



**Identifiering av riskförhållanden för  
illabehandling av barn i familjen  
Hotus-vårdrekommendation®**

# ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING OCH BINDNINGAR

## Ordförande

**EIJA PAAVILAINEN**, HVD, professor, Fakulteten för samhällsvetenskaper, Enheten för hälsovetenskaper, Tammerfors universitet, Södra Österbottens sjukvårdsdistrikt

## Medlemmar

**HEIDI RANTANEN**, sjukskötare för barn och unga, HVM, avhandlingsforskare, Birkalands sjukvårdsdistrikt, Tammerfors universitetssjukhus, Fakulteten för samhällsvetenskaper, Enheten för hälsovetenskaper, Tammerfors universitet

**AUNE FLINCK**, HVD, docent, Fakulteten för samhällsvetenskaper, Enheten för hälsovetenskaper, Tammerfors universitet

**JANITA LETTONIEMI**, barnsjukskötare, HVM-studerande, Fakulteten för samhällsvetenskaper, Enheten för hälsovetenskaper, Tammerfors universitet

**MERI SIIKI**, barnsjukskötare, HVM-studerande, Fakulteten för samhällsvetenskaper, Enheten för hälsovetenskaper, Tammerfors universitet

## Experter

**KIRSI KAUPPILA**, HVD, klinisk expert inom vårdarbete, Barnpsykiatri, Birkalands sjukvårdsdistrikt

**PIA KEISKI**, HVD, överlärare, Tammerfors yrkeshögskola

**JORMA KOMULAINEN**, MD docent, huvudredaktör för God medicinsk praxis-rekommendationer, Finska Läkarföreningen Duodecim

**TAINA LAAJASALO**, DPsy, docent, Institutet för hälsa och välfärd

**HANNA LAHTINEN**, PsM, universitetslärare, rättspsykolog, Avdelningen för pedagogik och psykologi, Östra Finlands universitet

**TARJA PÖSÖ**, dr i samhällsvet., professor, socialarbete, Tammerfors universitet

**BINDNINGAR:** Medlemmarna i rekommendationsarbetsgruppen har inga bindningar till rekommendationstemat som ger dem ekonomiska fördelar eller som påverkar rekommendationernas tillförlitlighet.

## Innehåll

ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING OCH BINDNINGAR	2
Inledning	4
Rekommendationens mål och målgrupper	5
Rekommendationer	6
1. Illabehandling och traumatiska händelser i förälderns barndom	6
1.2 Förälderns individuella faktorer och belastande livssituation	9
1.3 Förälderns psykiska hälsa	14
2. Riskfaktorer i familjen	16
3. Riskfaktorer som hänför sig till barnet	19
4. Identifieringssätt och -redskap för barnets risk för illabehandling	22
Källor	24

## Inledning

Denna vårdrekommendation är en uppdatering av "Vårdrekommendationen om effektiva metoder för att identifiera illabehandling av barn i social- och hälsovården" som publicerats 2008 och uppdaterats 2015. Målet för uppdateringen är i synnerhet de riskförhållanden som riskfaktorerna för barnets illabehandling i familjen utgör och identifiering av dem. I denna vårdrekommendation betonas tidig identifiering och förebyggande av barnets illabehandling.

Illabehandling av barn är ett globalt, folkhälsomässigt, människorättsligt, moraliskt och socialt problem<sup>1-3</sup>. Enligt en internationell bedömning upplever vart tredje barn illabehandling<sup>4</sup>. Enligt brotts- och tvångsmedelsstatistiken var antalet fall av misstänkt våld som föräldrar riktat mot sina minderåriga barn 2200 av brottsanmälningarna i Finland 2020, vilket utgör 20,5 % av alla kända fall av familjevåld och våld i nära relationer. Av de minderåriga offren var 22 % under 5 år, 37 % 5–9-åringar, 27 % 10–14-åringar och 14 % 15–17-åringar.<sup>5</sup>

Risikförhållanden för illabehandling av barn bildas ofta genom att flera riskfaktorer ackumuleras i en familj. En enskild riskfaktor i sig skvallrar inte om illabehandling, utan vid bedömningen av familjens riskförhållanden ska familjens situation alltid beaktas som en helhet.<sup>6</sup> Familjens aktiva deltagande i bedömningen av sin egen livssituation, på egen hand och i samarbete med yrkespersoner, hjälper att skapa en individuell och exakt bild samt förståelse av familjens aktuella situation. Detta gör det möjligt att planera och arrangera familjebaserade stödtjänster.

I vårdrekommendationen granskas föräldrarnas eller vårdnadshavarens fysiska och psykiska illabehandling av ett barn under 18 år, försummelse av vård och omsorg, livet i en våldsamt omgivning som skapats av föräldrarna och disciplinärt våld<sup>9</sup>. I denna vårdrekommendation behandlas inte sexuellt våld som riktas mot barn, eftersom det behandlas i detalj på annat håll<sup>7-9</sup>, och inte heller medicinska symptom och tecken på illabehandling, eftersom de beskrivs i detalj i Läkarhandboken<sup>10</sup> som publicerats 2020. I vårdrekommendationen behandlas inte heller vård- och diagnosmetoder för illabehandling eller de instanser som erbjuder dessa tjänster, eftersom de varierar enligt välfärdsområde.

## Rekommendationens mål och målgrupper

Målet med vårdrekommendationen är att med hjälp av den producerade informationen förenhetliga och förbättra identifieringen av illabehandling av barn och riskförhållanden.

Vårdrekommendationen har utarbetats för de yrkespersoner som är verksamma inom social- och hälsovården eller som utbildar människor till branschen och vårdar barn under 18 år och deras familjer, eller ansvarar för utbildningen av social- och hälsovårdspersonal. Vårdrekommendationen kan också utnyttjas i till exempel inom företagshälsovården för vuxna, mentalvårds- och missbrukartjänster samt i socialtjänster för barn och unga. Vårdrekommendationen rekommenderas också för användning hos alla andra instanser som tillhandahåller tjänster för barn och familjer, såsom i läroanstalter, på daghem, i församlingar, förbund, organisationer och kommuner som ordnar tjänster och rekreationsverksamhet för familjer. Vårdrekommendationen kan användas för utvecklingen av förebyggande tjänster, tjänster för tidigt stöd och våldsförebyggande arbete i välfärdsområdena.

## Rekommendationer

### 1. Illabehandling och traumatiska händelser i föräldrarnas barndom

Ställ frågor om illabehandling och traumatiska händelser i föräldrarnas barndom, eftersom

- **en förälder som upplevt illabehandling i sin barndom har en förhöjd risk att behandla sitt barn illa<sup>13-14</sup> (A) och försumma<sup>15</sup> (B) barnet.**
  - Illabehandling av barn kan uppträda i form av försummelse<sup>13,16</sup>, allvarligt fysiskt våld<sup>16</sup>, fysisk illabehandling, emotionell illabehandling<sup>32</sup> och/eller sexuellt utnyttjande<sup>13,16</sup>.
  - Positiv föräldraskapspraxis skyddar däremot mot illabehandling (Tabell 1)<sup>14,17</sup>.
- **illabehandling som föräldern upplevt i sin barndom uppenbarligen ökar risken för våld i parrelationer<sup>18</sup>. (B)**
- **en otrygg anknytning som föräldern upplevt i barndomen ökar risken för illabehandling av barn<sup>19</sup>. (A)**
  - Föräldern kan tillägna sig känslor från sin barndom, såsom fiendlighet och rädsla, och bete sig som förälder på ett sätt som väcker samma känslor hos barnet. Föräldrarnas otrygga anknytning kan uppträda i form av framfusighet och en försvagad förmåga att uppmuntra barnet och kontrollera sin egen ilska. Dessutom kan föräldrarnas otrygga anknytning orsaka en otrygg anknytning hos det egna barnet. Detta kan öka barnets beteendestörningar och samtidigt risken för illabehandling.<sup>19</sup>
- **föräldrarnas traumatiska upplevelser uppenbarligen ökar sannolikheten för illabehandling av barn<sup>20</sup>. (B)**
  - Dessa är till exempel naturkatastrofer, krig, folkmord och allvarligt politiskt våld<sup>20</sup>.
- **barnet till en mor som har upplevt illabehandling i sin barndom uppenbarligen har en ökad risk för beteendestörningar och psykiska problem<sup>21,22</sup>. (B)**
  - Alla föräldrar överför inte den illabehandling de upplevt till följande generation, och alla föräldrar som behandlar sina barn illa har inte upplevt illabehandling i sin barndom. För att bryta generationsöverskridande

illabehandling är metoder som stärker föräldrarnas resurser och metoder som stärker interaktionen mellan föräldern och barnet viktiga.<sup>13</sup>

