVT	Spesialisert barnelege	Udekkede helsebehov 51 %
Kirk	Skottland Edinburgh 2002-2006	Alder:0-17 N:742 (f 59%)	Ret	FM: 383 SO: 267 N: 20	Journalgjennomgang Klinisk u.s. Rettsmedisinsk u.s.	Undersøkelsessak før BV vedtak	Barnelege og rettsmedisiner	RM funn (Fys.mish) 67% RM funn (S.O) 22% Med. funn 63 % Udekkede helsebehov 46 %
Girardet	USA Texas 2003-2004	Alder:0-17 N:473 (f 81%)	Ret	SO	Journalgjennomgang Klinisk u.s. Rettsmedisinsk u.s.	Undersøkelsessak Politi/BVT	Barnelege spesialist  Spesialisert klinikk (Barnehus)	RM funn 9% Udekkede helsebehov 26%
Randsalu	Sverige Skåne 2012-2015	Alder:0-17 N:409/115 Vold (f 50%)	Ret		Journalgjennomgang Klinisk u.s. Rettsmedisinsk u.s.	Etter plassering av BVT	Barnelege spesialist  Barneavdeling	RM funn 17% Med behov* Odont.behov: 30 %

Type undersøkelsen: Journalgjennomgang (J) ; Klinisk undersøkelse (MU); Rettsmedisinsk undersøkelse (RU); Psykisk undersøkelse (PU); Odontologisk undersøkelse (OU)

Utkomme: Nye opplysninger vold; Rettsmedisinske funn (RM funn); Medisinske behov (Med behov); Psykisk behov; Tannhelse behov; Udekkede helsebehov. \*Samlet % prosent mangler