**Tabell 1.** Positiv och negativ föräldraskapspraxis i samband med illabehandling av barn (anpassat<sup>14,17</sup>)

Positiv föräldraskapspraxis	Negativ föräldraskapspraxis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• interaktion med barnet: stödande närvaro, frihet att tala om känslor, ömsesidighet, reflektion, hjälpsamhet, förståelse</li> <li>• föräldrafärdigheter: problemlösningsförmåga, demokrati, konsekvens, systematik, utveckling, beskydd, fastställande av gränser utan våld, positiv påverkan, konstruktivitet</li> <li>• positiva sätt att uttrycka känslor: empatisk, varm, glad ton, känslig</li> <li>• engagemang med barnet: uppmuntran, lekar med barnet, belöning av barnet, barnorientering, delaktighet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fysisk aggression: fysiskt disciplinerande, slag, sparkar, rapp</li> <li>• psykiskt våld: verbal illabehandling, hot, skällande, ignorerande, elakhet, extrem okänslighet, trakasserier</li> <li>• försummelse: fysisk försummelse, övergivande, försummelse av att ge handledning eller näring, inkonsekvent uppfostran, överdriven kontroll eller brist på kontroll, straff</li> <li>• enväldigt beteende: ingen flexibilitet, hårda krav, stränghet, kontrollbehov, tryckande, påträngande, fientlighet, beskyllande</li> </ul>

**Var medveten om möjligheten av generationsöverskridande illabehandling och beakta riskfaktorer och skyddande faktorer samt erbjud föräldrarna information vid behov, eftersom**

- **både riskfaktorer och skyddande faktorer för generationsöverskridande illabehandling har identifierats<sup>11,12</sup>. (A)**
- Förutom riskfaktorer ska man vid bedömningen av risken för generationsöverskridande illabehandling beakta skyddande faktorer i familjen och familjens situation som helhet<sup>11</sup>. Skyddande faktorer kan öka förälders resiliens och lindra de negativa effekterna av illabehandling som man upplevt i barndomen<sup>23</sup>.
- Föräldrar som upplevt illabehandling i sin barndom kan dra nytta av stöd, med vilket man försöker minska den psykiska ångesten.
- Dessutom kan de dra nytta av socialt stöd och föräldraskapsprogram, vars syfte är att främja omvårdnadspraxisen och som utvecklar föräldrarnas självförtroende som uppfostrare.<sup>21</sup>
- Riskfaktorer och skyddande faktorer i anslutning till generationsöverskridande illabehandling beskrivs i tabell 2.

**Tabell 2.** Riskfaktorer och skyddande faktorer i anslutning till generationsöverskridande illabehandling

	<b>Riskfaktorer</b>	<b>Skyddande faktorer</b>
<b>Förälderns individuella faktorer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• moderns psykiska störning, t.ex. PTSD-symptom, ångest, depression och dissociativ störning<sup>11,12</sup></li> <li>• utmaningar i att uttrycka känslor<sup>11,12</sup></li> <li>• användning av rusmedel<sup>11,12</sup></li> <li>• ung ålder<sup>11,12</sup></li> <li>• rökning<sup>12</sup></li> <li>• stress<sup>12</sup></li> <li>• skadliga upplevelser i barndomen<sup>11</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>engagemang i terapi<sup>11</sup></li> <li>• självkontroll<sup>11</sup></li> <li>• enträgenhet eller tolerans<sup>12</sup></li> <li>• tro på kontroll över händelser som berör en själv<sup>12</sup></li> <li>• flexibilitet<sup>12</sup></li> <li>• förmåga att ta hand om sig själv<sup>12</sup></li> <li>• hobbyer<sup>23</sup>, motionshobby<sup>12</sup></li> <li>• meditation<sup>12</sup></li> <li>• mentalisering<sup>12</sup></li> <li>• deltagande i rådgivning och utbildning i föräldraskapsfärdigheter<sup>12</sup></li> </ul>
<b>Människorelationer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• våld i parrelationer eller nära relationer<sup>11,12</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• trygga, stabila, stödande och vårdande förhållanden i familjen och parförhållandet<sup>11,12,23</sup></li> <li>• emotionellt stöd<sup>23</sup></li> <li>• trygg anknytning till barnet<sup>11</sup></li> <li>• utveckling av anknytningen<sup>12</sup></li> <li>• förälderns värme<sup>11</sup></li> <li>• nöjdhet med det egna föräldraskapet<sup>11</sup></li> <li>• stöd från den sociala miljön<sup>12,23</sup></li> <li>• samhällsdelaktighet<sup>23</sup> och frivilligarbete<sup>12</sup></li> <li>• positiva människorelationer<sup>12</sup></li> </ul>
<b>Omständigheter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liv med en våldsam partner med brottslig bakgrund<sup>11</sup></li> <li>• fattigdom<sup>11,12</sup></li> <li>• social isolering och svag social verksamhet<sup>12</sup></li> <li>• bristande kännedom om barnets utveckling<sup>12</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• familjens höga socioekonomiska ställning<sup>11</sup></li> <li>• ekonomisk stabilitet<sup>12</sup></li> <li>• tillgång till service<sup>12</sup></li> </ul>



## 1.2 Förälderns individuella faktorer och belastande livssituation

Ta alltid upp förälderns mående, livssituation och orosmoment och uppmuntra föräldern att berätta om dem, eftersom

- barnadråp oftast begås av barnets egen förälder<sup>25</sup>. (A)

Beakta förälderns individuella bakgrundsfaktorer och livssituation samt ordna så tidigt stöd som möjligt för föräldern, eftersom

- många faktorer, såsom den stress som föräldern upplever, problem i sociala förhållanden, våldsamt och brottsligt uppenbarligen är riskfaktorer för familjemord<sup>26</sup>. (B)
- förälderns antisociala och brottsliga bakgrund, fysiska problem, unga ålder och låga utbildningsnivå uppenbarligen är riskfaktorer för illabehandling av barn<sup>16</sup>. (B)
  - Förälderns antisociala och brottsliga bakgrund innebär förälderns fysiska slagsmål i berusat tillstånd, förälderns användning av vapen och problem med myndigheterna<sup>35</sup>.
  - Förälderns unga ålder innebär moderns eller faderns unga ålder (t.ex. < 20 år). Förälderns låga utbildningsnivå innebär lägre utbildningsnivå än utbildning på andra stadiet. Dessutom är förälderns problem under graviditeten eller en negativ inställning till graviditet, förälderns missbruk av rusmedel, bristande socialt stöd och barnets unga ålder också riskfaktorer för illabehandling av barn<sup>27</sup>. Familjer är heterogena och familjesituationer komplicerade. Detta ska beaktas i den individuella bedömningen.<sup>16</sup>
  - Endast en del av föräldrarna söker hjälp till sina problem på eget initiativ. Familjerådgivningstjänsterna har en central roll i identifieringen av förälderns utmattning och problem i sociala förhållanden. Också våld eller hotet om våld

som förekommer i familjen ska identifieras och myndigheten ska ingripa i ett tidigt skede genom diskussion. Brottspåföljdsmyndigheten ska utreda familjeförhållandena och identifiera den illabehandling och de trauman som en person som dömts för ett brott upplevt i sin barndom. Det är viktigt att identifiera illabehandling som upplevts i barndomen så tidigt som möjligt, och erfarenheterna bör behandlas redan i barndomen och senast i vuxen ålder.<sup>26</sup>

## Fråga föräldern och den gravida personen om deras användning av rusmedel, eftersom

- **moderns missbruk av rusmedel under graviditeten och efter förlossningen uppenbarligen är förknippad med den otrygga anknytningen som barnet upplever<sup>28</sup>. (B)**
- **föräldrarnas missbruk av rusmedel uppenbarligen har en koppling till barnets försämrade välbefinnande<sup>29</sup> (B) och fysiskt våld i parrelationer<sup>30</sup> (B).**
- **föräldrarnas missbruk av rusmedel uppenbarligen är en riskfaktor för familjemord<sup>26</sup>. (B)**
  - Användning av rusmedel innebär användning av alkohol, tobak, cannabis, kokain, opioider eller andra motsvarande receptbelagda läkemedel, amfetamin, heroin, valium eller metadon. Mödrar kan använda antingen enskilda rusmedel eller flera rusmedel på en gång. Moderns missbruk av rusmedel orsakar problem med att ta hand om barnet, till exempel känsligheten för att svara på barnets behov försämras.<sup>28</sup>
  - De negativa effekterna på barnets välbefinnande har att göra med fysiskt, psykiskt eller socialt, kognitivt och ekonomiskt välbefinnande<sup>29</sup>.
  - Att göra sig skyldig till och bli offer för våld i parrelationer är båda förknippade med användning av rusmedel.<sup>30</sup>
  - Föräldrarnas missbruk av rusmedel är vanligt i fall av familjemord, särskilt hos de mödrar som både tar livet av sina barn och sig själva. Det förekommer också utmattning och stress i deras bakgrund.<sup>26</sup>
  - Samarbetet mellan de instanser som sköter familjevålds- och missbrukarklienter bör stärkas. Vård med låg tröskel eller servicealternativ för stöd bör utökas. Stigmatiserandet kan minskas och förebyggande kan främjas genom att med hjälp av medierna eller utbildning öka kännedomen om användningen av rusmedel och samtidig förekomst av faktorer med anknytning till familjevåld och de tillgängliga interventionerna.<sup>31</sup>

## Ta reda på stödbehoven hos föräldrar till barn med särskilda behov, eftersom

- **oförmågan av föräldrar till barn med särskilda behov att svara på barnets stödbehov samt en bristfällig förståelse för barnets särskilda behov kan öka risken för försummelse som leder till barnadrap<sup>32</sup>. (B)**
  - Dödsfall av ett barn med särskilda behov i anslutning dråp och illabehandling kan förklaras med den stress som omsorgen orsakar, altruistisk avsikt samt ett bristande band mellan föräldern och barnet. Riskfaktorer som kan leda till

illabehandling eller till och med dråp av barn är försummelse av den vård barnet behöver, samt bristen på tjänster riktade åt barn med särskilda behov och deras föräldrar. Föräldern kan ha en bristande förståelse för barnets särskilda behov eller vara oförmögen att svara på dessa särskilda behov.<sup>32</sup>

- Heltäckande tjänster samt tydliga och koordinerade vårdkedjor hjälper till att försäkra att familjen får det stöd som motsvarar deras behov i rätt tid. Dessutom har öppenhet, ärlighet, positivitet samt aktivt stöd och rådgivning i samarbete med föräldern en betydande inverkan på föräldrarnas fortsatta förmåga att klara sig. I mentalvårdstjänster för vuxna bör man utreda behoven av barn med särskilda behov i klientens familj.<sup>32</sup>
- Den utmattning, stress och sociala isolering som föräldrarnas kontinuerliga vårdbelastning medför kan förebyggas genom att erbjuda föräldern möjligheter till pauser i enlighet med föräldrarnas individuella behov.<sup>32</sup>

### **Observera kännetecknen på försummelse av barnets tandvård och ta upp dem tidigt med föräldern, eftersom**

- **försummelse av tandvården uppenbarligen orsakar betydande och långvariga men för barnet<sup>33</sup>. (B)**
- **barnets dåliga munhälsa kan ha ett samband med illabehandling av barnet<sup>34</sup>. (C)**
  - Risken för tandkaries avgörs av fysiska, biologiska, miljö-, beteende- och livsstilsrelaterade faktorer. Dessa faktorer är till exempel en stor mängd bakterier som orsakar karies, otillräcklig salivproduktion, otillräckligt intag av fluorid, dålig munhygien, rikligt intag av socker, nattlig flaskmatning, småätande mellan måltiderna och fattigdom.<sup>35</sup>

**Tabell 4.** Försummelse av barnets munhygien

<b>Kännetecken</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• brister eller fördröjning i att söka vård<sup>33</sup></li><li>• bristfällig efterlevnad av vårdanvisningar<sup>33</sup></li><li>• försummelse av att slutföra den planerade behandlingen<sup>33</sup></li></ul>
<b>Följder</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• hål i tänderna och lossnande tänder<sup>33</sup></li><li>• förekomst av plack och störningar i utvecklingen av tandemalj<sup>33</sup></li><li>• muninfektioner<sup>33</sup></li><li>• blödande slemhinnor samt smärta och svullnad i munnen<sup>33</sup></li><li>• bettproblem<sup>33</sup></li><li>• undvikande av att le<sup>33</sup> och att gå till skolan<sup>36</sup></li><li>• sömnstörningar<sup>33</sup> och trötthet i skolan<sup>36</sup></li><li>• störningar i den fysiska tillväxten<sup>33,37</sup></li><li>• problem i skolprestationerna och i social verksamhet<sup>33</sup></li><li>• svårigheter med att äta<sup>36</sup></li><li>• minskat lekande<sup>36</sup></li><li>• allmän försämring av livskvaliteten<sup>37</sup></li><li>• barnets behov av narkos för att ta bort sjuka tänder med hål<sup>33</sup></li></ul>
<b>Orsaker</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• barnets eller föräldrarnas tandläkarskräck</li><li>• transportproblem i familjen</li><li>• svårigheter att finna tandläkartjänster</li><li>• bristande uppfattning gällande behovet av tandvård</li><li>• Otillräckliga tandläkartjänster ur samhällets perspektiv</li></ul>

- Barnet är beroende av sin skötare i upprätthållandet av munhälsan. Detta innefattar att ta hand om munhygien, en hälsofrämjande kost och att söka sig till behandling regelbundet och vid behov.<sup>33</sup>
- Föräldrarna har ett lagstadgat ansvar för att upprätthålla barnets hälsa och rätt att få stöd i att upprätthålla barnets hälsa. En psykosocial bedömning av familjen hjälper till att identifiera familjer som lever i riskförhållanden och att hjälpa dem på ett ändamålsenligt sätt. Försummelse av tandvården kan förebyggas genom att diskutera föräldrarnas egen tandvård samt upprätthållandet av barnets tandhälsa och tandvård med dem. Familjens eventuella utmaningar bör övervinnas i samarbete med föräldern. Familjerna drar också nytta av information om konsekvenserna av försummad tandvård eller munskador på barnets hälsa.<sup>33</sup>

- Tandvårdspersonalen ska ta hand om det förebyggande arbetet. På andra håll inom barn- och familjetjänsterna är det viktigt att förstå delområdena inom munhälsan och agera enhetligt i främjandet av barnets och familjens munhälsa. Till exempel på daghemmet, i skolan eller på sjukhuset bör bedömningen av munhälsan alltid vara förknippad med bedömningen av barnets mående och hälsa. Samtidigt bör man säkerställa att barnet och familjen har kunskap, färdigheter och redskap för att ta hand om munhälsan. När oro uppstår ska ärendet genast diskuteras öppet med föräldern. Tidig identifiering av försummelse av barnets munhälsa och en barnskyddsanmälan kan skydda barnet och förhindra försämring av munhälsan.<sup>33</sup> Lokala protokoll främjar identifiering av illabehandling och ökar antalet anmälningar.<sup>34</sup>

### **Om det förekommer munskador hos barnet, hänvisa barnet direkt till tandläkaren för undersökning, eftersom**

#### **➤ munskador<sup>34</sup> (C), särskilt oförklarliga skador<sup>40</sup> (B), kan vara tecken på illabehandling av barnet.**

- Särskilt när man misstänker fysisk illabehandling av barnet ska även barnets mun undersökas. Vid förekomsten av munskador ska illabehandling misstänkas särskilt när det inte hittas en förklaring för skadorna eller förklaringen inte överensstämmer med skadans art. Alla oförklarliga skador som ger upphov till oro över barnet ska alltid undersökas och utredas.<sup>38</sup>

Munskador kan vara:

- sår eller revor i läppen, tanden, tandköttet, munnens senor<sup>34</sup>, tungan och gommen<sup>34,38</sup>
- läppens svullnad eller sår, blodutgjutning, blåmärken, blödningar<sup>38</sup>
- tandskador, brännskador eller frakturer samt urledvridningar i ansiktet<sup>39</sup>.
- Bedömning av skador i barnets mun är alltid experternas uppgift. Förutom den medicinska bedömningen ska man beakta familjens situation och sociala faktorer, barnets utvecklingsnivå, förälderns beskrivning för hur skadan uppstått samt en fullständig klinisk granskning och undersökningar i anslutning till ärendet.<sup>38,39</sup>

**Observera i ditt arbete fördröjningar i barnets språkliga utveckling och diskutera din oro med familjen, eftersom**

- **försummelse eller fysisk illabehandling av barnet kan vara förknippade med en fördröjning i barnets språkliga utveckling<sup>40</sup>. (C)**
  - I synnerhet hos barn som upplevt fysisk illabehandling och/eller försummelse har den språkliga utvecklingen konstaterats vara mer utmanande än hos barn som inte har upplevt illabehandling och/eller försummelse. Situationen kan också vara omvänd, dvs. utmaningar i barnets språkliga utveckling kan vara förknippade med de utmaningar med uppfostran som föräldern upplevt, vilket kan leda till starka negativa reaktioner hos föräldern och eventuellt illabehandling.<sup>40</sup>

### **1.3 Föräldrarnas psykiska hälsa**

**Beakta föräldrarnas psykiska problem tidigt, eftersom**

- **psykiska problem som förekommer hos föräldern under graviditeten och de 12 månader som följer efter förlossningen uppenbarligen är förknippade med en förhöjd risk för illabehandling av barnet, särskilt när det psykiska problemet är allvarligt eller det i familjen samtidigt finns andra riskfaktorer för illabehandling av barn<sup>41</sup>. (B)**
  - Ett allvarligt psykiskt problem kan vara allvarlig depression eller psykotiska symptom. Förutom mödrarnas har man dessutom konstaterat en koppling mellan fädernas psykiska problem, såsom depression, och illabehandling av barnet. Andra faktorer som ökar risken för illabehandling av barn är våld inom familjen, bristande närvaro av fadern i familjens liv och fädernas psykiska kränkningar, tvång eller våld mot modern.<sup>41</sup>
- **stark ångest under graviditeten och efter förlossningen uppenbarligen försvagar moderns empati, ökar moderns frustration och tankar om att skada barnet<sup>42</sup>. (B)**
  - Moderns empati skyddar babyn genom att minska babyns känslighet för emotionella retningar, vilket hjälper babyn att klara sig bättre. Moderns empati främjar barnets sociala stöd, barnets livshantering och förtroende för sina egna förmågor. Dessutom är moderns empati förknippad med förmågan att upptäcka de vinkar som barnet ger. Unga mödrars empati skiljer sig inte från andra mödrar, utan eventuell brist på empati kan bero på den normala utvecklingen. Unga mödrar

kan ha en risk för sämre empati på grund av omognad, varvid det fortfarande är svårt att svara på barnets behov.<sup>42</sup>

- **förälderns psykiska problem uppenbarligen ökar risken för barnets försummelse<sup>16</sup> (B) och familjemord<sup>26</sup>. (B)**
- Förälderns svaga psykiska hälsa, såsom moderns förlossningsdepression eller förälderns psykiatriska problem (t.ex. depression, affektiv störning, schizofreni) ökar risken för försummelse av barnet. Dessutom innebär fysiska och psykiska problem i detta sammanhang förälderns låga självkänsla och låga intelligenskvot.<sup>16</sup>
- I mentalvårdstjänsterna bör man fästa särskild uppmärksamhet vid klientens familjeförhållanden, i synnerhet om det finns barn i familjen. Mordiska tankar kan förbli bara tankar ifall den som söker hjälp identifieras i tid och får ändamålsenlig hjälp och behandling.<sup>26</sup>
- **förälderns psykiska sjukdom är uppenbarligen en riskfaktor för barnadrap i hämndsyfte<sup>43</sup>. (B)**
  - En förälder som tar livet av sitt barn i hämndsyfte har sannolikt en diagnostiserad psykisk sjukdom, såsom personlighetsstörning, förlossningsdepression, missbruk av rusmedel, ångeststörning, schizoaffektiv störning, vanföreställningar eller bipolärt syndrom<sup>43</sup>.

**Beakta möjligheten för att barnets förälder eller skötare medvetet och med avsikt orsakar ett sjukdomstillstånd (Munchausen by Proxy-syndrom) hos sitt barn och identifiera riskfaktorer hos en förälder som utsätter för denna situation tidigt, eftersom**

- **orsakandet av ett sjukdomstillstånd hos ett barn sannolikt har en negativ inverkan på barnets skolgång, leder till onödiga undersökningar av barnet och till och med dödsfall<sup>17</sup>. (B)**
  - Nästan alla föräldrar som behandlar sina barn illa är mödrar. Det är sällan fadern eller någon annan anhörig. Den som behandlar barnet illa är sannolikt gift, i genomsnitt 27 år gammal, och nästan hälften av dem har en utbildning inom hälsovårdsbranschen. Utbildningen kan också vara påhittad, eftersom en del av dem som behandlar barn illa har en tendens att ljuga. Den som behandlar barnet illa har själv ofta en historia av illabehandling i barndomen, utnyttjande i parförhållanden, placering utanför hemmet eller psykiska utmaningar i livet, såsom självdestruktivitet och självskadebeteende, depression, personlighetsstörning, såsom borderlinepersonlighetsstörning, en annan psykiatrisk sjukdom eller FDIOS

(Factitious Disorder Imposed On Self), varvid den som behandlar barnet illa turvis kan hitta på sjukdomar hos sig själv och hos sitt barn. Dessutom kan det hos personen förekomma missbruk av rusmedel, brottslighet eller en somatisk sjukdom. FDIOS-föräldrars barn har en ökad risk för att bli utsatta för fysisk illabehandling (MCA = Child Medical Abuse). Hos en del föräldrar konstateras ingen psykisk störning. De som behandlar sina barn illa har ofta upplevt komplikationer i samband med förlossning, såsom missfall eller för tidig förlossning.<sup>17</sup>

- Barnets säkerhet prioriteras alltid. Vilken som helst inkonsekvens i föräldrarnas rapportering av barnets fysiska skador eller sjukdomar ska beaktas som en eventuell varningssignal för illabehandling.<sup>44</sup>
- Orsakande av barnets sjukdomstillstånd kan leda till att barnet har flera kundrelationer inom hälsovården<sup>17,45</sup>, vilket orsakar upprepade, onödiga undersökningar och åtgärder för barnet som kan vara smärtsamma. Dessutom försvagar och begränsar det barnets dagliga liv och verksamhet, till exempel skolgången, vilket försämrar lärandet. Barnet kan tillägna sig rollen av en sjuk person och börja använda hjälpmedel. Det kan också försvaga barnets psykiska välbefinnande och orsaka till exempel en otrygg anknytning till föräldern. Hos barnet kan det orsaka ångest, förvirring, oro över det egna hälsotillståndet samt en känsla av att ha fastnat i en sjukdomscykel och somatiska symptom.<sup>45</sup> Orsakande av ett sjukdomstillstånd hos ett barn kan också bero på att man strävar efter ekonomisk vinst<sup>46</sup>. Identifieringen av dessa fall kräver intensivt samarbete mellan olika yrkespersoner och kommunikation om observationerna sinsemellan med låg tröskel<sup>17</sup>.

## 2. Riskfaktorer i familjen

### Fråga om våld som förekommer eller som tidigare förekommit i familjen, eftersom

- **våld i parrelationer kan vara förknippat med en ökad risk för illabehandling av barn<sup>17</sup>. (C)**
  - Familjevåld har konstaterats öka i synnerhet den illabehandling av barn som genomförs av gärningsmannen för våldet, men även offrets upplevelser av familjevåld kan leda till negativ föräldraskapspraxis (se positiv och negativ föräldraskapspraxis, tabell 1). Dessutom orsakar det stress att bli utsatt för våld i ett parförhållande när den förälder som varit offret försöker kontrollera barnets beteende så att barnet inte ska provocera gärningsmannen.<sup>17</sup> En mor som upplevt familjevåld kan också svara på sitt barns behov med framhävd värme och omsorg för att kompensera för sina egna traumatiska barnomsupplevelser<sup>47</sup>. Förutom att bli offer för våld i ett parförhållande kan



moderns psykiska problem, särskilt posttraumatiska symptom, vara förknippade med negativ föräldraskapspraxis<sup>17</sup>.

➤ **föräldrarnas problem i parförhållandet och en historia av familjevåld uppenbarligen är riskfaktorer för barnadråp i hämnsyfte<sup>43</sup>. (B)**

- Föräldrar som tar livet av sina barn är ofta skilda eller lever i ett stridslystet, alienerat förhållande eller i ett samboförhållande eller äktenskap som håller på att upplösas och lider av relationsproblem. Motivet bakom barnadråp kan vara hämnd på den andra föräldern eller en vårdnadshavande mor- eller farförälder. Dråparen kan uppleva att orsaken är att ha blivit övergiven eller att förhållandet upplöst. Ibland är upplösta förhållanden förknippade med familjevåld eller dråparen kan hota med att döda barnet eller partnern före dråpet. Dråpets motiv kan vara en tvist om vårdnad eller umgängesrätt, partnerns otrogenhet eller framgång efter att förhållandet tagit slut, en meningsskiljaktighet om till exempel pengar eller engagemang i parförhållandet eller en känsla av att vara instängd i en fälla.<sup>43</sup>

➤ **exponering för våld i ett parförhållande uppenbarligen ökar barnets beteendeproblem<sup>48,49</sup>. (B)**

- Barnets exponering för våld i ett parförhållande är en indikator för senare problem i självregleringen och anpassningen, såsom problem med inåt- och utåtriktat beteende<sup>48</sup>.
- Barnet kan beskylla sig själv för våldet eller uppleva att det hotar säkerheten, vilket kan leda till betydande beteendeproblem, såsom ökad eller upprepad förekomst av fysisk upprördhet.<sup>50</sup> Detta grundar sig på att barnet reagerar på konflikten mellan föräldrarna genom att försöka tolka händelsernas betydelse och sin egen roll i att våldet uppstår. Barnet funderar på om konflikten påverkar familjens säkerhet (t.ex. upplevt hot), om hen har orsakat konflikten (t.ex. självanklagelse) och om hen känner att hen klarar av det.<sup>49</sup>
- Barn exponeras sällan för enskilda upplevelser av familjevåld, eftersom våld i familjen ofta är återkommande<sup>51</sup>.
- Ung ålder som tidpunkt för den första exponeringen har en effekt på problem med barnets utåtriktade beteende<sup>49</sup>, men våldets allvarlighetsgrad har en ännu större effekt<sup>52</sup>.
- Exponering för våld i parrelationer har också ett samband med de ökade problemen med utåtriktat beteende hos unga. Dessa ungdomar har sannolikt utsatts i en längre tid för direkt eller indirekt våld i parrelationer.<sup>49</sup>

## Observera eventuella riskfaktorer för familjevåld hos asylsökande och ta upp dem vid behov, eftersom

- **det i asylsökandes familjer kan finnas riskfaktorer för familjevåld<sup>53</sup>. (C)**
  - *Individuella riskfaktorer* för familjevåld i asylsökarfamiljer är de trauman som föräldern upplevt, den illabehandling föräldern upplevt i sin barndom, traumatiska upplevelser och de psykiska problem de medfört, såsom depression och PTSD, stress, användning av rusmedel (alkohol) och låg utbildningsnivå.
  - *Riskfaktorer för familjevåld inom familjen* är arbetslöshet, ensam vårdnad, en stor familj, problem i interaktionen mellan föräldern och barnet, problem med föräldraskapet, problem i parförhållandet och skilsmässa.
  - *Sociala riskfaktorer för familjevåld* är familjens svaga socioekonomiska ställning samt brist på kunskap och utbildning.
  - *Kulturella riskfaktorer för familjevåld* är språkbarriärer, en känsla av ojämlikhet, familjens problem med att anpassa sig till kulturen, konflikter i parförhållandet som beror på anpassning till kulturen, patriarkaliska övertygelser, värderingar och normer, acceptans av våld och straff i den egna kulturen. Dessutom kan förändringen i maktförhållandena mellan mannen och kvinnan i en ny kultur öka risken för familjevåld.
  - *Skyddande faktorer för familjevåld* är föräldrarnas positiva copingstrategier, föräldrarnas utbildning, hur länge man varit i destinationslandet och stödande grannförhållanden.<sup>53</sup>

## Ta reda på faktorer som skyddar mot familjevåld i familjen, eftersom

- **skyddande faktorer uppenbarligen förebygger barnets beteendeproblem<sup>49,53</sup>. (B)**
  - Moderns utbildning i positiv föräldraskapspraxis skyddar barnet mot beteendeproblem i en miljö med familjevåld. En lugn attityd och undvikande av skadliga uppfostringsmetoder främjar sannolikt en varm relation mellan föräldern och barnet och minskar barnets beteendeproblem. Även vård av moderns psykiska problem förbättrar kvaliteten på moderns föräldraskap.<sup>49</sup>

## Observera även andra riskfaktorer som hänför sig till familjen, eftersom

- **många faktorer i familjen ökar risken för barnets försummelse<sup>16</sup>. (B)**

Riskfaktorer som hänför sig till familjen är

- en ogift förälder
- en stor familj, ett trångt hem, flera än tre barn i familjen

- familjens låga socioekonomiska ställning (familjens beroende av basservice och familjeliv under fattigdomsgränsen)
- total eller partiell frånvaro (mer än hälften av tiden) av den andra biologiska föräldern i hushållet (barnet bor utan den andra föräldern)
- interna beteendeproblem i familjen (nedsatt värme, utbytta roller med barnet och brist på empati).<sup>16</sup>
- Utbytta roller innebär en situation där föräldern förväntar sig att barnet ska tillfredsställa föräldrarnas behov av komfort, föräldraskap, närhet eller trivsel, och barnet medvetet eller omedvetet offerar sina egna behov för att uppfylla föräldrarnas behov<sup>54</sup>.
- Bristfälligt socialt stöd upplevt av familjen ökar också risken för illabehandling av barnet<sup>27</sup>.

### 3. Riskfaktorer som hänför sig till barnet

När du bedömer risken för illabehandling av barn, beakta faktorer som hänför sig till barnet, eftersom

- **barnets problem i perinatalperioden, beteendeproblem samt fysiska problem uppenbarligen är riskfaktorer för försummelse av barnet<sup>16</sup>. (B)**
  - Riskfaktorer under perinatalperioden som hänför sig till barnet omfattar barnets låga födelsevikt, låga APGAR-poäng och barnets för tidiga födelse. Barnets fysiska problem och beteendeproblem omfattar situationer där barnet föds med hörselskada, låg intelligenskvot och avsaktad tillväxt (Failure to thrive).<sup>16</sup>
- **babyns mycket rikliga gråt uppenbarligen kan orsaka negativa följder i familjen<sup>55</sup>. (B)**
  - Babyns mycket rikliga gråt kan orsaka desperation i familjen, förstöra vardagen, ha en negativ inverkan på amningen, isolera föräldern till ensamhet, belasta och bryta familjeförhållanden och orsaka känslor av misslyckat föräldraskap. Det kan leda till fysisk och psykisk utmattning, utsätta babyn för en risk för illabehandling eller till och med barnadråp eller orsaka problem senare i livet. Föräldern till en baby som gråter väldigt mycket försöker aktivt lösa problemet och anpassa sig. Tid hjälper med att klara av negativa symptom, känslor och minnen.<sup>55</sup>
  - Babyns gråt ska tas upp i synnerhet under barnets besök på rådgivningen. Föräldern ska ges möjligheten att framföra sina egna synpunkter och diskutera

situationen. Avsikten är inte endast att mäta hur länge babyn gråter eller hur många gånger om veckan, utan att lyssna, bekräfta och framhäva föräldrarnas upplevelse av hur utmattande situationen är. Om föräldern anser sig vara utmattad, är det viktigt att erbjuda konkreta råd och evidensbaserat stöd samt att lära ut färdigheter som lugnar ned babyn.<sup>55</sup>

➤ **barnets funktionsnedsättning eller autism kan öka risken för barnadråp<sup>32</sup>. (C)**

- Största delen av föräldrarna till barn med särskilda behov erbjuder sitt barn ett tryggt och kärleksfullt hem<sup>56</sup>.
- På grund av den intensiva sjukhusvård som barnet behöver i början av sitt liv eller senare åtskilliga sjukhusperioder kan bandet mellan föräldern och barnet förbli underutvecklad. Föräldern kan också känna sorg på grund av "förlusten" av sitt länge efterlängtade barn, och att få ett barn med funktionsnedsättning kan påverka föräldrarnas psykiska välbefinnande och livskvalitet.<sup>57</sup>
- Det har observerats problem i anknytningen mellan mödrar som gjort sig skyldiga till barnadråp och deras barn. Utvecklingen av anknytningen mellan barn och förälder kan äventyras om barnet har svårigheter med att uttrycka vissa emotionella reaktioner, i synnerhet om barnet har diagnostiserats med autism. Autistiska barn är förknippade med en högre risk på grund av arten av deras beteende samt föräldrarnas frustration och maktlöshet när det gäller att ta hand om barnet och kontrollera barnets beteende<sup>32,58</sup>. På grund av barnets utmanande beteende kan föräldrarna bli frustrerade på att barnet eller ungdomen inte reagerar på vanliga disciplinära åtgärder. Då kan föräldern gradvis övergå till strängare straff eller överdriven fysisk kraft, vilket kan leda till barnets död<sup>57</sup>.
- Ett barn med särskilda behov behöver mycket kontinuerlig, individuell och direkt omsorg, handledning samt upprepade besök hos hälsovården. Föräldrarna kan ha bara lite hopp om att barnet börjar må bättre eller andningspauser från att ta hand om barnet.<sup>59</sup> Det kan orsaka betydande fysiska, ekonomiska och emotionella krav på föräldern, som de själva beskriver som stress, utmattning, utbrändhet samt tungt och kontinuerligt vårdarbete som aldrig tar slut<sup>57,60</sup>.
- Föräldern blir tvungen att balansera detta med kraven från de övriga familjemedlemmarna. Hen upplever isolering och problem i sina sociala relationer. Allt detta kan försämra föräldrarnas psykiska hälsa. Föräldern kan uppleva allvarlig psykisk ångest och har en större risk för att insjukna i depression än en förälder som inte har ett barn med särskilda behov.<sup>61</sup>
- Betydande stress<sup>59</sup> kan orsaka sådant beteende hos föräldern som till och med kan leda till barnets död. Möjligheterna till andningspauser eller "korta pauser" är nödvändiga för att föräldern ska orka ta hand om sitt barn. För ett barn med särskilda behov och dennes förälder ökar bristen på nödvändiga tjänster risken för illabehandling av barnet och dråp till följd av det.<sup>32</sup>

- Föräldern upplever också ofta stress under bedömningen och diagnostiseringen av sitt barn med särskilda behov. Det finns klara bevis på att öppna, ärliga och positiva erfarenheter samt hälsovårdspersonalens stöd och rådgivning har betydande positiva effekter på föräldrarnas resiliens.<sup>32</sup>

➤ **emotionella problem och beteendeproblem som förekommer hos ett barn med CP-skada uppenbarligen ökar föräldrarnas stressnivå och depression, och dessutom upplever föräldrarna att de får mindre socialt stöd<sup>62</sup>. (B)**

- Många föräldrar till barn med CP-skada känner sig ofta nervösa och stressade. De upplever mest stress på grund av de saker som de måste utföra och som de inte kan kontrollera.<sup>63</sup>
- I samband med psykiska störningar hos föräldrar till barn med CP-skada måste man förstå föräldrarnas trauma i anslutning till barnets hälsa och utveckling. En CP-skada kan ha en större inverkan jämfört med andra utvecklingsstörningar, eftersom dess prognos är osäker under de första levnadsåren. Föräldern upplever ångest och osäkerhet om barnets framtida funktionsförmåga, möjligheten till ortopediska komplikationer och epileptiska anfall som är svåra att kontrollera.<sup>62</sup>
- Den psykiska hälsan av föräldrar till ett barn med CP-skada lämnas ofta obeaktad. Det är mycket viktigt att bedöma föräldrarnas psykiska hälsa och främja den genom tidig identifiering och genom att utveckla effektiva interventioner, eftersom föräldrarnas psykiska hälsa kan ha en positiv eller negativ inverkan på till exempel familjens deltagande i rehabiliteringsprogram. Att ett barn med CP-skada kan gå i skola har en skyddande effekt på föräldrarnas psykiska problem.<sup>62</sup>
- En förälder, vars barn har flera emotionella problem och beteendeproblem upplever mer sannolikt ökad stress och depression (psykologisk ångest) samt anser sig få mindre stöd från familjen. En förälder med hög stressnivå och depression upplever sig också få bristande socialt stöd. En förälder till ett barn med CP-skada måste ha ett stödnätverk och stöd från yrkespersoner för att den psykiska hälsan inte ska försämrans och varje barn ska kunna erbjudas den bästa möjliga utvecklingen.<sup>62</sup>
- Barn med särskilda behov ses på olika sätt i olika kulturer. Ofta ser föräldrarna till ett barn med särskilda behov sitt barn i första hand som ett barn och funktionsnedsättningen bara som en av barnets egenskaper. Ett barn med särskilda behov ökar alltså inte nödvändigtvis föräldrarnas emotionella börda, men många föräldrar upplever ändå stress och svårigheter.<sup>62</sup>

## Observera utmaningarna i familjen till ett barn med ADHD, eftersom

- **barn med ADHD uppenbarligen upplever mer illabehandling än andra barn<sup>64,65</sup>. (B)**
  - Kopplingen mellan barnets ADHD och illabehandling av barnet grundar sig på att personer som upplevt illabehandling som barn har liknande problem som barn med ADHD, såsom störningar i sitt utåtriktade beteende, kognitiva brister och försämrade sociala relationer<sup>66,67</sup>. De upplever också flera konflikter i parförhållanden, psykiska störningar, brottslighet, störningar i familjens funktion och låg socioekonomisk ställning<sup>68</sup>.
  - Personer med ADHD upplever mer illabehandling. De har upplevt cirka två gånger mer fysisk illabehandling, över fem gånger mer försummelse och över åtta gånger mer emotionell illabehandling än de som inte har ADHD. De som utöver ADHD har symptom på ODD (Oppositional Defiant Disorder) eller CD (Conduct Disorder) upplever illabehandling mer än dubbelt oftare än de som endast har ADHD. När man arbetar med ett barn med ADHD och barnets familj är det viktigt att fråga barnet om illabehandlingen och diskutera om det öppet, samt hålla ögat på symptom på illabehandling.<sup>64</sup>

## 4. Identifieringssätt och -redskap för barnets risk för illabehandling

### Identifiera familjens riskförhållanden i dialogen med föräldern och barnet, eftersom

- **förekomsten av barnets illabehandling vid användning av självrapporteringsmetoder uppenbarligen är större än yrkespersonernas bedömningar<sup>69</sup>. (B)**
  - Det är ofta hälsovårdspersonalen eller lärare som rapporterar illabehandling av barnet, eller utomstående som bevittnat illabehandlingen. För att bedöma helheten av riskförhållanden kan föräldrar och barn rapportera illabehandling med hjälp av självrapporteringsmetoder. Med hjälp av självrapporteringen kan man få information som täcker hela livet.<sup>69</sup>
  - Utmaningen med enkäter är att föräldern kan svara på dem på ett socialt acceptabelt sätt eller ha orealistiska förväntningar, observationer eller tolkningar om sin interaktion med barnet. Föräldern kan också minnas händelser fel, vilket förvränger de resultat som erhållits med hjälp av enkäterna.<sup>70</sup>
  - Systematisk och övergripande bedömning av familjens situation är viktig för att förebygga barnets illabehandling<sup>71</sup>. Man måste dock vara medveten om att riskbedömningen endast är effektiv om systemet omfattar ändamålsenlig vård eller tillgängligt stöd<sup>31</sup>. I det tidiga arbetet borde man förutom diskussioner om problemen betona öppet samarbete med föräldrarna och samarbetsaktörerna<sup>72</sup>.

- I barn- och familjetjänsterna är det viktigt att personalen inom social- och hälsovården känner till riskfaktorerna för illabehandling för att kunna identifiera familjens riskförhållanden. Checklisten för familjernas behov (ERICA-projektet) som är avsedd för föräldrar och alla vuxna som tar hand om barn har utvecklats utifrån denna nationella vårdrekommendation (<https://webpages.tuni.fi/familyneedschecklist/#/>). Den innehåller riskfaktorerna för illabehandling och hjälper att identifiera familjens riskförhållanden från föräldrarnas, familjesituationens och barnets perspektiv. Vuxna som tar hand om barn och föräldrar behöver i stället för skuld känslor information om riskfaktorerna för illabehandling för att kunna bedöma sitt eget liv, sin kunskap och sin uppfostran.

➤ **föräldrarnas rapportering av emotionell illabehandling av barn är uppenbarligen vanligare än rapportering av fysisk illabehandling<sup>73</sup>. (B)**

- Den större förekomsten av emotionell illabehandling kan bero på att föräldrar mer sannolikt rapporterar lindrig illabehandling än allvarigare former av våld<sup>73</sup>.

**Observera begränsningarna av självrapporteringen vid bedömning av föräldrarnas användning av rusmedel, eftersom**

➤ **biomarkörer mer sannolikt är en mer tillförlitlig metod än självrapportering för att identifiera användningen av rusmedel hos en gravid mor<sup>74,75</sup>. (B)**

- Hälsovårdspersonalen ska vara medvetna om att modern eventuellt underskattar sin användning av alkohol i självrapporteringen<sup>75</sup>. Som enda metod underdiagnostiserar enkäter det faktiska missbruket av alkohol och rusmedel. Tidig identifiering av faktiskt alkoholmissbruk med hjälp av biomarkörer är mycket viktigt för att möjliggöra tidigt stöd till föräldern samt för att förebygga oåterkalleliga negativa effekter som alkohol har på fostret. Användningen av biomarkörer bör i regel vara frivilligt, men obligatoriskt om fostrets bästa kräver det. När man i biomarköranalysen observerar missbruk av alkohol eller rusmedel, bör man i behandlingen fortskrida systematiskt med hjälp av en gemensamt överenskommen instruktion som borde innehålla barnskyddsåtgärder samt hjälp till föräldern<sup>74</sup>. Följ anvisningarna i vårdrekommendationen vid laboratorieundersökningar.<sup>76</sup>

## Källor

1. Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics* 2016; 137: e20154079. (på engelska)
2. WHO - World Health Organization. Child maltreatment: Fact sheet, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> (2020, accessed March 29, 2022). (på engelska)
3. WHO - World Health Organization. INSPIRE: Seven strategies for Ending Violence Against Children, <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children> (2016, accessed March 24, 2022). (på engelska)
4. WHO - World Health Organization. Child maltreatment, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> (2017, accessed March 24, 2022). (på engelska)
5. Suomen virallinen tilasto (SVT). Rikos- ja pakkokeinotilasto. 4. vuosineljännes 2020. Helsinki: Tilastokeskus, [https://www.stat.fi/til/rpk/2020/04/rpk\\_2020\\_04\\_2021-01-19\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/rpk/2020/04/rpk_2020_04_2021-01-19_tie_001_fi.html) (2020, accessed March 29, 2022). (på finska)
6. Paavilainen E, Flinck A. National Clinical Nursing Guideline for Identifying and Intervening in Child Maltreatment within the Family in Finland. *Child Abuse Review* 2013; 22: 209–220. (på engelska)
7. Tiitinen A. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö, <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00941/lapsen-seksuaalinen-hyvaaksikaytto?q=Lapsen+seksuaalinen+hyvaaksikaytto> (2021, accessed March 24, 2022). (på finska)
8. Joki-Erkkilä M, Peltola M. Lapseen kohdistuneen seksuaali- ja pahoinpitelyrikosepäilyn selvittely erikoissairaanhoidossa. *Lääkärilehti* 2020; 75: 2450–2455. (på finska)
9. Luoma I, Joki-Erkkilä M, Taskinen S. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön tunnistus ja hoito. Lääkärin tietokanta: Lääkärin käsikirja. 2021. (på finska)
10. Tupola S, Kallio P. Lapsen pahoinpitelyepäily ja sen aiheuttamat toimenpiteet, [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi) (2020). (på finska)
11. Langevin R, Marshall C, Kingsland E. Intergenerational Cycles of Maltreatment: A Scoping Review of Psychosocial Risk and Protective Factors. *Trauma Violence Abuse* 2021; 22: 672–688. (på engelska)
12. Chamberlain C, Gee G, Harfield S, et al. Parenting after a history of childhood maltreatment: A scoping review and map of evidence in the perinatal period. *PLoS One* 2019; 14: e0213460 (på engelska)
13. Madigan S, Cyr C, Eirich R, et al. Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Dev Psychopathol* 2019; 31: 23–51. (på engelska)
14. Savage L, Tarabulsy G, Pearson J, et al. Maternal history of childhood maltreatment and later parenting behavior: A meta-analysis. *Dev Psychopathol* 2019; 31: 9–21. (på engelska)
15. Assink M, Spruit A, Schuts M, et al. The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2018; 84: 131–145. (på engelska)
16. Mulder T, Kuiper K, van der Put C, et al. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl* 2018; 77: 198–210. (på engelska)
17. Chiesa A, Kallechey L, Harlaar N, et al. Intimate partner violence victimization and parenting: A systematic review. *Child Abuse Negl* 2018; 80: 285–300. (på engelska)
18. Li S, Zhao F, Yu G. A meta-analysis of childhood maltreatment and intimate partner violence perpetration. *Aggression & Violent Behavior* 2020; 50: N.PAG-N.PAG. (på engelska)
19. Lo C, Chan K, Ip P. Insecure Adult Attachment and Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* 2019; 20: 706–719. (på engelska)



20. Montgomery E, Just-Østergaard E, Jervelund S. Transmitting trauma: a systematic review of the risk of child abuse perpetrated by parents exposed to traumatic events. *Int J Public Health* 2019; 64: 241–251. (på engelska)
21. Plant D, Pawlby S, Pariante C, et al. When one childhood meets another - maternal childhood trauma and offspring child psychopathology: A systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2018; 23: 483–500. (på engelska)
22. Su Y, D'Arcy C, Meng X. Intergenerational Effect of Maternal Childhood Maltreatment on Next Generation's Vulnerability to Psychopathology: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* 2022; 23: 152–162. (på engelska)
23. Cascio M, Guarnaccia C, Infurna M, et al. Environmental Dysfunctions, Childhood Maltreatment and Women's Intimate Partner Violence Victimization. *J Interpers Violence* 2020; 35: 3806–3832. (på engelska)
24. Schofield T, Lee R, Merrick M. Safe, stable, nurturing relationships as a moderator of intergenerational continuity of child maltreatment: a meta-analysis. *J Adolesc Health* 2013; 53: S32-8. (på engelska)
25. Stöckl H, Dekel B, Morris-Gehring A, et al. Child homicide perpetrators worldwide: a systematic review. *BMJ Paediatr Open* 2017; 1: e000112. (på engelska)
26. Aho A, Remahl A, Paavilainen E. Homicide in the western family and background factors of a perpetrator. *Scand J Public Health* 2017; 45: 555–568. (på engelska)
27. White O, Hindley N, Jones D. Risk factors for child maltreatment recurrence: An updated systematic review. *Med Sci Law* 2015; 55: 259–277. (på engelska)
28. Hyysalo N, Gastelle M, Flykt M. Maternal pre- and postnatal substance use and attachment in young children: A systematic review and meta-analysis. *Dev Psychopathol* 2021; 1–18. (på engelska)
29. Kuppens S, Moore S, Gross V, et al. The Enduring Effects of Parental Alcohol, Tobacco, and Drug Use on Child Well-being: A Multilevel Meta-Analysis. *Dev Psychopathol* 2020; 32: 765–778. (på engelska)
30. Cafferky BM, Mendez M, Anderson JR, et al. Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychology of Violence* 2018; 8: 110–131. (på engelska)
31. Choenni V, Hammink A, van de Mheen D. Association Between Substance Use and the Perpetration of Family Violence in Industrialized Countries: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse* 2017; 18: 37–50. (på engelska)
32. Frederick J, Devaney J, Alisic E. Homicides and Maltreatment-related Deaths of Disabled Children: A Systematic Review. *Child Abuse Review* 2019; 28: 321–338. (på engelska)
33. Bhatia S, Maguire S, Chadwick B, et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent* 2014; 42: 229–239. (på engelska)
34. Bradbury-Jones C, Isham L, Morris A, et al. The "Neglected" Relationship Between Child Maltreatment and Oral Health? An International Scoping Review of Research. *Trauma Violence Abuse* 2021; 22: 265–276. (på engelska)
35. Selwitz R, Ismail A, Pitts N. Dental caries. *Lancet* 2007; 369: 51–59. (på engelska)
36. Gilchrist F, Marshman Z, Deery C, et al. The impact of dental caries on children and young people: what they have to say? *Int J Paediatr Dent* 2015; 25: 327–338. (på engelska)
37. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J* 2006; 201: 625–626. (på engelska)
38. The Royal College of Paediatrics and Child Health - RCPCH. Child Protection Evidence Systematic review on Dental Neglect, <https://childprotection.rcpch.ac.uk/child-protection-evidence/dental-neglect-systematic-review/> (2017, accessed March 24, 2022). (på engelska)
39. Harris J. The mouth and maltreatment: safeguarding issues in child dental health. *Arch Dis Child*

- 2018; 103: 722–729. (på engelska)
40. Sylvestre A, ÈL B, Bouchard C. Language Problems Among Abused and Neglected Children: A Meta-Analytic Review. *Child Maltreat* 2016; 21: 47–58. (på engelska)
  41. Ayers S, Bond R, Webb R, et al. Perinatal mental health and risk of child maltreatment: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2019; 98: 104172. (på engelska)
  42. Boorman R, Creedy D, Fenwick J, et al. Empathy in pregnant women and new mothers: a systematic literature review. *J Reprod Infant Psychol* 2019; 37: 84–103. (på engelska)
  43. Myers W, Lee E, Montplaisir R, et al. Revenge filicide: An international perspective through 62 cases. *Behav Sci Law* 2021; 39: 205–215. (på engelska)
  44. Morrell B, Tilley D. The role of nonperpetrating fathers in Munchausen syndrome by proxy: a review of the literature. *J Pediatr Nurs* 2012; 27: 328–335. (på engelska)
  45. Davis P, Murtagh U, Glaser D. 40 years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 1: epidemiology and definition of FII. *Arch Dis Child* 2019; 104: 110–114. (på engelska)
  46. Amlani A, Grewal G, Feldman M. Malingering by Proxy: A Literature Review and Current Perspectives. *J Forensic Sci* 2016; 61 Suppl 1: S171-6. (på engelska)
  47. Lapierre S. Striving to be “good” mothers: abused women’s experiences of mothering. *Child Abuse Review* 2010; 19: 342–357. (på engelska)
  48. Vu N, Jouriles E, McDonald R, et al. Children’s exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clin Psychol Rev* 2016; 46: 25–33. (på engelska)
  49. Fong V, Hawes D, Allen J. A Systematic Review of Risk and Protective Factors for Externalizing Problems in Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Trauma Violence Abuse* 2019; 20: 149–167. (på engelska)
  50. El-Sheikh M, Harger J. Appraisals of marital conflict and children’s adjustment, health, and physiological reactivity. *Dev Psychol* 2001; 37: 875–885. (på engelska)
  51. Margolin G, Vickerman K, Ramos M, et al. Youth exposed to violence: stability, co-occurrence, and context. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2009; 12: 39–54. (på engelska)
  52. Graham-Bermann S, Perkins S. Effects of early exposure and lifetime exposure to intimate partner violence (IPV) on child adjustment. *Violence Vict* 2010; 25: 427–439. (på engelska)
  53. Timshel I, Montgomery E, Dalgaard N. A systematic review of risk and protective factors associated with family related violence in refugee families. *Child Abuse Negl* 2017; 70: 315–330. (på engelska)
  54. Macfie J, Houts RM, McElwain NL, et al. The Effect of Father–Toddler and Mother– Toddler Role Reversal on the Development of Behavior Problems in Kindergarten. *Social Development* 2005; 14: 514–531. (på engelska)
  55. Botha E, Joronen K, Kaunonen M. The consequences of having an excessively crying infant in the family: an integrative literature review. *Scand J Caring Sci* 2019; 33: 779–790. (på engelska)
  56. Taylor J, Stalker K, Stewart A. Disabled Children and the Child Protection System: A Cause for Concern. *Child Abuse Review* 2016; 25: 60–73. (på engelska)
  57. Nowak C. Recognition and prevention of child abuse in the child with disability. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2015; 169: 293–301. (på engelska)
  58. Coorg R, Tournay A. Filicide-suicide involving children with disabilities. *J Child Neurol* 2013; 28: 745–751. (på engelska)
  59. Peer JW, Hillman SB. Stress and Resilience for Parents of Children With Intellectual and Developmental Disabilities: A Review of Key Factors and Recommendations for Practitioners. *Journal of Policy & Practice in Intellectual Disabilities* 2014; 11: 92–98. (på engelska)

60. Doig J, McLennan J, Urichuk L. "Jumping through hoops": parents' experiences with seeking respite care for children with special needs. *Child Care Health Dev* 2009; 35: 234–242. (på engelska)
61. Nes R, Røysamb E, Hauge L, et al. Adaptation to the birth of a child with a congenital anomaly: a prospective longitudinal study of maternal wellbeing and psychological distress. *Dev Psychol* 2014; 50: 1827–1839. (på engelska)
62. Barreto T, Bento M, Jagersbacher J, et al. Prevalence of depression, anxiety, and substance-related disorders in parents of children with cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol* 2020; 62: 163–168. (på engelska)
63. Al-Gamal E, Long T. Psychological distress and perceived support among Jordanian parents living with a child with cerebral palsy: a cross-sectional study. *Scand J Caring Sci* 2013; 27: 624–631. (på engelska)
64. Clayton K, Lee JB, Cheung K, et al. Quantifying the Relationship between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Experiences of Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Child Abuse Review* 2018; 27: 361–377. (på engelska)
65. Craig S, Bondi B, O'Donnell K, et al. ADHD and Exposure to Maltreatment in Children and Youth: a Systematic Review of the Past 10 Years. *Curr Psychiatry Rep* 2020; 22: 79. (på engelska)
66. Coohy C, Renner L, Hua L, et al. Academic achievement despite child maltreatment: a longitudinal study. *Child Abuse Negl* 2011; 35: 688–699. (på engelska)
67. Kim J, Cicchetti D. Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51: 706–716. (på engelska)
68. Banerjee T, Middleton F, Faraone S. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr* 2007; 96: 1269–1274. (på engelska)
69. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, et al. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review* 2015; 24: 37–50. (på engelska)
70. Camilo C, Garrido MV, Calheiros MM. Implicit measures of child abuse and neglect: A systematic review. *Aggression & Violent Behavior* 2016; 29:43–54. (på engelska)
71. van der Put C, Assink M, Boekhout van Solinge N. Predicting child maltreatment: A meta-analysis of the predictive validity of risk assessment instruments. *Child Abuse Negl* 2017; 73: 71–88. (på engelska)
72. Eriksson E, Arnkil T. Huoli puheeksi -opas varhaisista dialogeista. 9. painos. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print., 2017. (på finska)
73. Devries K, Knight L, Petzold M, et al. Who perpetrates violence against children? A systematic analysis of age-specific and sex-specific data. *BMJ Paediatr Open* 2018; 2: e000180. (på engelska)
74. Chiandetti A, Hernandez G, Mercadal-Hally M, et al. Prevalence of prenatal exposure to substances of abuse: questionnaire versus biomarkers. *Reprod Health* 2017; 14: 137. (på engelska)
75. Lange S, Shield K, Koren G, et al. A comparison of the prevalence of prenatal alcohol exposure obtained via maternal self-reports versus meconium testing: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14: 127. (på engelska)
76. Tuokko S, Koskinen M-K, Kouri T, et al. Onnistu laboratorionäytteissä-suositus tutkimusten valinnasta, potilaan tunnistamisesta ja ohjaamisesta, <https://www.hotus.fi/hotus-hoitosuositus-onnistu-laboratorionaytteissa>. (på finska)

